



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTO**

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**ESTUDIO DE CASO A UNA PERSONA ADULTA
CON ALTERACIÓN DE LAS NECESIDADES DE OXIGENACIÓN,
NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN, TERMORREGULACIÓN
Y SEGURIDAD**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

P R E S E N T A:

**SANDRA LETICIA VARGAS TRUJILLO
No. Cuenta: 40034566**

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



MÉXICO, D. F. 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.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, por darme esta oportunidad de superación y permitirme ser parte de ellos.

A mi asesor L.E.O Angelina Rivera Montiel por su orientación y sus aportaciones al revisar y corregir este trabajo.

A mis amigos y compañeros del servicio de Cirugía General, por sus sugerencias y aportaciones, especialmente a Noelia y José.

A mi familia, sencillamente por serlo.

“...A veces sentimos que lo que hacemos es tan solo una gota en el mar, pero el mar sería menos si le faltara una gota...”

Madre Teresa de Calcuta

ÍNDICE

	Paginación
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	2
I OBJETIVOS	3
II MARCO TEÓRICO	5
2.1 El cuidado	5
2.1.1 Perspectiva histórica del cuidado	5
2.1.2 Conceptualización del cuidado	8
2.1.3 El proceso de los cuidados de enfermería	12
2.1.4 Tecnologías para el cuidado	14
2.2 Enfermería	17
2.2.1 Conceptualización de la enfermería	18
2.2.2 Perspectiva histórica	20
2.2.3 Núcleos conceptuales	23
2.3 Proceso de Atención de Enfermería	26
2.3.1 Concepto	26
2.3.2 Antecedentes	27
2.3.3 Valoración	28
2.3.4 Diagnóstico enfermero	33
2.3.5 Estructura del diagnóstico	38
2.3.6 Etiquetas de diagnóstico de la NANDA	39
2.3.7 Planeación	46
2.3.8 Ejecución	48
2.3.9 Evaluación	49
2.4 Modelo de Virginia Henderson	51
2.4.1 Antecedentes personales	51
2.4.2 Conceptos básicos	53
2.4.3 Principales supuestos teóricos	57
2.5 Sepsis Abdominal	60
2.5.1 Fisiología del peritoneo	60
2.5.2 Concepto	62
2.5.3 Factores determinantes de la infección intra abdominal	63
2.5.4 Tipificación y manifestaciones clínicas	64
2.5.5 Métodos diagnósticos	64
2.5.6 Tratamiento medico	65
2.6 Fístulas recto vaginales	66
III METODOLOGÍA DE TRABAJO	68
3.1 Consentimiento informado	68
3.2 Consideraciones éticas	69
3.3 Descripción del caso	70
3.4 Variables e indicadores	72
3.5 Procedimientos e instrumentos de valoración	72

3.6 Etapa de Valoración	73
3.7 Etapa de diagnóstico	84
3.7.1 Problemas detectados	97
3.8 Plan de atención de enfermería	98
3.9 Evaluación	116
CONCLUSIONES	118
OBRAS CONSULTADAS	120

INTRODUCCIÓN

A lo largo de su historia la Enfermería ha sido catalogada como un arte y una ciencia; arte en el sentido de que es una profesión compuesta de habilidades que requieren experiencia y preparación para su ejecución; y una ciencia porque es necesario que sus practicantes posean conocimientos sistematizados derivados de la observación, estudio e investigación, propias del método científico, para lo cual, la enfermería utiliza el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que constituye la columna vertebral en la formación de la enfermera profesional, ya que se espera que las enfermeras realicen su práctica profesional apegadas al mismo.

En este sentido el proceso de atención de enfermería es, un método sistemático y organizado para administrar cuidados profesionales, ya sea a una persona o comunidad, ya que además permite llevar a cabo una evaluación continua, y así ayudar a los individuos a conseguir su independencia lo más pronto posible.

Por lo tanto el profesional de enfermería actual, debe contar con la formación teórica- practica adecuada para poder brindar cuidados apegados al PAE, por tal motivo, el presente estudio de caso, abarca en primera instancia y como antecedente, las bases derivadas de la fundamentación teórica para el cuidado, no solo del proceso atención de enfermería, sin también del cuidado por si mismo, la enfermería como profesión y de la teoría de Virginia Henderson, se agregan además un pequeño vistazo a lo que es la sepsis abdominal y las fístulas entero-cutáneas, por formar parte de los problemas inherentes al cliente, además de la realización de el Estudio de Caso en si a través de la metodología del PAE, y a través la teoría de de Virginia Henderson.

JUSTIFICACIÓN

El conocimiento y práctica exactos y correctos del Proceso Atención de Enfermería (PAE) como instrumento en la práctica del profesional, asegura la calidad de los cuidados al individuo, a la vez que proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería, la cual también es de la competencia de los profesionales de enfermería actualmente.

Por lo tanto, el PAE exige del profesional: habilidades y destrezas efectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros profesionales de la salud, así, el presente trabajo se realizara con el fin de reafirmar todas estas prácticas y conocimientos, así mismo, se realizara con fines de titulación, ya que a través de la realización de un estudio de caso a través de la metodología de PAE, se cumple con un requisito para tal fin.

1. I OBJETIVOS

Objetivo General.

- ✓ Realizar un estudio de caso, a través de la metodología del Proceso Atención de Enfermería, apegado a los conceptos teóricos de Virginia Henderson con el fin de ayudar a la persona elegida en la satisfacción de sus necesidades.

Objetivos específicos.

- 1.2.1 A través de la valoración integrar una base de datos que permita conocer la independencia o grado de dependencia que tiene la persona elegida
- 1.2.2 Mediante el análisis de los datos obtenidos establecer los diagnósticos de enfermería, ya sean reales o potenciales, que correspondan a las necesidades alteradas o a los problemas detectados.
- 1.2.3 Planear las intervenciones de enfermería específicas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en los diagnóstico(s) establecidos, y así ayudar a la persona en la satisfacción de sus necesidades.
- 1.2.4 Ejecutar las intervenciones de enfermería planeadas bajo un sustento científico con el fin de ayudar a la persona a lograr su máxima independencia.
- 1.2.5 Evaluar de manera periódica y sistemáticamente, las respuestas de la persona a las intervenciones de enfermería llevadas a cabo, con el propósito de determinar su progreso para el logro de los objetivos que se marcaron en el plan de cuidados.

1.2.6 Identificar a tiempo las necesidades que requieran que las intervenciones de enfermería planeadas inicialmente, deban ser reorganizadas para mejorar el plan de intervenciones.

II MARCO TEÓRICO

2.1 El cuidado

La enfermería desde sus orígenes era considerada como ocupación basada en la experiencia práctica y el conocimiento común, y en ese entonces y hasta el siglo XIX no contemplaba el conocimiento científico de la profesión, esto nace con la primera teoría de enfermería. Sin embargo el término cuidado como tal no comenzó a utilizarse sino hasta mediados de los 60's, al menos de manera explícita. En los siguientes apartados se revisará por tanto un poco de historia de el cuidado así como su conceptualización actual, además de otras cuestiones no menos importantes para la práctica del mismo.

2.1.1 Perspectiva histórica del cuidado

Se dice que el cuidado enfermero es una metodología que se estado practicando toda la vida, desde siempre, ya que a lo largo de la historia el hombre intenta preservar su especie cuidando de sus semejantes para poder tener mejor calidad de vida, lo cual llevaban a cabo de varias formas pero al final el objetivo era reestablecer las situaciones que conllevaban a un deterioro de lo que creían que era anormal.

Las distintas civilizaciones tenían diferentes conceptos de la preservación de sus congéneres. Recordemos que los animales hacen esto "de cuidar" de manera instintiva, los seres humanos también lo hacemos de manera instintiva (no consciente) pero también lo hacemos de manera consciente debido a la experiencia y al conocimiento acumulado tanto personal como de generaciones que con el paso de los años nos ha hecho actuar de la forma en que lo estamos haciendo. Las encargadas de hacer este tipo de tareas era relegada a las mujeres y sobre todo las madres de los pacientes, eran ellas las encargadas de

establecer los canones de la salud, las que se encargaban de todo lo concerniente a la salud: reproducción, nutrición, descanso, ocio, etc.

Colliere, menciona que la historia del cuidado se puntualiza a partir de dos ejes que originan dos orientaciones, la primera de ellas *es asegurar la continuidad de la vida del grupo y de la especie*, esto conlleva todo lo necesario para ello, como lo es la vivienda, alimento, etc. y desde luego quien llevará a cabo estos cuidados, es decir las mujeres, como ya se menciono con anterioridad, ya que el delegar funciones para asegurar la supervivencia, ocasiono, o trajo consigo la división de roles entre hombre y mujer.

También se sugiere que aún en nuestros días, la frase “*cuidar de*” implica el proporcionar a un organismo vivo, ya sea un animal, humano o planta todo lo que necesita para continuar vivo en función de su forma de vida y añade que el cuidar y vigilar representan actos de vida que tienen por objeto el mantener la vida y permitir a su vez el reproducirse y perpetuar la vida del grupo y que este es el fundamento de todos los cuidados (Colliere, 1993, pp. 7).

La segunda orientación nace del surgimiento de preguntas sobre lo que se consideraba bueno o malo para preservar la vida y rechazar la muerte, se le conoce como *orientación metafísica*, porque el pensamiento esta orientado a creencias y suposiciones de lo bueno o malo, de fuerzas maléficas y benéficas de origen desconocido y sobrenatural, en este punto entran en escena los ritos y curas mágicas que eran llevadas a cabo por el chaman o sacerdote, por ser considerado en el discurso corriente como el guardián de las tradiciones y también como descriptores de los males, son ellos el antecedente de los primeros médicos.

La práctica de enfermería como, es sabido, se desprende de la medicina, por tanto estas dos orientaciones mencionadas han influido en el cuidado enfermero, ya que los cuidados han sido competencia de hombres y mujeres, dependiendo de la variación de la división del trabajo de la que se originen. Así los cuidados desarrollados por las mujeres y que más tarde desaprueba la iglesia católica dan origen a los cuidados de enfermería; y las

actividades como la pesca y la guerra dieron origen a la barbería y posteriormente a la cirugía, considerada por su origen práctica de hombres.

Pero continuando con la evolución del cuidado enfermero, es a partir del siglo XVIII con las distintas revoluciones sociales y las ideas de igualdad y libertad, lo que hace que la sociedad sea más consciente de la relevancia de la salud, es entonces cuando aparecen distintos conceptos que intentaban dar respuesta a los distintos fenómenos que ocurrían a su alrededor basados en experiencias e interpretaciones de lo que ocurría, es en este momento cuando surgió, entre otros, el concepto de ciencia, y el momento también en que muchas disciplinas científicas comienzan a construir sus respectivas identidades. Debido sobre todo a la efervescencia causada por el movimiento de la Ilustración.

La Ilustración influye y trae grandes avances a la medicina, e interviene directamente sobre la salud de la población, ya que es cuando las personas empiezan a preocuparse más por sus condiciones de vida, higiene personal, se comienza a hablar del derecho a la salud y de que la asistencia sanitaria debería de ser pública y gratuita para los trabajadores y sus familiares. Será en el año 1883 cuando por primera vez en Alemania se crea una ley de Seguridad Social (la primera ley de Seguridad Social de Europa), y a raíz de esta se extendió por toda Europa.

La aparición de la Seguridad Social, a su vez, va a cambiar el concepto de hospital, que deja de ser un lugar para enfermos pobres y pasa a ser para beneficiarios de la misma. A partir de la aparición de esos hospitales, comenzarán a trabajar en ellos los médicos y hay una revolución en la organización y estructura hospitalaria.

En los países protestantes del norte de Europa, la regeneración y el reinicio de la Enfermería de calidad se va a iniciar en el Instituto de Diaconisas de Kaiserwirth (lugar en donde se formó Florence Nightingale) es en este momento cuando se comienzan a preparar y formar a las enfermeras. La formación enfermera de las diaconisas consistía en la realización de un programa teórico - práctico que les preparaba para el cuidado de los

enfermos en los hospitales y en los domicilios (Aniorte Hernández, 2007, documento en línea).

Actualmente muchos autores a partir de mediados del siglo XIX han intentado definir y conceptualizar la evidencia de los cuidados; siendo Florence Nightingale la que emitió la primera teoría de enfermería, En su libro “Notas de Enfermería” sentó las bases de la enfermería profesional. El objetivo fundamental de su modelo es conservar la energía vital del paciente y partiendo de la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocarlo en las mejores condiciones posibles para que actuara sobre él.

A partir de este modelo, nacen nuevos. Y cada uno aporta una Filosofía para entender la enfermería y la forma de cuidar; y a últimas fechas también definen lo que es el cuidado ya que es el objeto de conocimiento de la enfermería, lo cual se revisará con más detalle en el siguiente apartado.

2.1.2 Conceptualización del cuidado

José Luís Medina, menciona que a través de la historia de la enfermería se ha venido construyendo la base científica que le da sentido a la profesión y, como ya se había mencionado antes, esto ha dado pie al surgimiento de distintos modelos conceptuales o teorías del cuidado que constituyen el marco teórico de la enfermería, que entre otras cuestiones hace la diferencia entre la enfermería y otras profesiones relacionadas a la salud.

Esto se menciona por que el término cuidado, que se considera el objeto de estudio de la enfermería, se ha usado durante años de manera indiscriminada para denominar otras actividades que no lo son, como por ejemplo y principalmente los tratamientos médicos.

El término cuidado empezó a usarse a mediados de los años 60's, aunque con ambigüedad, ya que para denominar al mismo también se usaban términos como el de *cuidado de la salud*, *cuidados de enfermería*, etc. y además usados por distintas profesiones de la salud.

También se debe tomar en cuenta que una gran parte de las ideas de cuidado han sido extraídas de otras disciplinas como la filosofía y la psicología entre otras, de modo que las definiciones de cuidado son en términos de la corriente en la que este inmerso el autor.

Por ejemplo Paterson y Zderad en *Enfermería humanística* identifica a la enfermería desde una forma existencial en un proceso de crecimiento y auto actualización. Es decir que su sentido radica en sí misma, en el acto humano que denota. Los elementos del cuidado supone el encuentro (el ser y la actualización) entre personas (enfermera-paciente) en una transacción subjetiva (estar con y hacer con) con una finalidad determinada (bienestar y actualización) (Medina, 1999, pp37.).

Así, desde esta visión humanista el cuidado supone diálogo y contracción de significados compartidos, ya que cuidar es “*una visión antropológica antes que una técnica*”.

Otro punto importante, que muchos autores como Benner y Wrubel , entre otros consideran, es la comprensión, ya que esto requiere de empatía, de sentir con el otro, imposibilitando al cuidador de percibir a la persona a su cuidado como un objeto.

Los primeros intentos de unificar la significación de cuidado fueron llevados a cabo por la enfermera y antropóloga Madeleine Leininger, quien considera que el cuidado debe ser la piedra angular de las teorías de enfermería, por los siguientes motivos:

1. El cuidado se ha llevado a cabo durante millones de años como pieza clave del crecimiento y desarrollo y supervivencia de los seres humanos.
2. La creciente tecnologización que el triunfo de la razón instrumental ha impuesto en las sociedades post industriales, lo que nos esta llevando a la despersonalización.

3. Es necesario conceptualizar el cuidado por que no se ha hecho de manera rigurosa desde la perspectiva de enfermería. ya que desde los días de Florence Nightingale solo se utilizaba el verbo para designar la idea de cuidar a alguien o para manifestar interés o preocupación.

También afirma que *“...la ceguera cultural, la imposición y el etnocentrismo por parte de las enfermeras reducen en gran medida el descubrimiento de conocimientos, consecuentemente, la calidad de los cuidados proporcionados a los pacientes...”* (Marriner, 1989, pp. 430).

Leininger además hace una diferenciación entre el cuidado genérico, el cuidado profesional y el cuidado profesional enfermero. Para fines de este trabajo a continuación se da la descripción de cuidado profesional enfermero:

“Son todos aquellos modos humanísticos y científicos, aprendidos cognitivamente, de ayudar o capacitar a individuos, familias, o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades, culturalmente determinadas, técnicas, y procesos de cuidado orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte.”

La acción de cuidar es de naturaleza universal, pero el cuidado profesional añade a ello un componente científico, a esto Leininger le añade una finalidad, que es el mantener y desarrollar la salud y el bienestar de las personas.

Otra de sus aportaciones fue una investigación de los usos lingüísticos que los médicos y enfermeras hacen del término cuidado, en el demuestra lo siguiente:

- El término cuidado ha sido utilizado en la literatura de enfermería desde hace más de un siglo,
- Existen pocas definiciones, y generalmente es usado como prefijo de enfermería,

- Término ha sido usado con más frecuencia por médicos entre las décadas de los 60's y 80's, después se invierte la relación,
- Desde los años 70's aumentan los referentes lingüísticos del término, ya que es el momento en que se inicia el estudio sistemático por parte de las enfermeras.
- Los usuarios del sistema de salud, utilizan el término cuidado como sinónimo de la responsabilidad del caso o del hacerse cargo del tratamiento, desde la perspectiva médica. y los cuidados enfermeros permanecen invisibles.

Otra aportación, es la de Jean Watson, quien parte de una perspectiva fenomenológica, existencialista y ética. Watson publica en 1979 *Nursing: The philosophy and science of caring* Conocida como *Teoría del Cuidado Transpersonal*. En esta publicación se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos, menciona que El cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal. Define el cuidado de la siguiente manera:

- Cuidado: son las acciones seleccionadas por la enfermera y el individuo, dentro de una experiencia transpersonal, que permiten la apertura y desarrollo de las capacidades humanas.
- Así mismo el objetivo del cuidado es ayudar a las personas mediante un proceso de transacciones humanas a encontrar un significado a su experiencia, adquirir auto conocimiento, autocontrol y autocuración, para restablecer su armonía, independientemente de las circunstancias externas.(Facultad de enfermería y nutrición, 2007, documento en línea).

