



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA.**



**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**“Estudio de caso a un adulto mayor con dependencia en las necesidades de:  
Aprendizaje y Prevención de Riesgos, a través de la metodología del  
Proceso Atención Enfermería, aplicando el Modelo Conceptual de Virginia  
Henderson”**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
PRESENTA:**

**RAMON LUNA RODRIGUEZ**

**No. Cta. 077550495**

**ASESOR: L.E.O. ANGELINA RIVERA MONTIEL**

**ENERO 2008**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**DEDICADO A.:**

**A todos mis seres queridos adultos y niños, en especial a mi madre por la fortaleza, amor y comprensión que siempre a demostrado, a mis hijos con amor y humildad esperando siempre su amor y comprensión, gracias**

# INDICE.

**Introducción.**

**Justificación.**

**I. Objetivos**

**II. MARCO TEORICO**

2.1. Cuidado	1
2.1.1. Concepto	1
2.1.2. Antecedentes históricos	1
2.1.3. Tipos de cuidados Care y Cure	3
2.1.4. Tecnologías para el cuidado	3
<b>2.2. Enfermería.</b>	
2.2.1. Concepto	5
2.2.2. Antecedentes	6
2.2.3. Núcleos conceptuales	8
<b>2.3. Proceso Atención de Enfermería</b>	
2.3.1. Concepto	9
2.3.2. Antecedentes Históricos	11
2.3.3. Valoración	12
2.3.4. Diagnóstico	18
2.3.5. Estructura diagnostica	22
2.3.6. Etiqueta diagnostica de la NANDA	23
2.3.6.1. Antecedentes	23
2.3.6.2. Estructura	24
2.3.6.3. Organización	24
2.3.7. Planeación	25
2.3.8. Ejecución	33
2.3.9. Evaluación	33
<b>2.4. Modelo de Virginia Henderson</b>	
2.4.1. Antecedentes	36
2.4.2. Principios Supuestos Teóricos	36
2.4.3. Conceptos Básicos	38
2.4.4. La tercera edad.	41

**III. METODOLOGIA.**

3. 1. Descripción	45
3.2. Valoración	45
3.2.1. Fuentes de Información	45
3.2.2. Técnicas utilizadas para la obtención de datos	45
3.2.3. Instrumentos de registro	45
3.2.4. Valoración de las necesidades de enfermería	47
3.3 . Diagnósticos de Enfermería y Plan de Atención	53
CONCLUSIONES	66
ANEXOS	67

## Introducción

La profesión enfermera viene desarrollándose desde hace algo más de un siglo; y ha sido a partir de los años 50 cuando el desarrollo de las teorías en este campo ha sufrido una rápida evolución hasta alcanzar un cuerpo doctrinal de conocimientos propio de una disciplina académica. Antes de esa fecha, no se había empezado a desarrollar, articular y contrastar una teoría global en esta disciplina. Marriner refiere que la práctica profesional se basaba en un compendio de principios y tradiciones determinados por una formación basada en el aprendizaje y en el sentido común desarrollado por los años de experiencia.

Ya en la década de los 70, existía consenso sobre el ejercicio profesional de Enfermería, el cual debía basarse en un sustrato teórico propio y no en conocimientos de otras disciplinas. No obstante, las investigaciones revelaban que la disciplina carecía aún de conexiones conceptuales y de sistemas teóricos sólidos.

Posteriormente, en los años 80 cada vez más bases teóricas eran incorporadas a los currículos profesionales y el interés se centraba en el análisis y el uso de las teorías en la práctica clínica. Así se alcanzó un consenso sobre los conceptos dominantes de la disciplina: persona, entorno, salud y la disciplina de la enfermería (cuidados enfermeros, acción / actividad de enfermería).

En el decenio de los años Noventa, el movimiento de reflexión sobre la conceptualización en enfermería, indaga por los conceptos propios de este campo y se propone precisar cuál es su objetivo o razón social de la enfermería, identificando “el cuidado” como la función básica de enfermería.

Es importante mencionar que si bien se considera a la enfermería como un saber técnico actualmente se trata de fundamentarla en conocimientos científicos y utilizar metodologías y tecnologías que apoyados en modelos teóricos de enfermería se apliquen en la práctica diaria con el paciente.

Con base en lo anterior el presente proyecto pretende dar a conocer la aplicación teórica y práctica del Proceso de Atención de Enfermería a una persona con afección de sus necesidades que requiere de ayuda profesional para satisfacerlas y alcanzar su independencia (estamos centrados en la persona y no en la enfermedad) con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensión Arterial aplicando en la práctica el modelo de Virginia Henderson ya que contempla catorce necesidades básicas fundamentales que comparten todos los seres humanos y que pueden no satisfacerse como consecuencia de alguna enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital como la niñez o la vejez.

Se propone el Proceso de Atención de Enfermería como el método por el cual se logra que el profesional de enfermería concentre lo esencial de sus conocimientos para ayudar a resolver los problemas del individuo, familia o comunidad que incluyen la interrelación que existe entre los principales conceptos como son el cuidado, persona, salud, y entorno.

Esto es lo que constituye el meta paradigma de Enfermería. Por medio del Proceso de Atención de Enfermería aplicamos las bases teóricas de enfermería al ejercicio de la profesión; pues es un planteamiento para resolver problemas basado en la reflexión.

Exige capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales. Las etapas del proceso son útiles para resolver problemas de la práctica de enfermería.

Para la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería se desarrollan las 5 etapas ya que ninguna de ellas (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución o evaluación) es ajena a las demás, por el contrario se retroalimentan continuamente. Éstas permiten la humanización e integridad de los cuidados, pues tienen en cuenta los intereses e ideales del usuario y de sus personas significativas. El Proceso de Atención de Enfermería se interesa por la eficiencia de los cuidados, la satisfacción y el progreso del paciente.

Es necesario mencionar que durante el desarrollo del trabajo se confirmará que la enfermería es una disciplina ya que implica desarrollar procesos de investigación, poseer conocimientos científicos para finalmente brindar un cuidado de calidad y excelencia basado en el conocimiento científico.

Para cumplir con los objetivos el trabajo, esta conformado por tres capítulos básicos, el primero plantea la metodología por medio de la cual se llevara a cabo el estudio el segundo establece la base conceptual sobre la cual se fundamenta y el tercero presentara un estudio de caso, de acuerdo a la metodología seleccionada del Proceso de atención de Enfermería.

## **JUSTIFICACION.**

El egresado de la Licenciatura en Enfermería, debe poner en práctica los conocimientos teórico-prácticos que adquirió durante su etapa de formación profesional, demostrara en la práctica profesional su conocimiento al proporcionar a una persona un cuidado de calidad. Se realizará un estudio de caso por medio de la metodología del Proceso Atención de Enfermería, así el pasante de enfermería demostrará que cuenta con los elementos necesarios que le permitan la toma de desiciones y demostrar que cuenta con las conocimientos habilidades y destrezas mediante las cuales pueda ejercer su profesión teniendo como base los conocimientos científicos, disciplinarios y humanísticos que ofrece el cuidado enfermero

## **I OBJETIVOS**

### **1.1 Objetivo General.**

Utilizando la metodología del Proceso Atención de Enfermería e incorporando los aspectos conceptuales de Virginia Henderson se realizará un estudio de caso para ayudar a la persona a desarrollar las habilidades y actitudes que la lleven a la satisfacción de sus necesidades.

### **1.2. Objetivo Especifico.**

1.2.1. Con la valoración de enfermería crear una base de datos de la persona para conocer el grado de dependencia que tiene; las causas de dificultad y los problemas que están afectando sus necesidades.

1.2.2. Realizar un análisis de los datos obtenidos para establecer los diagnósticos de enfermería Reales, de Riesgo o de Salud.

1.2.3. Con base a los diagnósticos establecidos definir el o los roles de enfermería y planear las intervenciones de enfermería que necesite la persona para satisfacer sus necesidades.

1.2.4. Ejecutar las intervenciones planeadas bajo el sustento de una justificación científica.

1.2.5. Evaluar las intervenciones de enfermería realizadas y en caso necesario replantear el Plan de Intervenciones.

## II. MARCO TEORICO.

### 2.1. Cuidado.

Durante varios años la enfermería se ha concentrado en la enfermedad y en la curación, sin embargo en la actualidad gracias al desarrollo de las teorías de enfermería se concluye que el núcleo central de sus conocimientos y práctica es el **cuidado**. Cuidar es la esencia de la enfermería, la cual se ejecuta a través de una serie de acciones dirigido a otro ser humano por lo tanto es necesario el desarrollo de los conceptos relacionados a este tema.

#### 2.1.1 Concepto.

Florence Nightingale entendía al cuidado como un servicio a la humanidad basado en la observación y la experiencia, que consiste en poner a la persona enferma o sana en las mejores condiciones posibles a fin de que la naturaleza pueda restablecer o preservar su salud.

Colliere dice: “ los cuidados son un conjunto de actividades que aseguran la continuidad de la vida como el beber, comer, evacuar, dormir, moverse, así como todo aquello que es fundamental para la vida...”<sup>1</sup>

Para Colliere”al cuidado lo define como acto de vida en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que esta continúe y se produzca...”<sup>2</sup>

Para Virginia Henderson el cuidado consiste en asistir a la persona enferma o sana en las actividades que no puede hacer por si misma por falta de fuerza, de voluntad o de conocimientos con el fin de conservar o de restablecer su independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales.

Jean Watson, dice que el cuidado es una arte y ciencia humana del caring, ideal moral y procesos transpersonales dirigidos a la promoción de la armonía (cuerpo-alma-espíritu) utilizando 10 factores de cuidados.

Madeleine Leininger define, al cuidado como una ciencia y arte humanista aprendidos, centrados en los comportamientos, las funciones y los procesos de cuidados personalizados dirigidos hacia la promoción y conservación de los comportamientos de salud o su recuperación, preservando, adaptando y reestructurando los cuidados culturales.

#### 2.1.2. Antecedente histórico.

Desde el inicio de la vida, los cuidados resultan indispensables para permitir la continuidad de esta. Por tanto los cuidados desde su origen tienen como finalidad “mantener la vida” asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades que permitan la reproducción

---

<sup>1</sup> Colliere, F. M. **Promover La vida**, En: antología **Fundamentación Teórica de Enfermería**, ENEO.UNAM 2004 P.33-37.

<sup>2</sup> **IDEM**, p.p.33.

del grupo y la continuidad de la especie. Esta actividad nace y evoluciona ligada a la mujer puesto que ésta es la primera en ofrecer cuidados por medio de su cuerpo al recién nacido. Debido a sus características biológicas y a sus conocimientos intuitivos, la mujer se sentía muy compenetrada con la naturaleza y envuelve a los cuidados corporales de remedios naturales que esta le proporciona. Hasta la aparición de las primeras religiones monoteístas, los cuidados se dirigen al cuerpo en su totalidad, basados en la estimulación de sensaciones corporales mediante estas recetas naturales y el contacto directo con la piel, con el objetivo de proporcionar bienestar, armonía, placer, satisfacción, calma, alivio del dolor y del sufrimiento.

Con la estructuración de las creencias espirituales, pasando del animismo a la creación de religiones monoteístas, los cuidados pierden su función de mantener la vida y suministrar placer. La filosofía espiritual de la que se impregnan se basa en el discurso religioso, a través de la oración y la fe el alma se libera del cuerpo y se purifica. El cuerpo sexuado se considera la prisión del alma, de lo divino por lo que tiene que sufrir y conocer el dolor, por lo tanto el contacto directo con la piel y los métodos naturales son considerados paganos. Seguidamente, en la época moderna, se produce el auge de la ciencia y con el afán por darle explicaciones a todos los fenómenos se establece un solo objetivo en el ámbito de la salud: erradicar la enfermedad. Los “cuidados corporales” se mecanizan en “cuidados técnicos” que se basan en la manipulación del cuerpo para el tratamiento de la enfermedad; sin tomar en cuenta la globalidad de la persona al rechazar los cuidados del alma. El cuerpo se considera un objeto de estudio para la ciencia.

Actualmente, gracias a las aportaciones de las ciencias humanas existe una visión integradora donde los cuidados, no sólo se centran en el cuerpo como objeto de estudio, sino que abarcan a la persona en su totalidad, a su familia y a la sociedad, pretenden el desarrollo y la promoción de la salud enseñando a la sociedad a cubrir sus necesidades, desarrollar sus potencialidades para conseguir una vida más saludable. Estos cuidados por tanto deben recuperar su sentido original, proporcionar bienestar y equilibrio del cuerpo además de desarrollar métodos espirituales para sanar el interior, o alma.

Entonces, cuidar es un concepto incorporado en la naturaleza del ser humano como necesidad básica. Cuidar es mantener la salud, y por ello es un concepto incorporado a la vida cotidiana de las personas: cuida la mujer, cuida la madre, cuidan los familiares y allegados cubriendo las necesidades y requerimientos del mantenimiento de la vida y la salud. De esta manera, el cuidado enfermero se orienta en los distintos ámbitos de la vida y del cuidar humano. El lenguaje del cuidado enfermero como significación profesional nos lleva a delimitar esta acción cotidiana de la vida humana en relación con los requerimientos del cuidado que tiene la persona y su entorno, cuando no tiene conocimiento, voluntad o capacidad por si misma para mantener su salud en el contexto de la vida productiva y social...<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> <http://www.url.edu/es/ip/centro/blanquerna/asignaturas/GestioCures.ACTIVA>.

### 2.1.3 Tipos de cuidados: care y cure.

Durante los últimos 15 o 20 años, el concepto de caring ha sido el centro de varios escritos en la disciplina enfermera. Leininger (1981) ha mantenido este concepto como la esencia de la disciplina. Benner y Wrubel (1989) sugieren que una práctica enfermera basada sobre la prioridad del caring reemplaza aquella en la que el enfoque comprende la promoción, la prevención y la restauración de la salud. A su vez, Watson (1985) propone que las enfermeras creen un ideal de caring que sea a la vez humanista y científico. Según Benner y Wrubel (1989) El caring esta formado por el conjunto de las acciones que permiten a la enfermera, por ejemplo, descubrir de manera sutil los signos de mejora o de deterioro de la persona. Caring también significa facilitar y ayudar, respetando los valores, las creencias, la forma de vida y la cultura de las personas (Leininger, 1988 a; 1988 b; Watson, 1988...)”<sup>4</sup>

Colliere. Cuidados de costumbres y Habituales ó de conservación y mantenimiento de la vida (**care**):”Están determinados por la cultura (universalidad y diversidad). Representan a todos los cuidados permanentes y cotidianos que tiene como única función mantener la vida...”<sup>5</sup>

Cuidados de curación (**cure**), “relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida... tiene por objetivo limitar la enfermedad, lucha contra ella y atajar la causa...”<sup>6</sup>

Los cuidados de curación van a predominar progresivamente asta el punto de obliterar o incluso de excluir los cuidados para el mantenimiento de la vida que se minimiza y se hacen secundarios los cuales son fundamentales ya que sin ellos ninguna vida puede continuar.

Diferenciar la naturaleza de estos dos tipos de cuidados **care y cure** nos hace llegar a la intersección de las colocaciones y las opciones fundamentales que guían las elecciones que se hacen no solo respecto a la función cuidadora del personal sanitario, si no también respecto al conjunto de la acción sanitaria y social.

### 2.1.4 Tecnología para el cuidado.

La evolución más reciente a lo largo del siglo que acaba de terminar, con la expansión y el avance de la investigación tecnológica en el cuidado médico y de la salud incorpora el concepto del cuidado tecnológico que se diferencia por su complejidad técnica y que sin perder su razón humana, incorpora la tecnología del cuidado en el saber enfermero. Se estructuran los cuidados en instituciones cerradas en donde se concentra la alta tecnología.

En esta época adquiere relevancia el cuidado técnico como valor dominante en la sociedad de la época, quedando relegado a un segundo plano el factor humano del

<sup>4</sup> Kérouac, S. **El pensamiento enfermero**, Barcelona; México: Masson.1996. Pp. 42,43

<sup>5</sup> Coolliere O.p-cit, Pp.1.

<sup>6</sup> IDEM. Pp.34.

cuidado a las personas. Se acentúan las funciones delegadas en detrimento de la esfera propia de la profesión: los CUIDADOS.

A partir de aquí las enfermeras se apartaron del cuidado de las personas enfermas y la promoción de la salud de la población, para convertirse en excelentes dominadoras de la técnica con la finalidad de ayudar a los médicos; en otras áreas como el quirófano, urgencias o cuidados intensivos.

Collière afirma que: cuidar ha sido considerado como banal y accesorio ante el surgimiento de la medicina científica o se confunde con la aplicación de los tratamientos a los que ha sido asimilado, como auxiliar del médico. El arte de cuidar no nació de la enfermedad sino como la necesidad de asegurar la continuidad de la vida.

El objetivo de los cuidados no es la enfermedad, sino todo lo que ayuda a vivir. Los tratamientos enfocados hacia la enfermedad, no pueden sustituir a los cuidados, curar no puede reemplazar a cuidar...<sup>7</sup>

Dentro de cualquier sistema de cuidados de salud «La necesidad básica de un paciente enfermo es la necesidad de unos cuidados personalizados». Nadie pone en duda que tales cuidados corresponden principalmente al rol de la enfermera y nadie mantendría que este rol es algo nuevo. La enfermería ha evolucionado como respuesta a una necesidad, la necesidad del cuidado de los enfermos.

Prestamos a los pacientes diariamente, nuestro trabajo no es completo. Necesitamos además de dominar la tecnología que utilizamos, dar una prestación diferenciada que a la vez nos identifique como profesionales de la salud.

Santos Blanco enfermero español señala lo siguiente: si realizamos un somero análisis en los hospitales y centros de salud sobre los instrumentos y las técnicas que empleamos en la provisión de cuidados y de los recursos que nunca aprovechamos, tendremos una imagen clara de la clase de cuidado que prestamos, con predominio de los cuidados curativos (**care**), pero.. ¿Cuáles son las tecnologías utilizadas por la enfermería?

A) -El cuerpo, el primer instrumento del cuidado

El cuerpo sigue siendo el instrumento principal de la enfermería, en el sentido de que es el vehículo del cuidado.

El TACTO es uno de los sentidos más importantes en la prestación del cuidado, las manos.

El OÍDO transmite los mensajes y es el vehículo para escuchar.

La VISTA sitúa a las personas en su entorno, descubre caras, descifra los mensajes enviados por el cuerpo, si el paciente está doblado, preocupado, contorsionado, agotado, nervioso, angustiado, inmóvil, expresivo, relajado, etc.

---

<sup>7</sup> Corriere MF. **Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros.** ROL de Enfermería 1999. p. 27-31.

B) -Tecnologías para el mantenimiento de la vida: Son las tecnologías que compensan las fallas del organismo humano, son todos aquellos instrumentos que proporcionan una autonomía parcial o total a los pacientes, que mejoran su vida diaria.

C) Tecnologías para la curación: Varían desde los instrumentos más sencillos hasta las máquinas más complejas. Los cuidados de enfermería se enfrentan a una multiplicidad y a una magnificación de las tecnologías de la curación a precio de otras tecnologías.

D) Tecnologías de la información: En el proceso de prestar cuidados, las enfermeras emplean también unas técnicas de transmisión de información, concretamente el Proceso de Atención de Enfermería. Los conocimientos utilizados por una profesión deben constituir su patrimonio y deben engendrar otros conocimientos y servir como fundamentos para toda evolución profesional. .”<sup>8</sup>

## 2.2 ENFERMERIA.

Enfermería es una disciplina que a lo largo de su historia ha tenido diversas etapas de desarrollo en su proceso histórico y el ejemplo más objetivo de estas transformaciones es la transición paradigmática de la curación-enfermedad a la persona cuidada; y para comprender mejor la evolución histórica de la profesión se ha incluido un capítulo referente ha enfermería.