Otro autor, Koldjeski sostiene que el concepto de cuidado comprende la dimensión humanística y la dimensión científica. La primera implica la valoración de la persona en términos de humanidad, experimentar con ó estar allí, transmitir esperanza ante cualquier contingencia relacionada con la salud, interés y preocupación por el otro y actualización en la relación Enfermera-Persona que le permite desarrollar un sentido de solidaridad humana. La segunda involucra las relaciones humanas profesionales, la promoción y mantenimiento

de la salud a través de la educación, el aplicar el saber Enfermería a los procesos y experiencias humanas frente a la enfermedad, control del entorno y el mantenimiento de la integridad humana. Define los cuidados profesionales como:

“el uso terapéutico del yo de la enfermera con el paciente a través de la participación mutua en un tipo especial de relaciones, interacciones y acciones para conseguir cambios en la enfermedad y las experiencias relativas a la salud que abarcan el yo, el cuerpo y el contexto,” (Medina, 1999, pp56).

Finalmente podemos decir que el concepto de cuidado varía de acuerdo al marco conceptual en el que este sustentado, ya sea la fenomenología existencial o la psicología humanista, y que su conceptualización depende de muchos aspectos, como lo son las relaciones humanas, los valores, la noción de salud, etc.

2.1.3 El proceso de los cuidados de enfermería

Con el proceso de los cuidados de enfermería nos referimos a un análisis de la situación, enfocado a identificar la naturaleza de las necesidades o problemas de salud de una o varias personas a quien irán dirigidos los cuidados.

Dicho análisis tiene que estar situado en el tiempo, ya que con él se evalúa la acción curativa, lo que permite captar todas las condiciones con las que se planean las intervenciones, por lo que se dice que es la base de la función de gestión de los cuidados.

Este proceso se crea a partir de lo que se descubre al movilizar las informaciones que proceden de cada determinada situación, descodificándolas con la ayuda de conocimientos para comprender su significado y utilizar esto para cuidar.

Colliere lo menciona como un proceso de descubrimiento por que todos los cuidados representan un encuentro entre personas que se complementan respecto a su necesidad de salud, es decir se debe situar a la persona desde todos sus enfoques, como por

ejemplo, como mujer, madre, hermana, hija, de acuerdo también con su edad, su estilo de vida, su rol social, esto para poder actuar de forma complementaria en aquello que ellos aún no saben hacer, o no pueden, o que pueden hacer con ayuda.

Así, en todas estas las situaciones planteadas al cuidar, son los usuarios del cuidado la primera fuente de conocimiento, por lo que nos dicen de forma abierta, o bien por todo aquello que se puede captar a través de la expresión no verbal, ya que toda esta información puede ser objeto de preguntas más elaboradas.

Para obtener esta información se hace uso de dos herramientas, la primera es el interrogatorio no dirigido, es decir una conversación donde el cuidador deja expresarse a la persona siguiendo su propio ritmo. La otra forma es el interrogatorio dirigido, en este se centra en un aspecto que se ha evidenciado como problemático. Estas dos herramientas pueden usarse de manera complementaria.

El proceso de los cuidados de enfermería, así tiene un enfoque global, o antropológico ya que centra a la persona en su contexto, intentando comprenderlo con respecto a sus hábitos de vida, creencias, valores, etc.

Colliere menciona también otros aspectos dentro de este proceso, como lo es la *interpelación de los signos* que es el saber diferenciar los signos de un problema al problema mismo, la reorganización de la información, ya que permite una reflexión que consiste en movilizar la información, en encontrar relaciones, en base a tres aspectos que son:

- ✓ Lo que se refiere a la persona
- ✓ Lo que se refiere a su entorno y su medio ambiente
- ✓ Lo que se refiere a su enfermedad.

Otro aspecto significativo es el de la identificación de la naturaleza de los problemas que justifican los cuidados, esto en términos de funcionalidad y sentimientos.

La funcionalidad se refiere a la capacidad que tiene o no tiene la persona de actuar por sí misma, de satisfacer por sí sola sus necesidades, esta se evalúa en términos de poder, es decir, lo que la persona puede hacer sola, con ayuda, o lo que no puede hacer, y si es así ¿por cuánto tiempo?, aunque también puede evaluarse en términos de saber: lo que la persona sabe hacer por sí sola, con ayuda, o lo que no sabe hacer, en este último caso se cuestiona el por qué.

En la funcionalidad también cuenta el impacto emocional de las situaciones y sus repercusiones, ya que esto tiene la capacidad de movilizar o inhibir a una persona.

Todo este proyecto de cuidados de enfermería exige a su vez estar centrado en tiempo y espacio, con el objeto de facilitar la desimplicación progresiva, permite a su vez los reajustes y con fin de considerar el espacio en que serán dados los cuidados, ya que el ambiente hospitalario es hostil para las personas, porque que no están familiarizados con el, en cambio si se dan en el domicilio de la persona, serán los cuidados los que tendrán que adaptarse (Colliere, 1999, pp. 294-312).

2.1.4 Tecnologías para el cuidado

Actualmente, en medio de todos los descubrimientos, recientes abocados al área de la salud, como lo son los medicamentos de última generación, la robótica que optimiza la realización de procedimientos quirúrgicos, etc., se encuentra el cuidado enfermero, el cual se sirve de todas estas tecnologías, pero a la vez permanece intacto, ya que se carece de nuevas formas de cuidar en esencia. Técnicamente hay nuevas visiones sobre los fenómenos tácitos a fin de mantenerse siempre acordes con los avances de las ciencias, de manera que acompañe la evolución de las nuevas técnicas y tecnologías emergentes. (Lorenzini Erdmann, 2005, documento en línea).

Antes de continuar, aclaremos que las tecnologías del cuidado son todos aquellos instrumentos cuyas propiedades es indispensable conocer, así como la manera de

emplearlas, es decir las técnicas, así, los cuidados de enfermería han recurrido a diversas tecnologías, sobre todo a aquellas que sirven para el mantenimiento de la vida, como lo son: cuidados de higiene, de alimentación, de relajación, etc., estos cuidados siempre han estado acompañados de una relación indisoluble del acto de cuidar. Posteriormente se han unido instrumentos y técnicas de curación cada vez más complejas.

Actualmente se ha dado más preferencia al rol técnico del cuidado que al rol moral, lo cual va en contra de la ideología de los cuidados enfermeros, ya que se da más importancia a saber manejar estas técnicas que a la comprensión de su utilización, y tal vez por esto la tecnología no ha sido considerada por la enfermería como un elemento fundamental del cuidado.

Colliere menciona cuales son las tecnologías utilizadas en el cuidado enfermero:

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. Añade a esto nuestros 5 sentidos.

El TACTO es uno de los sentidos más importantes en la prestación del cuidado, primero a través de las manos de la madre y posteriormente de quien brinda cuidado. Así mismo, nuestro sentido del OIDO 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 está doblado, contorsionado, nervioso, angustiado, inmóvil, expresivo, relajado, etc.

También menciona que la impersonalización del cuerpo conduce a su vez a un cuidado despersonalizado.

B) *Tecnologías para el mantenimiento de la vida.* Son las tecnologías que compensan los hándicaps funcionales, 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 (P.A.E.). Los conocimientos utilizados por una profesión deben constituir su patrimonio y deben engendrar otros conocimientos y servir como fundamentos para toda evolución profesional.

Este patrimonio solo se podrá constituir si existe un trabajo escrito que sirva como garantía, como referencia y como impulso para la evolución. Sin trabajo escrito no hay continuidad, ni tampoco desarrollo ni creatividad (Santos Blanco, F, 2004, documento en línea).

Santos Blanco también menciona que esta aceptación de la tecnología (en el hospital fundamentalmente) ha ocurrido sin ningún análisis de su contribución a los cuidados de enfermería, sino solo como respuesta a las necesidades de los clientes. Ha ocurrido bajo la influencia de las orientaciones médicas y distintos modelos económicos que realmente dejan de lado a la enfermería, porque realmente casi nunca se cuestiona ¿cuál es el valor de mercado de los cuidados de enfermería?, realmente lo que se cuestiona es el precio del uso de algunas de estas tecnologías.

Colliere por su parte, menciona que el significado e impacto de estas tecnologías depende del vínculo que se establece entre la tecnología utilizada y la relación que la acompaña, es decir se requiere que esta tecnología no este disociada del soporte de relación que le da significado “*Cuidar solo puede tener sentido si el uso de las técnicas esta integrado en el proceso de la relación*” (Colliere, 1993, pp. 270).

2.2 Enfermería

Se dice que a través del tiempo a la enfermería se le ha referido como un arte y en ocasiones hasta como una ciencia. Sin embargo, en este contexto el arte se debe tener en cuenta como algo más que un concepto lineal y estático, es decir, supone un tipo de percepción activa, dinámica y en continuo desarrollo, una forma de interrogación cualitativa que extrae su sustancia de la intuición estética.

Isabel M. Stewart hacia hincapié en que la enfermera, como “verdadera artista”, era esencial para el progreso de la enfermería hacia algo más que un oficio altamente cualificado. Miss Stewart comprendió que muchas personas veían el arte y la técnica como una entidad única, pero siempre explicaba que un trabajo podía ser técnicamente perfecto y, sin embargo, carecer de arte. La técnica, el alma, la mente y la imaginación eran esenciales para la formación del verdadero artista (Historia de la enfermería, documento en línea).

Así, la herencia de la enfermería es rica, y amplia, y aun actualmente esta en una etapa de transición, en este sentido la profesionalización constituye una estrategia y un proceso de cambio permanente para la profesión, ya que la salud y la sociedad se encuentran en continua transformación. Este proceso exige, por lo tanto, cambios en el personal de enfermería, tanto en su forma de pensar y de actuar, así como en su manera de apreciar la salud y la humanidad.

Subsiguientemente, para fines de este trabajo, y para poder comprenderla mejor, en los apartados siguientes se dará un breve bosquejo acerca de su historia y su conceptualización, así como de los elementos esenciales de la enfermería que son entorno, persona, salud y enfermería, ya que constituyen la base fundamental de su conocimiento.

2.2.1 Conceptualización de la enfermería

El concepto de enfermería depende mucho de su significado histórico, así, el término anglosajón *nurse* con el que se designa a enfermería en inglés, se deriva de las palabras latinas *nutrire* (alimentar) y *nutrix* (mujer que cría), estas palabras fueron ampliando su significado para adaptarse a los cambios en la sociedad, tales como la aparición de mujeres que lactaban y criaban niños, aunque no fueran propios. El término enfermería, en cambio es más reciente, tiene la misma raíz del término enfermedad (infirmas), posiblemente debido a esto define de forma más exacta las actividades del cuidador, restringiendo la misma a los cuidados de los enfermos (cuidador de enfermos= enfermería), lo cual, según José Siles ha llevado a confusión ya que si se toma el término tan taxativamente, es demasiado estrecho para que en ella encajen todas las actividades que se llevan a cabo en la profesión de enfermería (Siles, José, 1999, pp15. En: Pacheco Arce, et al, 2007, antología de textos).

Susan Leddy, en “Bases conceptuales de la enfermería profesional” (1995) nos dice que es importante que se tenga una visión científica de la profesión, que se preocupe por el bien fundamental de la humanidad y que posea un sistema de creencias que revele su firmeza ética, por tanto, define a la enfermería como “...un proceso que comprende juicios y actos dirigidos a la conservación, promoción o restablecimiento del equilibrio en los sistemas humanos...”

Pero no solo la filosofía de la enfermería por sí la define como profesión, sino que a partir de la elaboración de las diferentes teorías y modelos que han surgido la enfermería se define como profesión, por tanto el concepto de enfermería ha evolucionado y varía junto con los diversos modelos que existen, por ejemplo Henderson define a la enfermería en términos funcionales como:

"La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el

conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible."

Madeleine Leininger (1976) por su parte define enfermería como una profesión humanista y científica, que se centra en los fenómenos y las actividades de los cuidados para ayudar, apoyar y facilitar a las personas o grupos a que conserven o recuperen su bienestar o salud de un modo culturalmente significativo o beneficioso

Su visión de los cuidados de enfermería esta dirigida a que las acciones o actividades profesionales de asistencia sean diseñadas de forma específica para que encajen con los valores, creencias y modos de vida culturales de las personas, grupos o instituciones para ofrecer o dar apoyo a una atención sanitaria para el bienestar beneficioso y satisfactorio (Marriner, 2003, pp. 479)

Dorotea Orem, por su parte la define como *"proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su auto cuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales."*

Los cuidados de Enfermería se definen como *"ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de auto cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta."* (Historia de la enfermería, 2001, documento el línea).

Así, como en estas definiciones, como en otras de las demás teóricas se pueden ver algunas características comunes, de las que se pueden rescatar el que la enfermería es cuidadora, adaptativa, holística, que se interrelaciona tanto con una familia, una comunidad o una persona única, que se preocupa por la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud y el cuidado de los pacientes agónicos (Kozier, 1995, pp4).

2.2.2 Perspectiva histórica

La historia de la enfermería es una sucesión y continuación, desde mi punto de vista, de la historia del cuidado, es decir, que los primeros cuidados, antecedentes de las prácticas de enfermería actuales, tuvieron lugar en la antigüedad, con los cuidados que eran otorgados por las mujeres de las primeras civilizaciones, a estos sucedieron en la historia, los cuidados dispersados por esclavos, durante la época dorada de la civilización griega, por dar algún ejemplo, mucho después, durante la época de las grandes revoluciones, y con el surgimiento de la Ilustración se dan los primeros acontecimientos que dan origen a la enfermería como tal.

Tales acontecimientos fueron en primera instancia el que el auge de la ciencia y el conocimiento y avance de la medicina, hace que la gente se preocupe más por su salud, lo cual conlleva que se comience a hablar del derecho a la salud. Así en el año 1883 se publica la Ley de la Seguridad Social (la primera Ley de Seguridad Social de Europa), a raíz de esta se fue extendiendo por toda Europa.

El pronunciamiento de esta ley, trae una revolución en la organización y estructura de los hospitales y de su personal y la idea de formar enfermeras. La primera institución con este propósito fue el Instituto de Diaconisas de Kaisenwert, en 1836 en Alemania. La formación enfermera de las diaconisas consistía en la realización de un programa teórico - práctico que les preparaba para el cuidado de los enfermos en los hospitales y en los domicilios.

Aún con esto, a lo largo del siglo XVIII y 1ª mitad del XIX la enfermería continua, en su mayoría, siendo llevada a cabo por personas sin ningún tipo de preparación, mejorada solo en los casos en que se deja a cargo de las órdenes de religiosas.

Entre estas ordenes religiosas, se puede mencionar a las Hermanas Protestantes de la Merced, las Hermanas Protestantes de la Caridad y a Las Hermanas Enfermeras, que se dedicaron a la atención domiciliaria.

También aparecen en este siglo las Hermanas Católicas de la Merced, las Hermanas Católicas de la Caridad, los Amigos de los Pobres, las Diaconisas de Kaisenwert y de la Casa de San Juan, de la cual destaca que es la orden que se dedica exclusivamente a cuidados enfermeros, además fundó una escuela con el fin de prepararlas para el trabajo de los cuidados. Impartió un programa formativo para matronas.

En este siglo también se crean las primeras escuelas y aparecen los primeros textos escritos sobre la enfermería.

En el instituto de diaconizas de Kaiserwerth, considerado el germen de la enfermería moderna, a las aspirantes a enfermeras, entre otras cosas se les pedía que tuvieran entre 25 y 30 años y una conducta irreprochable. Su formación era 100% en el hospital y recibían una enseñanza teórica impartida por médicos en las que incluían farmacología y ética. Ulteriormente hacían unas prácticas rotatorias durante 3 años por todo el Instituto Kaiserwerth, y terminaban con un curso de enfermería domiciliaria.

Este Instituto adquirió tal renombre que posteriormente muchas personas acudían a él para estudiar sus métodos, más allá de las fronteras alemanas.

Así, el nacimiento de la Enfermería Moderna se encuentran en la segunda mitad del siglo XIX, con las aportaciones de Florence Nightingale, quien estudio enfermería primero en Alejandría , Egipto y posteriormente en Alemania, sus colaboraciones iniciales fueron durante la guerra de Crimea, en la cual estuvo al frente de la organización de todos los servicios de enfermería, donde propuso reformas en el alcantarillado, ventilación, higiene, y una dieta adecuada para los pacientes en ese hospital militar, logrando disminuir con estas medidas el índice de mortalidad.

También se le considera como la primera investigadora de enfermería por que sus reformas en la profesión se basaron en una investigación cuidadosa. De hecho ella siguió los principios relacionados con la limpieza, los alimentos, el aire fresco, el descanso, el sueño y el ejercicio. Fue la primera persona que definió y describió la enfermería en sus *Notas sobre enfermería*.

Posteriormente aunque la tradición educativa de Nightingale se transmitió a Norteamérica no ocurrió lo mismo con su enfoque e investigación ya que las escuelas de formación estadounidense no favorecían el desarrollo del pensamiento crítico ni la resolución de problemas. (Aniorte Hernández, 2001, documento en línea).

El liderazgo dentro del campo de la investigación de enfermería en los Estados Unidos de América pronto fue asumido por Isabel M Stewart, quien creía firmemente que las estudiantes debían recibir una orientación para la investigación, y ella misma las hacía participar en estudios y proyectos que estaban en curso o necesitaban ser investigados. Y desde este punto comenzaron a surgir diferentes visiones o modelos de la enfermería, para fines de este trabajo, a continuación solo se presenta una cronología:

Desde 1860 a 1959.

1. En 1860, **Florence Nightingale** desarrolló su “Teoría del Entorno”, en 1952 funda la revista “Nursing Research”.
2. En 1952, **Hildegard Peplau** publica su “Modelo de Relaciones Interpersonales”, “Interpersonal Relations in Nursing”
3. En 1955, **Virginia Henderson** publica “*Definition of Nursing*”.

Desde 1960 a 1969

1. La Escuela de Enfermería de la Universidad de Yale, de New Haven, Connecticut, definió la enfermería como un proceso, interacción y relación.
2. En 1961, **Ida Orlando** publica su “Teoría del proceso Deliberativo”.

3. En 1962, **Lydia Hall** publica su “Modelo del Núcleo, el Cuidado y la Curación”.
4. En 1964, **Ernestine Wiedenbach** publica su “Teoría del Arte de Cuidar de la Enfermería Clínica”.
5. En 1966, **Myra Levine** publica su “Modelo de la Conservación”.
6. En 1969, **Doroty Johnson** publica su “Modelo de Sistemas Conductuales”.

Desde 1970 a 1979

1. En 1970, **Martha Rogers** publica su “Modelo de los Seres Humanos Unitarios”.
2. En 1971, **Dorothea Orem** publica su “Teoría General de la Enfermería”.
3. En 1972, **Betty Neuman** publica su “Modelo de Sistemas”.
4. En 1976, la Hermana **Callista Roy** publica su “Modelo de Adaptación”.
5. En 1978, Madeleine Leininger publica su “Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales”.
6. En 1979, Jean Watson publica su “Teoría del Cuidado Humano”.

Desde 1980 a 1989.

1. En 1980, **Evelyn Adam** publica su “Modelo Conceptual de Enfermería”.
2. En 1982, **Joyce Fitzpatrick** publica su “Modelo de la Perspectiva de Vida”.
3. En 1983, **Kathryn Barnard** publica su “Modelo de Interacción Padre-Hijo”.
4. En 1984, **Patricia Benner** publica su “Modelo del Aprendiz al Experto”.
5. En 1986, Margaret Newman publica su “Teoría de la Salud”.

(Cisneros, G Fanny, 2002, documento en línea)

2.2.3 Núcleos conceptuales

Disciplinas como la enfermería, considerada una disciplina profesional y no teórica como la historia, la física, etc., tienen por objeto desarrollar los conocimientos que sirven para definir y guiar su práctica. Con el fin de precisar el contexto de la enfermería

revisando los escritos de distintas corrientes de pensamiento enfermero, Fawset, nos dice que 4 conceptos están presentes en distintos pensamientos ya sea de manera implícita o explícita desde 1859 en los escritos de Nightingale y hasta la actualidad

Estos elementos, esenciales ya, para la enfermería, porque constituyen la base fundamental de su conocimiento, son los cuatro elementos del meta paradigma o núcleos conceptuales de enfermería, y son: cuidado, salud, persona y entorno.

Los eruditos en enfermería asumieron respecto a estos, una serie de acuerdos generales que se explican a continuación

El primer elemento es enfermería, que se piensa como una disciplina cuyo centro de estudio es el cuidado a la salud de la persona sana o enferma en su dimensión integral con el fin de que utilice todas sus capacidades y potencialidades para la vida.

El segundo elemento es salud, la cual no puede ser definida de manera definitiva ni inmutablemente. Es la armoniosa interacción entre la persona y el entorno. Es una dimensión que se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana. Es principio y motor de la vida y no puede ser absoluta porque es inseparable del medio ambiente social y ecológico de la comunidad.

Dentro del concepto de salud se deben tomar en cuenta: un componente subjetivo (bienestar), un componente objetivo (capacidad para la función) y un tercer componente de tipo psicológico social (adaptación biológica, mental y social de la persona).

A la salud también se la considera desde la perspectiva holística y se define como un estado de integración cuerpo, mente, espíritu y entorno. Los principios y aplicación de la salud holística también subrayan la idea de que el sujeto es responsable de su propia salud.

El tercer elemento es persona que se considera única y particular, quien determina sus necesidades y problemas, los cuales constituyen el punto de referencia del cuidado de

enfermería. La persona posee un cuerpo y un espíritu propios, un ser que conoce y un espíritu que piensa, con libre albedrío, elementos con los cuales es capaz de realizarse de manera plena, por lo se le considera el mejor candidato para su auto cuidado.

A su vez la persona es un ser cultural y ha de transformar su mundo hasta hacer de él, un mundo de cultura, sólo así podrá convertirse en el espacio vital humano que implica considerar las múltiples determinantes sociales y culturales que entran en juego en el cuidado. Al referirnos a persona se entiende que pueden ser individuo, familia, comunidades y otros grupos.

El último elemento, entorno, es el conjunto de relaciones entre el mundo natural y los seres vivos, que influye sobre la vida y el comportamiento del individuo, de tal manera que éste representa para el individuo su espacio vital, su mundo único del cual puede salirse y ser capaz de adaptarse en cualquier otro momento.

Si las enfermeras parten de estos cuatro elementos conceptuales que hacen la base del conocimiento enfermero, es más fácil ubicarse en la naturaleza del quehacer profesional en sus diferentes escenarios y cuidar a la persona sana o enferma (Guillén, Velasco, 2002, documento en línea).

Por último es importante mencionar que de estos cuatro conceptos el de persona es el más importante, ya que en él se centra la práctica de la enfermería y desde él surgen y se enlazan los otros tres. La falta de alguno de ellos implicaría que la enfermería no puede desarrollarse como profesión. (Por ejemplo si se considera la enfermería y la persona, la visión de persona no estaría completa sin su entorno y a su vez estos tres elementos estarían aislados si no se piensa en aspectos relacionados a la salud (Fernández Ferrin, 2000, pp149).

2.3 Proceso de Atención de Enfermería

Los expertos en enfermería afirman que la aplicación del proceso enfermero proporciona a los profesionales de la enfermería las bases para el desarrollo de un pensamiento crítico, el cual es necesario para actuar de formas segura y efectiva en el desempeño de su trabajo, además asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad. Proporciona a su vez de un medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería, por consiguiente en los siguientes apartados se hablara un poco acerca de su conceptualización y etapas. (Alfaro, 2005, pp. XI)

2.3.1 Concepto

Desde su orígenes el Proceso Atención de Enfermería ha sido conceptualizado de diversas maneras, en todas ellas lo que destaca es el hecho sigue una metodología científica y que esta dirigido a mantener el bienestar de la persona. A continuación se presentan algunas de sus conceptualizaciones:

Según Alfaro el Proceso Atención de Enfermería, que consta de 5 etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados de enfermería, ya que se complementa con otras disciplinas al centrarse no solo en las cuestiones de la enfermedad, sino también en las respuestas humanas, es decir, el como responde la persona a sus problemas médicos, al tratamiento y al cambio en las actividades de la vida diaria (Alfaro, 2005, pp. 4, 10).

Por su parte Lynda Carpenito, nos dice que es la aplicación del método científico en la práctica de enfermería, ya que en nuestra profesión se requiere una interacción mutua entre la enfermera y el cliente y la familia, es en esta interacción que se utiliza el Proceso Atención de Enfermería para evaluar a la persona en sus procesos vitales, psicológicos, fisiológicos, socioculturales y espirituales, así como su manera de interactuar con su medio ambiente, etc.

Finalmente Amparo Roldan afirma que El Proceso de Enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería (Roldan de T, Amparo, 1998, documento en línea).

Una vez conceptualizado, podemos añadir que, como instrumento en la práctica del profesional puede asegurar la atención individualizada, y además ofrece ventajas tanto para el profesional de enfermería, como para quien la recibe la atención, como lo son el permitirle participar en su propio cuidado; garantizar la respuesta a sus problemas reales y potenciales, ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas.

Al profesional, por su parte, le facilita la comunicación; concede flexibilidad en el cuidado, le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo, le permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención, propicia el crecimiento profesional, permite asignar el sujeto de atención en forma racional y le proporciona información para investigación.

En sinopsis, podríamos decir que el uso del Proceso de Atención de Enfermería trae como resultado un plan que describe las necesidades de atención y los cuidados de enfermería para cada sujeto de atención (Roldan de T, Amparo, 1998, documento en línea).

2.3.2 Antecedentes

El término de proceso atención de enfermería aparece en los escritos de enfermería por primera vez a mediados de 1955, cuando Lidia Hall describía a la enfermería como un proceso, sin embargo su descripción tardó varios años en tener aceptación como parte del cuidado integral de enfermería. Posteriormente en 1967, Yura y Walsh crearon un primer texto que describía dicho proceso con cuatro fases: valoración, planeación, ejecución y

evaluación. Blodi en 1974 y Roy en 1975 añadieron la etapa de diagnóstico enfermero, y con esto se dio lugar a un proceso de cinco fases.

Posteriormente gracias al esfuerzo de los teóricos en enfermería por definir el campo de la profesión y con el objetivo de obtener un status profesional, se enfocaron sus investigaciones hacia el desarrollo del diagnóstico de enfermería. De esta forma la American Nursing Association (ANA) apoyó e impulsó el diagnóstico de enfermería, puesto que el campo de acción iba aumentando en la promoción de la salud y por ello se destacaba la necesidad de obtener una comunicación más apropiada entre los profesionales de enfermería y así asegurar la atención y un cuidado integral que es la meta de este proceso (Díaz Zamora y Carlos Nieto Galvis, 2000, documento en línea).

2.3.3 Valoración

Se puede definir como el paso 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, etc. (Carpenito, 1995, pp. 9).

El objetivo de la valoración es el reunir información de los entornos bio psico social y espiritual de la persona para determinar su estado de salud, buscar evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que pudieran generar problemas de salud en el futuro, también se buscan evidencias de los recursos con que cuenta la persona, familia o comunidad.

Etapas de la valoración

Según Rosa linda Alfaro las 5 fases clave de la valoración son las siguientes:

Recogida de datos

El reunir información sobre el estado de salud de la persona, es un proceso continuo, ya que inicia cuando se encuentra por vez primera con la persona y termina una vez que esta ha sido dada de alta.

Se puede conseguir esta información directamente de la persona, de familiares, allegados, registros médicos y enfermeros, consultas verbales y escritas y de estudios diagnósticos de laboratorio y gabinete.

Así los datos obtenidos pueden clasificarse en dos rubros: directos e indirectos. Los primeros se refieren a la información obtenida solamente del mismo paciente o cliente (por medio de entrevista y exploración física), y los segundos, los indirectos, son información que se obtiene de otras fuentes (por ejemplo otras enfermeras, familiares o amigos).

Validación (o verificación) de los datos

Esta etapa, es la verificación de que la información de que se dispone es real y completa, Alfaro menciona que es un paso esencial en el pensamiento crítico ya que ayuda a evitar omisiones de información importante, malinterpretar situaciones o extraer conclusiones precipitadas.

Así para validar información dudosa se recomienda hacer un doble control para asegurarse de que el equipo funciona adecuadamente, comprobar de nuevo los datos, por Ej. la toma de T/A, en el otro brazo, buscar factores que puedan alterar la exactitud de determinados datos, clarificar afirmaciones, es decir volver a preguntar si es necesario y la comparación de impresiones con otros miembros clave del equipo de salud.

Organización de los datos

La agrupación de los datos es un principio del pensamiento crítico, que fortalece la capacidad para obtener una idea completa del estado de salud de la persona. Esta

organización de datos debe hacerse según una perspectiva de enfermería, es decir según un modelo holístico en vez de un modelo médico. Alfaro recomienda por ejemplo los patrones funcionales de Gordon, los patrones de respuesta de la North American Nurses Association o la pirámide de necesidades de Maslow, por mencionar algunas. Así mismo también es recomendable el agrupamiento por aparatos y sistemas cuando se quieren identificar posibles problemas médicos (Alfaro, 2005. pp66).

Identificación de patrones / comprobación de las primeras impresiones

Esta etapa se refiere a que una vez reunida y organizada toda la información, se empiezan a tener diversas impresiones acerca del estado de salud de la persona, es importante el comprobar que estas primeras impresiones sean exactas, esto con el fin de determinar que es relevante, y obtener más información que permita comprender plenamente la situación.

Informe y anotación de los datos

Esta es la fase final de la valoración, el informar a tiempo los datos anormales promueve un diagnóstico y tratamiento oportunos además de favorecer la continuidad (ya que nadie puede leer nuestras anotaciones si se tienen guardadas), la exactitud y el pensamiento crítico.

Formas de valoración

Existen dos tipos de valoración

- ✓ *Valoración de los datos básicos:* esta es una recopilación exhaustiva de datos fundamentales de la persona y de sus procesos vitales, psicológicos, fisiológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales y de sus patrones de interacción con el medio ambiente, esta se da al inicio de los cuidados de enfermería.

- ✓ *Valoración focalizada:* en esta se recogen datos seleccionados o específicos sobre un problema concreto, ya identificado, con frecuencia forma parte de una valoración continuada (Carpenito, 1995, pp. 11).

Técnicas de valoración

Estas se refieren a los métodos de recolección de información de forma lógica y sistematizada para establecer los diagnósticos y el plan de actuación. Los métodos básicos son la entrevista, la observación y el examen físico.

a) Entrevista Clínica:

Es algo más allá que una recogida de datos, ya que la entrevista no busca solo un dato aislado sino información en general, es decir que pretende recoger un conjunto de datos situados en un contexto.

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. Así mismo tiene cuatro finalidades:

- ✓ 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,
- ✓ Auxiliar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes básicas: 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:** 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.
- ✓ **Cierre:** en esta fase no se deben introducir temas nuevos. Se deben resumir los datos más significativos, ya que constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

b) La observación:

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 su consentimiento para efectuarlo.

La exploración física se centra en determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad para obtener una base de datos para poder establecer comparaciones, valorar la eficacia de las actuaciones y confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. Esta consta de cuatro técnicas básicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- ✓ **Inspección:** consta de un examen visual cuidadoso y general 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:** Radica 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 también son importantes
- ✓ **Percusión:** consiste en la aplicación de golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que se pueden percibir 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:** es escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y se determinan características sonoras de pulmón, corazón e intestino (Carpenito, 1995, pp. 14).

Así mismo las diferentes formas de abordar un examen físico son: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud.

2.3.4 Diagnóstico enfermero

Es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia, o comunidad frente a procesos vitales, es decir problemas de salud vitales o potenciales. Proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería.

El diagnóstico de enfermería es una estructura y un proceso, por lo que la manera de **estructurarlo** depende de su tipo, es decir si es real, de alto riesgo, posible o de síndrome. Sus **componentes** son:

- ✓ *Etiqueta.* Nombre del diagnóstico, es decir un término o frase concreta que representa un patrón de claves relacionadas. Puede incluir calificativos.
- ✓ *Definición.* Descripción clara y precisa del diagnóstico, perfila su significado y lo diferencia de otros diagnósticos.
- ✓ *Características definitorias.* Son datos observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico enfermero.
- ✓ *Factores relacionados.* Condiciones que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de un diagnóstico de enfermería.
- ✓ *Factores de riesgo.* Son factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, o grupo ante un evento no saludable.

Es importante mencionar que para elaborar el diagnóstico de enfermería, primero se realiza el primer paso del Proceso de Enfermería que es la valoración, ya mencionada, y mediante la cual se recogen, interpretan, y analizan datos. En función del resultado de este análisis la enfermera emite juicios encaminados a ayudar al cliente a lograr mantener el estado de salud que desea, para lo cual establece diagnósticos de enfermería.

Tipos de diagnósticos

a) Diagnóstico E. real

Describe las respuestas humanas a problemas vitales o estados de salud que existen en los individuos, familia o comunidad. Esta apoyado por características definitorias (manifestaciones/ signos o síntomas) que se agrupan en patrones de designios claves o inferencias. Este tipo de diagnóstico tiene 4 componentes: enunciado, definición, características que lo definen y factores relacionados.

El **enunciado** debe ser descriptivo de la definición del diagnóstico y de las características que lo define. Siempre que sea posible debe contener un calificador preciso, como *alteración, deterioro, déficit, inefectivo o disfuncional*.

La **definición** al ser clara y precisa puede ayudar a diferenciar un diagnóstico de otros similares. Por lo que debe ser conceptual y coherente con el enunciado y las características que lo definen.

Las **características que lo definen** hacen referencia a los datos clínicos que en conjunto apuntan al diagnóstico.

Los **factores relacionados** son factores etiológicos y otros factores concurrentes que han influido en el cambio en el estado de salud. Pueden agruparse en 4 categorías: fisiopatológicos (biológicos y psicológicos), relacionados con el tratamiento, de situación (ambiental y personal) y de maduración.

b) Diagnóstico E. de riesgo

Describe las respuestas humanas a estados de salud o procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad vulnerables. Apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad.

El **enunciado** de este tipo de diagnóstico debe llevar la descripción concisa de estado de salud alterado del cliente y va precedido por el término “alto riesgo”.

La **definición**, al igual que en el caso anterior debe expresar un significado de manera clara y concisa del diagnóstico. Debe ser conceptual y coherente con la denominación y los factores de riesgo.

Los **factores de riesgo** para los diagnósticos de enfermería de alto riesgo representan situaciones que aumentan la vulnerabilidad de la persona o grupo. Estos factores los diferencian del resto de la población que tiene un cierto riesgo.

c) Diagnóstico E. posibles

Son enunciados que expresan un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. Es decir que se le asigna la palabra posible, es decir son diagnósticos de enfermería en los que se definen problemas que pueden existir, pero que para confirmarlos se requiere de más información. Estos Dx son enunciados en dos partes:

- ✓ El diagnóstico de enfermería posible
- ✓ Los datos en relación con que llevan a la enfermera a sospechar el diagnóstico.

Cuando se emite un diagnóstico de estos, otras enfermeras se ponen en situación de alerta para evaluar más datos que apoyen o refuten el diagnóstico de sospecha. Tras recoger los datos adicionales, la enfermera puede emprender una de las siguientes acciones.

- ✓ Confirmar la presencia de signos y síntomas principales, determinando, de este modo, un diagnóstico real.
- ✓ Confirmar la presencia de factores de riesgo potenciales, alto riesgo.
- ✓ Descartar la presencia de un diagnóstico (real o de alto riesgo) en ese momento.

d) Diagnóstico E. de salud

Describe las respuestas humanas a los niveles de salud de un individuo, familia o comunidad que presentan el potencial de avance a un nivel más elevado. Para que una persona o grupo tengan un diagnóstico de bienestar, deben de estar presentes dos hechos:

- ✓ Deseo de un nivel mayor de bienestar
- ✓ Estado o función actuales eficaces

Los **enunciados** para este tipo de diagnósticos son de una parte, conteniendo solo la denominación. Este comienza en “potencial de favorecer”, seguido por el mayor nivel de bienestar que la persona o grupo desean, por ejemplo, *potencial de favorecer los procesos familiares*.