### 2.2.1 Concepto.

La primera definición de enfermería la hizo Flórence Nightingale en 1859 y define la enfermería como “aquello que se encarga de la salud personal de alguien... y lo que la enfermería tiene que hacer...es poner al paciente en la mejor condición para que la naturaleza actúe sobre el “...”<sup>9</sup>

Virginia Henderson (1961) contempla la enfermería como la asistencia al individuo enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que favorecen su salud o la recuperación de la misma (o una muerte en paz), tareas que el podría realizar sin ayuda si tuviera las energías, fuerza de voluntad o conocimientos necesarios.

Claire Fegin en (1978), la enfermería de define como aquello que comprende la promoción y conservación de la salud, la prevención de la enfermedad, los cuidados de la persona durante las fases agudas de la enfermedad, así como la rehabilitación y la recuperación de las salud.

Orlando (1961), contempla la enfermería como la tarea de proporcionar la ayuda necesaria para que el paciente satisfaga sus necesidades, es decir, para asegurar su bienestar físico y mental al máximo dentro de lo posible.

Martha Rogers (1970) describe la enfermería conjuntamente como arte y ciencia. Profundizando, pone de manifiesto la existencia de un cuerpo único de conocimientos que

---

<sup>8</sup> <http://www.oftalmo.com/enfermeria/enfermeria2004/> ACTIVA

<sup>9</sup> W.Iyer Patricia. J Taptich Barbara. **Proceso y Diagnósticos de Enfermería**; 2da Edición Madrid Pp. 4.

se desarrolla a partir de la investigación científica y del análisis racional, pudiendo este ser trasladado a la práctica de la enfermería.

Bertha Rodríguez la define: Enfermería es la ciencia y el arte de proporcionar cuidados de predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas del individuo familia y comunidad a procesos vitales, problemas de salud reales y potenciales así como la colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario en la solución de las respuestas fisiopatologías.

Estas definiciones son una muestra de las múltiples existentes. Se podrían resumir diciendo que la enfermería es a la vez una ciencia y un arte, tiene su propio cuerpo de conocimientos con bases científica, centrado en la salud y bienestar del enfermo, la enfermería se preocupa de los aspectos psicológicos, espirituales, sociales y físicos del individuo, familia y comunidad proporcionando cuidados de prevención y tratamiento...<sup>10</sup>

### 2.2.2 Antecedentes históricos.

La historia de enfermería surge con el nacimiento del ser humano, José Siles nos dice que “El termino anglosajón nurse con el que se designa a la enfermería se deriva de las palabras latinas nutriere (alimentar) y nutrís (mujer que cría)...”<sup>11</sup>

El marco de referencia para la ciencia enfermera como un hecho histórico indiscutiblemente es el marco de los cuidados , mucho antes incluso de que se definiera esta ciencia como tal, ya que tanto los cuidados como su evolución , han estado presentes en la vida del hombre desde tiempo inmemorial, desde el principio de los tiempo. Conceptos como cuidados para la supervivencia, cuidados alimentarios, cuidados de la prole, mantenimiento del fuego, cultivos, caza, etc, vienen dados con referencia a la satisfacción y mantenimiento de las necesidades fundamentales en épocas concretas como en la prehistoria. Uno de los pilares del marco de referencia es el concepto de **salud**, dependiendo de la concepción de las sociedades en cada época, de este concepto y sus características, se produce paralelamente una evolución de la concepción del propio concepto de hecho histórico enfermero, es decir se produce una concepción diferente del hecho de cuidar según las épocas.

Esta diferente concepción de la interpretación de hecho histórico según las características de la época establece diferentes etapas en el cuidar, según García Martín Caro en su libro Historia de la enfermería

**Etapa domestica.** Refiere García Martín Caro que estos fueron los primeros cuidados que dieron origen a la disciplina enfermera. Se relaciona con la concepción de la salud como mantenimiento de la vida, donde tiene especial relevancia el papel de la mujer. Abarca desde las primeras civilizaciones hasta la caída del imperio Romano.

---

<sup>10</sup> IDEM.

<sup>11</sup> SILES.M.Jóse Luis. **Historia de Enfermería.** En: antología de Fundamrntación teórica de Enfermería. ENEO.UNAM.2004 P.15-29.

El concepto de ayuda a los demás está presente desde el inicio de la civilización, como lo demuestran estudios antropológicos, arqueológicos, etc.,. Lo que no está tan claro es que lo que denominamos el cuidado de enfermería aparezca con el hombre, ya que en aquella época se entremezclaban diversas formas de cuidar, que con el transcurso del tiempo dieron lugar a diferentes disciplinas.

Esta etapa de los cuidados se denomina doméstica, por ser la mujer en cada hogar la encargada de este aspecto de la vida. El objetivo prioritario de atención de la mujer cuidadora es el mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio.

Alrededor de cada mujer en la familia se entrelazan y elaboran las prácticas rituales que tienden a asegurar la vida, su promoción y su continuidad. La mujer utiliza elementos que son parte de esa misma vida natural, como el agua para la higiene, las pieles para el abrigo, las plantas y el aceite para la alimentación y las manos, elemento muy importante de contacto maternal, para transmitir bienestar.

En consecuencia, los cuidados van encaminados a ese mantenimiento de la vida a través de la promoción de la higiene, la adecuada alimentación, el vestido y, en general, todas las medidas que hacen la vida más agradable, algunas de las cuales se han dado en llamar en nuestros días cuidados básicos.

**Etapa vocacional.** Se asocia con la aparición del cristianismo, en la que se relaciona a la salud y la enfermedad como designios de dios. Y en la que las personas dedicadas a los cuidados han de entregarse a dios, sin necesidad de poseer muchos conocimientos sobre los cuidados, en esta época proliferan las ordenes religiosas, las cruzadas, como conflictos Bélicos, suponen un comienzo del auge de las necesidades de los cuidados, abarca desde el nacimiento del pensamiento cristiano hasta el final de la edad moderna.

La etapa vocacional comprende desde el inicio del mundo Cristiano, la Edad Media y el Mundo Moderno siglos XVI, XVII y XVIII, el calificativo vocacional se asocia con el nacimiento de la religión cristiana : el enfermo, el que sufre, es un elegido de dios y, quien lo cuida también se consagra a el, en esta época los conocimientos teóricos eran casi inexistentes los procedimientos aplicados muy rudimentarios, lo importante era la actitud mostrada, centrada en la caridad, la sumisión, la religiosidad y la obediencia.

**Etapa técnica.** Es la época del desarrollo tecnológico de búsqueda de la causa de la enfermedad. El enfermo como sujeto de una enfermedad centra la atención en esa etapa, la profesionalización de enfermería comienza con las tesis de Florence Nightingale, aunque no es hasta finales de los años 50 con el auge de los hospitales , se precisa personal especializado tecnológicamente hablando, se inicia desde la segunda mitad del siglo XIX. Los avances técnicos y científicos permiten cada vez intervenciones más complicadas. La medicina se tecnifica y se especializa. El año 1864 se funda la Cruz Roja. Joseph Lister empieza a utilizar fenol como desinfectante quirúrgico con muy buenos resultados y de rebote su ayudante, la enfermera Caroline Hampton, utiliza por primera vez guantes quirúrgicos para proteger su piel de los efectos corrosivos del fenol. Se inventa la jeringa para poder inyectar morfina y al cabo de unos años Heinrich Dreser crea la heroína, para evitar los efectos de drogodependencia de la morfina. Pasteur hace importantes avances en microbiología y vacunas.

La enfermería moderna comenzó a mediados del siglo XIX. Uno de los primeros programas oficiales de formación para las enfermeras comenzó en 1836 en, Alemania, a cargo del pastor protestante Theodor Fliedner. Por aquel tiempo otras órdenes religiosas fueron ofreciendo también formación de enfermería de manera reglada en Europa, pero la escuela de Fliedner es digna de mención por haberse formado en ella la reformadora de la enfermería británica Florence Nightingale. Su experiencia le brindó el ímpetu para organizar la enfermería en los campos de batalla de la guerra de Crimea y, más tarde, establecer el programa de formación de enfermería en el hospital Saint Thomas de Londres. La llegada de las escuelas de enfermería de Nightingale y los heroicos esfuerzos y reputación de esta mujer transformaron la concepción de la enfermería en Europa y establecieron las bases de su carácter moderno como profesión formalmente reconocida.

Con la explosión del conocimiento técnico en el campo de la salud después de la II Guerra Mundial, el personal de enfermería ha comenzado también a especializarse en áreas particulares de asistencia sanitaria. Éstas incluyen áreas quirúrgicas, dentales, maternidad, psiquiatría y salud comunitaria. Dentro de cada una de estas especialidades se puede optar por una nueva especialización...<sup>12</sup>

### **Etapa profesional.**

En esta cuarta etapa de la historia del cuidado, la enfermería se consolida como una disciplina, con un cuerpo de conocimientos propio y una responsabilidad definida en la atención a la salud de la población.

Tanto desde el punto de vista formal como sociológico, la enfermería es hoy muy distinta a como se practicaba hace cincuenta años. Distintos factores son los que han intervenido en esta profesionalización del cuidado. Las enfermeras han asumido la responsabilidad de formar a sus propios profesionales, de organizar y dirigir los servicios de enfermería y de iniciar investigaciones encaminadas a incrementar su cuerpo disciplinar. Así mismo, en el campo asistencial los cambios acaecidos han sido muy significativos, desde una actividad basada en el empirismo y centrada en la técnica, se ha pasado a orientar el cuidado en un marco teórico propio, utilizando una metodología lógica y racional, como lo demuestra el uso generalizado del Proceso de Enfermería y la formulación de diagnósticos enfermeros.

Siles en esencia establece el mismo sistema de división con la siguiente nomenclatura: tribal doméstica, religioso institucional, preprofesional y profesional.

Desde que Florence Nightingale estableciera la necesidad de la formación específica de las enfermeras, hasta las décadas de los años cincuenta y sesenta del siglo XX, se produce una interrupción en el desarrollo de la disciplina enfermera. A partir de estos años surgen enfermeras investigadoras como Peplau y Henderson, que inician estudios sobre los contenidos teóricos de la enfermería. Al mismo tiempo, enfermeras docentes, entre las que cabe destacar a Ida J. Orlando, describen métodos de trabajo propios de la actividad profesional.

---

<sup>12</sup> <http://personales.ya.com/erfac/enferm.htm>.ACTIVA.

Con estos hechos, entre otros, la actividad de cuidar se convierte en una disciplina diferenciada de otras profesiones de salud.

### 2.2.3 Núcleos Conceptuales

Meta paradigma. “Estructura conceptual o filosófica de organización de una disciplina o profesión.

El meta paradigma de enfermería nos aporta las bases fundamentales de la enfermería esta base teórica es la que provee a las enfermeras en su práctica clínica profesional con un entendimiento integral del ser humano, es por eso que la vinculación efectiva con el paciente requiere basar la práctica en el pensamiento teórico de enfermería.

El meta paradigma es un marco conceptual para entender su rol frente al paciente, el conocimiento que la enfermera desarrolla durante el proceso de formación y a través de su trayectoria profesional le permiten explicar éste marco conceptual y una vinculación efectiva con el paciente, el conocimiento que la enfermería desarrollo debe ser 4 modos...”<sup>13</sup>

“Empírico: Conocimiento ganado a través de la observación de hechos que se puede verificar.

Estético: conocimiento expresado a través del arte de enfermería.

Ético: conocimiento de las perspectivas éticas que como enfermeras enfrentamos, este conocimiento incorpora valores y requiere clasificación con el paciente.

Conocimiento personal: Se refiere al conocimiento de uno mismo, este tipo de conocimiento requiere el poder de introspección, reflexión, y autenticidad con uno mismo y con los demás.

Así mismo él meta paradigma de la enfermería agrupa cuatro conceptos:

**Persona:** es la receptora de los cuidados. se concibe, tanto sana como enferma, como un ser global, que tiene necesidades y características individuales y comunes, que experimenta cambios y que es capaz de interactuar con el entorno y con los otros seres humanos, por lo que puede ser considerada de forma individual y como integrante de un grupo (familia y comunidad). Los componentes filosóficos mas relevantes sobre esta idea de la persona fueron su concepción humanística (ser activo con sus recursos y potencialidades), y la visión holística (totalidad e interacción de los aspectos que lo componen; biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales), en contraposición con las ideas de pasividad y reduccionismo, imperantes hasta la segunda mitad del siglo pasado

**Entorno:** son los aspectos contextuales relacionados con la persona y/o el lugar donde se desarrolla la actuación de la enfermera. Hace referencia a todas las condiciones,

---

<sup>13</sup> Benavet Garcés M, Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey. **Fundamento de Enfermería**. Los Modelos del Cuidado. Madrid 2001. 157-160

circunstancias e influencias que rodean y afectan al comportamiento y desarrollo de las personas. El entorno comprende el medio interno y externo.

El medio interno se relaciona con los factores intra personales, tales como la personalidad, la capacidad mental y las condiciones genéticas.

El medio externo incluye todas las fuerzas exteriores a la persona. Las enfermeras son parte del entorno humano, por lo que las interacciones que se establecen entre ellas y las personas también influyen los cuidados enfermeros.

**Salud:** la salud, meta de los cuidados enfermeros, es entendida como algo más que la mera ausencia de enfermedad.

Se contempla como un estado dinámico o un proceso que cambia con el tiempo y varía de acuerdo con las circunstancias individuales, es una condición del ser humano y su existencia es independiente de la presencia de enfermedad o lesión.

**Enfermería (Rol profesional):** el rol profesional o naturaleza de la enfermería, es conceptualizado como un servicio de ayuda a las personas, apoyado en las relaciones interpersonales enfermera / cliente y enfocado hacia la comprensión del ser humano en relación con su entorno, y cuya meta es crear las condiciones necesarias para permitir que la persona actualice sus potencialidades con el fin de enfrentarse a una situación que representa un problema de salud real o potencial y que ella percibe como importante.

De estos cuatro fenómenos, la persona es el centro de la práctica enfermera y desde ella surgen y se enlazan los otros tres, la ausencia de alguno de ellos implica que la enfermería no puede desarrollarse como ciencia y profesión...<sup>14</sup>

### 2.3. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

El objetivo del Proceso de Atención de Enfermería es brindar cuidados de enfermería su meta es identificar, el estado de salud del paciente, es un método sistemático y racional de identificar los problemas reales y potenciales, establece planes para atender las necesidades identificadas y ofrecer acciones específicas de enfermería para atender dichas necesidades, este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

#### 2.3.1 Concepto.

Hall creó el término Proceso de Enfermería en 1955 y Jonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbush (1963) fueron de las primeras personas en referirse a una serie de fases que describen el proceso de enfermería. Desde entonces, diversos profesionales de enfermería han descrito el proceso de enfermería y han organizado las fases de distintas maneras.

El propósito del Proceso de Enfermería es identificar el estado de salud de un paciente y las necesidades o problemas de salud real o potenciales, así como proporcionar intervenciones de enfermería específicas para hacer frente a dichas necesidades o problemas. El paciente puede ser un individuo, una familia o un grupo.

---

<sup>14</sup> F. Ferrin Carmen, G. Abelar Margarita; **Enfermería Fundamental**. Barcelona; México: Masson, Pp. 148-149.

El objetivo principal del Proceso de Atención de Enfermería es construir una estructura teórica que puede cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad (Iyer 1987). Otras autoras coinciden en afirmar que el objetivo del proceso debe concordar con el objetivo de la enfermería: Mantener el bienestar del paciente a nivel óptimo (Yura, 1982), progresar hacia la integración plena del individuo (Marriner, 1983), administrar cuidados de enfermería en forma organizada (Alfaro, 1988). Todas ellas mantienen como constantes la conservación y el progreso de salud de la persona, mediante acciones organizadas. Es decir conseguir la calidad de los cuidados y la calidad de la vida...”<sup>15</sup>

Rosalinda Alfaro dice que el Proceso Enfermero consta de consta de 5 pasos o Etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos (resultados) y eficaces. También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse como pueden mejorarlo, el proceso tiene las siguientes características:

**Sistemático.** Como el método de solución de problemas consta de cinco pasos, en los que se llevan a cabo una serie de acciones deliberadas para examinar la eficiencia y obtener resultados beneficiosos a largo plazo.

**Dinámico.** A medida que adquiere más experiencia, podrá moverse hacia atrás y hacia adelante entre los distintos pasos del proceso, combinando en ocasiones distintas actividades para conseguir el mismo resultado final.

**Humanístico.** Se basa en la creencia de que a medida que planificamos y brindamos los cuidados debemos considerar los valores y deseos específicos del usuario (persona, familia y comunidad), como enfermeras debemos considerar la mente, el cuerpo y el espíritu. Nos esforzaremos por comprender los problemas de salud de cada individuo y el correspondiente impacto del mismo en la percepción de bienestar de la persona y en su capacidad para las actividades de la vida diaria centrado en objetivos (resultados). Los pasos del proceso enfermero están diseñados para centrar la atención en si la persona que demanda los cuidados de salud obtiene los mejores resultados de la manera más eficiente. Los requerimientos específicos de documentación proporcionan los datos clave que pueden estudiarse para optimizar los resultados en otras personas en situación similar.”...<sup>16</sup>

La ciencia de enfermería se basa en un amplio marco teórico. El Proceso de Enfermería es el método mediante el cual se aplica este marco a la práctica de enfermería es un enfoque deliberativo de resolución de problemas que requiere unas capacidades cognitivas, técnicas e interpersonales, y que va dirigido a satisfacer las necesidades del sistema cliente / familia (Smith Y Germain. 1975).

El Proceso de Enfermería consta de cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Estas fases integran las funciones intelectuales de resolución de problemas en un esfuerzo por definir las acciones de enfermería”...<sup>17</sup>

<sup>15</sup>. IDEM P.p. 199.

<sup>16</sup> Alfaro Lefebre Rosalinda. **Aplicación del Proceso Enfermero**. Barcelona, México. Masson, P.p. 4.

<sup>17</sup> W.Iyer. Op.Cit. P.p. 13.

### 2.3.2 Antecedentes históricos.

El Proceso de Enfermería ha pasado por diferentes momentos de desarrollo hasta concebirse tal y como hoy se entiende. A esto ha contribuido, tanto la clarificación que han proporcionado los progresos de la disciplina a nivel teórico como la demarcación del ámbito de actuación profesional, lo que significa que las concepciones pasadas influyeron en su configuración, durante la década de los cincuenta a los sesenta, se configuro de acuerdo a un esquema conceptual cuyo procedimiento incluía las siguientes etapas: análisis, síntesis y ejecución. Otras investigadoras, utilizando estos conceptos, otras fuentes y sus propios resultados operacionales, identificaron las etapas de análisis, inferencia, validación, valoración, acción y evaluación, considerando la valoración como la etapa resumen de los problemas del paciente. A finales de los años sesenta es cuando aparece el primer texto que describe el proceso en cuatro etapas: valoración, planificación, realización y evaluación, conformando una estructura que seria el génesis del actual. A partir de mediados de los años setenta, ya se empieza a hablar de diagnostico como la fase clave del Proceso de Enfermería, y se comienzan a definir y a clasificar los problemas independientes, específicos, del campo profesional. Es entonces cuando algunas autoras (Roy, 1976; Aspinal, 1976, y otras) incluyen la fase diagnostica en las etapas del Proceso de Enfermería, conformando las cinco etapas que se conocen en la actualidad; valoración, diagnostico, planificación, ejecución y evaluación. Con ello se dio un paso importante, ya que el diagnostico fue el elemento fundamental que revoluciono el Proceso de Enfermería, añadiendo los recursos que sirvieron para unificar y configurar un lenguaje científico común y definir los problemas que tratan las enfermeras de acuerdo con su ámbito exclusivo de responsabilidad....”<sup>18</sup>

“Una de sus virtudes fue la constante observación que mantuvo sobre diversos problemas que en nuestros días son aplicables en el Proceso de Atención de Enfermería.