Estos diagnósticos no contienen factores relacionados. Lo inherente a estos enunciados es un cliente o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz.

e) Diagnóstico E. de síndrome

Síndrome deriva de la palabra griega que significa *que marchan juntos*. En la medicina un síndrome representa un grupo de signos y síntomas, suelen tener una causa única o representar un grupo de características coincidentes de causa desconocida. Sin embargo la NANDA al explorar el concepto de diagnósticos de Enfermería de síndrome encontró que tiene una connotación distinta. Este tipo de diagnóstico comprende un grupo de diagnósticos de enfermería reales o potenciales que se supone que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Actualmente la NANDA ha aprobado dos DX de síndrome: Síndrome traumático de la violación y Alto riesgo de síndrome de desuso.

El desarrollo de estos se debe enfocar al cuidado. La enfermera también debe evaluar y hablar con el cliente para determinar la presencia de otros diagnósticos de enfermería que indiquen la necesidad de intervenciones cliente-enfermera. La ventaja de

estos es que ponen en alerta a la enfermera sobre que existe *una condición clínica compleja* que requiere de valoraciones e intervenciones de enfermería expertas.

Estos diagnósticos son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes contenidos en la denominación del mismo, por ejemplo: síndrome traumático de violación.

2.3.5 Estructura del diagnóstico

En los párrafos anteriores ya se menciona como debe ir elaborado cada diagnóstico, según su tipo, así que a continuación solo se presentan otras consideraciones generales para su sintaxis.

Al escribir un diagnóstico hay que tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- ✓ Se debe unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". Lo cual no significa necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- ✓ La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona
- ✓ Se deben escribir en términos favorables y aconsejables desde el punto de vista legal
- ✓ Se deben escribir sin emitir juicios de valor, sino basarse solo en datos objetivos y subjetivos provenientes de la persona para quien se realiza el plan de cuidados.
- ✓ Se debe prescindir de invertir el orden de las partes del diagnóstico ya que esto puede traer confusión.
- ✓ No se deben mencionar signos y síntomas en la primera parte del diagnóstico.
- ✓ No indicar 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 Etiquetas de diagnóstico de la NANDA

Antecedentes

La demarcación de *diagnóstico de enfermería* se uso por vez primera en 1953 para la caracterización de problemas en el desarrollo del plan de cuidados y durante los siguientes 20 años solo apareció en la literatura de manera ocasional. En 1973 se formo el “Grupo Nacional para la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería”, para formar categorías de problemas que deberían ser tratados como diagnósticos de enfermería. Este mismo grupo de enfermeras (entre ellas docentes, teóricas o administradoras) que formo este grupo, es el que posteriormente, en 1982, se convirtió en la actual Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería” (NANDA) que continua haciéndose cargo del sistema de clasificación de diagnósticos, ya que se hacen revisiones de los mismos cada dos años.

Estructura y organización

La **taxonomía NANDA** clasifica de forma sistemática los juicios clínicos enfermeros o diagnósticos según unas reglas y procedimientos. El desarrollo de esta taxonomía proporciona beneficios científicos y prácticos, permitiendo promover la investigación y el desarrollo teórico, determinar la adecuación profesional y desarrollar documentación informatizada de los cuidados de enfermería.

Cada diagnóstico enfermero NANDA, como ya se menciona, consta de nombre o etiqueta, definición, características definitorias y factores de riesgo. Además la taxonomía II de NANDA tiene tres niveles: estructurados en 13 dominios, 47 clases y 172 conceptos diagnósticos y los factores relacionados.

Así mismo un dominio es “una esfera de actividad, estudio o interés”, una clase es “una subdivisión de un grupo mayor, una división de las personas o cosas, por su calidad, rango o grado” (NANDA; 2005, pp. 231-233).

A continuación se presenta la forma en que están organizados por dominios y clases

Dominio 1: Promoción de la salud

Toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias usadas para mantener el control y fomentar el bienestar y la normalidad del funcionamiento.

Clase 1: Toma de conciencia de la salud. Reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal

Clase 2: Manejo de la salud. Identificación, control, realización e integración de actividades para mantener la salud y el bienestar

Dominio 2: Nutrición

Actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.

Clase 1: Ingestión. Introducción a través de la boca de alimentos y nutrientes en el cuerpo.

Clase 2: Digestión. Actividades físicas y químicas que convierten los alimentos en sustancias apropiadas para su absorción y asimilación

Clase 3: Absorción. Acto de captar los nutrientes a través de los tejidos corporales

Clase 4: Metabolismo. Procesos físicos y químicos que se producen en los organismos y células vivas para el desarrollo y uso de protoplasma, la producción de productos de desecho y energía, y la liberación de energía para todos los procesos vitales.

Clase 5: Hidratación. Captación y absorción de líquidos y electrolitos.

Dominio 3 Eliminación

Secreción y excreción de los productos corporales de desecho.

Clase 1: Sistema urinario. Procesos de excreción y secreción de orina.

Clase 2: Sistema gastrointestinal. Expulsión y excreción de productos de desecho del intestino.

Clase 3: Sistema in tegumentario. Proceso de secreción y excreción a través de la piel.

Clase 4: Sistema pulmonar. Eliminación de los derivados de los productos metabólicos, secreciones y material extraño de los pulmones y bronquios.

Dominio 4 Actividad/reposo

Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.

Clase 1: Reposo/sueño. Sueño, descanso, tranquilidad o inactividad

Clase 2: Actividad/ejercicio. Movimiento de partes del cuerpo (movilidad), hacer un trabajo o llevar a cabo acciones frecuentemente (pero no siempre) contra resistencia.

Clase 3: Equilibrio de la energía. Estado de armonía dinámica entre el aporte y el gasto de recursos.

Clase 4: Respuestas cardiovasculares/respiratorias. Mecanismos cardiovasculares que apoyan la actividad/reposo.

Dominio 5 Percepción/cognición

Sistema de procesamiento de la información humana incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.

Clase 1: Atención. Disponibilidad mental para percatarse de algo u observar.

Clase 2: Orientación. Conciencia del tiempo, el espacio y las personas.

Clase 3: Sensación/percepción. Recepción de información visual, auditiva, gustativa, olfatoria, táctil y cinestésica a través de los sentidos, así como la comprensión de tales datos que conduce a la identificación, asociación y patrón de reconocimiento.

Clase 4: Cognición. Uso de la memoria, el aprendizaje, pensamiento, solución de problemas, abstracción, juicio, introspección, capacidad intelectual, cálculo y lenguaje.

Clase 5: Comunicación. Enviar y recibir información verbal y no verbal.

Dominio 6 Auto percepción

Conciencia del propio ser.

Clase 1: Auto concepto. Percepción o percepciones sobre la totalidad del propio ser.

Clase 2: Autoestima. Valoración de la propia valía personal, significación, capacidad y éxito.

Clase 3: Imagen corporal. Imagen mental del propio cuerpo.

Dominio 7 Rol/relaciones

Conexiones y asociaciones negativas y positivas entre personas o grupos de personas y los medios por los que se demuestran tales conexiones.

Clase 1 Roles de cuidador. Patrones de conducta socialmente esperados de las personas que brindan cuidados sin ser profesionales de la salud.

Clase 2: Relaciones familiares. Asociaciones de personas relacionadas biológicamente o por elección propia.

Clase 3: Desempeño del rol. Calidad del funcionamiento de acuerdo con los patrones socialmente esperados.

Dominio 8 Sexualidad

Identidad sexual, función sexual y reproducción.

Clase 1: Identidad sexual. Forma de ser una persona específica respecto a la sexualidad o el género

Clase 2: Función sexual Capacidad o habilidad para participar en las actividades sexuales.

Clase 3: Reproducción. Cualquier proceso por el que se producen nuevos individuos (personas)

Dominio 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés

Forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales.

Clase 1: Respuesta postraumática. Reacciones tras un trauma físico o psicológico.

Clase 2: Respuestas de afrontamiento. Procesos para manejar el estrés ambiental.

Clase 3: Estrés neurocomportamental. Respuestas conductuales que reflejan la función nerviosa y cerebral.

Dominio 10 Principios vitales

Principios que subyacen en las reacciones, pensamiento y conductas sobre los actos, costumbres o instituciones contemplados como verdaderos o poseedores de un valor intrínseco.

Clase 1: Valores. Identificación y jerarquización de los objetivos finales o modos de conducta preferidos.

Clase 2: Creencias. Opiniones, expectativas o juicios sobre actos, conductas o instituciones consideradas verdaderas o poseedores de un valor intrínseco.

Clase 3: Congruencia de las acciones con los valores/creencias. Congruencia o equilibrio entre los valores, las creencias y las acciones.

Dominio 11 Seguridad/protección

Ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario, evitación de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad

Clase 1: Infeción. Respuestas de huésped a la infección por gérmenes patógenos.

Clase 2: Lesión física. Lesión o daño corporal.

Clase 3: Violencia. Empleo de una fuerza o poder excesivos de modo que provoque lesión o abuso.

Clase 4: Peligros ambientales. Fuentes de peligro en el entorno.

Clase 5: Procesos defensivos. Procesos mediante los que la persona se auto protege de lo que no es ella misma.

Clase 6: Termorregulación. Procesos fisiológicos de regulación del calor y la energía corporales con el objetivo de proteger el organismo.

Dominio 12 Confort

Sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.

Clase 1: Confort físico. Sensación de bienestar o comodidad.

Clase 2: Confort ambiental. Sensación de bienestar o comodidad en el propio entorno.

Clase 3: Confort social. Sensación de bienestar o comodidad en las situaciones sociales.

Dominio 13 Crecimiento/desarrollo

Aumento o mejora de las dimensiones físicas, sistemas corporales y logro de las tareas de desarrollo acordes con la edad.

Clase 1: Crecimiento. Aumento o mejora de las dimensiones físicas o madurez de los sistemas corporales.

Clase 2: Desarrollo. Logro, falta de logro o pérdida de las tareas de desarrollo (Ibarra Fernández, 2007, documento en línea).

2.3.7 Planeación

En esta fase se centra en como desarrollar un plan de cuidados que lleve a la persona ya sea a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. Esta integrada por cuatro etapas (Carpenito, 1995, pp. 24).

- a) Establecimiento de prioridades. En esta etapa se decide que problemas se abordarán en primer lugar y cuáles después, así como decidir que problemas son responsabilidad de la enfermera o de otro profesional, es decir que se trata ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- b) Establecer objetivos esperados. Estos se fijan a corto o a largo caso. Implica determinar los criterios de resultado. Es decir describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales. Esto proporcionan una guía común para el seguimiento de las intervenciones de enfermería, además de permitir evaluar la evolución de la persona. Carpenito también menciona que deben formularse en términos de conductas observables y realistas y deben tener en cuenta los recursos con que se cuentan.
- c) Determinar las intervenciones enfermeras. En esta etapa se establecen las intervenciones específicas que irán en el plan de cuidados y que son enteramente responsabilidad de enfermería, para lograr los objetivos que se han propuesto. Las intervenciones de enfermería buscan el controlar el estado de salud, reducir los

riesgos, resolver, prevenir o manejar un problema, facilitar la independencia o ayudar con las actividades diarias como el baño, etc. y promover una sensación óptima de bienestar físico, psicológico y espiritual. En la elaboración de estas actividades se deben tomar en cuenta 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 cualificación de los distintos estamentos que van a intervenir con nosotros; también influyen los recursos financieros.

- d) Asegurarse de que el plan este debidamente registrado. Como lo indica el subtítulo, se refiere a que deben estar registrados en primera instancia los diagnósticos de enfermería, los resultados esperados y las actuaciones de enfermería., ya que debe servir de guía para poner en marcha todas las intervenciones. Según Griffith (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”*. Así mismo 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).

Tipos de intervenciones de enfermería

Estas pueden clasificarse de la siguiente manera:

- ✓ 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.

Evaluación

Alfaro nos dice que una vez finalizado el plan de atención, se debe dedicar un tiempo a evaluar lo que se ha hecho, ya que la planificación global de los cuidados es un proceso arduo y una evaluación temprana fomenta el pensamiento crítico y ayuda a detectar de manera temprana errores y omisiones (Alfaro, 2005, pp149).

2.3.8 Ejecución

En esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado, incluye:

- a) Prepararse para dar y recibir un informe: esta etapa implica que cuando se comienza a dar cuidados a una persona, no siempre somos los primeros, sino que ya alguien más ha hecho una planificación general y ha empezado la ejecución, así que el estar preparadas y bien informados nos ayudará a dar y recibir un informe objetivo.
- b) Establecer prioridades diarias. Esto se realiza igual que en la planificación del plan, solo que a corto plazo, ya que se debe hacer por cada turno utilizando un razonamiento crítico.
- c) Valorar y revalorar. Esto implica el valorar a las personas antes y después de las intervenciones de enfermería, es la parte crítica de la ejecución. Para garantizar la seguridad de la persona se deben controlar las respuestas a las intervenciones de cerca, para determinar que tan adecuado es el plan de cuidados. También es

recomendable que en cada encuentro se revalore a la persona de manera rápida, ya que el tiempo de que se cuida de ella es limitado.

- d) Realizar las intervenciones e introducir los cambios necesarios. Esto significa estar preparada, ejecutar las intervenciones, determinar la respuesta y hacer los cambios necesarios
- e) Hacer anotaciones. Esto se hace posteriormente a realizar las intervenciones, y de revalorar a la persona, así, se anotan las valoraciones, las intervenciones y las respuestas, para esto hay dos razones: por que es probable que sea exacta si se hace inmediatamente ya que se tienen reciente en la memoria, y por que el escribir lo que ha hecho y observado estimula la memoria y con frecuencia nos trae a la mente algo mas que nos hace falta realizar o revalorar.
- f) Dar el informe de cambio de turno. Este debe ser exacto, objetivo y estar bien organizado, ya que lo que este registrado y lo que se diga puede ser trascendental en la calidad de los cuidados que recibe la persona, o para replantear intervenciones (Alfaro, 2005, pp. 164-186).

2.3.9 Evaluación

Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud de la persona y los resultados esperados. Es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

El criterio más importante que valora la enfermería, en este sentido, es la eficacia o efectividad de las actuaciones (Griffith y Christensen, 1982. Citado por Carpenito, 1995, pp31).

El proceso de evaluación consta de dos partes

- a) Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.

- b) Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

Así mismo, la evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan de atención, como se muestra a continuación:

- ✓ Valoración: Se realiza una nueva valoración para determinar si hay cambios en el estado de salud de la persona y se asegura que todos los datos plasmados sean exactos y completos.
- ✓ Diagnóstico. Se decide si los diagnósticos establecidos y los problemas que requieren atención de enfermería están resueltos o han mejorado lo suficiente para dar el alta, se considera también si se han creado nuevos problemas.
- ✓ Planificación: Se comprueba si los objetivos y las intervenciones son apropiados y se determina donde esta la persona en relación con los resultados esperados de las intervenciones de enfermería.
- ✓ Ejecución: Se examina como se ha ejecutado el plan. Se esclarece que factores afectaron su éxito o crearon problemas (Alfaro. 2005, pp. 191).

Una vez concluidas estas etapas, también se determina si se dio el logro de los objetivos, y si no es así, se deben determinar las variables que afectaron su logro, posteriormente se debe decidir si hay que continuar el plan, o si debe ser modificado o finalizado.

También, al 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, ya que así se puede detectar como va evolucionando la persona y se pueden realizar ajustes o

introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva (Carpenito, 1995, pp. 31).

2.4 Modelo de Virginia Henderson

En este apartado se revisará El modelo conceptual de Virginia Henderson, el cual es reconocido actualmente ampliamente debido a su aporte filosófico, ya que es la primera propuesta que indaga e incorpora conceptos universalmente aceptados como necesidad humana, persona, salud y entorno, en los que articula una propuesta para conceptualizar a la enfermería.

Por tanto, al ser un modelo conceptual, lo que pretende es guiar la práctica de la enfermería, la misma Henderson afirmaba que siempre consideró su trabajo más como una aserción filosófica, que como una teoría, describe su interpretación de la enfermería como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas.

Lo que Henderson pretendió realmente fue construir una definición que aclarara la función clínica de la práctica profesional, la cual se modifica de acuerdo al momento histórico en el que se practique. En los siguientes apartados se ahondará más en su ideología y su modelo conceptual (Jiménez-Castro AB, et al, documento en línea).

2.4.1 Antecedentes personales

Virginia Henderson nació en Kansas City, Missouri el 19 de Marzo de 1897, en 1918. A la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de enfermería del ejército en Washington D.C graduándose en 1921, posteriormente trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York, y en 1922 inicia su carrera como docente,

En 1926 ingresa al Teachers College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y magíster en arte en 1934. En 1929 ocupa el cargo de

Supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York (Reyes B, Isadora, documento en línea).

Henderson tuvo una larga trayectoria profesional como autora e investigadora, así que para 1948 y hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del *Textbook of the Principles and practice of Nursing*, de Berta Harmer publicado en 1939. En 1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la definición propia de Henderson de Enfermería.

De 1959 a 1971 dirige el Proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959, al mismo tiempo fue autora de otros destacados trabajos.

En 1960 publica folleto *Basic Principles of Nursing Care* para el International Council of Nurse, que fue traducido a más de 20 idiomas.

De 1953 hasta 1958 trabajo en el Proyecto dirigido por Leo W Simmons, quien editó durante cinco años una Encuesta Nacional sobre la Investigación en Enfermería la cual fue publicada en 1964. Publica en 1966 su obra *The Nature of Nursing*, donde describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera. Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale. Así mismo durante su trayectoria se hizo merecedora de nueve títulos doctorales honoríficos de las siguientes Universidades:

- ✓ Catholic University.
- ✓ Pace University.
- ✓ University of Rochester.
- ✓ University of Western Ontario.
- ✓ Yale University.
- ✓ Old Dominion University.
- ✓ Boston College.
- ✓ Thomas Jefferson University.
- ✓ Emery University.