### 2.3.3. Valoración:

Es la primera fase del Proceso de Atención de Enfermería, se define como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia. Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

---

<sup>18</sup> Ferrin Carmen Op.Cit. P.p. 202

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación es valorado cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas que se consideran más afectadas.
- Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar: Datos sobre los problemas de salud detectados o manifestados por el paciente y los factores contribuyentes.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta.

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

**En la recogida de datos necesitamos:**

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc....) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- Convicciones (ideas, creencias, etc....)
  1. Capacidad creadora.
  2. Sentido común y flexibilidad.

**Tipos de datos a recoger:**

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Los tipos de datos:

- datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).
- datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo y el espacio por ejemplo (hospitalizaciones previas).
- datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

**Métodos para obtener datos:****A) Entrevista Clínica:**

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

**La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:**

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.

- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

**La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre**

- **Iniciación:** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- **Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen actualmente formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.
- **Cierre:** Es la fase final de la entrevista. No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

**La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:**

- Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican;
- Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario. Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos. Se consideran tres tipos de interferencias:

- **Interferencia cognitiva:** Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.
- **Interferencia emocional:** Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad al plantear las preguntas, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes, Borrell (1986),
- **Interferencia social:** En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a solicitar menor información al paciente.

**Las técnicas verbales son:**

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.

- Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:
- Expresiones faciales,
- La forma de estar y la posición corporal,
- Los gestos,
- El contacto físico,
- La forma de hablar.

Para finalizar la entrevista y siguiendo a Briggs, J. (1985) y Gazda G.M. (1975) concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto.

- Empatía: Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Pero Borrell (1989), nos aporta que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, Y otro en el que le da a entender que la comprende.
- Calidez: Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal
- Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). En palabras de Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.
- Concreción: Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos Y compartidos de la entrevista, Borrell (1989).

Cibanal (1991) nos aporta una quinta característica del entrevistador:

- La autenticidad, ésta supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos».

## **B) La observación:**

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

### **C) La exploración física:**

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración
- Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

### **VALIDACIÓN DE DATOS:**

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las malas interpretaciones.

Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc. Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

### **ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS:**

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo que utilizaremos al organizar los datos es por necesidades básicas de (Virginia Henderson, 1972), La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información.

Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnosticas y los tratamiento prescritos.
- Valoración física
- Necesidades Básicas.

### **DOCUMENTACION Y REGISTRO DE LA VALORACIÓN:**

Es el segundo componente de la fase de valoración y las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen:

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad.
- Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- Permite la investigación en enfermería y es una prueba de carácter legal
- Permite la formación pregrado y postgrado

Las normas que Iyer (1989), establece para la correcta anotación de registros en la documentación son:

- Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario
- Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, «normal," «regular", etc.
- Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma , tamaño, etc
- La anotación debe ser clara y concisa.
- Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
- Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán cuando sea necesario solo las abreviaturas de uso común sin caer en el exceso...<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> [www.Terra.es/personal/dueñas/pae-htm.ACTIVA](http://www.Terra.es/personal/dueñas/pae-htm.ACTIVA).

### 2.3.4 Diagnostico

Según se utilice el Proceso de Atención de Enfermería de 4 fases o el de 5, es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

**Diagnóstico de enfermería real** se refiere a una situación que existe en el momento actual.

**Problema potencial** se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro. Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo
- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería.

**Los pasos de esta fase son:**

1.- Identificación de problemas:

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alterativas como hipótesis
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2.- Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

**Componentes de los Categorías Diagnósticos aceptadas por la NANDA:**

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del que hacer profesional. La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios:

**Investigación:** Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien

definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros. Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. En este momento los Diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:

- Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.
- Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los Diagnósticos de Enfermería aceptados.
- Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo Diagnóstico.
- Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada
- Identificar nuevas áreas de competencia en Enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos Diagnósticos.

**Docencia:** la inclusión de los Diagnósticos de Enfermería en el curriculum básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el curriculum. Permite:

- Organizar de manera lógica, coherente Y ordenada los conocimientos de Enfermería que deberían poseer los alumnos
- Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.

**Asistencial:** El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:

- identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud
- Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia
- Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.
- Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional
- Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
- Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de Salud de las hechas por otros profesionales.
- Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.
- Mejorar y facilitar la comunicación Inter. e intra disciplinar.

**Gestión:** Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los Diagnósticos de Enfermería en este ámbito son:

- Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, Y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
- Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
- Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.
- Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.
- Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.
- Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

**Etiqueta descriptiva o título:** ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.

**Definición:** expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.

**Características definitorias:** Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es sugerente.

Las características que definen el diagnóstico real son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.

**Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo:** Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo es:

- F. Fisiopatológicos (biológico y psicológicos): shock, anorexia nerviosa
- F. de Tratamiento (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis, etc.)
- De medio ambiente como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc.
- Personales, como encontrarnos en el proceso de muerte, divorcio, etc.
- F. de Maduración: paternidad/maternidad, adolescencia, etc.

#### D) Tipos de diagnósticos:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

**Real:** representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

**Alto Riesgo:** es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

**Posible:** son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

**De bienestar:** juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

Podemos añadir un quinto tipo:

**De síndrome:** comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

Una vez que se tenga todos los hechos necesarios, podrá determinar las capacidades (que precisan ser reforzadas y usadas al desarrollar el plan de cuidados) y los problemas de salud reales y potenciales (que serán la base del plan de cuidado). También determinara que problemas se pueden resolver mediante intervenciones independientes de enfermería y cuales requerirán actuaciones que deben ser prescritas por un medico u otro profesional de los cuidados de la salud calificado para ello.

“La enfermera concluye la fase de valoración con la emisión de un diagnostico sanitario, requiere un elevado nivel de capacitación intelectual, constituye el aspecto del mayor importancia del proceso de la asistencia sanitaria y la culminación de la fase de valoración.

Un diagnóstico puede completarse definiendo problemas adicionales derivados del problema básico y matizarse mediante el empleo de términos tales como agudos, crónicos, total, completo, parcial o mínimo por mencionar algunos, por otro lado al indicar la causa de la dolencia diagnosticada se clasifica la razón psicopatológica, fisiopatología, social, cultural, educativa económica relacionado con el medio ambiente, o con el proceso de desarrollo del individuo que impide la satisfacción de las necesidades. Los diagnósticos sanitarios pueden agruparse en torno a una necesidad humana...<sup>20</sup>

### 2.3.5 Estructura diagnóstica.

A la hora de escribir un Diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices...<sup>21</sup>

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.
- Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

#### 2.3.6.1. Antecedentes de la Nanda

En 1973 Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin, profesoras de la Saint Louis University school Of. Nursing, St. Louis Missouri, convocaron a enfermeras asistenciales, gestoras, investigadoras y docentes, procedentes de todas las regiones de Estados Unidos; A la primera conferencia Nacional para la clasificación de los diagnósticos enfermeros en esa ocasión se formaron grupos de trabajo con el objetivo de formular diagnósticos relacionados con sistemas funcionales específicos en esta primera reunión se fundó el National Conference Group For the Classification Of Nursing Diagnosis, que siguió reuniéndose cada 2 años hasta su desaparición en 1982, en su lugar se creó la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), esta presentó la necesidad de disponer de un sistema de ordenación de los diagnósticos optándose temporalmente por confeccionar un estado de tipo alfabético se decidió trabajar en el desarrollo de una taxonomía, (Estudio teórico de la clasificación sistemática incluyendo sus bases,

<sup>20</sup> [www.Terra.es/personal/dueñas/pae-htm.ACTIVA](http://www.Terra.es/personal/dueñas/pae-htm.ACTIVA).

<sup>21</sup> IDEM

principios, reglas y procedimientos) en lugar de limitarse a una clasificación (Disposición sistemática por grupos en categorías de acuerdos a criterios establecidos)...”<sup>22</sup>

La NANDA es la asociación de enfermeras americanas (North American Nursing Diagnosis Association) que desde 1973 viene trabajando en la elaboración, actualización y difusión de una clasificación de diagnósticos de enfermería que actualmente es una referencia a nivel mundial.

Un diagnóstico de la NANDA es un diagnóstico de enfermería que ha sido aprobado por esta asociación e incluido en su clasificación diagnóstica.

Cada diagnóstico se presenta con:

**Un nombre o etiqueta**, que describe de forma concisa el diagnóstico de enfermería. Está siempre presente en todos los tipos de diagnósticos, y corresponde a la primera parte del enunciado diagnóstico en formato tipo **PES**: **P** = "Problema de salud".

**Una definición**, que explica y delimita el significado del diagnóstico. Está siempre presente en todos los tipos de diagnósticos.

**Unas características definitorias**, que se corresponden con una serie de signos o síntomas que indican la presencia del diagnóstico. Están presentes en los diagnósticos reales y corresponden a la tercera parte del enunciado diagnóstico en formato tipo **PES**: **S** = "Sintomatología".

**Unos factores relacionados**, que describen antecedentes, situaciones o elementos que contribuyen a la aparición del diagnóstico. Están presentes en los diagnósticos reales y corresponden a la segunda parte del enunciado diagnóstico en formato tipo **PES**: **E**="Etiología"

**Unos factores de riesgo**, que describen situaciones que aumentan la vulnerabilidad de la persona a padecer un determinado problema. Están presentes sólo en los diagnósticos de riesgo.

**Un código único** que sirve para identificar y diferenciar el diagnóstico y permitir su tratamiento informático. Está siempre presente en todos los tipos de diagnósticos

**Una bibliografía básica** de referencia para profundizar en el conocimiento de los resultados. Taxonomía II de la NANDA.

Es el sistema clasificatorio en el que aparecen ordenados actualmente los diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA. La elaboración del nivel más general de la taxonomía, se utilizaron los Patrones Funcionales de Salud como base del desarrollo, pasando a denominarse Dominios. Para la elaboración del nivel más concreto de la taxonomía, se definieron dentro de cada Dominio las Clases correspondientes. La taxonomía de la Nanda consta de 13 dominios y 46 clases...”<sup>23</sup>

<sup>22</sup> Luís Rodrigo María y Fernández Ferrín Carmen **El Pensamiento de Virginia Henderson en el siglo xx1** P.p17-24

<sup>23</sup> [www.index.f.com/evidencia/inicio.php](http://www.index.f.com/evidencia/inicio.php). ACTIVA

### 2.3.6.2 ESTRUCTURA DE LA TAXONOMIA II

Esta taxonomía se diseñó para tener una forma multiaxial, lo que mejora sustancialmente la flexibilidad de nomenclatura y permite, por un lado, hacer adiciones y modificaciones y por otra facilita su inclusión en los sistemas informáticos y consta de siete ejes.

Un eje se define como la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico.

Los siete ejes que aparecen de forma Implícita o explícita, son:

1. El concepto diagnóstico. Se trata de la raíz del diagnóstico. Es el elemento principal en la formulación del diagnóstico. Ejemplo: Dolor, nutrición, etc.
2. El tiempo. Delimita la duración del diagnóstico. Ejemplo: Agudo, crónico, de larga duración o de corta duración..
3. La unidad de cuidados. Define la población a la que va dirigida el diagnóstico. Ejemplo: individuo, familia, comunidad.
4. Las etapas del desarrollo. Indica el estado del desarrollo en el que se encuentra el individuo al que va dirigido el diagnóstico. Ejemplo, feto adolescentes, ancianos.
5. Potencialidad. Indica el estado en la que se encuentra el problema sobre el que actuamos.  
Ejemplo: real, de riesgo, oportunidad o potencial de desarrollo o mejora
6. Descriptor. Es el determinante que especifica el significado del diagnóstico. Ejemplo: Disfuncional, inefectivo, etc.
7. Topología. Indica las zonas del cuerpo a las que hace referencia el diagnóstico. Ejemplo: Auditivo, urinario, etc..."<sup>24</sup>

### 2.3.7 PLANEACION

Una vez concluida la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).

Etapas en el Plan de Cuidados

- **Establecer prioridades en los cuidados.** Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos... Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- **Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.** Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

---

<sup>24</sup> IDEM.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

- **Elaboración de las actuaciones de enfermería**, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

- **Documentación y registro**

#### **Determinación de prioridades.**

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica.

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, Maslow (1972), esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como

problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir.

Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensuadamente con la enfermera/o. En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, Maslow (1972), favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.

Queremos hacer hincapié en la importancia que tienen las acciones de promoción de la salud enfocadas desde el cambio de estilo de vida, actividades que son exclusivamente responsabilidad de la enfermería y que aún no se han asumido.

### **Planteamiento de los objetivos:**

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- Dirigir los cuidados.
- Identificar los resultados esperados.
- Medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

### **Existen dos tipos de objetivos:**

- Objetivos de enfermería o criterios de proceso.
- Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado.

### **Normas generales para la descripción de objetivos**

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse. Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.
- Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

### **Objetivos de Enfermería:**

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

- A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados

para potenciarlos.

- A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- A conocer su estilo de vida y ayudarlo a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería no se suelen escribir en el plan de cuidados, a excepción de que sea para los alumnos, en cualquier caso deben responder a preguntas sobre: capacidades limitaciones y recursos del individuo que se pueden fomentar, disminuir/aumentar o dirigir.

Es interesante la consideración de Brunner y Suddarth, en la que nos dice que «la identificación de las actuaciones apropiadas y los objetivos afines dependen de que la enfermera reconozca los puntos fuertes del paciente y sus familiares; de su comprensión de los cambios fisiopatológicos que sufre el enfermo y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual del sujeto a la enfermedad.». Esta consideración nos aporta la idea de comprensión de lo que la persona hace, piensa y siente con respecto a él mismo, a la enfermedad, al medio que le rodea, etc., esto es, reconocer y comprender sus sistemas de vida y sus recursos.

- Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a: Objetivos a corto plazo: Son los resultados esperados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados esperados del paciente en el futuro o largo plazo son inciertos.
- Medio plazo: para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros o avances del paciente y mantener la línea de cuidados y la motivación.
- Objetivos a largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos:

**El primero** abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.

**El segundo** se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo.

### **Objetivos del cliente/paciente:**

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera/o. Los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente, esto es, como conductas esperadas.

Las principales características de los objetivos del cliente son tres:

- Deben ser alcanzables, esto es, asequibles para conseguirlos.
- Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar,

hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.

- Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, donde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades, Ejemplo: el paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto).

Los contenidos se describen como verbos y como ya hemos dicho que sean mensurables. En cuanto a los objetivos planteados cuyo contenido es el área de aprendizaje quisiéramos aportar los ámbitos que B. Bloom hace del aprendizaje, referidos como objetivos de la educación.

- Cognoscitivos: estos objetivos se fundamentan en la memoria o reproducción de algo adquirido mediante el aprendizaje, así como objetivos que precisan actividad de carácter intelectual (determinación de problemas, reestructuración), Los objetivos abarcan desde un mero repaso a la alta originalidad.
- Afectivos: son objetivos que hacen hincapié en la tensión sentimental, una emoción o cierto grado de simpatía o repulsa. Oscilan entre una simple atención a la toma de conciencia de gran complejidad. Son objetivos que describen intereses, actitudes, concepciones, valores y tendencias emotivas,
- Psicomotores: estos objetivos se proponen el desarrollo muscular o motor, ciertas manipulaciones de materias u objetos, o actos que precisan coordinación neuromuscular, Son habilidades.

La lectura de Bloom nos ayuda a conocer y adquirir habilidad para describir de una manera correcta los objetivos en el área del aprendizaje.

### **Actuaciones de Enfermería:**

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema (Iyer 1989).

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares, como se explicó anteriormente.

Del modelo bifocal de los diagnósticos de enfermería, podríamos decir que se desprende la responsabilidad del tratamiento tanto, del diagnóstico enfermeros como de las complicaciones fisiológicas, para ello, el modelo establece dos tipos de prescripciones: enfermera y médica:

- Prescripciones enfermeras: Son aquellas en que la enfermera puede prescribir independiente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción. Estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.
- Prescripciones médicas: Son actuaciones prescritas por el médico, representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja La enfermera/o toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios.

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, en la cantidad y la calidad de los distintos recursos que van a intervenir con nosotros; también influyen los recursos financieros.

Vamos a ver ahora el tipo de actividades de enfermería, Iyer (1989).

- Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica
- Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.
- Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Las características de las actuaciones de enfermería son, según Iyer (1989), las que siguen:

- Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.
- Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud.
- Prevenir las enfermedades.
- Restablecer la salud
- Rehabilitación.
- Acompañamiento en los estados agónicos.

A este tipo de actividades hay que añadir las actividades de estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad delegadas por la medicina, por ejemplo realización de

Pruebas diagnósticas, aplicación de fármacos, etc.

Las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de enfermería integrales, entorno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

**- El diagnóstico enfermero real:**

- Reducir o eliminar factores contribuyentes.
- Promover mayor nivel de bienestar.
- Controlar el estado de salud.

**- Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:**

- Reducir o eliminar los factores de riesgo,
- Prevenir que se produzca el problema.
- Controlar el inicio de problemas.

**- Para el diagnóstico enfermero posible:**

- Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.

**- Para el diagnóstico enfermero de bienestar:**

- Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.

**- Para problemas interdependientes:**

- Controlar los cambios de estado del paciente.
- Manejar los cambios de estado de salud.
- Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera V el médico.

La determinación de las actuaciones de enfermería que son necesarias para resolver o disminuir el problema, requiere de un método. Los pasos a seguir son los que siguen:

- Definir el problema (diagnóstico).
- Identificar las acciones alternativas posibles.
- Seleccionar las alternativas factibles.

El segundo paso de este método consiste en desarrollar todas las soluciones o alternativas posibles. El éxito de las actuaciones de enfermería dependerá de la capacidad del profesional para elegir actividades y posteriormente desarrollar las más adecuadas para obtener los resultados esperados, solución del problema/diagnóstico posibles,

Veremos de manera resumida y genérica las acciones de enfermería que encontramos en un plan de cuidados:

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problema/diagnósticos de enfermería
- Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.
- Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.

- Consulta y remisión a otros profesionales.
- Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería
- Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por si mismos.

Y también, la determinación de actividades de enfermería para los problemas interdependientes, según Carpenito (1987) es:

- Realizar valoraciones frecuentes para controlar al paciente y detectar complicaciones.
- Remitir la situación al profesional adecuado cuando existan signos y síntomas de complicaciones potenciales, y
- Ejecutar las actividades interdependiente de enfermería prescritas por el médico (por ejemplo: lavado de sonda nasogástrica cada 2 horas con suero fisiológico).

Las directrices específicas para los cuidados de enfermería se denominan órdenes de enfermería y se componen de los siguientes elementos, según Iyer (1989):

- La fecha.
- El verbo, con los calificativos que indiquen claramente la actuación.
- Especificación de quién (sujeto).
- Descripción de qué, dónde, cuándo, cómo y cuánto
- Las modificaciones a un tratamiento estándar
- La firma

Para terminar este apartado, digamos que, las actuaciones de enfermería son aquellas actividades que necesariamente deben hacerse, para obtener los resultados esperados, y deben definirse para cada diagnóstico de enfermería y problema interdependiente.

#### **Documentación en el plan de cuidados de Enfermería:**

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados Y actuaciones de enfermería Ello se obtiene mediante una documentación.

El plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen (1986), "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- Los cuidados individualizados,
- La continuidad de los cuidados,
- La comunicación, y
- La evaluación, Bower (1982).

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una

actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

### **PARTES QUE COMPONEN LOS PLANES DE CUIDADOS:**

- Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:  
Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- Ordenes de enfermería (actividades),

Evaluación (informe de evolución).

Hunt (1978) desarrolló tres documentos para recoger toda la información necesaria para enfermería:

- Hoja de admisión que recoge la información de la valoración.
- Documento donde se registra: Los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Documento de evaluación

De una manera u otra, en la actualidad, todos los planes de cuidados utilizan estos documentos.

### **Tipos de planes de cuidados:**

Tipos de planes de cuidados: individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.

**Individualizado:** Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente en concreto, es decir es individualizado.

**Estandarizado:** Según Mayers (1983), «un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados de enfermería aplicado o apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico establecido de enfermería, es decir es aplicable a varios pacientes.

**Estandarizado con modificaciones:** Este tipo de planes permiten la individualización del paciente, al dejar abiertas las intervenciones de enfermería, es decir deja la opción de adecuarlas.

**Computarizado:** Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

Kahl et al (1991) nos indican que con la informatización de los servicios de salud, la documentación tiende a disminuir. Veamos cuales son los objetivos de la informatización de los planes de cuidados, mediante la revisión de autores que hace Serrano Sastre, M.R. (1994), recoge de autores como Hannah (1988), Hoy (1990), Kahl (1991) y otros, los objetivos para informatizar los planes de cuidados de enfermería, y estos son:

- Registrar la información de manera rápida, clara y concisa
- Recabar la información precisa sobre el estado de salud, que permite una óptima planificación de los cuidados, su revisión y la mejora del plan.

- Facilitar la continuidad de los cuidados, tanto en el hospital como la comunicación con otros servicios de salud.
- Evitar la repetición de los datos.
- Facilitar datos a la investigación y a la educación.
- Posibilitar el cálculo del coste-beneficio del servicio hospitalario.

Los beneficios que se obtienen tras la informatización de la documentación enfermera son según Kahl et al (1991):

- Eliminación del papeleo.
- Los planes de cuidados mantienen su flexibilidad y son personalizados.
- Los datos incluidos son más relevantes y más exactos...<sup>25</sup>

### 2.3.8 EJECUCIÓN:

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

### 2.3.9 EVALUACIÓN:

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la

<sup>25</sup>[www.Terra.es/personal/dueñas/pae-htm.ACTIVA](http://www.Terra.es/personal/dueñas/pae-htm.ACTIVA).

eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

**Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:**

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica.

**Señales y Síntomas específicos**

- Observación directa
- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia

**Conocimientos:**

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios (test),

**Capacidad psicomotora (habilidades).**

- Observación directa durante la realización de la actividad

**Estado emocional:**

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal

**Situación espiritual (modelo holístico de la salud).**

- Entrevista con el paciente.
- Información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas de estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica,

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención de enfermería resulte más efectiva...”<sup>26</sup>

## **2.4 MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON.**

El modelo de Virginia Henderson es un modelo humanista. Gracias a su inquietud por clasificar la función de enfermería nos dejó una definición sobre la misma, que es la más conocida y difundida.

Virginia Henderson afirma que la enfermera es, y debe ser legalmente una profesional independiente, capaz de hacer juicios independientes. Considera a la enfermera como la mayor autoridad en los cuidados básicos de enfermería y ubica estos cuidados en 14 componentes, o necesidades básicas, que abarcan todas las posibles funciones de la enfermería.

### **2.4.1 Antecedentes.**

“Virginia Henderson fue una enfermera norteamericana, nació en 1897, y falleció el 19 de marzo de 1996.

Henderson desarrollo su interés por la enfermería durante la primera guerra mundial, en1918 ingreso a la escuela de enfermería de la armada en Washington Graduándose tres años más tarde Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de enfermería ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación, lo que a ella le llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermería a partir de una revisión de la bibliografía existente en aquellos años sobre enfermería, se dio cuenta que los libros que pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras no definían de forma clara cuales eran sus funciones y que sin este elemento primordial para ella no sé podían establecer los principios y la práctica profesional.

Henderson ha recibido un reconocimiento importante, incluido el nombramiento como doctora Honoris causa, durante su carrera en la práctica y docencia en enfermería.

---

<sup>26</sup> IDEM.

Henderson dice que la enfermera asiste al paciente con actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o lograr una muerte tranquila...<sup>27</sup>

#### **2.4.2 Principales conceptos del modelo de Virginia Henderson.**

Un modelo conceptual es un conjunto de conceptos, ideas o teorías que se interrelacionan pero en el que la relación no se define con claridad.

**1.- PERSONA** (Necesidades básicas): el paciente debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional, porque la mente y el cuerpo de la persona son inseparables, la persona es capaz de aprender durante toda su vida, el paciente y su familia conforman una unidad.

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferentes con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida.

**2.-SALUD:** (independencia, dependencia causa de la dificultad o problema): es una cualidad de la vida y es básica para el correcto funcionamiento del organismo humano la consideran un estado de independencia o satisfacción adecuada de las necesidades.

Independencia: Todas las personas tienen determinadas capacidades en éste sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud.

Dependencia: Puede ser considerada en una doble vertiente, por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades.

Las causas de la dificultad son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.

#### **Henderson las agrupa en tres posibilidades:**

a) Falta de fuerza. Capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual.

b) Falta de conocimientos: Es lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (Autoconocimiento).

c) Falta de voluntad: Incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

#### **3.- ROL PERSONAL:** (Cuidados básicos de enfermería, relación con el equipo de salud):

---

<sup>27</sup> Fernández Ferrin Carmen, Novel Marti Gloria. **Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería**, Antología. **Fundamentación teórica para el cuidado**, ENEO, UNAM Pp. 263-311

Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda según el nivel de dependencia identificado en la persona.

**4.- ENTORNO:** (Factores ambientales, factores socioculturales): el medio ambiente en el que el individuo desarrolla su actividad, hogar, trabajo, escuela, hospital, los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno físico inmediato, la enfermedad puede interferir en la tal capacidad por lo tanto las enfermeras deben proteger a los pacientes de las lesiones producidas por agentes externos...<sup>28</sup>

## **METODO LOGICO**

Henderson utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Dedujo esta definición y las catorce necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos.

## **CONCLUSIONES**

Virginia Henderson no adopto afirmaciones internacionales, ni tampoco operativas para sustentar una teoría, es por eso que ella no desarrollo una teoría definitiva de enfermería, por el contrario, desarrollo un concepto o definición personal que en algunas ocasiones señalo que eran un compendio de muchas influencias algunas positivas, otras negativas.

La definición de enfermería de Virginia Henderson fue realizada en términos funcionales, tiene carácter mecanicista eficientista. Esto es debido a que Virginia crece bajo la influencia del Dr. Edward Thorndike, psicólogo conductista.

Los teóricos conductistas media los cambios a través de la conducta observable, esta medición los ubica dentro del mecanicismo, en la definición de Henderson los cambios se miden a través de conducta observable (logro de la independencia) También se podría decir que es Biologista ya que las catorce necesidades básicas mencionadas por ella solo tratan la parte biológica del ser humano.

Ella planteo que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad, a pesar de que en sus catorce necesidades señala la de profesar la fe, no menciona ninguna que cubra la parte emocional del paciente, dándole carácter Biologista a su definición.

Si bien en su escrito señala la importancia de la formación de la enfermera hace hincapié en que esta debe tener preparación en el área de la Biología y en Sociología. Aquí podemos evidenciar la puesta en práctica de uno de los fundamentos de Taylor como es el fomento de la especialidad, los hospitales de la época tenían como norte el aumento de la productividad y este se media a través de la atención al paciente.

---

<sup>28</sup> **IDEM.** pp. 263.

Su definición se ubica en el modelo de las necesidades humanas y en la tendencia de suplencia y ayuda, es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, sin embargo, la ubicaría desde el punto de vista filosófico en la filosofía existencialista, ya que ella estudia al ser desde el punto de vista del cuidado, este fomenta la independencia del paciente.

### **2.4.3 Conceptos de las catorce necesidades básicas.**

Virginia Henderson, se apoyó mucho en los postulados de Florence Nightingale e incorporó en su teoría principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de enfermería. Esta teoría planteó los criterios acerca del entorno, la salud, persona y cuidado. En la teoría de la Henderson no se encuentra ninguna definición específica, de necesidades, pero identifico las 14 necesidades básicas del paciente y son:

#### **1- Necesidad de Oxigenación.**

“Dentro de esta necesidad se matiza el control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores. Hace referencia a mensaje cardiaco y al control de oxigenación.

#### **2-Necesidad de nutrición e hidratación.**

La enfermera debe conocer los aspectos psicológicos de la alimentación y establecer una supervisión constante sobre la comida, teniendo en cuenta gustos, hábitos etc...El termino nutrición es una cualidad o estado de los seres vivos, cuando usamos este termino para referirnos a una persona humana es fácil determinar si esta bien o mal nutrida.

Para el producto en el seno materno, el recién nacido y el niño hasta los 5 años de edad, los requerimientos nutricionales y el equilibrio hídrico son de la mayor importancia, para tener crecimiento y desarrollo normal.

Se observa que una persona adulta bien nutrida, es una persona saludable que vive en estado de equilibrio, porque el gasto energético que consume diariamente, los repone regularmente en cantidad suficiente y mantiene reservas que pueden utilizar en momentos de mayor desgaste, evitando de esta manera alguna alteración de sus funciones.

#### **Hidratación.**

El agua es un componente abundante y necesario en el organismo humano, el cuerpo del recién nacido esta constituido de un 80% de agua, en el organismo del adulto este componente esta presente del 45 al 60%.

Normalmente hay un ingreso de agua al organismo cuando se ingieren líquidos y alimentos con importantes contenidos hídrico como las frutas y verduras...”<sup>29</sup>

#### **3-Necesidades de eliminación.**

“La enfermera deberá observar si la eliminación es normal. Incluye la protección de la piel contra la irritación y una buena utilización de ropas de vestir y de cama.

---

<sup>29</sup> Gonzáles Maria de Jesus. **Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Herdersón**. Ed. Progreso S.A, México 1997 ENEO, UNAM. Pp. 55-284.

Para conservar su funcionamiento normal, el organismo debe de desechar los residuos acumulados durante el catabolismo de los alimentos, así como los gases y otros elementos no utilizables formados durante el proceso de la digestión. Al acto de evacuar el intestino se le denomina defecación a los desechos eliminados se les llama “heces fecales”.

#### **4-Necesidades de moverse y mantener una buena postura.**

Hace un matiz sobre los cambios posturales y la prevención de úlceras por decúbito, e incluye la rehabilitación. El ejercicio físico ayuda a mantener un corazón saludable porque hace que aumenten la circulación coronaria y las fibras del miocardio se contraen con mayor fuerza para aumentar el gasto cardiaco.

Una buena postura mejora la salud y le da una buena presencia a nuestro cuerpo.

La práctica de los mecanismos corporales correctos es esencial para que las enfermeras prevengan la fatiga, las torceduras y lesiones durante la práctica profesional.

#### **5-Necesidad de descanso y sueño.**

Hace referencia al dolor y al uso indiscriminado de somníferos. Es un estado de inconciencia del que se puede sacar a una persona por medio de estímulos apropiados. El sueño ayuda a recuperar la energía durante las actividades cotidianas el trabajo físico y mental del día...”<sup>30</sup>

#### **6-Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.**

“Es importante reducir al mínimo la interrupción de costumbres establecidas y el uso de ropas que lo hagan sentir un miembro activo de la comunidad. La forma de vestir, es parte de la cultura en que vivimos y nos hemos desarrollado. Los rasgos culturales son mas firmes en las personas que viven en los campos y en las etnias, las cuales no cambian su forma de vestir en ninguna circunstancia, mientras que su arreglo personal es sencillo y vistoso.

#### **7-Necesidades de termorregulación.**

“Hace referencia también al control de insectos, prevención de la polución de las aguas y la contaminación de la comida. La temperatura corporal, es un equilibrio entre el calor producido por el organismo, como resultado de la oxidación de los alimentos; el calor que recibe del medio ambiente y el calor que pierde en la transpiración, la respiración y la excreción principalmente.

#### **Fiebre.**

Es la elevación anormal de la temperatura corporal. Se piensa que la temperatura se eleva, por la acción de sustancia toxicas que afectan la regulación de la temperatura.

#### **Hipotermia.**

Es la disminución de la temperatura corporal por debajo de lo normal.

#### **8-Necesidad de higiene y protección de la piel.**

---

<sup>30</sup> IDEM. P 97

Tiene en cuenta el valor psicológico, aparte del fisiológico. El número de baños completos deben determinarse de acuerdo con la necesidad física y la voluntad del paciente. La higiene corporal es una de las formas más sencillas de conservar la salud física y proporcionar bienestar.

La piel esta formada por tres capas principales: La epidermis, la dermis y el tejido celular subcutáneo.

#### **Funciones de la piel:**

- Constituye una eficaz barrera contra las agresiones del ambiente.
- Protege contra el frío intenso y en altas temperaturas impide la perdida excesiva de líquidos corporales.
- Las capas conjuntivas protegen de los golpes.
- El tejido elástico favorece la cicatrización de pequeñas heridas.
- La sensibilidad al dolor es útil como aviso para evitar lesiones mayores.
- La piel intacta, no permite la entrada a los microorganismos.

#### **9-Necesidad de evitar los peligros.**

Hace referencia a la prevención de accidentes y a la protección de si mismo y de las personas que le rodean la autoestima. También introduce el conocimiento sobre esterilización.

#### **10-Necesidad de comunicarse.**

En la medida en que fomenta las buenas relaciones del paciente, promueve el bienestar del mismo. Ayuda a la persona a comprender así mismo y cambiar ciertas condiciones, que son las que lo han convertido en enfermo y aceptar aquello que no puede ser cambiado. La comunicación es un proceso a través del cual, se transmiten y reciben ideas, emociones e informaciones entre personas y grupos de personas.

El poder de comunicarse con los demás, es de suma importancia para la conservación de la salud, en todas las etapas de la vida porque la comunicación es un medio para satisfacer las necesidades básicas...<sup>31</sup>

#### **11”Necesidad de vivir según sus creencias y valores.**

“Respeto y tolerancia a la raza, color, religión, creencias y valores. Secreto profesional religión: este término significa las relaciones que el hombre tiene con su creador, el culto que se atribuye a la divinidad.

Sentimos una necesidad, apremiante de orar y comunicarse con Dios.

Todas las personas sin importar, su escolaridad, edad y condición social, sienten la necesidad de esta comunicación y práctica de su fe. Por eso la enfermera estará dispuesta para prestar la ayuda espiritual que el paciente necesita o le solicite.

#### **12-Trabajar y realizarse.**

Trabajar es una necesidad básica del ser humano, es una forma de auto expresión importante a través de la cual la persona puede manifestar su capacidad creadora.

---

<sup>31</sup> IDEM. Pp 175.

Esta necesidad pide como requerimiento fundamental, para su satisfacción, el hecho de que la tarea que se realiza este de acuerdo con: La vocación, capacidad, aptitud, interés y carácter de la persona que lo realiza, de lo contrario se convierte en algo desagradable que la persona trata de evitar

### **13-Necesidad de jugar y participar en las actividades recreativas.**

Puede ser un estímulo y un medio de hacer ejercicio. La enfermera puede ayudar a los familiares y amigos del paciente a que atiendan las necesidades recreativas del mismo. La recreación es una necesidad básica para todos los seres humanos, en cualquier etapa de su vida. Para que sea verdaderamente beneficiosa, es necesario distinguir entre pasatiempo, recreación y ocio.

**Pasatiempo.** Es la actividad que entretiene pero no favorece el descanso, ni el crecimiento personal.

**Recreación.** La definición del diccionario es; distracción, entretenimiento, placer.

**Ocio.** El diccionario nos da el siguiente significado: descanso, entretenimiento, obras de ingenio formadas en los ratos libres que dejan otras tareas.

Como se puede comprender este último es el significado más amplio para la actividad recreativa, podemos decir que al ocio pertenecen las obras de arte: pintura, dibujo, escultura, tallado en madera, pirograbado etc. Y todas las actividades manuales.

Se dice que los adultos hemos perdido la capacidad de asombro y la curiosidad presentes en los niños pequeños.

La capacidad de asombro y la curiosidad se relacionan íntimamente, con la creatividad y la conciencia de si mismo y del propio valer.

Esta cualidad se hace más necesaria en nuestra época en la que los cambios se dan con tanta rapidez, que sentimos que rebasan nuestra capacidad para asimilarlos y de una manera consistente aceptarlos.

### **14-Necesidad de aprendizaje.**

La orientación. El adiestramiento o la educación forman parte de los cuidados básicos de la mayoría de las personas. La enfermera tiene una función docente...<sup>32</sup>

#### **2.4.4 La tercera edad**

Este es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etáreo que comprende personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzada este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos.

El adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad. Usualmente las personas de la tercera edad han

---

<sup>32</sup> **IDEM.** Pp 207

dejado de trabajar, o bien se jubilan, por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable, lo que junto con los problemas de salud asociados a la edad pueden traer consecuencias en todos los ámbitos de su vida. Esta situación hace que las personas de la tercera edad muchas veces sean consideradas como un estorbo para sus familias, por lo que un problema creciente en la sociedad actual es el abandono. Otra opción muchas veces tomada consiste en los asilos que se especializan en sus cuidados (de todas maneras hay que considerar que en la actualidad los asilos o casas de reposo para el adulto mayor se han sofisticado crecientemente debido a la demanda del mercado, y los más sofisticados de entre estos establecimientos cuentan con comodidades y cuidados envidiables como spas, gimnasios, televisores de plasma y otros, aunque por supuesto los servicios van en relación directa con su precio, que puede llegar a ser considerable).

Como vemos, se trata de un grupo de personas que son fuertemente discriminados, ya que se comete el error de considerarlos como inoperantes o incapaces, enfermos o simplemente viejos que no pueden cumplir con las tareas más básicas. Debido a lo anterior, los gobiernos y los municipios se han ocupado de crear políticas y centros especializados que se preocupan en forma especial de los adultos mayores, otorgándoles beneficios especiales en relación a los servicios sociales y de salud, contando además con actividades especiales creadas especialmente para mantener a esta población activa y participe de la sociedad.

La anterior concepción de la tercera edad en la mayoría de los casos se encuentra bastante alejada de la realidad que estas personas viven. Muchas veces siguen siendo personas perfectamente sanas y activas, llenas de vitalidad que disfrutan de la tranquilidad de haber cumplido con todos los sus proyectos de vida, pudiendo disfrutar de la familia, los nietos y los triunfos acumulados durante la vida.

La vejez es un proceso de cambios determinados por factores fisiológicos, anatómicos, psicológicos y sociales.

La mayoría de las definiciones sobre la vejez enfatizan el aspecto biológico y plantean que es: " un proceso progresivo desfavorable de cambio a nivel fisiológico y anatómico, producto del paso del tiempo y que concluye invariablemente con la muerte"

Para el psicólogo esta definición resulta restringida, pues su interés va más allá de considerar la vejez como una serie de fenómenos conductuales limitantes, o una mayor probabilidad de muerte.