Así mismo es honrada con el primer Premio Christiane Reimann, con el Premio Mary Adelaide Nutting de la National League for Nursing de los Estados Unidos, y fue elegida miembro honorario de la American Academy of Nursing, de la Association of Integrated and Degree Courses in Nursing, Londres y de la Royal College of Nursing de Inglaterra.

En 1983 recibió el Premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau Internacional por su labor de Liderazgo.

En 1988, en la convención de la American Nurses Association (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida.

Virginia Avenel Henderson fallece de muerte natural a la edad de 99 años el 30 de Noviembre de 1996. Como bien se sabe su definición de enfermería es conocida internacionalmente y su trabajo sigue ejerciendo una gran influencia en la práctica, formación e investigación de la enfermería como profesión actual. (Marriner, 1999, pp. 100).

2.4.2 Conceptos básicos

Inicialmente Henderson no pretendió elaborar una teoría de Enfermería, lo que a ella la motivo a llevar a cabo su trabajo fue la conciencia de que no existía una idea de la función propia de la enfermera, ya que el modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de en enfermería de aquella época le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia.

Por tanto la teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de la enfermería, se basa además en las necesidades básicas humanas. Considera a la persona como un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su

potencial. El entorno, aunque no está definido como tal, aparece en sus escritos como el postulado que más evoluciona con el paso del tiempo.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla totalmente. Parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades son los llamados cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, mismo que se elabora de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

La primera definición básica de su filosofía es la de enfermería:

Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

A partir de esta definición se extraen los demás conceptos y subconceptos básicos para el modelo de Henderson

A) Persona

Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.

- ✓ Necesidades básicas

Son requisitos que debe satisfacer el individuo para mantener su integridad física y psicológica y promover su desarrollo y crecimiento, se enumeran a continuación:

- I. Respirar normalmente.
- II. Comer y beber de forma adecuada.
- III. Evacuar los desechos corporales.
- IV. Moverse y mantener una postura adecuada.
- V. Dormir y descansar.
- VI. Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).
- VII. Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
- VIII. Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.
- IX. Evitar peligros y no dañar a los demás.
- X. Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.
- XI. Profesar su fe.
- XII. Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.
- XIII. Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.
- XIV. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles.

B) Salud

Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. (Es importante destacar que también identificaba el término salud, como la capacidad del individuo de realizar sin ayuda los 14 componentes de los cuidados de enfermería).

- ✓ Independencia

Es el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud.

También es importante mencionar que este modelo impide la práctica rutinaria, ya que se tiene que adaptar a cada persona, y si esta ha alcanzado o no el máximo desarrollo de su potencial.

✓ Dependencia

Desarrollo insuficiente e inadecuado para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud.

✓ Causas de la dificultad del problema

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Esta se puede dar por tres motivos: falta de fuerza, falta de conocimientos o falta de voluntad.

C) Rol profesional

✓ Cuidados básicos de enfermería

Derivan del concepto de necesidades y se refiere al conjunto de intervenciones enfermeras reflexionadas y deliberadas, en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona.

✓ Relación con el equipo de salud

Las enfermeras colaboran con el resto del equipo multidisciplinaria, así como ellos colaboran con ellas. Ningún miembro del equipo debe exigir del otro actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia

D) Entorno

Se ha criticado a Henderson por la ausencia del concepto de entorno en su modelo, al menos de manera explícita, ya que si se analiza el contenido a fondo se puede notar que se menciona ya sea de manera explícita o implícita en muchas ocasiones la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales, etc.), para la valoración de las 14 necesidades (Fernández Ferrin y Novel Martí, 1993, pp. 6-9).

Por lo que podemos definir entorno como el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo.

2.4.3 Principales supuestos teóricos

Virginia Henderson desarrolló su modelo conceptual influenciada por la corriente de integración y está incluido dentro de la escuela de necesidades. Los componentes de esta escuela se caracterizan por utilizar teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano (A. Maslow, E.H. Erikson y J. Piaget.) para conceptualizar la persona, y porque aclara la ayuda a la función propia de las enfermeras.

Cabe aclarar que Henderson no cito de manera directa cuales eran los supuestos más señalados que incluía en su teoría, por lo que los que se presentan a continuación se han sacado de sus publicaciones.

ENFERMERÍA

La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas. Así mismo la enfermera actúa al margen del medico, pero apoya su plan de tratamiento, del mismo modo puede diagnosticar y aplicar un tratamiento cuando así lo requiera la situación. Finalmente los 14 componentes del cuidado de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería.

PERSONA

La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia. El paciente y su familia constituyen una unidad y las necesidades del paciente están incluidas en los 14 componentes de enfermería.

SALUD

La salud es la calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia. Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo y toda persona conseguirá estar sana o se mantendrá en buen estado de salud si tiene fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios.

ENTORNO

Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad. Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad, deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas, reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipos y mantenimiento, deben conocer más costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos. Así mismo los médicos se sirven de las observaciones y valoraciones de las enfermeras en las que basan sus prescripciones para aparatos de protección.

AFIRMACIONES TEORICAS

Relación enfermera – paciente:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

- ✓ La enfermera como sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.
- ✓ La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.
- ✓ La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

Relación enfermera – médico:

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

Relación enfermera – equipo de salud:

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas

2.5 Sepsis Abdominal

Para los fines de este trabajo en este apartado se analizará solo la anatomía y fisiología del peritoneo y la patología misma.

2.5.1 Fisiología del peritoneo

El peritoneo es una membrana serosa, brillante, lisa, formada por células mesoteliales que reviste la pared abdominal, donde se conoce como peritoneo parietal, se refleja desde la pared hacia varios órganos, cuyas caras cubre en una extensión variable. La cubierta peritoneal que cubre los órganos se denomina peritoneo visceral, y forma una parte integral de la capa externa o serosa de muchos órganos. (Ronan, O`Rahilly, 1986, pp. 423).

Las funciones más importantes del peritoneo son disminuir el roce y ofrecer resistencia a las infecciones, otro menos fundamental es el depósito de grasa en el epiplón mayor. El peritoneo proporciona una superficie resbalosa que permite el libre movimiento de las vísceras abdominales, en condiciones normales contiene menos de 50 cc. de líquido: estéril, amarillo claro, con las siguientes características:

- ✓ Su contenido proteico es inferior a 3 g % dentro de lo que predomina la albúmina,
- ✓ No contiene fibrinógeno y su capacidad para coagular en forma espontánea es nula; al igual que su actividad antibacteriana,
- ✓ La concentración de sus solutos es sensiblemente igual a la del plasma sanguíneo,
- ✓ Su celularidad es baja, el 50% representado por macrófagos, el 40% por linfocitos, algunos eosinófilos, mastocitos y células mesoteliales. (Montiel Serrano, documento en línea).

El peritoneo se comporta como una barrera pasiva, semipermeable a la difusión de agua y la mayoría de solutos, con una superficie de intercambio de 1m^2 ; esta cualidad es lo que ha permitido el empleo de la diálisis peritoneal en casos de insuficiencia renal. Toda la superficie peritoneal participa en el intercambio de líquidos y solutos de bajo peso molecular, las partículas sólo pueden ser reabsorbidas a través de los linfáticos diafragmáticos debido a las características especiales del mesotelio y los linfáticos de esta zona.

En la mayor parte de la cavidad abdominal, las células mesoteliales forman un tapiz aplanado y compacto, cuyos límites intercelulares no se aprecian. Sin embargo, en la cara inferior del diafragma existen unos estomas linfáticos especiales inmediatamente debajo de la membrana mesotelial, los cuales sirven para el drenaje linfático de la cavidad peritoneal. La relajación pasiva del diafragma durante la espiración provoca un rápido flujo del líquido peritoneal hacia ellos, su contracción, provoca el vaciamiento de los linfáticos hacia los canales eferentes, situación que se ve favorecida con el aumento de la presión intratorácica durante la inspiración

El tamaño de estos estomas es de 8 a 12 micras y determina el tamaño de las partículas que por ellos se absorben. Las bacterias con un diámetro entre 0.5 y 2 micras son rápidamente eliminadas de la cavidad abdominal. Experimentalmente se ha demostrado que luego de la inoculación intraperitoneal de bacterias, éstas son aisladas a los 6 minutos en el canal torácico, y en la sangre periférica a los 12 minutos.

Si bien es cierto que en el hombre la vía exacta de drenaje de los linfáticos diafragmáticos no se conoce con exactitud, también lo es que durante la necropsia de pacientes fallecidos de peritonitis se han encontrado repletos de bacterias los linfáticos mediastinales anteriores, en tanto que el resto de la cavidad torácica se encontró completamente estéril. Estos estudios que determinaron la diseminación del material contaminado a partir de una perforación visceral, coinciden con la localización de los abscesos que se encuentran en los casos de cirugía de peritonitis.

2.5.2 Concepto

Las infecciones que surgen en el ámbito de la normalmente estéril cavidad peritoneal y que causan seria enfermedad sistémica, son colectivamente llamadas **sepsis abdominal**. El término se refiere a un espectro de entidades que se conocen como peritonitis primaria, secundaria y terciaria; también están incluidos los abscesos intraabdominales.

La **peritonitis primaria** tiene que ver con la infección del líquido peritoneal sin que haya ocurrido perforación de una víscera. Este fenómeno es causado por siembra del peritoneo por diseminación hematológica a partir de una fuente extraabdominal o a través de un conducto (como puede ocurrir con un catéter intraperitoneal), y casi siempre es responsable un solo patógeno microbiano. Pacientes con grandes cantidades de líquido peritoneal (ascitis, diálisis peritoneal) son más susceptibles de desarrollar el proceso, que se debe principalmente a deterioro de los mecanismos de defensa del peritoneo.

La **peritonitis secundaria** resulta de la perforación de una víscera intraabdominal. Puesto que el inóculo son los microorganismos presentes en la luz visceral, casi siempre es una infección polimicrobiana, con la presencia de microorganismos tanto aerobios como anaerobios.

La **peritonitis terciaria** o **persistente** ocurre en personas que sufren una peritonitis secundaria y que no son capaces de aclarar la infección, o quienes subsecuentemente desarrollan superinfección de toda la cavidad peritoneal.

Se caracteriza por alta mortalidad, y probablemente representa una forma de superinfección que indica inmunosupresión subyacente (De la Hoz, Jaime, 2003, pp. 803, documento en línea).

2.5.3 Factores determinantes de la infección intra abdominal

La infección intraabdominal generalmente se inicia por una perforación biliar o entérica dentro de la cavidad abdominal de lo que resulta la liberación de microorganismos en la cavidad peritoneal. La circulación del peritoneo que ya se mencionó facilita la diseminación de estos gérmenes contaminantes. Aunque también se puede derivar de aquellos padecimientos que dentro de su historia natural no cursan con perforación de víscera hueca pero que cursa con translocación bacteriana

Al ocurrir la perforación de una víscera hueca, sea por obstrucción que impida el avance de su contenido, (síndrome de víscera hueca), o por lesiones que en algún momento de su evolución alteran la integridad anatómica y funcional de la pared, se establece una situación agresiva que requiere intervención quirúrgica sin discusión. Ya que si la cavidad abdominal puede neutralizar un episodio simple de contaminación, gracias a los mecanismos de defensa abdominal, pero si la contaminación es continua, se origina secuestro de líquidos, hipovolemia hipoperfusión, absorción de toxinas, liberación de mediadores, inflamatorios, fenómenos de sepsis, formación de abscesos y puede evolucionar a falla multiorgánica.

Otro factor que también puede originar un cuadro de sepsis intrabdominal se relaciona con la patología inflamatoria infecciosa de las vísceras macizas, hígado, páncreas, etc.

Cuentan además los factores sistémicos que alteran la respuesta del huésped a la infección y que pueden incrementar la virulencia de la peritonitis, como lo son las enfermedades preexistentes como la diabetes, la desnutrición, que incrementan la susceptibilidad del huésped a la infección. La obesidad, aumenta el contenido de grasa en el epiplón y el mesenterio, así como la grasa profunda de la pared abdominal, que ocasiona problemas en la respuesta del huésped a la contaminación de los tejidos. El alcoholismo crónico causa debilitamiento de las funciones sistémicas. La terapia con medicamentos que afectan el sistema inmunológico como los corticoides y antineoplásicos, incrementan la

virulencia de la peritonitis. Igualmente ocurre en pacientes afectados por el virus de inmunodeficiencia humana (Nieto Silva, Julio Alberto. Documento en línea).

2.5.4 Tipificación y manifestaciones clínicas

Los procesos que afectan la cavidad peritoneal pueden dividirse en procesos sépticos como la peritonitis y no sépticos como la ascitis (transudación). De acuerdo a su ubicación pueden ser locales o generalizadas, según su evolución agudas o crónicas, de acuerdo a su etiología pueden ser primarias las cuales se ven ocasionalmente en pacientes inmunodeprimidos, viejos, niños y más frecuentemente en la ascitis del cirrótico, secundarias que corresponden a todos los procesos inflamatorios sépticos siendo lo más común la peritonitis apendicular, diverticulitis, perforación gastrointestinal que corresponde a peritonitis química que al cabo de algunas horas se transforma en peritonitis séptica, también post-traumatismo y post-cirugía.

La sintomatología varía un poco de acuerdo a si son primarias o secundarias, agudas o crónicas. La gran mayoría de las peritonitis son agudas, difusas y sépticas las cuales se caracterizan por compromiso del estado general, náuseas, vómitos, fiebre, leucocitosis, desequilibrios electrolíticos. Entre los signos abdominales encontramos dolor abdominal difuso, hiperestesia cutánea y de rebote, rigidez muscular, e íleo paralítico por inhibición de la motilidad intestinal con distensión abdominal progresiva.

Si es una peritonitis subaguda o crónica los síntomas son más vagos, puede evolucionar durante semanas, con compromiso del estado general progresivo y estado nauseoso (De la torre, Ignacio. Documento en línea).

2.5.5 Métodos diagnósticos

Las **radiografías simples** de abdomen en las que se visualiza el aire libre bajo el diafragma es considerado signo diagnóstico de una perforación visceral, y aire o gas dentro

del hígado, tracto biliar, pared intestinal, bazo o en retroperitoneo es fuertemente sugestivo de infección intra o retro peritoneal,

Las técnicas de **escanografía** abdominal por ultrasonido (ecografía), o resonancia magnética significan una revolución en la detección de infecciones intraabdominales, especialmente de abscesos.

Así mismo **la ultrasonografía** es de uso rutinario para detectar abscesos intraperitoneales, especialmente pélvicos, retroperitoneales y del cuadrante superior derecho.

Tomografía computarizada (TAC). Tiene una sensibilidad de 85% a 100% y una especificidad superior a 98%.

La Punción abdominal. Procedimiento relativamente seguro, se extrae líquido de la cavidad peritoneal realizándose examen macroscópico, microscópico y químico del líquido; ver presencia de bilis, sangre o líquido fecaloideo. A veces las acumulaciones de líquido pueden ser segmentarias.

También se realizan exámenes de laboratorio, ya que hay parámetros bien establecidos. **(De la Hoz, Jaime, 2003, pp. 805, documento en línea).**

2.5.6 Tratamiento medico

En general el tratamiento para las peritonitis difusas o con varias colecciones es siempre igual, existen normas que se basan en 2 pilares fundamentales:

- 1.- Tratamiento de la infección y de la población bacteriana con antibióticos específicos.
- 2.- Lavado del peritoneo y eliminación de colecciones y zonas de tejido necrótico.

Además se debe cumplir siempre el ABC, reanimación, reposición hidroelectrolítica, protección de parénquimas nobles, evitando el daño del pulmón y el consecuente disstress e insuficiencia respiratoria aguda.

En cuanto al **tratamiento quirúrgico**, corresponde a la laparotomía exploradora y realizando una limpieza o lavado. En este se utiliza suero fisiológico tibio y compresas o gasas, se descomprime el intestino mediante la colocación de una sonda para disminuir la cantidad de gas.

Generalmente los médicos optan por cerrar peritoneo y músculo con puntos gruesos ó bien con puntos de contención totales, dejando la piel abierta para realizar lavados. (De la torre, Ignacio. Documento en línea)

2.6 Fístulas recto vaginales

El término fístula proviene etimológicamente de la palabra latina fístula (flauta, tubo). Es todo trayecto patológico, congénito o adquirido, que pone en comunicación dos órganos entre sí (fístula interna), o con el exterior (externa).

Las fístulas recto vaginales son comunicaciones anormales entre la vagina y el recto. Debido a que los 9 cm. distales del recto están separados de la vagina posterior solo por una delgada pared rectovaginal es fácil que se formen estas conexiones en esta área posteriormente a alguna lesión.

Entre las etiologías más comunes están las lesiones obstétricas, traumatismo perineal penetrante, complicaciones de operaciones ginecológicas o colorrectales, enfermedad inflamatoria intestinal, fístulas ano rectales, cáncer de ano, recto o vagina, infecciones como el linfogranuloma venéreo o la tuberculosis, endometriosis, diverticulitis, etc.

Los síntomas pueden oscilar entre una evacuación infrecuente de gas por la vagina y la evacuación de heces por la misma. Así mismo puede haber presencia de vaginitis con secreción fétida.

Para su diagnóstico se realiza la exploración física de la paciente para identificar el lugar exacto de la fístula, aunque algunas son tan pequeñas que a simple vista no se ven por lo que se utilizan otros métodos como un enema con solución salina y azul de metileno y un tapón en la vagina, posteriormente se examina el tapón en busca de que el tapón este teñido de azul de metileno.

En cuanto al tratamiento. Es probable que algunas fístulas pequeñas asociadas a traumatismo obstétrico se cierran solas, por lo que se espera unos meses. En caso de no ser así el tratamiento es quirúrgico, en el caso de enfermedad inflamatoria o de alguna infección, esta se debe tratar antes de la cirugía (Rustgi, Anil K., 2005, pp. 285, 286).