Tradicionalmente la edad cronológica ha constituido el parámetro que determina el inicio de la vejez y se refiere a la edad calendario o número de años que un individuo ha vivido. Sin embargo, esto no constituye el mejor parámetro para determinar cuán productivo y capaz puede ser un sujeto tanto para sí mismo como con su familia y la sociedad.

En los ancianos se puede detectar diferencias individuales debido a características de la personalidad y acentuados por el cúmulo de experiencias de cada cual.

En la vejez se da una reducción de la capacidad funcional del individuo. Puede encontrarse declinación en funciones intelectuales tales como: análisis, síntesis, razonamiento aritmético, ingenio e imaginación, percepción y memoria visual inmediata.

Es importante hacer notar, que el anciano presenta menor deterioro de sus facultades intelectuales siempre y cuando se mantenga activo y productivo, cualquiera que sea la actividad laboral que realice.

En el anciano se incrementa el temor a lo desconocido, porque tener conciencia de las crecientes pérdidas físicas e intelectuales le produce un gran sentimiento de inseguridad. Estos son agravados por pautas culturales que los ubican en una posición desventajosa con respecto al adulto joven, determinando los roles que deben desempeñar.

Otras reacciones negativas que puede sufrir el anciano ante la angustia y frustración provocadas por las pérdidas son la depresión y regresión. La depresión no es necesariamente un síntoma de envejecimiento pero se relaciona con el ámbito social estrecho en que vive el anciano, el cual lo conduce al aislamiento. Esto no se debe necesariamente a que el anciano viva solo, sino a que se le dificulta entablar nuevas relaciones significativas y algunas veces se presenta una rigurosa resistencia a abordar nuevas amistades.

Si bien es cierto que todas las edades son portadoras de opiniones sociales, sin dudas la Tercera Edad constituye una etapa de la vida muy influenciada, más bien determinada por la opinión social, por la cultura donde se desenvuelve el anciano. Hasta hoy día la cultura, de una forma u otra, tiende mayoritariamente a estimular para la vejez el sentimiento de soledad, la segregación, limitaciones para la vida sexual y de pareja, y de la propia funcionalidad e integración social del anciano.

Se ha llegado a considerar además, que los elementos conformadores de identidad son tomados generalmente de los prejuicios negativos que la cultura como tendencia, ha reservado para la vejez. "Soy viejo porque ya me queda menos, soy inútil, incapaz, retirado, final."

Un resultado de depresión e inseguridad puede ser el intento del anciano por regresar a etapas anteriores de la vida. La persona dependiente e insegura en momentos de tensión tenderá a regresar a conductas infantiles y a no realizar esfuerzos constructivos para resolver los problemas.

El anciano experimenta una necesidad creciente de seguridad, en un momento de la vida en que los recursos físicos y psicológicos están en rápida decadencia. Existe un sentimiento de impotencia para satisfacer las necesidades, lo cual le provoca frustración, miedo e infelicidad.

Aún cuando el anciano evita establecer relaciones afectivas estrechas, intensifica sus vínculos con la familia cercana. Esta representa la fuente principal de ajuste socio-psicológico en el proceso de envejecimiento, debido a que es el medio que ofrece mayores posibilidades de apoyo y seguridad.

El anciano debe valorarse como un individuo que posee un cúmulo preciado de experiencia que puede transmitir a los jóvenes en el interactuar diario. Debe dársele la oportunidad de seguir siendo parte del sistema productivo en actividades que le permitan sentirse útil.

La familia como red social primaria es esencial en cualquier etapa de la vida, es "el primer recurso y el último refugio." La familia como grupo de intermediación entre el individuo y la

sociedad, constituye un determinante importante para el presente análisis de la Tercera Edad.

Con relación a la vejez como última etapa, habría que incluir los principales eventos que los autores han descrito para la misma, a saber: la viudez, la abuelita, el papel de los cuidadores del anciano y del anciano como cuidador, la jubilación, y la muerte.

De los cambios más universales, el anciano de hoy se queja de su falta de autoridad, en el núcleo familiar dado por la independencia que van tomando los hijos, la dependencia económica del anciano hacia ellos, la imposibilidad muchas veces de realizar todas las actividades hogareñas que antes realizaba, entre otros factores.

Uno de los cambios desde el índole social que ocurren en la vejez es la jubilación. Al hombre jubilado le es más difícil reencontrarse en el hogar, y en muchas ocasiones aparecen vivencias de soledad y de pérdida de lugar. La mujer jubilada continúa su rol doméstico que antes compartía con el laboral social y vivencia como un cambio transicional más natural, la pérdida de su status social y su estancia a tiempo completo en el hogar. La jubilación constituye entonces un evento vital a considerar por la familia.

### **III. METODOLOGÍA.**

Para la realización del estudio de caso se consideran dos ejes, uno metodológico y el otro conceptual, el eje metodológico está centrado en el Proceso de Atención de Enfermería, el cual para fines de este trabajo se establecen 5 etapas (de acuerdo a Alfaro), el eje conceptual será el de Virginia Henderson de las 14 necesidades básicas tomado del libro (El Proceso Atención de Enfermería. Estudio de Casos; autoras Carmen Fernández Ferrín y Gloria Novel Martí). Su finalidad será el de ubicar al pasante de enfermería en el cuidado y no en la enfermedad. Desde esta perspectiva la etapa de valoración tendrá como objetivo integrar una base de datos con relación a las necesidades del sujeto para poder identificar la independencia o grado de dependencia que este tiene con relación a la satisfacción de sus necesidades. Para tal efecto se utilizarán las técnicas de entrevista, observación y exploración así como las fuentes primarias y secundarias.

En la etapa de diagnóstico se realizará un análisis de la información obtenida y se identificarán las causas de dificultad y los problemas que están afectando las necesidades del sujeto en base a esto se determinará:

- Grado de dependencia
- Causas de la dificultad
- Rol de enfermería (suplencia, ayuda o acompañamiento).

Para la estructura de los diagnósticos se utilizará el formato PES y estos podrán ser reales o de riesgo, para la etapa de planeación. Los cuidados de enfermería podrán ser de tipo dependiente, independiente o interdependiente, para cada diagnóstico se establecerán objetivos, metas y criterios de evaluación. Es importante señalar que cada instrumento o cuidado de enfermería contará con fundamentación científica y estarán dirigidos a cuidar a la persona para satisfacer la necesidad afectada.

sociedad, constituye un determinante importante para el presente análisis de la Tercera Edad.

Con relación a la vejez como última etapa, habría que incluir los principales eventos que los autores han descrito para la misma, a saber: la viudez, la abuelita, el papel de los cuidadores del anciano y del anciano como cuidador, la jubilación, y la muerte.

De los cambios más universales, el anciano de hoy se queja de su falta de autoridad, en el núcleo familiar dado por la independencia que van tomando los hijos, la dependencia económica del anciano hacia ellos, la imposibilidad muchas veces de realizar todas las actividades hogareñas que antes realizaba, entre otros factores.

Uno de los cambios desde el índole social que ocurren en la vejez es la jubilación. Al hombre jubilado le es más difícil reencontrarse en el hogar, y en muchas ocasiones aparecen vivencias de soledad y de pérdida de lugar. La mujer jubilada continúa su rol doméstico que antes compartía con el laboral social y vivencia como un cambio transicional más natural, la pérdida de su status social y su estancia a tiempo completo en el hogar. La jubilación constituye entonces un evento vital a considerar por la familia.

### **III. METODOLOGÍA.**

Para la realización del estudio de caso se consideran dos ejes, uno metodológico y el otro conceptual, el eje metodológico está centrado en el Proceso de Atención de Enfermería, el cual para fines de este trabajo se establecen 5 etapas (de acuerdo a Alfaro), el eje conceptual será el de Virginia Henderson de las 14 necesidades básicas tomado del libro (El Proceso Atención de Enfermería. Estudio de Casos; autoras Carmen Fernández Ferrín y Gloria Novel Martí). Su finalidad será el de ubicar al pasante de enfermería en el cuidado y no en la enfermedad. Desde esta perspectiva la etapa de valoración tendrá como objetivo integrar una base de datos con relación a las necesidades del sujeto para poder identificar la independencia o grado de dependencia que este tiene con relación a la satisfacción de sus necesidades. Para tal efecto se utilizarán las técnicas de entrevista, observación y exploración así como las fuentes primarias y secundarias.

En la etapa de diagnóstico se realizará un análisis de la información obtenida y se identificarán las causas de dificultad y los problemas que están afectando las necesidades del sujeto en base a esto se determinará:

- Grado de dependencia
- Causas de la dificultad
- Rol de enfermería (suplencia, ayuda o acompañamiento).

Para la estructura de los diagnósticos se utilizará el formato PES y estos podrán ser reales o de riesgo, para la etapa de planeación. Los cuidados de enfermería podrán ser de tipo dependiente, independiente o interdependiente, para cada diagnóstico se establecerán objetivos, metas y criterios de evaluación. Es importante señalar que cada instrumento o cuidado de enfermería contará con fundamentación científica y estarán dirigidos a cuidar a la persona para satisfacer la necesidad afectada.

En base a los instrumentos de evaluación en el Proceso Atención Enfermería servirá para saber si los objetivos se han logrado; identificar las causas que afectan sus necesidades, decidir si hay que continuar el plan, modificarlo o darlo por finalizado.

### **3.1. Descripción.**

Al realizar del estudio de caso se selecciono una persona con una o varias necesidades no satisfechas, que dio su consentimiento informado (anexo 1). para participar en el estudio de caso, se le dieron a conocer los beneficios de su participación en relación con su salud al igual de los principios que guiaran la elaboración del trabajo de investigación como son: confidencialidad, respeto a su persona y todas las garantías contempladas en el código de ética de enfermería. (Anexo 2).

El estudio de caso se realizara a una persona del sexo femenino, 68 años de edad con antecedentes de diabetes mellitos tipo II e hipertensión arterial aparentemente controlada con facultativo del IMSS, esta paciente refiere sentirse físicamente mal porque no ha llevado un control adecuado de su enfermedad principalmente en lo relaciona a su dieta, medicamentos y ejercicio. El paciente en glicemias realizadas en forma particular presento cifras de 350 mg/del, y una presión arterial de 130/90, motivo por el cual se propone realizarle un Proceso Atención de Enfermería para mejorar su situación actual de salud y lograr su independencia en sus cuidados.

Es importante mencionar que en el presente trabajo se menciona el nombre de la patología de la cliente dichas patologías no serán motivo de estudio minucioso en este trabajo, se mencionaran de forma sencilla de tal forma que puedan ser comprendidas por el cliente y familiares (anexo 3) , la presente investigación solo se centro en la persona cliente por lo tanto las acciones de enfermería están enfocadas a satisfacer las necesidades no satisfechas, el estudio se realizo en visitas domiciliarias programadas en forma conjunta con la cliente del 2 de diciembre al 20 de diciembre del 2007.

### **3.2. Valoración.**

La finalidad de la valoración es integrar una base de datos con relación al cliente para lo cual se recurrió a fuentes, técnicas e instrumentos que a continuación se describen.

#### **3.2.1 Fuentes de información.**

Para la valoración se tuvieron como fuentes de información directa, fuente primaria el cliente y un familiar (hija), y como fuentes secundarias otros profesionales de la salud y literatura.

#### **3.2.2. Las técnicas utilizadas para la obtención de datos fueron:**

La entrevista, exploración física y la observación.

#### **3.2.3 instrumento de registro.**

Para el registro de la información se utilizo el formato de Guía de valoración de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson.

### 3.2.4. Valoración de las necesidades de enfermería.

#### GUIA DE VALORACIÓN DE ENFERMERIA BASADO EN LAS 14 NECESIDADES FUNDAMENTALES DE V. HENDERSON

**Nombre.** M R H.                      **Edad.** 68 años                      **Sexo.** Femenino

**Edo civil.** Viuda                      **Religión.** Católica                      **Etnia.**

**Escolaridad.** Primaria Com.      **Ocupación.** Hogar

**Cual es su objetivo de salud.** Mantenerse sano

**Medicamentos que toma actualmente.** Desconoce nombre y dosis., solo sabe que sirven para bajar la presión arterial y los niveles de azúcar en sangre.

#### **Situación actual**

Se trata de una paciente femenina de 68 años de edad, originaria y residente del edo, de México, quien tiene antecedentes de diabetes mellitos tipo II e hipertensión arterial desde hace aproximadamente 15 años, siempre tratada por medico facultativo del IMSS, refiere la paciente que hasta hace como medio año sus controles de azúcar (LABORATORIOS ) se los realizaba cada mes en el Seguro Social, que actualmente con el cambio de clínica de adscripción que le asignaron por reubicación territorial, su actual medico le practica sus laboratorios cada dos o tres meses, hace algunos días se sintió mal cansada con sueño, nerviosa, con diarrea y salpullido en la piel, fue a consulta con un medico particular, le realizaron exámenes de sangre y los resultados de glicemia en sangre fue de 330 mg /del., y la presión arterial fue de 120/70, motivo por el cual le recetaron otro medicamento hipoglucemiante (bioeglucon), refiere la paciente que no esta conforme con este cambio porque tiene que comprar el medicamento y son caros. Ante este panorama la paciente decide consultar a un servidor con el objeto de hacer lo que sea necesario para mejorar su estado de salud y en la medida de lo posible no cambiar de medicamentos y seguir consumiendo los que le da el IMSS.

Datos de independencia / dependencia obtenidos a través de la entrevista, la observación y la exploración física según la valoración de las 14 necesidades humanas de Virginia Henderson.

#### 1.- NECESIDAD DE OXIGENACION

**Datos de independencia:** vías respiratorias permeables, buena coloración, adecuada hidratación, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minutos, ritmo y profundidad normales, frecuencia cardiaca de 70 por minuto, la paciente refiere que nunca ha tenido malos hábitos como tabaquismo, alcoholismo u otras, refiere que camina aproximadamente de media hora a una hora todos los días y que no presenta datos de falta de aire, que últimamente una nieta le esta enseñando a realizar ejercicios de acuerdo a su edad y que tiene la intención de establecer un programa de ejercicios en forma para evitar tener complicaciones de su diabetes.

**Datos de dependencia:** no se observan.

**Grado de independencia:** independiente.

## 2.- NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION

**Datos de independencia:** se observa mucosa oral rosada, húmeda con falta de piezas dentales (molares 2 y 3 sup.) refiere no recordar desde cuando le faltan que la ausencia de estos no le causa problema alguno en su alimentación, realiza tres comidas al día refiere comer de todo hasta carnicas, que sus hijos le han mandado con el odontólogo para que le arregle sus muelas pero que ella considera que no es necesario, talla de 1.52cm. Peso 48 kg.

Niega comer o beber líquidos en demasía.

**Datos de dependencia:** en palabras de la paciente refiere que las tres comidas que realiza durante el día son variable en calidad y cantidad que estas van a depender del lugar en donde se encuentre, porque continuamente esta de visita en casa de sus hijos o nietos, come lo que le ofrecen, que ella y sus familiares están consientes que debe llevar una dieta y que tratan de evitar alimentos con azúcar, que ella y su familia no saben con exactitud que alimentos debe evitar, utiliza canderel para endulzar su café o agua.

Se observa una piel bien hidratada, refiere que sabe de los cuidados que debe tener con su piel por las platicas que ha recibido en su clínica agrega que lubrica toda su piel con una crema especial (Goicoechea) que trata de cuidar principalmente sus pies les da un masaje antes de dormir de 10 a 15 minutos, no estreñimiento.

Refiere vivir sola ella se prepara sus alimentos cuando esta en casa, que trata de cuidarse que no sabe con exactitud que alimentos le hacen daño, que le gustaría llevar una dieta para no tener problemas con su diabetes, que no le gusta estar sola, que próximamente una de sus hijas se ira a vivir con ella, refiere que cuando tiene problemas familiares no come y que cuando esta con su familia come con mucho gusto que nunca ha sido golosa que solo ingiere lo necesario.

**Grado de dependencia:** parcialmente dependiente.

## 3.- ELIMINACION.

Refiere no tener problemas para evacuar mínimo una vez al día por la mañana, refiere no tener hemorroides, no ardor al orinar de 3 a 4 veces al día, niega infecciones de vías urinarias se palpa abdomen blando despreciable, presencia de ruidos intestinales, peristaltismo presente. Niega infecciones vaginales

**Datos de dependencia:** no se observan

**Grado de dependencia:** independiente.

#### 4.- TERMORREGULACION.

Refiere que cuando hay cambios de temperatura sabe como vestirse, que en época de calor su casa es caliente que ese problema lo resuelve abriendo las ventanas de su casa y usando ropas ligeras, cuando sale a la calle usa sombrilla y que toma mas agua de lo acostumbrado por las noches si hace mucho calor usa un ventilador.

En época de invierno su casa es fría que usa ropas más calientes y por las noches si es necesario usa un calentador eléctrico.

Su casa es de ladrillo, loza, bien ventilada con todos los servicios públicos.

**Datos de dependencia:** no se observan.

**Grado de dependencia:** independiente.

#### 5.- MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

**Datos de independencia.** No necesita ayuda para la deambulacion ni expresa dolor para el movimiento, se encuentra alerta, tranquila, conserva buena postura, camina de media a una hora por día sin horario fijo cooperadora, refiere sentirse bien no sueño ni bostezó, atenta interesada en la entrevista, refiere realizar las labores domesticas sin ayuda.

**Datos de dependencia:** no se observan

**Grado de independencia:** Independiente.

#### 6.- DESCANSO Y SUEÑO.

**Datos de independencia:** refiere dormir de 8-10 horas que se duerme aproximadamente a las 22 hrs. y despierta entre entre 8 – 9 de la mañana, que durante el día descansa cuando esta viendo sus programas favoritos refiere no utilizar pastillas para dormir, durante la entrevista no se observan bostezos no datos de sueño, alineada cooperadora atenta, interesada.

**Datos de dependencia:** no se observan.

**Grado de independencia:** independiente

#### 7.- USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

**Datos de independencia:** refiere no necesitar ayuda para vestirse o elegir sus prendas que ella lava su ropa y la plancha, que viste de acuerdo a su edad, que se siente bien con su vestuario, que ella compra su ropa, sus creencias no le impiden vestir como le agrada, en cuanto a su imagen le gusta verse arreglada cuando asiste a un evento trata de lucir guapa.

**Datos de dependencia:** no se observan.

**Grado de independencia:** independiente.

## 8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

**Datos de independencia:** refiere baño por las noches antes de dormir, el lavado de dientes lo realiza tres veces al día después de los alimentos, el lavado de manos después de ir al baño y antes de los alimentos, refiere no tener ningún impedimento que interfiera con su aseo personal sea religioso o por falta de suministro de agua ya que tiene una cisterna para que nunca le falte el agua, no se observan lesiones de la piel refiere lubricar su piel con una crema especial, en miembros inferiores no se observan datos de lesiones, propias de diabéticos, niega lesiones recientes en cuanto a cicatrización de heridas leves refiere no tener problemas.

**Datos de dependencia:** no se observan.

**Grado de dependencia:** independiente.

## 9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

**Datos de independencia:** la paciente vive sola por el momento, su familia esta compuesta por 6 hijos todos están casados y viven en sus casas, tiene nietos y bisnietos, refiere que recibe visitas periódicas de sus hijos o ella los visita continuamente. Ante una situación de peligro refiere que sabe como actuar que tiene un celular que sabe como usarlo, que su casa todo el día esta cerrada con llave, no tiene deformidades congénitas, no tiene prótesis alguna, no utiliza bastón para caminar refiere que en una ocasión se le olvidaron las llaves dentro de sus casa y trato de sacarlas por una ventana, motivo por el cual junto unos tabiques y se subió en ellos para alcanzar las llaves con un palo en ese momento se movieron los tabiques y callo al suelo. Solo se lastimo un brazo sin mayor complicación.