III METODOLOGÍA DE TRABAJO

Se realizó el presente estudio de caso a una persona que acudió al Hospital general Xoco, dependencia del Gobierno del distrito federal, al servicio de hospitalización de Cirugía General, para lo cual se pidió de antemano la autorización de la cliente misma y de su familiar, en este caso de su esposo.

3.1 Consentimiento informado

El consentimiento informado se entiende como la aceptación por parte de un cliente competente de un procedimiento diagnóstico o terapéutico después de tener la información adecuada para implicarse libremente en una decisión clínica. En este caso enfocado al cuidado, y a las 14 necesidades de Virginia Henderson, se le solicita su colaboración explicándole de antemano los beneficios que tiene la elaboración de diagnósticos de enfermería y la elaboración de un plan de cuidados, beneficios como la disminución de riesgos y de complicaciones de su enfermedad.

Los requisitos primordiales para esto son: libertad, competencia e información suficiente. Consecuentemente, tiene que entenderse como fruto de la relación clínica enfermera -cliente, siempre basada en la confianza y el proceso de información continuo.

El consentimiento informado, por sí mismo, tendría que favorecer la comprensión del procedimiento o cuidado propuesto, decir en qué consiste, las alternativas posibles, la oportunidad y los resultados esperados (con beneficios, secuelas y riesgos), con el fin de llegar a una decisión, ya sea de elección, de aceptación o de rechazo.

Así mismo debe de existir constancia que se ha producido el consentimiento informado mediante la firma de un documento que consigne el deber previo de informar correctamente. Así, cuando la persona firma el documento de consentimiento, consiente libremente y sin coacción a ser objeto de un procedimiento o cuidado sobre el cual le ha

sido dada la información adecuada, la que él necesita para poder decidir con capacidad (Comité de bioética de Cataluña, 2002, pp. 8).

3.2 Consideraciones éticas

Estas se han extraído del código de ética de las enfermeras y enfermeros de México, el cual nos dice cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos, los cuales pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros.

Para fines de este trabajo se requiere tener en cuenta tres de los principios de este código, ya que además de tener implicaciones legales son indispensables para el desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería, encaminadas a restablecer la salud de la persona.

Principio de Beneficencia y no maleficencia. Por este se entiende la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se basa en deberes universales como lo son el hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nadie.

En el caso de que al aplicar este principio no se tengan las condiciones, medios o conocimientos para hacer un 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.

Principio de Autonomía. Representa respetar a las personas como individuos libres, tomando en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. 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 en los cuidados de enfermería.

Principio de Confiabilidad. Este afirma que la enfermera se hace digna de la confianza y el respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, a sus clientes, al dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas (Secretaria de Salud, 2001, pp11- 13).

3.3 Descripción del caso

El presente caso clínico, hace referencia a una persona adulta maduro de 42 años de edad, femenino, originaria y residente del distrito federal, casada, con tres hijos, con estudios hasta segundo de secundaria, dedicada al hogar y que inicia su padecimiento actual al presentar estreñimiento crónico, y salida de material mucopurulento a nivel vaginal, por lo acudió a consultorio de medico particular, y se le diagnostica una fístula Abdomino vaginal, por lo que acude al servicio de urgencias del Hospital General Xoco.

Al interrogatorio ella refiere que su problema inició posterior a cirugía de apendicetomía (por laparoscopia) realizada a mediados del mes de mayo del 2007, en otra unidad hospitalaria, posterior a ella comenzó con estreñimiento crónico, dolor abdominal leve, continuo y fiebre de aparición intermitente, acude a medico y se le diagnostica colón irritable, a finales del mes junio presenta salida de material purulento y salida de materia fecal escasa por vagina, por lo que acude nuevamente a otra unidad hospitalaria donde se le programa para realización de cirugía para la colocación de grapa en fístula, vía abdominal.

Posterior a la cirugía se le deja drenaje de penrose, que comienza a drenar material purulento, por lo que permaneció hospitalizada, con antibiótico terapia, hasta su alta

voluntaria a mediados del mes de agosto, por no contar con recursos financieros para continuar su tratamiento.

Ingresa al servicio de Cirugía General el día 21 de septiembre del 2007, a la valoración de las 14 necesidades se la encuentra con un peso de 49, 330Kg., talla. 1.56, signos vitales de T/A 110/70 FC. 110 FR. 28 Temperatura. 38. 2.

Cráneo normo céfalo, pupilas isocóricas, normorreflexicas con palidez tegumentaria, presencia de estertores respiratorios, tos productiva, disnea, fosas nasales con presencia de secreción mucosa, con nebulizador continuo con O₂ al 40%. Mucosas orales semi hidratadas, piezas dentales sin presencia de caries, faltando el segundo premolar del cuadrante superior derecho, con capacidad de masticación y deglución sin alteraciones. Se encuentra con ligera apatía y cefalea, pabellones auriculares y ojos limpios. Sin alteraciones de los órganos de los sentidos.

Miembros superiores sin alteraciones, catéter subclavio izquierdo de triple lumen, para administración de NPT y toma de PVC. Uñas resistentes, cabello, abundante, maltratado, semi teñido, con buen funcionamiento neuromuscular, atenuado por fatiga e inmovilidad frecuente.

Abdomen blando, depresible, con presencia de herida quirúrgica en línea media supra umbilical, post laparotomía exploradora, abierta, cubierta con bolsa de bogota, refiere dolor de la misma. Con orificio de penrose en flanco derecho drenando material purulento. Así mismo refiere anorexia, náusea, vómito en algunas ocasiones, refiere reflujo gastroesofágico, eructos, ardor en epigastrio. Presenta ligero lesión de tipo excoriativa, de la piel circundante al drenaje de penrose, debido al cambio constante de la bolsa (3 veces al día).

Perine muestra eritema, edema, refiere prurito, presenta salida escasa de materia fecal por vagina. Miembros pélvicos sin alteraciones músculo esqueléticas, sin embargo refiere fatiga, lo que impide la deambulaci3n.

Los médicos le dan el diagnóstico de sepsis abdominal y fístula recto vaginal.

3.4 Variables e indicadores

Durante el presente estudio de caso las variables consideradas son las 14 necesidades básicas planteadas en el modelo de Virginia Henderson. Así mismo como indicadores se tomaron los datos obtenidos por medio de la exploración física, es decir, los datos de independencia y de dependencia, en base a cada una de las necesidades analizadas.

Consecuentemente se llevo a cabo la evaluación del nivel de satisfacción de cada una de estas variables, de acuerdo a los distintos grados de dependencia o de independencia ya mencionados, lo cual favoreció la elaboración de cada uno de los diagnósticos de enfermería que se presentaran más adelante.

3.5 Procedimientos e instrumentos de valoración

En el presente estudio de caso se empleo el método de proceso Atención de enfermería, orientado con el modelo conceptual de Virginia Henderson.

En a etapa de valoración se evaluó a la persona de manera exhaustiva y focalizada a través de la exploración física en base al método clínico, además de la recopilación de datos por medio del interrogatorio directo e indirecto, ya que también auxilió el familiar (esposo). Todo esto con el instrumento de valoración que se muestra más adelante con los datos propios de la valoración.

Además de las fuentes directas ya mencionadas, se utilizaron otras herramientas, como lo son la revisión del expediente clínico, la hoja de registros clínicos y de control de líquidos. Se hizo así mismo investigación bibliográfica para completar el plan de atención.

3.6 Etapa de Valoración

A continuación se presenta por tanto la valoración realizada a la persona seleccionada.

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

Nombre_ G.S.I.L _____ Edad_ 42 _____
 Sexo_ Femenino _____ Ocupación_ El hogar _____ Escolaridad_ Secundaria
 Lugar de Nacimiento_ México. D.F. _____
 Lugar de Residencia_ Distrito federal _____
 Fuente de Información Primaria: El mismo individuo
 Cuidador Primario: Esposo

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1. NECESIDAD DE OXIGENACION

BIOFISIOLÓGICO: Adulto maduro de 42 años, conciente, con una talla de 156 cm., y un peso de 49,330 gr. Presenta una de T/A 110/70, FC. De 110, FR. 28.

Con palidez tegumentaria, presencia de estertores respiratorios, tos productiva, disnea, que aumenta con la movilización,

Fosas nasales con presencia de secreción mucosa, con nebulizador continuo con O2 al 40%. Alergia al ambroxol.

Niega enfermedades crónico degenerativas, antecedentes transfusionales positivos de hace dos años por histerectomía. A continuación se presentan sus cifras de laboratorio

Valores representativos	Valores del paciente	Valores normales
Glucosa	122mg/dl	De 55 a 95mg/ dl
Creatinina	1.0 mg/ dl	0,9 a 2,0 mg/ dl
Bilirrubina total	0.98 mg/dl	0.1 a 02 mg/dl
Conjugada	0.37 mg/ dl	0.1 a 1 mg/ dl
Indirecta	0.61 mg/ dl	0.1 a 1 mg/ dl
Proteínas totales	6.3 g/ dl	6 a 8 g/ dl
Albumina	2.3 g/ dl	3.5 a 5 g/ dl
Hemoglobina	11.5g/dl	12 a 16 g/dl
Hematocrito	34.9 %	Del 40 al 48%
Leucocitos	12.9/L	De 5 a 10X 10 ⁹ /L
Neutrofilos	9-16	0.6 a 0.7 U. SI
Plaquetas	482 000/ mm ³	140 000 a 450 000/ mm ³
Potasio	4.4 mEq/L	3.8 a 5 mEq/L
Sodio	137 meq/ L	135 a 145 meq/ L

SOCIOCULTURAL Niega toxicomanías y alcoholismo, así mismo no es fumadora, pero si convive con muchos fumadores , aunque manifiesta que no le molesta que fumen a su alrededor.

PSICOEMOCIONAL: Al momento del interrogatorio manifiesta preocupación e inquietud por su familia y su estado de salud

ESPIRITUAL _____

2. NECESIDAD DE ELIMINACION

BIOFISIOLOGICO: Evacuación: presenta estreñimiento ya que evacua unas 2 o 3 veces a la semana. Presenta salida escasa de materia fecal, escasa, por vagina, así como flatulencias.

Micción: 4 0 5 veces al día, de características normales, utiliza el cómodo.

Ciclo menstrual de 28x4 sin dismenorrea. Sangrado en cantidad regular, de características normales

Sudoración por lo regular escaso, actualmente, se incrementa por los picos febriles, más durante la noche.

Abdomen blando, depresible, con presencia de herida quirúrgica en línea media supra umbilical, abierta, cubierta con bolsa de bogota, y vendaje abdominal. Con penrose en flanco derecho drenando material purulento. Perine muestra enrojecimiento, irritación, refiere prurito.

Antecedentes quirúrgicos de hace dos años (histerectomía), en mayo del 2007 se le realizo apendicetomía laparoscopica, desde entonces presenta problemas de transito intestinal, como estreñimiento, y posteriormente fiebre y salida de material muco purulento a nivel vaginal, por USG diagnostico medico de fístula recto- vaginal, por lo que se realiza nuevamente intervención quirúrgica en julio para colocarle una grapa y por probable oclusión intestinal, desde entonces dejan drenaje de penrose, que posteriormente aunque se haya retirado el drenaje, sigue drenando material purulento por el orificio del mismo.

Ingresa a la presente unidad hospitalaria el 21 de septiembre de 2007, y se realiza laparotomía exploradora la segunda semana de octubre por presentar fiebre, dolor y distensión abdominal, encontrándose absceso retrocolico de 500 ml aprox., de material purulento y fístula de cúpula vaginal de 0.5 mm.

SOCIOCULTURAL: Considera que con este problema, cuando estaba en su casa, casi no podía salir a la calle, lo cual le accionaba problemas ya que tiene que ir a pagar cuentas, a comprar despensa, etc

PSICOEMOCIONAL Toda esta problemática le ocasiona conflictos actualmente ya que siente vergüenza con el personal de salud y con sus familiares que lo visitan, excepto con los más allegados, como su esposo y su hija.

ESPIRITUAL

3. NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION

BIOFISIOLOGICO: Antropometría: peso de 49, 330 gr., talla de 156, diámetro del brazo de 7 cm., piel seca, mucosas semi hidratadas, uñas resistentes, cabello, abundante, maltratado, semi teñido, con buen funcionamiento neuromuscular, atenuado por fatiga e inmovilidad frecuente.

Piezas dentales sin presencia de caries, faltando el segundo premolar del cuadrante superior derecho, con capacidad de masticación y deglución sin alteraciones.

Presenta anorexia, náusea, vomito en algunas ocasiones, reflujo gastroesofagico, eructos, ardor en epigastrio.

Actualmente se le pide dieta polimérica, sin fibra, tres latas al día, pero, se ha mostrado anoréxica, desde su reingreso, por lo que se ha complementado con nutrición parenteral, 2000 ml para 24 hrs. Desde su ingreso ha perdido 10 kilos aproximadamente

Solo tolera el agua simple. Es alérgica a la metoclopramida.

Antes de su hospitalización llevaba una dieta balanceada en cantidad y calidad, ya que comía tres veces al día. Carne tres o cuatro veces a la semana, verduras y frutas a diario,

pan una o dos piezas a la semana, huevo una o dos piezas a la semana, no consume leche por ser intolerante a la lactosa.

Refiere abuelo materno finado por CA gástrico, abuela materna finada por complicaciones de HTA y Diabetes mellitus. Madre finada por enfermedad de suprarrenales y diabetes mellitus tipo II, padre con HTA, sin tratamiento e insuficiencia venosa desde hace 5 años.

SOCIOCULTURAL: Solo expresa que le preocupa que si lo dan de alta, el seguir una dieta especial resultara muy caro. Ya que en su ingreso anterior a un hospital particular, le pidieron que comprara las NPT y las latas de ENSURE:

PSICOEMOCIONAL _____

ESPIRITUAL _____

4. NECESIDAD DE TERMORREGULACION

BIOFISIOLOGICO: Presenta hipertermia de 38.6, palidez tegumentaria, durante los picos febriles piel facial enrojecida, ligeramente diaforética. Frecuentemente, que se controla con dosis de metamizol 1 gr. IV cada 8 horas PRN y por medios físicos.

SOCIOCULTURAL _____

PSICOEMOCIONAL _____

ESPIRITUAL _____

5. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

BIOFISIOLÓGICO Sistema músculo esquelético en buenas condiciones, posición en semifowler casi todo el tiempo, presenta debilidad muscular, y fatiga. Casi no se moviliza, excepto para el baño de esponja y el cambio de ropa de cama, rehúsa levantarse a deambular o sentarse, por dolor de la herida quirúrgica o por la debilidad extrema y la disnea

SOCIOCULTURAL _____

PSICOEMOCIONAL: Expresa que le da vergüenza, que teme ser una carga ya por mucho tiempo para sus hijos y su esposo.

ESPIRITUAL Teme ser una carga ya por mucho tiempo para sus hijos y su esposo. _____
(Temor a perder la independencia)

6. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

BIOFISIOLÓGICO: El sueño se ve alterado solo en ocasiones por el dolor y por la rutina del hospital.

Se encuentra con apatía, cefalea, y dolor de la herida quirúrgica

Refiere dificultad para conciliar el sueño

SOCIOCULTURAL Expresa que estaba acostumbrada a dormir 8 horas diarias, (de 22 hrs. p.m. a 6:00 a.m.) Por lo que ahora que su periodo de descanso se ve fragmentado,

PSICOEMOCIONAL _____

ESPIRITUAL _____

7. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

BIOFISIOLOGICO: Sistema músculo-esquelético en buenas condiciones, sin embargo, por fatiga extrema se ve totalmente limitada su capacidad para deambular, buena capacidad de movimiento en la cama, sin embargo casi no se moviliza, excepto por indicaciones del personal. Piel seca, con hipertermia, presenta ligero lesión de tipo excoriativa, de la piel circundante al drenaje de penrose, debido al cambio constante de la bolsa (3 veces al día).

Presenta herida quirúrgica de aproximadamente 25 cm. de largo, en región abdominal supraumbilical, la cual esta abierta y cubierta por bolsa de bogota, de la cual se le realiza curación por irrigación 3 veces al día por médicos.

Uñas resistentes y limpias, recortadas, cabello abundante, maltratado, semi teñido, pabellones auriculares y ojos limpios, sin problemas, mucosas orales hidratadas, piezas dentales semi aseadas, ya que en su casa acostumbraba lavárselos después de cada comida, sin embargo desde su ingreso no come casi nada, por lo ha disminuido la frecuencia del aseo a una vez al día.

Sin ningún olor corporal particular, excepto de la zona donde se encuentra penrose

Baño diario, de esponja, aseo de oídos y demás con ayuda de familiar.

SOCIOCULTURAL : Refiere que habita en casa prestada, construida de tabique y cemento, con loza, dos habitaciones para 6 personas y una mascota (perro), cuenta con todos los servicios básicos de urbanización (luz, agua, drenaje, recolección de basura tres veces por semana).

PSICOEMOCIONAL: Le preocupa, solo que la herida cicatrice y que deje de drenar material purulento, ya que lleva 3 cirugías en el año.

ESPIRITUAL _____

8. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

BIOFISIOLÓGICO: Femenino de 42 años de edad, estatura de 156 cm., y un peso de 49, 330. En la actualidad necesita ayuda para el cambio de ropa y el baño, en el medio intrahospitalario solo se puede usar el camisón, y toalla sanitaria todo el tiempo, por la fístula vaginal.

Cuando estaba en su domicilio se dedicaba a actividades del hogar, actualmente tiene reposo absoluto.

SOCIOCULTURAL _____

PSICOEMOCIONAL _____

ESPIRITUAL _____

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

BIOFISIOLÓGICO: Adulto maduro, con palidez tegumentaria, con agitación, pos operada de laparotomía exploradora, con fiebre de 38.8, con integridad neuromuscular disminuida por debilidad post operatoria y proceso de sepsis abdominal,

Presenta dolor de la herida quirúrgica en contadas ocasiones, y riesgo de lesión por caída cada vez que intenta levantarse al baño por debilidad, fatiga y disnea.

SOCIOCULTURAL: Cuenta con apoyo familiar (esposo y tres hijos) y de amigos cercanos a la familia.

PSICOEMOCIONAL: Le preocupa que no mejore su salud, después de un mes de estancia intrahospitalaria, por lo que se muestra aprensiva con el tratamiento medico y cuidados de enfermería y pregunta acerca de cómo se le reporta y por los medicamentos que se ministran, etc.

ESPIRITUAL: Siente miedo de no mejorar, y por el contrario, deteriorarse.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

BIOFISIOLÓGICO: Presenta integridad total de los órganos de los sentidos. Presenta debilidad, disnea

G: 3, P: 3, A: 0, C: 0

SOCIOCULTURAL: Se lleva bien con su esposo e hijos de 20, 16 y 14 años respectivamente, y en general con la mayor parte de su familia, acuden a la visita familiares sobre todo.

PSICOEMOCIONAL: Comunicación verbal adecuada, continuamente esta muy reservada con el personal de salud, excepto a su ingreso, cuando se la veía deprimida, y muy emotiva, ya que expresaba como había su trato en el hospital particular.

Comunicación normal, al hablar hace contacto visual con su entrevistador, muestra seguridad al hablar, en congruencia con su expresión verbal.

ESPIRITUAL:

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

BIOFISIOLÓGICO: femenino de 42 años, con integridad del sistema neuro muscular deteriorado por debilidad, secundaria a cirugía, laparotomía exploradora y a proceso de sepsis abdominal

SOCIOCULTURAL

PSICOEMOCIONAL

ESPIRITUAL: Cree en Dios, es católica, medianamente apegada a ir a la iglesia, la hospitalización ha traído consigo el que no pueda ir a la iglesia, pero afirma que ese no es motivo para distanciarse de Dios.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

BIOFISIOLÓGICO: Constitución física frágil en el momento de la valoración.

SOCIOCULTURAL: Refiere que no le preocupa dedicarse al hogar, que lo disfruta, que si le hubiera gustado estudiar alguna carrera, pero que no esta inconforme con su vida.

PSICOEMOCIONAL: Le preocupa llevar mucho tiempo, descuidado su casa y a su familia. Pero aún así se siente apoyada por ellos.

ESPIRITUAL _____

13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

BIOFISIOLÓGICO: Sistema nervioso y de los sentidos íntegros.

Generalmente se encuentra apática, con el personal de salud,

SOCIOCULTURAL: Debido actualmente a estar hospitalizada, solo puede leer, o platicar con sus familiares, ya que se siente cansada todo el tiempo

PSICOEMOCIONAL _____ Cuando esta sin familiar, se muestra muy reservada y/o callada.

ESPIRITUAL _____

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

BIOFISIOLÓGICO: Sistema nervioso y órganos de los sentidos sin alteraciones,

SOCIOCULTURAL. Tiene los estudios de secundaria. Expresa que se siente satisfecha con sus actividades del hogar.

PSICOEMOCIONAL _____

ESPIRITUAL _____

3.7 Etapa de diagnóstico

A continuación se muestra el análisis de cada una de las necesidades, en las que se encontró problemas, así mismo se incluye el grado de dependencia e independencia de cada una de ellas, el rol de la enfermera, así como los diagnósticos enfermeros que se formularon, estos de acuerdo a la taxonomía NANDA y con el formato PES.

**GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD**

G.S.I

FECHA: 14/octubre/07

INICIALES DEL CLIENTE: _____

NECESIDAD AFECTADA: Oxigenación

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
Palidez tegumentaria Tos productiva Estertores respiratorios Disnea (FR de 28) Taquicardia (FC de 110) Inquietud Fatiga	Inquietud, preocupación por su propia salud	Convivencia con fumadores	

- TOTALMENTE DEPENDIENTE
- PARCIALMENTE DEPENDIENTE

- F. FUERZA
- F. VOLUNTAD
- F. DE CONOCIMIENTOS

- R. SUPLENCIA
- R. AYUDA
- R. ACOMPAÑAMIENTO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Patrón respiratorio ineficaz, relacionado con inmovilidad, estasis de secreciones secundaria a cirugía abdominal y dolor, y manifestado por disnea de esfuerzo, taquicardia e inquietud

**GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD**

G.S.I

FECHA: 14/oct/2007

INICIALES DEL CLIENTE: _____

NECESIDAD AFECTADA: Nutrición e hidratación

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
Náusea, Vómito. Anorexia Reflujo gastro esofágico Eructos, Ardor en epigastrio Perdida de peso		Solo expresa que le preocupa que si lo dan de alta, el seguir una dieta especial resultara muy caro. ya que en su ingreso anterior a un hospital particular, le pidieron que comprara las NPT y las latas de ENSURE	

- TOTALMENTE DEPENDIENTE
- PARCIALMENTE DEPENDIENTE

- F. FUERZA
- F. VOLUNTAD
- F. DE CONOCIMIENTOS

- R. SUPLENCIA
- R. AYUDA
- R. ACOMPAÑAMIENTO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de la nutrición por defecto relacionado con la disminución del deseo de comer secundario a anorexia, náusea, vómito, secundarios a gastritis

Déficit de volumen de líquidos relacionado con vómitos y náusea secundarios a gastritis y manifestado por la ingesta insuficiente de líquidos, balance negativo entre ingesta y salidas y perdida de peso

**GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD**

G.S.I

FECHA: 14/oct/2007

INICIALES DEL CLIENTE: _____

NECESIDAD AFECTADA: Termorregulación

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
Hipertermia intermitente de 38 a 38.8. Diaforesis Sudoración			

- TOTALMENTE DEPENDIENTE
- PARCIALMENTE DEPENDIENTE

- F. FUERZA
- F. VOLUNTAD
- F. DE CONOCIMIENTOS

- R. SUPLENCIA
- R. AYUDA
- R. ACOMPAÑAMIENTO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Hipertermia relacionada con un proceso de sepsis abdominal y manifestado por temperatura axilar de 38.8 °C y piel enrojecida

**GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD**

G.S.I

FECHA: 14/oct/2007

INICIALES DEL CLIENTE: _____

NECESIDAD AFECTADA: Necesidad de descanso y sueño

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
Apatía Dolor de la herida quirúrgica Cefalea Dificultad para conciliar el sueño			

- TOTALMENTE DEPENDIENTE
- PARCIALMENTE DEPENDIENTE

- F. FUERZA
- F. VOLUNTAD
- F. DE CONOCIMIENTOS

- R. SUPLENCIA
- R. AYUDA
- R. ACOMPAÑAMIENTO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Alteración del patrón del sueño relacionado con alteraciones medioambientales y con dolor de la herida quirúrgica, y manifestado por dificultad para quedarse dormido y manifestado por la propia paciente.

**GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD**

G.S.I

FECHA: 14/oct/2007

INICIALES DEL CLIENTE: _____

NECESIDAD AFECTADA: Necesidad de higiene y protección de la piel

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
Lesión de zona circundante a drenaje penrose Herida quirúrgica en región abdominal, abierta y cubierta con bolsa de bogota. Imposibilidad de deambulacion Poca movilización Fatiga, debilidad e Incapacidad	Le preocupa, solo que la herida cicatrice y que deje de drenar material purulento, ya que lleva 3 cirugías en el año.		

- TOTALMENTE DEPENDIENTE
- PARCIALMENTE DEPENDIENTE

- F. FUERZA
- F. VOLUNTAD
- F. DE CONOCIMIENTOS

- R. SUPLENCIA
- R. AYUDA
- R. ACOMPAÑAMIENTO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Déficit del auto cuidado relacionados con dolor de la herida quirúrgica y fatiga y con debilidad extrema secundaria a proceso de sepsis y manifestado por incapacidad para lavarse el cuerpo.
 Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con los efectos de la inmovilidad secundarias a dolor y fatiga.

**GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD**

G.S.I

FECHA: 14/oct/2007

INICIALES DEL CLIENTE: _____

NECESIDAD AFECTADA: Necesidad de moverse y mantener una buena postura

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
Fatiga FC 110 Debilidad Rehúsa levantarse a deambular o sentarse, por dolor de la herida quirúrgica o por debilidad extrema por lo que solo se moviliza para el baño y cambio de ropa	Expresa que le da vergüenza teme ser una carga ya por mucho tiempo para sus hijos y su esposo.		

TOTALMENTE DEPENDIENTE
 PARCIALMENTE DEPENDIENTE

F. FUERZA
 F. VOLUNTAD
 F. DE CONOCIMIENTOS

R. SUPLENCIA
 R. AYUDA
 R. ACOMPAÑAMIENTO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Intolerancia a la actividad relacionado con el aumento de las demandas metabólicas secundarias a cirugía abdominal e infección de la herida quirúrgica, y manifestado por fatiga de esfuerzo y debilidad

**GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD**

G.S.I

FECHA: 14/oct/2007

INICIALES DEL CLIENTE: _____

NECESIDAD AFECTADA: Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
Necesita ayuda para el cambio de ropa y el baño.			

- TOTALMENTE DEPENDIENTE
- PARCIALMENTE DEPENDIENTE

- F. FUERZA
- F. VOLUNTAD
- F. DE CONOCIMIENTOS

- R. SUPLENCIA
- R. AYUDA
- R. ACOMPAÑAMIENTO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Déficit del auto cuidado, Vestido, acicalamiento. Relacionado con fatiga y dolor post operatorios y a debilidad y manifestado por dificultad para quitarse o ponerse la ropa.

**GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD**

G.S.I

FECHA: 14/oct/2007

INICIALES DEL CLIENTE: _____

NECESIDAD AFECTADA: Necesidad de evitar peligros

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
Presenta dolor de la herida quirúrgica Agitación Palidez de tegumentos Fatiga Debilidad disnea Riesgo de lesión por caída cada vez que intenta levantarse al baño por debilidad extrema.	Siente miedo de no mejorar, y por el contrario, deteriorarse. Se muestra aprensiva		

- TOTALMENTE DEPENDIENTE
- PARCIALMENTE DEPENDIENTE

- F. FUERZA
- F. VOLUNTAD
- F. DE CONOCIMIENTOS

- R. SUPLENCIA
- R. AYUDA
- R. ACOMPAÑAMIENTO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Dolor agudo relacionado con el traumatismo tisular y los espasmos secundarios a cirugía y a cólico abdominal secundaria a gastritis y manifestado por agitación, palidez y por la propia paciente
 Alto riesgo de lesión relacionado con fatiga, reposo en cama prolongado y con entorno desconocido.

Temor relacionado con perdida del control y lo imprevisible del resultado, secundarios a hospitalización y cirugía y su resultado y procedimientos invasivos, y manifestado por aprensión, debilidad, disnea y manifestado verbalmente por la paciente

**GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD**

G.S.I

FECHA: 14/oct/2007

INICIALES DEL CLIENTE: _____

NECESIDAD AFECTADA: Necesidad de comunicarse

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
		Continuamente esta muy reservada con el personal de salud, excepto a su ingreso, cuando se la veía deprimida, y muy emotiva, ya que expresaba como había su trato en el hospital particular.	

- TOTALMENTE DEPENDIENTE
- PARCIALMENTE DEPENDIENTE

- F. FUERZA
- F. VOLUNTAD
- F. DE CONOCIMIENTOS

- R. SUPLENCIA
- R. AYUDA
- R. ACOMPAÑAMIENTO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

**GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD**

G.S.I

FECHA: 26/oct/2007

INICIALES DEL CLIENTE: _____

NECESIDAD AFECTADA: Necesidad de trabajar y realizarse

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
	Le preocupa llevar mucho tiempo, descuidado su casa y a su familia. Pero aun así se siente apoyada por ellos.		

- TOTALMENTE DEPENDIENTE
- PARCIALMENTE DEPENDIENTE

- F. FUERZA
- F. VOLUNTAD
- F. DE CONOCIMIENTOS

- R. SUPLENCIA
- R. AYUDA
- R. ACOMPAÑAMIENTO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

No.	NECESIDAD	I	TD	PD
1	Oxigenación.			X
2	Nutrición e hidratación.		X	
3	Eliminación			X
4	Moverse y mantener una buena postura.			X
5	Descanso y sueño.			X
6	Uso de prendas de vestir adecuadas.			X
7	Termorregulación.		X	
8	Higiene y protección de la piel.			X
9	Evitar peligros.			X
10	Comunicarse.	X		
11	Vivir según las creencias y valores.	X		
12	Trabajar y realizarse.	X		
13	Jugar y participar en actividades recreativas.	X		
14	Aprendizaje			X

I: INDEPENDIENTE

TD: TOTALMENTE DEPENDIENTE

PD: PARCIALMENTE DEPENDIENTE

3.7.1 Problemas detectados

En este punto cabe aclarar que la persona evaluada tiene alteradas 10 de sus 14 necesidades pero para fines de este trabajo solo se plasmaron en este los diagnósticos correspondientes a 4 de ellas, es decir de las necesidades de oxigenación, de nutrición e hidratación, termorregulación y de seguridad.

- ✓ Patrón respiratorio ineficaz: estado en el que una persona experimenta una pérdida real o potencial de la ventilación adecuada en relación con la alteración del patrón respiratorio (Carpenito, 2003,p 299).
- ✓ Hipertermia: estado en el que una persona experimenta o esta en riesgo de experimentar, un aumento mantenido de la temperatura corporal $>$ de 37.8° en la boca o de 38.8° en el recto, debido a factores externos (Carpenito, 2003,p 544).
- ✓ Alteración de la nutrición por defecto: estado en el que una persona que no esta a dieta absoluta, experimenta o esta en riesgo de experimentar, una ingesta o metabolismo insuficiente de nutrientes para las necesidades metabólicas, con reducción de peso o sin ella (Carpenito, 2003,p 399).
- ✓ Déficit de volumen de líquidos: estado en el que una persona que no esta con dieta absoluta experimenta, o esta en riesgo de experimentar, deshidratación vascular, intersticial o intracelular (Carpenito, 2003, p 566).
- ✓ Dolor agudo: estado en el que una persona experimenta y manifiesta la presencia de una molestia intensa o de una sensación incomoda, que dura mas de un segundo y menos de 6 meses.(Carpenito, 2003,p 119).
- ✓ Alto riesgo de lesión: estado en el que una persona esta expuesta al riesgo de lesionarse debido a un déficit fisiológico o de percepción, al desconocimiento de los peligros, o a la edad de maduración. (Carpenito, 2003, p 344).

- ✓ Temor: estado en el que una persona o grupo de personas experimenta una sensación de de trastorno fisiológico o emocional, en relación con una fuente identificable que se percibe como peligrosa (Carpenito, 2003, p 535).

3.8 Plan de atención de enfermería

1º. Diagnóstico enfermero

Patrón respiratorio ineficaz, relacionado con inmovilidad, estasis de secreciones (secundaria a cirugía abdominal) y dolor al toser, manifestado por taquipnea (FR. 28 y saturación de 78%), disnea, taquicardia e inquietud.

Objetivo

La persona mostrará una frecuencia respiratoria eficaz y experimentará una mejora del intercambio de gases en los pulmones

Intervenciones de enfermería

- Tranquilizar a la persona asegurándole que se están tomando medidas para garantizar su seguridad
- Permanecer junto a la persona y enseñarle a realizar respiraciones más lentas y efectivas, con los labios fruncidos
- Posición semifowler
- Administración de O₂ al 40% con humidificación continua
- Palmo- puño percusión
- Ejercicios respiratorios
- Movilización continúa
- Registro de la saturación de oxígeno y los gases sanguíneos
- Valoración continúa del patrón respiratorio.

- Auscultar campos pulmonares
- Mantener equipo de intubación listo
- Verificar que el equipo de aspiración funcione en óptimas condiciones

Fundamentación

La presencia, la actitud tranquilizadora de la enfermera puede controlar la respiración de la persona, ya que al hacerla consciente de las respiraciones y dándole apoyo, puede aumentar el control de la frecuencia respiratoria. También ayuda a reducir la ansiedad, ya que esta puede exacerbar la disnea y que la persona entre en un estado de pánico disneico. La posición semifowler ayuda a la expansión pulmonar. Así mismo la respiración con los labios fruncidos estimula un aumento del uso de los músculos intercostales, una disminución de la frecuencia respiratoria, aumento del volumen corriente y mejora los niveles de saturación de oxígeno, ya que suministra una presión positiva en las vías aéreas, manteniendo los alvéolos abiertos por más tiempo durante la espiración (Akley, Ladwing, 2007, pp. 1013, 1014).

La vía aérea superior tiene tres funciones principales: calentar, filtrar y humidificar el aire inspirado, por lo que el suministro de oxígeno o de aire comprimido no humidificado puede secar e irritar la mucosa de la vía aérea de la persona. La humidificación implica el agregado de vapor de agua al gas inspirado, la saturación se mide en porcentajes. Y tiene por objetivo disminuir el dolor y sequedad de garganta, disminuir la irritación nasal, el poder expectorar las secreciones con mayor facilidad, ya que el esputo se vuelve menos viscoso.

La palmo puño percusión consiste en golpear una zona específica para ser drenada con la mano ahuecada, en forma rápida y rítmica, esta maniobra está indicada en los pacientes con excesivas secreciones y tenaces, con neumonía o atelectasia (Gauntlett Beare, Myers, 1993, pp. 470, 475).

La saturación del oxígeno inferior al 90% (normal: 95-100%) o una presión parcial de oxígeno inferior a 80 (normal: 80-100%) indica problemas significativos de oxigenación. El uso de los músculos accesorios, aleteo nasal, retracción xifoidea, irritabilidad, confusión, letargo, o cianosis son signos que indican aumento de la dificultad respiratoria y de la hipoxia (Akley, Ladwing, 2007, pp. 1013, 1014).

Criterios de Evaluación

Después de haber realizado las intervenciones se espera que:

La frecuencia respiratoria y frecuencia cardíaca disminuyan y se acerque a cifras normales (FR: 16 a 20 min. y FC: 60 a 80 x min.)