**Datos de dependencia:** se observa que la paciente vive sola, su casa en la estructura presenta algunos riesgos que podrían originar algún tipo de accidente a la paciente, y son los siguientes: el piso del patio es a ras de suelo no tiene piso firme de concreto u otro material el pasto esta crecido en algunas partes, no es parejo, es decir tiene algunas hendiduras y piedras o residuos de concreto, tabiques, grava y arena, el motivo es porque una de sus hijas esta construyendo su casa en el mismo predio, la puerta de acceso a su vivienda tiene una tabla atornillada que según las palabras de la paciente es para evitar que entren animales a su casa, esta representa un peligro para la paciente quien refiere que ya ha tenido problemas con esta tabla al tropezar con ella.

**Grado de dependencia:** parcialmente dependiente.

## 10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE.

**Datos de independencia:** la señora vive sola es viuda desde hace mas de 25 años, dice estar acostumbrada a estar sola tiene seis hijos, nietos y bisnietos, continuamente tiene visitas de sus hijos o ella los visita inclusive se queda en casa de ellos por varios días, refiere tener buena comunicación con ellos próximamente una de sus hijas vivirá en el mismo predio. No se observa tristeza o desagrado al hablar de esta tema dice que

próximamente acudirá a un grupo de personas de la tercera edad para relacionarse con personas de su misma edad que no esta interesada en buscar novio pero si se presenta la ocasión lo pensara que tiene el apoyo de sus hijos en este aspecto.

**Datos de dependencia:** no se observan

**Grado de dependencia:** independiente

#### 11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y SUS VALORES.

**Datos de independencia:** su religión es católica acude a misa los días domingos la misma religión la inculco a sus hijos, los valores que inculco a su familia son los mismos que recibió de sus padres y son: respeto a las personas, trabajar para tener lo que deseas, no robar ni lastimar a nadie, respetar a sus parejas, honestidad. Estos valores los ha llevado toda su vida y le han dado buenos resultados.

**Datos de dependencia:** no se observan.

**Grado de dependencia:** Independiente.

#### 12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

**Datos de independencia:** recibe una pensión por viudez, refiere que trabajo por muchos años cuando quedo viuda mientras sus hijos estaban chicos, actualmente el dinero que recibe por su pensión mas el apoyo de sus hijos le permita satisfacer sus necesidades económicas, que esta satisfecha con lo que ha logrado como ser humano (esposa, madre, abuela y hasta bisabuela) que esta contenta con el rol de vida que tiene actualmente.

**Datos de dependencia:** no se observan.

**Grado de dependencia:** independiente.

#### 13.- NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

**Datos de independencia:** le gusta tejer en sus ratos libres, le gustan las telenovelas, con regularidad acude al cine cuando la llevan sus familiares ya que le gustan las películas de acción, acude al mercado, últimamente acude al parque a caminar en compañía de un familiar o sola, tiene la intención de integrarse a un grupo de la tercera edad para tener mas amistades además de que las llevan a conocer lugares, excursiones, teatro etc. No se observan limitaciones físicas que impidan desplazarse por si sola.

**Datos de dependencia:** no se observan

**Grado de dependencia:** independiente.

#### 14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

**Datos de dependencia:** estudio la primaria completa sabe leer y escribir, no se aprecian limitaciones cognitivas, en palabras de la paciente menciona que en su clínica de atención medica les imparten platicas sobre su enfermedad que ella en ocasiones se queda con muchas dudas, que le gustaría tener mas conocimientos sobre sus enfermedades para cuidarse mejor, que quiere aprender a manejar el aparato para medirse el azúcar, ya sabe utilizar el de la presión arterial, que actualmente sus hijas o nietas son quienes le miden el azúcar y la presión desea conocer que alimentos debe comer y cuales evitar y saber que siente su cuerpo cuando esta alta o baja la presión o cuando su azúcar en sangre esta alta o baja. Sabe que los medicamentos que toma le sirven para controlar su presión arterial y el nivel de azúcar en su sangre, pero no sabe como de llaman y que dosis toma, solo los distingue por el color y tamaño de la caja.

**Datos de dependencia:** la cliente desconoce el manejo del glucomatro digital que usa, desconoce que dieta debe llevar, desconoce el nombre de los medicamentos que toma además de la dosis, solo los distingue por el tamaño y color de la caja, desconoce los signos y síntomas de una hipo e hiperglicemia o hipo e hipertensión arterial.

**Grado de dependencia:** parcialmente dependiente.

### 3.3. Diagnósticos de Enfermería

En la presente etapa los datos obtenidos durante la valoración se analizaron e interpretaron detectando las necesidades no satisfechas de la paciente y se formularon los diagnósticos de enfermería quedando de la siguiente manera.

NECESIDAD	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA
Nutrición e hidratación	<p>DXE. Déficit de conocimientos del régimen alimenticio relacionado con una inadecuada información de la dieta que debe consumir manifestada por la paciente y un familiar (hija), y por antecedentes de hiperglicemia.</p> <p>DX E. Disposición familiar para mejorar los conocimientos de dieta de la Sra. M relacionado con la falta de información adecuada y la ingesta de alimentos no aptos manifestado por la paciente y un familiar (hija).</p>
Necesidad evitar peligros	<p>DX E. Alto riesgo de caídas relacionado con un entorno desordenado (el patio de su casa es desnivelado, también tienen materiales de construcción como arena, grava y la presencia de pasto crecido en algunas zonas donde pone su ropa a secar)</p>
Necesidad aprendizaje	<p>DX E. Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico relacionado con la falta de conocimientos del autocontrol glicemico y sus variantes de hipo/hiperglicemia manifestado por la paciente al referir que desconoce el manejo del glucómetro digital.</p> <p>DXE .Alteración en el mantenimiento de la salud relacionado con el desconocimiento del nombre de los medicamentos prescritos así como de la dosis que toma manifestado por la cliente y por observación directa</p>

### 3.4 Planeación

En esta etapa se desarrollan estrategias para corregir o mejorar las necesidades afectadas, basándonos en ellas se establecieron las prioridades siguientes.

#### **JERARQUIZACION DE NECESIDADES.**

1. necesidad nutrición e hidratación.
2. necesidad de evitar peligros.
3. necesidad aprendizaje

### **DIAGNOSTICOS Y CUIDADOS DE ENFERMERIA**

#### **Necesidad afectada Nutrición e hidratación.**

**Grado de dependencia:** Parcialmente dependiente.

**Causa:** Falta de conocimientos.

**Asistencia:** Ayuda

**DXE.** Déficit de conocimientos del régimen alimenticio relacionado con una inadecuada información de la dieta que debe consumir manifestada por la paciente y un familiar (hija), y por antecedentes de hiperglicemia.

#### **Objetivo.**

El cliente recibirá la información necesaria para llevar una dieta adecuada acorde a su problema de diabetes mellitus tipo II, y estará conciente de la importancia de la misma como un pilar básico en su tratamiento.

#### **Meta.**

El cliente en un tiempo de 30 días tendrá los conocimientos necesarios de su enfermedad y sabrá de la importancia de una dieta adecuada, como soporte básico de su tratamiento de diabético.

#### **Criterios de Evaluación.**

La cliente después de haber recibido la información con respecto a su enfermedad y de los cuidados que debe tener con su dieta será capaz de explicar los beneficios que tendrá su organismo al llevar una dieta adecuada, sabrá elegir los alimentos que debe incluir en su dieta y cuales eliminar, de igual forma por escrito planteará algunas dietas que pueda poner en practica en la vida diaria.

## **Plan de Atención**

### **Intervención.**

Conocer la habilidad y disposición emocional de la cliente para identificar su agudeza visual, mental y su habilidad para ver y escuchar (área cognitiva, afectiva y psicomotora).

### **Fundamentación.**

- La capacidad para aprender suele depender del desarrollo físico y de la salud física global del cliente.
- Para aprender habilidades psicomotoras un cliente debe poseer el grado necesario de fuerza, coordinación y agudeza sensorial (visual, auditiva, táctil, gustativa y olfativa) para recibir y responder a los mensajes que se le dicen.
- Es necesaria una evaluación exhaustiva para determinar la capacidad de aprendizaje de una persona, el aprendizaje es mejor cuando los usuarios están motivados y atentos a los puntos más importantes que hay que aprender.

### **Intervención.**

Involucrar al cliente en el proceso enseñanza aprendizaje y preguntarle que es lo más importante que desea aprender de su enfermedad y establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas.

### **Fundamentación.**

- La enfermera consigue un mayor éxito educativo cuando el cliente participa activamente en el aprendizaje.
- La educación del cliente se ha convertido en uno de los roles mas importantes para los enfermeros que trabajan en cualquier medio sanitario.
- La educación para la salud efectiva es esencial para la atención del número creciente de clientes en la comunidad y para minimizar las enfermedades prevenibles.
- Los esfuerzos educativos deben tener en cuenta los valores psicosociales, espirituales y culturales del cliente, así como su deseo de participar activamente en el proceso educativo.
- El objetivo de educar a los demás acerca de su salud es ayudar a los individuos, sus familias o las comunidades a conseguir niveles óptimos de salud.

### **Intervención.**

Se impartirá sesiones de enseñanza relacionados con aspectos generales de la diabetes mellitus que respondan a las preguntas siguientes: ¿que es la diabetes, que tipo de diabetes padezco, como la puede controlar?; en relación con la dieta prescrita se realizaran las siguientes intervenciones de enfermería.

- Explicar el propósito de la dieta.
- Informar al paciente que su dieta debe ser para toda su vida.
- Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas.
- Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas.
- Enseñar al paciente a planificar las comidas adecuadas.
- Proporcionar un plan escrito de comidas para consulta.
- Si es posible incluir a un ser querido en el proceso.

En el proceso de enseñanza aprendizaje del cliente se utilizara material didáctico que favorezca el aprendizaje como medios audiovisuales, rota folios, revistas. Etc.

### **Fundamentación.**

- La enfermera es un recurso visible y competente para los clientes que intentan mejorar su bienestar físico y psicológico en la escuela, el domicilio, la clínica o el lugar de trabajo, la enfermera ofrece información y habilidades que permite a los clientes adoptar medidas mas saludables en relación con su enfermedad (modifica hábitos, dietas, cuidados generales etc.).
- Un mayor conocimiento puede dar lugar a unos hábitos de mantenimiento de la salud mejores.
- Cuando los clientes se hacen mas concientes y conocen mas de enfermedad es mas probable que busquen un diagnostico precoz de los problemas de salud.
- Los clientes que se recuperan de una enfermedad o una lesión y se adaptan a los cambios resultantes suelen buscar información sobre sus trastornos, sin embargo los clientes que encuentran difícil adaptarse a su enfermedad pueden volverse pasivos y faltos de interés por aprender.
- La enfermera puede utilizar diversas formas de presentar el contenido educativo, todos los sentidos son canales para presentar la información, el canal auditivo es el canal más sencillo, sin embargo el proceso de aprendizaje es mejor cuando se juntas diversos canales, (oído, vista, tacto etc).
- A menudo son necesarios nuevos conocimientos y habilidades para que los clientes sigan con sus actividades de la vida diaria.
- Los adultos son capaces de aprender a cualquier edad, la edad modifica pero no impide el aprendizaje.

### **Intervención.**

Se le proporcionara la información necesaria y se estimulara a la cliente para que se plantee las siguientes preguntas: ¿Cuál es mi principal problema?, ¿que es lo que yo necesito hacer?, ¿porque es importante hacer esto?

### **Fundamentación.**

- La enfermera es un emisor que quiere transmitir un mensaje al cliente, la enfermera favorece el aprendizaje mediante la comunicación utilizando un lenguaje reconocible por el aprendiz.
- El mensaje o contenido que debe ofrecer se expresa de forma clara y precisa, la enfermera organiza la información para transmitirla con una secuencia lógica de tal manera que el cliente comprenda más fácilmente las habilidades o ideas de cada lección.
- Los clientes están preparados para aprender cuando expresan un deseo de hacerlo y es más probable que reciban el mensaje cuando comprenden el contenido.
- Se estima que prácticamente la mitad de los adultos de USA, no son capaces de comprender el lenguaje complejo utilizado en la atención sanitaria, se recomienda el rediseño de todos los materiales hospitalarios adecuados a un nivel de quinto

grado de escolaridad, otra estrategia es fomentar el intercambio de aprendizaje con los pacientes, la estrategia es que ellos repitan las indicaciones recibidas del personal de salud.

### **Intervención.**

Durante varias sesiones repetir y reforzar la información transmitida al cliente, en sesiones cortas y reforzar las lagunas, corregir las malas interpretaciones y dar tiempo para que aclare sus dudas.

### **Fundamentación.**

- La comprensión de la información anterior es esencial para la adquisición de nuevos conocimientos, las sesiones breves enfocan la atención en la información esencial.
- Cada lección progresa desde las lecciones más sencillas hasta las más complejas.
- Un profesor efectivo proporciona un mecanismo para evaluar el éxito de un plan educativo y ofrece retroalimentación.
- Algunos ejemplos de formas e evaluar las sesiones educativas incluyen hacer que un cliente demuestre una habilidad aprendida recientemente o pueda describir un procedimiento.
- La retroalimentación debe mostrar el éxito del aprendiz por alcanzar los objetivos, es decir el aprendiz verbaliza la información o realiza la demostración de las habilidades aprendidas.

### **Evaluación.**

El cliente en el tiempo establecido obtuvo los conocimientos necesarios sobre su enfermedad, modifico sus hábitos alimenticios y mantiene cifras aceptables de glucosa en sangre.

## **NECESIDAD AFECTADA NUTRICION HIDRATACION.**

**Grado de dependencia:** parcialmente dependiente.

**Causa:** falta de conocimiento.

**Asistencia:** ayuda.

**DX E.** Disposición familiar para mejorar los conocimientos de dieta del cliente relacionado con la falta de información adecuada y la ingesta de alimentos no aptos manifestado por la paciente y un familiar (hija).

### **Objetivo**

Los familiares interesados tendrán los conocimientos adecuados en relación con la dieta que debe consumir su familiar y tener un apego a la misma sin importar el lugar donde se encuentre de visita.

**Meta.**

Los familiares involucrados en el proceso de enseñanza aprendizaje en un lapso de 45 días tendrán los conocimientos adecuados en relación con la dieta que debe consumir su familiar.

**Criterios de Evaluación.**

Los familiares participantes respondieron con gran interés y aceptación, estos acudieron a las citas semanales. Para comprobar los conocimientos adquiridos, las evaluaciones se realizaron en forma verbal y por escrito, describieron brevemente aspectos generales de la enfermedad y los beneficios de llevar una dieta adecuada.

**Plan de Atención****Intervención.**

Involucrar a las personas interesadas en un compromiso continuo de aprendizaje, que incluya conocimientos generales de la enfermedad (diabetes mellitus tipo II, régimen dietético y síntomas de alerta). Ver anexo 3. Para llevarlo a cabo en la vida diaria.

**Fundamentación.**

- Los clientes y los miembros de su familia tienen derecho a una educación para la salud de tal forma que sean capaces de tomar decisiones inteligentes e informadas sobre su salud o estilo de vida.
- El objetivo de educar a los familiares y clientes es el de conseguir niveles óptimos de salud.
- Si la enfermera excluye a la familia del plan de educación pueden surgir conflictos, por ejemplo, si la familia no comprende las necesidades de un cliente de recuperar una función independiente, sus esfuerzos pueden provocar que el cliente sea innecesariamente dependiente y retrasa su recuperación.
- La capacidad de la familia para ofrecer apoyo puede derivar de la educación, que empieza cuando se identifican las necesidades del cliente y la familia muestra una buena disposición para ayudar.

**Intervención.**

Proporcionar un programa escrito que incluya fechas, horas, temas y lugares de las sesiones (clases de enseñanza).

**Fundamentación.**

- La familia puede ser una parte vital de la recuperación de salud del cliente y puede necesitar saber tanto como el.
- La duración de las sesiones de enseñanza también influyen en el aprendizaje, las secciones prolongadas hacen que la concentración y la atención desciendan, las sesiones frecuentes que duran 20 minutos se toleran más fácilmente y retiene el interés del cliente.
- Las sesiones educativas deben realizarse con la suficiente frecuencia para documentar el aprendizaje de los interesados.
- La frecuencia de las sesiones depende de la complejidad del material y de la capacidad del aprendiz.

- Los intervalos entre las secciones educativas no deben ser tan largos que los clientes puedan olvidar la información.

### **Intervención.**

Diseñar un programa de formación práctico con temas específicos de la diabetes mellitus, hacer hincapié en el tratamiento dietético como estilo de vida positivo para mejorar el control de la enfermedad.

### **Fundamentación.**

- Los métodos de instrucción que se emplean dependen de las necesidades de aprendizaje del cliente, el tiempo disponible para la enseñanza, la situación de los recursos disponibles y el grado de bienestar de la propia enfermera.
- Los profesores con experiencia son flexibles para alcanzar los métodos educativos según las respuestas del aprendiz.
- Un profesor experto emplea diversas técnicas y ayudas educativas.
- Llegar a convertirse en una educadora experta requiere tiempo y práctica.

### **Intervención.**

Enseñar la sintomatología que presentaría el cliente en caso de: hiperglicemia, hipoglucemia y acciones a realizar, en tanto se trasladan a un centro hospitalario.

### **Fundamentación.**

- La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que produce una alteración metabólica, vascular y neurológica como resultado del transporte disfuncional de glucosa a las células del organismo.
- Conocer los síntomas de hipoglucemia e hiperglucemia es de suma importancia para el diabético.
- Los dispositivos de detección de glucosa en sangre son un método confiable para conocer los niveles de azúcar del individuo.

### **Intervención**

Prever los materiales educativos necesarios para la enseñanza-aprendizaje, como videos, revistas, películas.etc.

### **Fundamentación.**

La enfermera puede utilizar diversas formas de presentar el contenido educativo, todos los sentidos son canales para presentar la información, el canal auditivo es el canal más sencillo, sin embargo el proceso de aprendizaje es mejor cuando se juntan diversos canales, (oído, vista, tacto etc).

### **Intervención interdependiente.**

Con apoyo del departamento de nutrición de su clínica de adscripción se realizó un plan alimenticio en el que se estableció horarios de alimentación con una dieta rica en verduras (espinacas, acelgas, berros, nopales y otros), asimismo la ingesta de cereales, incluir algún tipo de fruta en el desayuno y líquidos, como cuidado general la nutrióloga recomendó una buena masticación de los alimentos, comer en un ambiente tranquilo de preferencia acompañada de gente significativa, reposar después de comer, posteriormente

caminar, darse ligeros manejes en el estomago y colocar compresas calientes para favorecer el peristaltismo, el transito intestinal y en la medida de lo posible establecer un horario de evacuación. En esta plática estuvo presente una hija y dos nietas del cliente.

### **Fundamentación.**

- La enfermera cuando empieza a enseñar a los clientes, es útil recordar que estos la perciben como una experta. Sin embargo esto no significa que la enfermera deba tener todas las respuestas en ocasiones es necesario el apoyo de diversas ayudas educativas.

### **Evaluación.**

Los familiares capacitados obtuvieron los conocimientos necesarios para brindar una alimentación adecuada a su familiar, ya identifican que alimentos debe consumir su familiar y cuales evitar.

## **NECESIDAD AFECTADA EVITAR PELIGROS**

**Grado de dependencia:** parcialmente dependiente.

**Causa:** falta de conocimiento.

**Asistencia:** ayuda.

**DX E.** Alto riesgo de caídas relacionado con un entorno desordenado (el patio de su casa es desnivelado, también tienen materiales de construcción como arena, grava y la presencia de pasto crecido en algunas zonas donde pone su ropa a secar)

### **Objetivo**

El cliente y su familia tendrán conocimiento del riesgo que corren de sufrir un accidente si persiste el entorno desordenado y a tomar medidas de seguridad para evitar caídas.

### **Meta.**

En un lapso de una semana la vivienda del cliente permanecerá libre de riesgos

**Criterios de Evaluación.** Se realizara una visita a la casa de la cliente y se verificara que todos los factores de riesgo como tabiques, tierra etc. se encuentren en su lugar, es decir debe existir un patio limpio y ordenado, las áreas desniveladas ya deben estar rellenas de algún materia, las zonas de pasto crecido serán podadas

## **Plan de Atención**

### **Intervención.**

Realizar una lista de los factores de riesgo caseros en compañía del cliente y un familiar y se instruyo en como corregirlos.

**Fundamentación.**

- La evaluación de los riesgos domiciliarios pondrá de relieve los factores extrínsecos que pueden conducir a las caídas
- La modificación del entorno reduce el índice de caídas.
- Las visitas domiciliarias de un profesional de la salud para evaluar y modificar el entorno del hogar han demostrado ser efectivas en la disminución del número de caídas.
- Es fundamental dar a la seguridad un entorno ordenado y no abarrotado en el que los objetos estén colocados en su lugar y a la mano de quien los necesita especialmente de los ancianos.
- La capacidad de las personas para protegerse a si mismas de los accidentes puede estar afectada por numerosos factores, tales como la edad, el estilo de vida, la percepción sensorial, la movilidad, la capacidad de comunicación y los conocimientos sobre seguridad.

**Evaluación.**

El cliente y su hija tomaron nota de los riesgos existentes en su casa e hicieron conciencia de que estos factores de riesgo tienen que ser corregidos.

**Intervención.**

Como el cliente vive solo, le enseñare que debe hacer en caso de caída y no pueda levantarse y asegurarse que siempre traiga consigo un teléfono móvil con los números de emergencia gravados.

**Fundamentación.**

- Las caídas pueden ocurrir a cualquier edad, pero los niños y los ancianos son mas propensos a caerse y sufrir lesiones graves
- Los peligros en el hogar constituyen la principal causa de caídas, incendios, intoxicaciones, asfixia y otros accidentes tales como el uso inapropiado de utensilios del hogar.

**Evaluación.** El manejo del teléfono celular ya es del dominio de la cliente y siempre lo lleva consigo, explica brevemente cuales son las acciones a seguir en caso de caídas

**Intervención.**

Hacer hincapié en el cliente, la conveniencia de usar un zapato firme de tacón bajo y con buena tracción y evitar en lo posible el uso de chanclas.

**Fundamentación.**

- Los zapatos firmes brindan al usuario un mejor equilibrio y le protegen de la inestabilidad en las superficies irregulares.
- La educación es la principal estrategia de protección en la prevención de accidentes.

**Evaluación.**

La cliente utiliza zapatos especiales para diabética se observa una suela antiderrapante, bien atados y refiere que durante la ducha utiliza unos huaraches de hule con broche ventilados para evitar algún tipo de tropiezo, no utiliza chanclas

**Intervención.**

Indicarle al cliente evitar realizar actividades que pongan en peligro su integridad.

**Fundamentación.**

- En el anciano frágil las tareas múltiples llevan a una reducción del rendimiento motriz y pueden provocar caídas.
- La supervisión frecuente reduce la ansiedad y los comportamientos peligrosos del cliente, y previene la posibilidad de caídas.
- La enseñanza sobre las precauciones necesarias asegura la colaboración de la cliente y de las personas allegadas en la prevención de accidentes

**Evaluación.**

El cliente comprendió que debe evitar realizar actividades que ponga en peligro su integridad, ante cualquier actividad que implique un riesgo solicita el apoyo de sus hijas o nietas.

**Intervención.**

Enseñar al cliente la importancia de llevar un programa de ejercicio en forma regular de acuerdo a su edad.

**Fundamentación.**

- La falta de un programa consecuente de ejercicio es una de las variables asociadas con una mayor incidencia de caídas.
- Las personas con deterioro de la movilidad a causa de parálisis, debilidad muscular, o alteración del equilibrio o de la coordinación evidentemente son más propensas a sufrir accidentes

**Evaluación.**

Actualmente lleva un programa de ejercicios que le enseñó una nieta, estamos realizando tramites para incluirla en un grupo de la tercera edad, con los beneficios que esto implica para la cliente.

## **NECESIDAD AFECTADA APRENDIZAJE**

**Grado de dependencia:** parcialmente dependiente.

**Causa:** falta de conocimiento.

**Asistencia:** ayuda.

**DX E.** Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico relacionado con la falta de conocimientos del autocontrol glicémico y sus variantes de hipo e hiperglicemia manifestados por la paciente al referir que desconoce el manejo del glucómetro digital.

### **Objetivo.**

- El cliente obtendrá los conocimientos y habilidades necesarias para el autocontrol glicémico.

### **Meta.**

- El cliente en un tiempo de 10 días tendrá los conocimientos y habilidades necesarias para el autocontrol glicémico por medio de glucómetro digital.

### **Criterios de Evaluación.**

- La cliente en forma práctica demostrara el manejo del glucómetro y por escrito mencionara las cifras aceptables de la glucosa en sangre; mencionara la sintomatología de una concentración alta de glucosa y de una concentración baja, y explicara en forma breve como actuar en cada uno de estos casos.
- El cliente en forma verbal y por escrito mencionara los medicamentos que toma, dosis, horarios y para que sirve cada uno de ellos.

## **Plan de Atención**

### **Intervención.**

Proporcionar al cliente capacitación inicial y continua en el manejo del glucómetro digital. (ver anexo 3).

### **Fundamentación.**

- El control de la glucosa en sangre se ha hecho mas fácil desde que se dispone de dispositivos que controlan la hemoglobina glucosilada, diseñados para proporcionar una lectura rápida de la concentración de glucosa en sangre, mediante una pequeña gota de sangre obtenida por punción del pulpejo del dedo, esta tecnología tan simple permite el control riguroso y la estabilización de la glucosa, lo que se ha demostrado que reduce tanto la incidencia como la gravedad de las complicaciones tardías, el autocontrol que realizan los propios pacientes ha demostrado una gran eficacia en la reducción de las complicaciones especialmente en los pacientes con diabetes mellitas tipo I.
- El control domiciliario de la concentración de glucosa, utilizando equipos comerciales y la posibilidad de la comprobación diaria de la orina para detectar la glucosa y la acetona, proporcionan datos progresivos que reflejan el grado del control y pueden identificar los cambios necesarios en la dieta y la medicación antes de que se produzcan cambios metabólicos graves.

- Estas pruebas también proporcionan al paciente un método de autocontrol que refuerzan su seguridad psicológica.
- Las nuevas lancetas mas pequeñas permiten un control mas frecuente de la concentración de glucosa en sangre que reduce el dolor del pinchazo

**Evaluación.** El cliente maneja eficientemente el glucómetro.

### **Necesidad afectada Aprendizaje**

**Grado de dependencia:** parcialmente dependiente.

**Causa:** falta de conocimiento.

**Asistencia:** ayuda.

**DXE** .Alteración en el mantenimiento de la salud relacionado con el desconocimiento del nombre de los medicamentos prescritos así como de la dosis que toma manifestado por la cliente y por observación directa

#### **Objetivo...**

La cliente Identificara por su formula los medicamentos que toma al igual que la dosis y horario

#### **Meta.**

El cliente en 7 días identificara los medicamentos que toma, dosis y horarios sin temor a equivocarse

#### **Criterios de Evaluación.**

El cliente en forma verbal y por escrito mencionara los medicamentos que toma, dosis, horarios y explicara brevemente para que sirve cada uno de ellos.

### **Plan de Atención**

#### **Intervención.**

Enseñar al cliente a reconocer las características distintivas de los medicamentos que toma (formula, indicaciones, dosis, efectos deseados y efectos secundarios).

#### **Fundamentación.**

- Un medicamento es una sustancia que se administra para el diagnostico, tratamiento, curación, mitigar o prevención de enfermedades.
- Un fármaco puede tener hasta cuatro tipos de nombre distintos: su nombre genérico, su nombre oficial, su nombre químico y su nombre comercial o nombre de marca.
- Con frecuencia los medicamentos se expenden en distintas presentaciones dependiendo del laboratorio que los fabrique.
- La farmacología es el estudio del efecto de los fármacos en los organismos vivos,
- Los profesionales de enfermería no solo administran medicamentos, sino que además son responsables de valorar su eficacia y de reconocer las reacciones adversas de los fármacos.

- Efecto deseado es el efecto que se pretende, es decir, la razón por la cual se prescribió el fármaco.
- La unidad básica de peso en el sistema farmacéutico es el gramo que se equipara a un grano de trigo, y la unidad básica de volumen es el minun (un volumen de agua es igual en peso a un grano de trigo).

**Evaluación.**

La cliente toma sus medicamentos sin temor a equivocarse los distingue perfectamente conoce su formula, dosis, horarios, para que sirve cada uno de ellos, efectos secundarios y sabe las consecuencia que podría sufrir su cuerpo si deja de tomarlos. Describe que toma los siguientes medicamentos ( ENALAPRIL 1 TABLETA DE 10 MG CADA 24 POR LAS MAÑANAS, 1TABLETA DE GLIBENCLAMIDA DE 5 MG CON METFORMINA 850 MG POR LAS MAÑANAS DESPUES DEL DESAYUNO)

#### IV. CONCLUSIONES

A la enfermera desde su origen se le ha atribuido el cuidado y la atención de la persona enferma niños, mujeres embarazadas ancianos etc. Conforme ha pasado el tiempo y los niveles de educación de la enfermera con conocimientos científicos técnicos y los valores éticos derivados de su filosofía han evolucionado y constituido un ejercicio profesional independiente y responsable capaz de garantizar un servicio de calidad, proporcionando los cuidados personalizados e integrales al utilizar las etapas del “Proceso de Atención de Enfermería” (valoración diagnóstica, planeación, ejecución, y evaluación) definiendo al Proceso de atención de Enfermería como un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente.

El Proceso de Atención de Enfermería reúne una serie de características que nos permiten realizar nuestras funciones de enfermería más eficientes, es un método porque son una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera(o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los pacientes lo que posibilita la continuidad de los cuidados, por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.

Es sistemático por estar conformado por etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación).

Es humanista por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.

Es intencionado porque se centra en el logro de sus objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y el de la propia enfermera.

Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Es flexible porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de la enfermería y adaptarse a cualquier teoría o modelo de enfermería.

Es interactivo por requerir la interrelación humano-humano con el paciente para acordar y lograr objetivos comunes.

Con la aplicación de Proceso de Atención de Enfermería se delimita el campo de acción específico de la enfermería y con ello se demuestra que la enfermera profesional realiza numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica ya que el proceso enfermero complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuesta humana.

ANEXO I

CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE POR ESCRITO Y FIRMADO:

Yo M R H. en uso de mis facultades mentales, Autorizo a la Sr. Enfermero Ramón Luna Rodríguez a la utilización de la información y de los datos que brinde durante las entrevistas y datos recebado en mi domicilio, para fines de su trabajo de titulación de Licenciado en Enfermería.

GRACIAS POR TODO.

FIRMA-----

## ANEXO 2

### CODIGO DE ETICA DE ENFERMERIA

La profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros.

De este modo, para los fines específicos de este código, se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera.

### DECLARACION DE PRINCIPIOS

**Beneficencia y no maleficencia.-** Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales. Para la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad: esto tiene una aplicación individual y social.

**Justicia.-** La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.

Este principio permite aclarar y dar crédito a muchas situaciones desde aspectos generales y organizativos, como la asistencia institucional hasta la presencia de numerosas iniciativas sociales para otorgar con justicia los servicios de salud.

**Autonomía.-** Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y con el consentimiento informado en el que consta, preferiblemente por escrito si el paciente está consciente, que comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y

tratamientos que se le proponen. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial de los cuidados de enfermería.

**Valor fundamental de la vida humana.-** Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control.

**El derecho a la vida** aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior al respeto o a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente de su propia vida. Para ser libre es necesario vivir. Por esto la vida es indispensable para el ejercicio de la libertad.

**Privacidad.-** El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.

El principio de privacidad tiene ciertos límites por la posible repercusión personal o social de algunas situaciones de las personas al cuidado de la enfermería, y el deber de ésta de proteger el bien común, sin que esto signifique atropellar la dignidad de la persona a su cuidado.

**Fidelidad.-** Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hacer una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso. No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.

**Veracidad.-** Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto, las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

**Confiabilidad.-** Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

**Solidaridad.-** Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes.

La solidaridad debe lograrse también con personas o grupos que tienen ideas distintas o contrarias, cuando estos son un apoyo necesario para lograr un beneficio común. Este principio es fundamental en la práctica de enfermería ya que en todas las acciones que se realizan para con las personas se parte de la necesidad de asociarse para el logro del bien común y la satisfacción mutua.

**Tolerancia.-** Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas. Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido respeto a la libertad y a la democracia. También debe saber diferenciar la tolerancia de la fortaleza mal entendida o de fanatismo.

**Terapéutico de totalidad.-** Este principio es capital dentro de la bioética. A nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección. De este principio surge la norma de proporcionalidad de la terapia. Según ésta, una terapia debe tener cierta proporción entre los riesgos y daños que conlleva y los beneficios que procura.

**Doble efecto.-** Este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas. Se puede llegar a una formulación sobre la licitud de este tipo de acciones partiendo de:

- Que la acción y el fin del agente sea bueno;
- Que el efecto inmediato a la acción no obstante no sea bueno, exista una causa proporcionalmente grave.

### **DECALOGO DEL CODIGO DE ETICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MEXICO**

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.

4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

## ANEXO 3

### DIABETES MELLITUS TIPO 1 I.

La diabetes de tipo 2 es una enfermedad que dura toda la vida, caracterizada por altos niveles de azúcar en la sangre. Se presenta cuando el cuerpo no responde correctamente a la insulina, una hormona secretada por el páncreas. La diabetes de tipo 2 es la forma más común de diabetes.

**Causas, incidencia y factores de riesgo** La diabetes es causada por un problema en la forma en que el cuerpo produce o utiliza la insulina. La insulina es necesaria para mover la glucosa (azúcar en la sangre) hasta las células, donde ésta se usa como fuente de energía.

Si la glucosa no entra en las células, el cuerpo no puede utilizarla para producir energía. Entonces queda demasiada glucosa en la sangre, lo que causa los síntomas de la diabetes.

Existen varios tipos de diabetes. Este artículo se centra en la diabetes de tipo 2, que generalmente es acompañada por obesidad y resistencia a la insulina.

Resistencia a la insulina significa que la insulina producida por el páncreas no puede entrar en las células grasas y musculares para producir energía. Dado que las células no están recibiendo la insulina que necesitan, el páncreas produce cada vez más. Con el tiempo, se acumulan niveles anormalmente altos de azúcar en la sangre, una situación llamada hiperglucemia. Muchas personas con resistencia a la insulina tienen la presión arterial alta e hiperglucemia al mismo tiempo. Las personas con sobrepeso tienen mayor riesgo de padecer resistencia a la insulina porque la grasa interfiere con la capacidad del cuerpo de usarla.

Por lo general, la diabetes de tipo 2 se desarrolla gradualmente. La mayoría de las personas con esta enfermedad tienen sobrepeso en el momento del diagnóstico. Sin embargo, la diabetes de tipo 2 puede presentarse también en personas delgadas, especialmente en los ancianos.

Los antecedentes familiares y la genética juegan un papel importante en la diabetes de tipo 2. Un bajo nivel de actividad, una dieta deficiente y el peso excesivo (especialmente alrededor de la cintura) aumentan significativamente su riesgo de desarrollar diabetes de tipo 2.

#### **Entre otros factores de riesgo están los siguientes:**

- Raza/etnia (las poblaciones de afro americanos, hispanoamericanos e indígenas americanos tienen altos índices de diabetes)
- Edad superior a 45 años
- Intolerancia a la glucosa identificada previamente por el médico
- Presión arterial alta

- Colesterol HDL de menos de 35 mg/dL o niveles de triglicéridos superiores a 250 mg/dL
- Antecedentes de diabetes gestacional

**Sintomas.** Con frecuencia, las personas con diabetes de tipo 2 no presentan síntoma alguno. En caso de presentarse síntomas, éstos pueden ser:

- Aumento de la sed
- Volumen urinario excesivo
- Aumento del apetito
- Fatiga
- Visión borrosa
- Infecciones frecuentes o de curación lenta
- Disfunción eréctil

**Signos y exámenes.** La diabetes tipo II se diagnostica con las siguientes pruebas de sangre:

- Nivel de azúcar en la sangre en ayunas: se diagnostica diabetes si el resultado es mayor de 126 mg/dl en dos oportunidades.
- Nivel de glucosa sérica aleatoria (sin ayuno): se sospecha la existencia de diabetes si los niveles son superiores a 200 mg/dl y están acompañados por los síntomas típicos de aumento de sed, gasto urinario y fatiga. (Esta prueba se debe confirmar con otra de nivel de glucosa en sangre en ayunas.)
- Examen de tolerancia a la glucosa: se diagnostica diabetes si el nivel de glucosa es superior a 200 mg/dl luego de 2 horas.

**Tratamiento.** Los primeros objetivos del tratamiento son eliminar los síntomas y estabilizar el nivel de glucosa en sangre. Los objetivos permanentes son los de prolongar la vida y prevenir complicaciones a largo plazo. El tratamiento principal para la diabetes de tipo 2 es el ejercicio y la dieta.

**Aprenda estas habilidades.** Usted debe aprender estas habilidades básicas para el manejo de la diabetes. Le ayudarán a evitar complicaciones y la necesidad de atención médica. Entre estas habilidades se encuentran:

- Cómo evaluar y apuntar la glucosa en sangre (véase control de la glucosa sanguínea)
- Qué comer y cuándo
- Cómo tomar los medicamentos, si están indicados
- Cómo reconocer y tratar los niveles altos y bajos de azúcar en sangre
- Qué hacer en los días en que está enfermo
- Dónde comprar los suministros para la diabetes y cómo guardarlos

Aprender las habilidades básicas puede tomar varios meses. Siempre debe seguir aprendiendo sobre la enfermedad y sus complicaciones y también sobre cómo controlar la

diabetes y vivir con ella. Manténgase siempre al día sobre los nuevos estudios y tratamientos.

**Auto evaluación.** La auto evaluación regular del azúcar en sangre le indica qué tan bien está funcionando su combinación de dieta, ejercicios y medicación. Las pruebas se realizan generalmente antes de las comidas y a la hora de acostarse. Puede ser necesario hacerse pruebas más frecuentes si está enfermo o bajo estrés.

Un aparato denominado glucómetro puede dar una lectura exacta del azúcar en sangre. Hay varios tipos de aparatos. Generalmente, se pincha el dedo con una pequeña aguja (una lanceta) haciendo salir una pequeña gota de sangre. Ésta se pone en una tira reactiva, que a su vez se pone en el aparato. Los resultados están disponibles en 30 a 45 segundos.

Un médico o un educador en diabetes le ayudará a programar un horario adecuado para hacerse las pruebas. También se le enseñará cómo responder ante los diferentes valores de glucosa que obtiene al hacerse la prueba.

Los resultados de la prueba se pueden usar para hacer ajustes en las comidas, la actividad física o los medicamentos para mantener los niveles de azúcar dentro de los límites apropiados. Las pruebas dan información valiosa al médico e identifican el alto o bajo nivel de azúcar en sangre antes de que se presenten problemas graves.

Llevar un registro exacto de los resultados de sus pruebas le ayudará a usted y a su médico a planificar la mejor manera de controlar su diabetes.

**Control de la dieta y peso.** La planificación de comidas consiste en elegir alimentos saludables y en comer la cantidad adecuada, a la hora adecuada. Se recomienda trabajar en colaboración con el médico para aprender qué cantidades de grasa, proteína y carbohidratos necesita en su dieta. Es necesario que los planes específicos de comidas se adapten a los hábitos y preferencias personales.

Es importante controlar su peso y comer una dieta equilibrada. Algunas personas con diabetes de tipo 2 pueden dejar de tomar medicamentos después de una pérdida de peso intencional, aunque la diabetes sigue estando presente. Un dietista puede ser de ayuda para determinar sus necesidades dietéticas específicas. Véase dieta del diabético.

**Actividad física.** Hacer ejercicio en forma regular es importante para todas las personas, pero especialmente si es diabético. El ejercicio regular ayuda a controlar la cantidad de glucosa en la sangre. También ayuda a quemar el exceso de calorías y grasa para que usted pueda controlar el peso.

El ejercicio beneficia la salud en general, mejorando el flujo sanguíneo y la presión arterial. Disminuye la resistencia a la insulina incluso sin pérdida de peso. El ejercicio también aumenta el nivel de energía del cuerpo, baja la tensión y mejora la capacidad de manejar el estrés.

Información que se debe tener en cuenta al momento de iniciar un programa de ejercicios:

- Hablar con su médico antes de iniciar un programa de ejercicios.
- Escoger una actividad física que disfrute y que sea apropiada para el estado de salud actual.
- Hacer ejercicios diariamente y, de ser posible, a la misma hora.
- Revisar en casa los niveles de azúcar en sangre antes y después de hacer ejercicio.
- Llevar comida que contenga un carbohidrato de rápida acción, en caso de que los niveles de glucosa en sangre bajen demasiado durante o después del ejercicio.
- Llevar una pulsera que lo identifique como diabético y monedas o un teléfono celular para hacer una llamada telefónica en caso de emergencia.
- Tomar abundante líquido que no contenga azúcar antes, durante y después del ejercicio.
- Los cambios en la intensidad o duración de los ejercicios pueden requerir una modificación en la dieta o la medicación para mantener los niveles de glucosa dentro de los límites apropiados.

**Medicación.** Cuando la dieta y el ejercicio no logran mantener niveles normales o casi normales de glucosa en la sangre, su médico puede recetarle medicación. Algunos de los medicamentos más comunes se enumeran abajo. Se toman por vía oral.

- Sulfonilureas orales (como glimepirida, gliburida y tolazamida): funcionan estimulando al páncreas para que fabrique más insulina.
- Biguanidas (metformina): actúan ordenándole al hígado que disminuya la producción de glucosa, lo cual incrementa los niveles de glucosa en el torrente sanguíneo.
- Inhibidores de la alfa-glucosidasa (como, acarbosa): disminuyen la absorción de carbohidratos en el tracto intestinal y, por lo tanto, disminuyen los niveles de glucosa luego de las comidas.
- Tiazolidinedionas (como, rosiglitazona): ayuda a la insulina a trabajar mejor en las células. En esencia, aumentan la sensibilidad de la célula (receptividad) a la insulina.
- Meglitinidas (que incluyen repaglinida y nateglinida): estimulan al páncreas para producir más insulina en respuesta a la cantidad de glucosa presente en la sangre.

Si el paciente continúa con un control deficiente de la glucosa en sangre a pesar de los cambios en el estilo de vida y de tomar medicamentos orales, el médico le recetará insulina. También es posible que la recete si el paciente ha tenido una reacción adversa a otros medicamentos. La insulina se debe inyectar debajo de la piel utilizando una jeringa y no se puede administrar por vía oral.

Las preparaciones de insulina se diferencian en la rapidez con la que comienzan a actuar y en el tiempo que dura su efecto. Su médico determinará el tipo apropiado de insulina y le dirá a qué hora del día aplicársela.

Más de un tipo se puede mezclar con otro en una inyección para lograr el mejor control de la glucosa en sangre. Generalmente se necesitan inyecciones de una a cuatro veces al día. Su médico o su educador en diabetes le mostrará cómo inyectársela.

**El cuidado de los pies.** Las personas con diabetes son muy propensas a los problemas en los pies. La diabetes puede causar daños en los nervios, lo cual significa que usted puede no sentir una herida en el pie hasta que aparezca una infección o una llaga grande. La diabetes también puede dañar los vasos sanguíneos, lo cual hace más difícil para el cuerpo combatir las infecciones.

Para prevenir las lesiones en los pies, una persona con diabetes debe adoptar una rutina diaria de revisión y cuidado de los pies que consiste en lo siguiente:

- Revisar los pies cada día e informar la presencia de úlceras, cambios o signos de infección que se detecten.
- Lavar los pies todos los días con agua tibia y jabón suave, y secarlos completamente.
- Suavizar la piel seca con una loción o vaselina.
- Proteger los pies con zapatos cómodos que le queden bien.
- Hacer ejercicio a diario para facilitar la buena circulación.
- Visitar al pediatra cuando tenga problemas en los pies o necesite que le quiten las callosidades.
- Quitarse los zapatos y las medias durante la visita al médico para recordarle que examine los pies.
- Dejar de fumar porque empeora el flujo sanguíneo de los pies.

**Cuidado continuo.** Una persona con diabetes de tipo 2 debe visitar al médico especialista en diabetes cada 3 meses. Un examen completo incluye:

- Hemoglobina glicosilada (HbA1c): es un promedio trimestral del nivel de glucosa en sangre. Esta prueba mide cuánta glucosa se ha estado adhiriendo a los glóbulos rojos y a otras células. Un nivel alto de HbA1c es un indicador de riesgo de sufrir complicaciones a largo plazo. Actualmente, la Asociación Estadounidense para la Diabetes (ADA, por sus siglas en inglés) recomienda un nivel de HbA1c menor a 7% para protegerse de complicaciones. Esta prueba se debe realizar cada tres meses
- Control de la presión sanguínea
- Examen de pies y piel
- Oftalmoscopia
- Examen neurológico

Las siguientes evaluaciones se deben llevar a cabo al menos una vez al año:

- Micro albúmina aleatoria (análisis de orina para detectar proteínas)
- BUN y creatinina sérica
- Colesterol sérico, HDL y triglicéridos
- ECG

- Examen de la retina con dilatación

**Expectativas pronóstico.** Se pueden reducir los riesgos a largo plazo debidos a las complicaciones de la diabetes. Si usted controla la glucosa sanguínea y la presión arterial, puede reducir su riesgo de muerte, accidente cerebro vascular, insuficiencia cardiaca y otras complicaciones. Una reducción de tan sólo 1% en el nivel de Hba1c puede disminuir en un 25% su riesgo de complicaciones.

**Complicaciones.** Entre las complicaciones de emergencia se encuentra el coma diabético.

Las complicaciones a largo plazo, entre otras, son:

- Retinopatía diabética (enfermedad de los ojos)
- Nefropatía diabética (enfermedad de los riñones)
- Neuropatía diabética (daño de los nervios)
- Enfermedad vascular periférica (daño en los vasos sanguíneos/circulación)
- Colesterol alto, hipertensión, aterosclerosis y enfermedad de las arterias coronarias

**Situaciones de urgencia.** Se debe acudir al médico si se presentan síntomas de:

- Temblor
- Debilidad
- Somnolencia
- Dolor de cabeza
- Confusión
- Mareos
- Visión doble
- Falta de coordinación

Estos síntomas pueden progresar rápidamente a condiciones de emergencia tales como: convulsiones, pérdida del conocimiento o coma hipoglucémico.

**Prevención.** Toda persona mayor de 45 años debe realizarse un examen de glucosa en sangre al menos cada tres años. Se debe realizar el examen a una edad más temprana y con más frecuencia si la persona presenta algún riesgo en particular de diabetes.

Se recomienda mantener un peso corporal saludable y un estilo de vida activo para ayudar a prevenir el comienzo de la diabetes tipo 2.

### **Hipoglucemia.**

**Definición** Es una afección que ocurre cuando el nivel de azúcar en la sangre (glucosa) está demasiado bajo.

**Causas incidencia y factores de riesgo.** La hipoglucemia se produce cuando la glucosa del cuerpo se agota con demasiada rapidez, cuando es liberada en el torrente sanguíneo

con demasiada lentitud o cuando se libera demasiada insulina en el torrente sanguíneo. La insulina es una hormona que reduce la glucosa en la sangre y es producida por el páncreas en respuesta al aumento de los niveles de glucosa sanguínea.

La hipoglucemia es relativamente común en personas con diabetes. Se presenta cuando se toma demasiada insulina o medicamentos para la diabetes, cuando no se ingiere suficiente alimento o por un incremento repentino en la cantidad de ejercicio sin un aumento en la ingesta de alimentos.

La hipoglucemia relativa es una afección bastante común, en la cual la glucosa en la sangre de un recién nacido está baja. Los bebés nacidos de madres diabéticas pueden presentar hipoglucemia severa, una emergencia médica que, de no tratarse, puede provocar convulsiones y daños al sistema nervioso del bebé.

La hipoglucemia severa que ocasiona pérdida del conocimiento también se denomina shock insulínico.

La hipoglucemia idiopática es la hipoglucemia que ocurre sin una causa conocida y las personas que la padecen no sufren de diabetes.

La hipoglucemia también puede ser causada por:

- Tumor del páncreas secretor de insulina
- Enfermedad hepática
- Consumo de alcohol

Esta enfermedad afecta a aproximadamente 1 de cada 1.000 personas.

### **Síntomas**

- Sudores fríos
- Confusión
- Convulsiones
- Coma
- Visión doble o borrosa
- Fatiga
- Incomodidad general, intranquilidad, sensación de malestar (malestar general)
- Dolor de cabeza
- Hambre
- Irritabilidad y hasta agresividad
- Nerviosismo
- Frecuencia cardíaca rápida
- Temblores

Otros síntomas que pueden estar asociados con esta enfermedad son:

- Disminución del estado de conciencia

- Pupilas de tamaño diferente
- Mareos
- Sudoración excesiva
- Desmayos
- Alucinaciones
- Pérdida de la memoria
- Dolores musculares
- Palidez
- Latidos cardíacos fuertes ( sensaciones de latidos cardíacos)
- Dificultad para dormir

**Signos y exámenes.** El control de los niveles de glucosa sanguínea en la casa muestra lecturas inferiores a 50 mg/dL.

El examen de glucosa sérica estará bajo.

Esta enfermedad también puede alterar los resultados de los siguientes exámenes:

- Prueba de tolerancia a la glucosa
- Recolección de líquido cefalorraquídeo
- Control de la glucosa en la sangre

**Tratamiento.** Un bocadillo o bebida con azúcar elevará el nivel de glucosa en la sangre y la persona observará el mejoramiento inmediato en los síntomas.

A los bebés que nacen con hipoglucemia se les administra glucosa por vía intravenosa hasta que el cuerpo comience a controlar su propio su propio nivel de azúcar en la sangre.

Las personas con hipoglucemia severa son tratadas con inyecciones o la hormona glucagón. El tratamiento inmediato es necesario para prevenir complicaciones graves o la muerte.

El médico puede recomendar que la persona cambie su dieta para que su cuerpo reciba glucosa a lo largo del día de manera más regular, lo cual puede evitar episodios posteriores de azúcar bajo en la sangre. Es posible que se le solicite a la persona consumir comidas pequeñas y frecuentes con carbohidratos complejos, fibra y grasa, evitando azúcares simples, alcohol y jugos de fruta.

También se deben consumir las comidas a intervalos regulares y compensar todo incremento de ejercicio con alimento adicional.

Si la hipoglucemia es causada por un insulinoma (tumor que secreta insulina), el mejor tratamiento es practicar una cirugía para extirpar el tumor.

**Complicaciones.** Sin tratamiento, la hipoglucemia puede llevar a la pérdida del conocimiento y a coma. En los bebés, se pueden presentar convulsiones y daño permanente al sistema nervioso.

Lo recomendable es aprender a reconocer los signos de advertencia iniciales de la hipoglucemia y someterse a un tratamiento en forma rápida y adecuada.

**Situaciones que requieren atención.** Se debe acudir de inmediato a la sala de emergencias o llamar al número local de emergencias (como el 911 en los Estados Unidos) si los signos iniciales de hipoglucemia no mejoran después de comer un bocadillo que contenga azúcar.

Igualmente, se debe buscar ayuda médica inmediata si una persona diabética o con antecedentes de hipoglucemia pierde el conocimiento o no se despierta.

**Prevención.** Si una persona tiene diabetes, debe asegurarse de seguir las recomendaciones del médico con relación a la dieta, los medicamentos y el ejercicio.

En caso de tener antecedentes de hipoglucemia, se recomienda mantener un bocadillo o bebida que contenga azúcar disponible en todo momento para tomarlo tan pronto como aparezcan síntomas. Si los síntomas no mejoran en 15 minutos, se debe ingerir más alimento. Asimismo, existe un kit de glucagón disponible para aquellas personas que tengan episodios de hipoglucemia que no respondan bien a otros tipos de tratamiento.

## **AUTOCONTROL DE LA GLUCOSA EN SANGRE**

**Definición.** Se refiere a la continua medición de la glucemia (glucosa). Este control se puede realizar en cualquier momento, utilizando un dispositivo portátil llamado glucómetro.

- Examen aleatorio de glucosa en sangre
- Examen de glucosa en orina
- Examen de tolerancia a la glucosa

**Formas en que debe realizar el examen.** El glucómetro tradicional viene con tiras reactivas, pequeñas agujas llamadas lancetas y un diario para registrar los números. Existen muchas clases diferentes de estos glucómetros, pero esencialmente todos funcionan de la misma manera. Un equipo de examen completo se puede comprar en una farmacia sin necesidad de receta. El médico o la enfermera pueden ayudar a escoger el equipo correcto para cada persona, ayudarle a armarlo y enseñarle la manera de usarlo.

La persona punza el dedo con la lanceta y coloca una gota de sangre sobre una tira especial, la cual utiliza una sustancia química para determinar la cantidad de glucosa en la sangre. (Los monitores más nuevos pueden utilizar sangre de otras áreas del cuerpo aparte de los dedos, reduciendo así la molestia). El glucómetro muestra los resultados de la glucemia en números en una pantalla digital.

**Preparación para el examen.** Es necesario tener todos los elementos del examen al alcance antes de empezar, ya que la sincronización es importante. Se debe limpiar la punta del dedo que se va a punzar con agua y jabón o con una gasa con alcohol y tener la piel completamente seca antes de la punción.

Lo que se siente durante el examen

Se siente una punzada aguda.

Razones por las que se realiza el examen

Este examen revela el nivel de glucemia.

Si la persona tiene diabetes, puede usarlo para vigilar cuidadosamente sus niveles de glucemia en el hogar. La verificación regular del nivel de glucemia es una de las medidas más importantes que se puede tomar para manejar la enfermedad. Esto le proporciona al médico información importante con respecto al control de la glucemia.

Cuando la persona le hace un seguimiento a su glucemia:

- Empezará a ver patrones que lo ayudarán a planear comidas, actividades y la hora de día para tomar los medicamentos
- Conocerá cómo ciertos alimentos afectan sus niveles de glucemia
- Verá cómo el ejercicio puede mejorar sus números

Los exámenes le permiten responder rápidamente al nivel alto de glucemia (hiperglucemia) o a la glucemia baja (hipoglucemia). Esto podría abarcar ajustes en la dieta, ejercicio e insulina (de acuerdo con las instrucciones del médico).

El médico puede solicitar un examen de glucemia para detectar diabetes. Para mayor información, ver examen de glucosa en la sangre.

Valores normales    Volver al comienzo

- Antes de las comidas: de 90 a 130 miligramos por decilitro (mg/dL)
- Después de las comidas: menos de 180 mg/dL.

Los valores pueden variar dependiendo de la actividad física, las comidas y la administración de insulina. Los rangos de los valores normales pueden variar ligeramente entre diferentes laboratorios. La persona debe hablar con el médico acerca del significado de los resultados específicos de su examen.

Significado de los resultados anormales

Si los niveles son muy bajos, esto indica la presencia de hipoglucemia. La persona debe consumir alimento y es posible que necesite modificar la próxima dosis de insulina y probablemente también las dosis futuras.

Si los niveles son demasiado altos, esto indica la presencia de hiperglucemia. La persona puede necesitar insulina adicional.

**Cuáles son los riesgos**

Hay una ligera posibilidad de infección en el sitio de la punción y se puede presentar algo de sangrado después de ésta.

**Consideraciones especiales**

Se debe seguir el procedimiento correcto o los resultados no serán exactos.

## BIBLIOGRAFIA.

Alfaro Lefebre Rosalinda. **Aplicación del Proceso Enfermero, fomentar el cuidado en colaboración**, Masson.S.A. Barcelona 2005. p. 275

Benavent Garcés M, Ferrer Ferradis E, Francisco del Rey C. **Fundamentos de Enfermería. Los modelos de cuidados**. Madrid.2001:P.423.

Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México” P.

Enfermería “Enciclopedia Microsoft Encarta 2001.c 1993-2000 Microsoft. Corporation. .Reservados todos los derechos

Fernández F. Carmen, Garrido A. Margarita. **Enfermería Fundamental**. Masson, S.A España 2000. P.

Guillen Velasco Rocio del Carmen. Montoya Martines Adelina Elena. Pérez Zumano Sofia . **Crecimiento y Desarrollo**. 4ª Edicion, Volumen 2 Junio del 2004 ENEO. UNAM. P. 766.

Kozier Barbara Glenora. **Fundamentos de Enfermería**. Vol. I, II, MC Graw Hill Interamericana 7ª Edición 2004 ,España. P.

Luis Rodríguez Maria teresa. **NANDA Diagnosnico Enfermero Definiciones y Clasificaciones**. España, Madrid. 2003. P. 282.

Marriner T Ann. Rail.Martha **Modelos y Teorías de Enfermería**. 4ª Edición. Harcourt Brace. España 1998. P.

Martínez Benítez Maria Matilde **Sociología de una Profesión, el Caso de Enfermería**. 1ª edición Nuevo Mar S.A. de CV. 1985 México. P299

Pacheco Ana Laura, García Ma. Aurora. Rodríguez Jiménez Sofia. En: antología **fundamentación teórica para el cuidado**, impresión. Enero 2004. ENEO.UNAM.2004 P.423.

Rodrigues S. Bertha. **Proceso Enfermero**.2ª edición ediciones. Cuellar. P. 277

Siles M Jose Luis. **Historia de Enfermería**. En: antología de Fundamentación teórica de Enfermería. ENEO, UNAM. 2004. P. 15-29.

W. Griffit Yannet Paula J. chístense. **Proceso Atención de Enfermería**. El Manuel Moderno Edición 1º 1986 P. 405.

W.Iyer Patricia. J. Taptich.Barbara. **Proceso de Enfermería y Diagnósticos de Enfermería**. Edit. Interamericana 2ª. Edicion.España 1993. P.

<http://www.google.com.mx/search?hl=es&q=cuidado+virginia+henderson.&metaactiva>

<http://personales.ya.com/erfac/enferm,htmactiva>

<http://www.google.com.mx/search?hl=es&q=proceso+atenci3n+de+enfermeria&meta=activa>