Al toser disminuya el dolor y haya expectoración (tos productiva)

Refiera que no presenta dolor cuando tose

Que las secreciones sean lo más fluidas posible.

Evaluación

La persona experimenta en un inicio mejoría del patrón respiratorio, con Fr: 24, tos productiva aunque en escasa cantidad

2º. Diagnóstico enfermero

Hipertermia relacionada con un proceso de sepsis abdominal y manifestado por temperatura axilar de 38.8 °C y piel enrojecida.

Objetivo

La persona mantendría la temperatura corporal en cifras normales (36 a 37.5°C)

Intervenciones de enfermería

- Enseñar a la persona la importancia de mantener una ingesta suficiente de líquidos (≥ 2000 ml/día) a para evitar la deshidratación. (ya sea por vía intravenosa y vía oral)
- Vigilar las entradas y salidas
- Valorar si la ropa de cama proporciona demasiado calor para el ambiente
- Control de temperatura por medios físicos (compresas húmedo - frías)
- Aplicación de metamizol 1gr. IV por razón necesaria, c/ 8 hrs.
- Aplicación de esquema de antibióticos. (Imipenem 1 gr. IV cada 8 horas, y Gentamicina 80 mg. IV cada 24 horas).
- Curva térmica

Fundamentación:

La ingesta de líquidos o su aplicación vía intravenosa son importantes por que la fiebre provoca aumento del índice metabólico y diaforesis, las cuales causan pérdida de líquidos corporales.

Los efectos fisiológicos de la aplicación de frío en la superficie cutánea, estimula los receptores de la piel, y estos estímulos viajan por los nervios espino talamicos laterales hasta el hipotálamo posterior y de ahí a la corteza cerebral, donde se hace conciente el frío, la reacción del organismo es que haya una disminución del calor. (Rosales Barrera, 1991, pp339).

El metamizol sódico, es un fármaco perteneciente a la familia de las pirazolonas, cuyo prototipo es el piramidón. También se le conoce como dipirona. Esta indicado en casos de dolor agudo post-operatorio o post-traumático, dolor de tipo cólico, dolor de origen tumoral y fiebre alta que no responda a otros antitérmicos. El metamizol actúa sobre el dolor y la fiebre reduciendo la síntesis de prostaglandinas proinflamatorias al inhibir la actividad que la prostaglandina sintetiza.

La fiebre se define como una elevación de la temperatura por encima de la amplitud normal de variación diaria, (> 37.8 · en la boca o de 38.8 · en el recto) y generalmente

es consecuencia de una infección, por tanto la antibiótico terapia va dirigida erradicar el foco infeccioso, en función del diagnostico medico.

La gentamicina es un antibiótico de amplio espectro, que se deriva de especies del *Micromonospora purpurea*, pertenece al grupo de los antibióticos amino glucósidos. Esta indicada en el tratamiento de infecciones del riñón y del aparato genitourinario (incluyendo gonorrea), infecciones respiratorias, septicemia, infecciones de la piel, huesos o tejidos blandos, peritonitis o infecciones pélvicas (incluyendo aborto séptico), infecciones graves del sistema nervioso central (meningitis), infecciones gastrointestinales, heridas infectadas, y quemaduras infectadas.

El imipenem/ cilastatina es un antibiótico betalactámico de amplio espectro, del grupo de las tienamicinas (los denominados carbapenems). El espectro antibacteriano del imipenem cubre gérmenes tanto gramnegativos como grampositivos. Está indicado para el tratamiento de infecciones respiratorias, urinarias, intraabdominales, óseas y articulares, de piel y tejidos blandos, septicemias u otra infección grave (excepto meningitis) provocada por microorganismos resistentes a otros antibióticos, y que han resultado sensibles a Imipenem.

La molécula añadida, la cilastatina, no posee una actividad antibacteriana propia y tampoco tiene influencia en el efecto antibacteriano del imipenem. La cilastatina posee dos características:

1. Reduce la hidrólisis del imipenem en los riñones, con lo que aumenta la concentración urinaria del imipenem.
2. Impide la nefrotoxicidad del antibiótico, observada en conejos y monos a dosis muy elevadas. (Vademécum, IPE digital, 2001)

El medir la temperatura del usuario cada 4 o 6 horas (curva térmica) o cuando se produzca un cambio en su estado, puede ayudar al reconocimiento de su fuente y a su mejor control y seguimiento (Akley, Ladwing, 2007, pp. 672).

Criterios de evaluación:

Después de las intervenciones se espera que la paciente:

Tenga una temperatura en cifras normales (36 – 37.7 oC)

No presente deshidratación

Evaluación

La persona experimenta alivio de la hipertermia por solo unas horas durante el día. Con una temperatura entre 36.8 y 37.2, pero el resto del tiempo, sobre todo por la tarde y noche continúa la hipertermia.

3°. Diagnóstico enfermero

Alteración de la nutrición por defecto relacionado con la disminución del deseo de comer secundario a anorexia, náuseas, vómito, secundarios a gastritis.

Objetivo

La persona satisfará las necesidades alimenticias diarias de acuerdo con el grado de actividad y las necesidades metabólicas.

Intervenciones

- Determinar las necesidades calóricas diarias realistas y adecuadas. Consultar con el dietista.
- Pesar a diario, controlar los resultados del laboratorio
- Explicar la importancia de una nutrición adecuada
- Planificar la asistencia de forma que no se realicen las intervenciones desagradables cerca de las horas de comida
- Mantener una buena higiene oral antes y después de comer

- Proponer comidas pequeñas y frecuentes (seis al día, más aperitivos) para reducir la distensión del estomago.
- Proporcionar suplementos alimenticios, como la dieta polimérica 3 latas al día.
- Enseñar a la persona a que coma todo aquello que pueda tolerar
- Administración de nutrición parenteral, 2000 ml cada 24 horas.
- Administración de difenidol 1 ampula IV preprandial

Fundamentación

Los requerimientos calóricos aumentan en los procesos agudos; así, en un paciente post quirúrgico simple hay un incremento del 10-15%; en un paciente febril, el incremento es de 5.8 por cada grado de fiebre; en un paciente con sepsis severa, del 50%; en peritonitis grave, entre 20-40%; así, las modificaciones en los requerimientos implican, en ocasiones, modificación en la vía de administración.

El seguimiento del peso diario permite valorar continuamente la pérdida del mismo y por tanto el estado nutricional de la persona. Junto a este deben valorarse otros signos de mal nutrición como pelo quebradizo, hematomas, piel seca, palidez de piel y conjuntivas, debilidad muscular, lengua roja y lisa, queilosis, erupción cutánea de tipo escamoso en las extremidades inferiores y desorientación (Akley, Ladwing, 2007pp. 969).

El instruir al paciente sobre la importancia de una dieta equilibrada elimina una laguna de ignorancia y aporta información, y disminuye el riesgo de una alimentación insuficiente.

Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el dolor y la náusea inhiben el apetito, por lo que los procedimientos deben programarse para que no produzcan conflictos a la hora de las comidas. Así mismo tres comidas grandes al día pueden ser demasiado para el paciente por lo una dieta fraccionada produce menos fatiga.

La higiene oral humedece y limpia las mucosas de la cavidad oral, estimula la salivación e incrementa el sentido del gusto. (Kozier, 1999, pp. 1098).

Las dietas poliméricas son fórmulas nutritivas de elaboración industrial, que tienen por objetivo el compensar los déficit en los pacientes que realizan una alimentación insuficiente. Están indicadas en aquéllos pacientes con reducción de su ingestión habitual por anorexia, intolerancia o aversión a ciertos alimentos, y en aquellos que, aún manteniendo una ingestión aceptable, no es adecuada para sus necesidades nutritivas elevadas a causa del proceso patológico que padecen. Estas fórmulas de preparación industrial utilizables como suplementos, pueden ser de varios tipos y cubrir diferentes indicaciones, es decir que pueden ser normo proteicas, hiperproteicas, especiales (para pacientes diabéticos), etc. (Carpintero Avellaneda, documento en línea).

La nutrición parenteral consiste en tratamiento endovenoso destinado a reponer o mantener el estado nutricional. Se usa en pacientes cuyo tracto gastrointestinal no está funcionando (no es apto) o en los que se requiere un periodo largo de ayuno. Existen dos modalidades: la nutrición parenteral **central** (NPC) y la **periférica** (NPP). Se controla con parámetros de laboratorio: electrolitos plasmáticos, glicemia, uremia, hemograma, proteinemia, calcemia, fosfemia, ácido úrico, fosfatasas alcalinas, protrombina. Estos parámetros deben corregirse, evitando excesos o déficit, estableciendo dosis de aporte.

La NPC se utiliza en pacientes con requerimientos mayores y que se prolongarán más allá del post operatorio. Sus ventajas son una absorción del 100%, infusión continua, que impide exceso de déficit de algún componente y que no usa tubo digestivo, lo que es útil en un grupo específico de pacientes (De la torre Ignacio. Documento en línea.)

El difenidol es un antiemético y antivertiginoso. Está indicado en la prevención y tratamiento sintomático del vértigo periférico y asociado a náuseas y vómitos en condiciones tales como la enfermedad de Menière y cirugía del oído medio y/o interno. Prevención y tratamiento de náuseas y vómitos asociados con estados post-operatorios, neoplasias malignas, laberintitis, terapia con agentes neoplásicos, radioterapia y

enfermedades infecciosas. Ejerce un efecto específico en el aparato vestibular para controlar el vértigo e inhibe los quimiorreceptores de la zona de disparo que controlan la náusea y el vómito (Vademécum, IPE digital, 2001).

Criterios de evaluación

Después de las intervenciones se espera que:

La persona refiera la importancia de una buena nutrición

Que tolere al menos 1/3 parte de su dieta diaria

Disminuyan sus náuseas

Evaluación

La paciente tolera al menos dos frutas al día (manzana o pera) y una lata de dieta polimérica, hubo disminución de la náusea.

4º. Diagnóstico enfermero

Déficit de volumen de líquidos relacionado con vómitos y náuseas secundarios a gastritis y manifestado por la ingesta insuficiente de líquidos, balance negativo entre ingesta y salidas y pérdida de peso.

Objetivo

La persona mantendrá una ingesta de líquidos de acuerdo a su edad y necesidades nutricionales.

Intervenciones

- Valorar si la persona comprende las razones para mantener una hidratación suficiente y los métodos para alcanzar el objetivo de la ingesta de líquidos.
- Control de líquidos
- Pesar diariamente, con el mismo tipo de ropa y a la misma hora. Una reducción de peso del 2 al 4 % indica deshidratación leve, reducciones del 5 al 9% indican deshidratación moderada.
- Controlar los valores de electrolitos sericos, nitrógeno ureico en sangre, osmolaridad en orina y suero, creatinina, hematocrito y hemoglobina.
- Tener en cuenta las perdidas adicionales de líquidos asociados a vómito, la fiebre y a drenajes
- Mantener registros exactos de de la cantidad y tipo de drenajes
- Pesar los apósitos para calcular las perdidas de líquidos
- Medición de la Presión Venosa Central cada 4 horas.
- Cubrir las heridas para reducir las perdidas de líquidos.
- Administración de soluciones parenterales (Mixta 1000, con 60 mEq KCL para cada 12 horas)
- Administración de nutrición parenteral 2000ml para 24 horas.

Fundamentación

Con base en el peso corporal, los requerimientos usuales diarios de agua para adultos normales varían entre 21 y 43 ml /kg; el promedio es de 32 ml/Kg.

El control de líquidos es un procedimiento de registro de los líquidos que ingresan y egresan del paciente. El balance de agua y electrolitos está determinado por el volumen de agua ingerida y el volumen de agua excretado. Las fuentes de ingesta de agua incluyen el agua consumida, los alimentos ricos en agua, como las frutas, así como el agua que genera el metabolismo oxidativo, en el ambiente intrahospitalario se suman a estas los líquidos que se administran por vía parenteral. Las fuentes de excreción de agua son la orina, el sudor, las secreciones gastrointestinales y vapor en el aire espirado.

Dentro de la cuantificación y registro de las pérdidas también se cuentan los drenajes (sondas y tubos), hemorragias, vómito y diarrea. Se recomienda pesar los pañales y apósitos antes de usarlos y después para llevar un control exacto, sin embargo en ocasiones también se llevan a cabo apreciaciones aproximadas sobre todo para aquellos líquidos que no pueden medirse directamente; sin embargo, es preferible formular una apreciación a no hacer alguna anotación de la cantidad.

El monitorizar diariamente el peso, antes del desayuno es importante por las variaciones bruscas reflejan cambios en el volumen de líquidos del organismo. Una pérdida de 400 gramos refleja una pérdida de líquidos de aproximadamente 500 ml.

La presión venosa Central es la presión que reina en los grandes troncos venosos intratorácicos. Su medición está indicada en pacientes en los que se sospecha una pérdida de volumen, ya que la monitorización de la PVC es una guía útil para su reposición. La PVC por lo tanto no refleja el estado de volumen circulante, más bien indica la relación entre el volumen que ingresa al corazón y la efectividad con que este lo eyecta. El rango normal es de 3-10 cm. de H₂O. (Leal, Esteban, documento en línea)

El control de líquidos está indicado en pacientes en estado crítico por enfermedad aguda, con traumatismos graves o grandes quemaduras, pacientes en estado postoperatorio de cirugía mayor, pacientes con drenajes masivos, como ileostomías o fístulas entero cutáneas, o aspiración gastrointestinal, pacientes con pérdidas excesivas de líquidos y requerimientos aumentados (diarrea y fiebre, entre otros) (Rivera Castro, documento en línea).

Los electrolitos son aquellas sustancias que se hallan disueltas en los líquidos del organismo: potasio, sodio, cloro, calcio, bicarbonato sódico, magnesio y fosfato. La concentración de estos electrolitos debe mantenerse dentro de un rango muy estrecho correspondiente a la normalidad; múltiples enfermedades, trastornos y medicamentos pueden provocar desequilibrios. Para llevar un control se toman muestras de laboratorio periódicamente (sangre, orina).

Las soluciones mixtas contienen cloruro de sodio 0.9 g y glucosa anhidra 5.0 g. y están indicadas en las alteraciones del estado hidroelectrolítico y satisfacción de necesidades calóricas. El cloruro de potasio (KCL) está indicado para la profilaxis y tratamiento de la hipocaliemia; así como las deficiencias del potasio, también está indicado para contrarrestar la pérdida del potasio producida por agentes tiacídicos y otros diuréticos en pacientes cirróticos y digitalizados.

Criterios de evaluación

Después de las intervenciones se espera que:

La persona tenga una ingesta mayor de líquidos por vía oral

Que los controles de líquidos sean neutros o positivos

Detener la pérdida de peso por deshidratación

Evaluación

La persona presentó mejoría después del inicio de la NPT y de las soluciones parenterales, ya que sigue sin tolerar casi la vía oral. Se detuvo la pérdida de peso.

5°. Diagnóstico enfermero

Dolor agudo relacionado con el traumatismo tisular y los espasmos secundarios a cirugía y a cólico abdominal secundaria a gastritis y manifestado por agitación, palidez y por la propia paciente

Objetivo

La persona experimentará mejoría y disminución o desaparición del dolor después de una medida de alivio satisfactoria.

Intervenciones

- Reconocer la presencia del dolor
- Escuchar atentamente todo lo relacionado con el dolor
- Valorar las características del dolor, su duración, su intensidad y su presencia.
- Explicar las causas del dolor a la persona, como lo es la cirugía, y posteriormente las curaciones tres veces al día.
- Mantener la paciente en posición cómoda
- Enseñar técnicas para reducir la tensión muscular esquelética, lo que reducirá la intensidad del dolor.
- Después de administrar ketorolaco 30mg para el alivio del dolor, volver a los 30 minutos para valorar su eficacia
- Aplicación de omeprazol 40 mg. I.V. cada 24 horas.
- Dar a la persona la oportunidad de descansar durante el día, con periodos de sueño sin interrupción por la noche (debe descansar cuando el dolor sea menor).
- Enseñar a la paciente a minimizar la tensión en el sitio de la incisión

Fundamentación

La valoración del dolor es tan importante como tomar las constantes vitales, incluso la American Pain Society sugiere aplicar el concepto de valoración del dolor como la “quinta constante vital”. Se sugiere utilizar la escala de puntuación numérica del 0 al 10 o la escala de dolor de expresiones faciales. Las calificaciones de la intensidad del dolor como elemento único son fiables como mediciones de su intensidad.

Uno de los pasos más importantes hacia la mejora del control del dolor consiste en una mejor comprensión de la naturaleza del mismo y su tratamiento por parte del usuario, además del papel que este debe asumir para controlarlo.

La enseñanza de bioautorregulación u otras formas de terapia de relajación con frecuencia se usan para aliviar el dolor, reducir los espasmos musculares y disminuir el estrés.

Las intervenciones farmacológicas son la piedra angular en el tratamiento del dolor moderado a grave. El ketorolaco es un antiinflamatorio no esteroideo con acción analgésica., está indicado en el tratamiento a corto plazo, no mayor de 14 días, del dolor moderado a severo. Como en postoperatorio, tratamiento de dolor que ocasiona el cáncer, migraña, etc.

El omeprazol está indicado para el tratamiento a corto y largo plazo de los signos y síntomas relacionados con los trastornos ácido-pépticos. En: dispepsia ácido-péptica y prevención de síntomas dispépticos; como pirosis (agruras) y dolor epigástrico (Vademécum, IPE digital, 2001).

Criterios de evaluación

Después de las intervenciones se espera que:

La persona refiera disminución del dolor

Que la persona comunique que sabe utilizar las técnicas de relajación muscular para disminuir el dolor.

Evaluación

La paciente hizo una referencia de disminución relativa del dolor gracias a las medidas terapéuticas dictaminadas.

6º. Diagnóstico enfermero

Alto riesgo de lesión relacionado con fatiga, reposo en cama prolongado y con entorno desconocido.

Objetivo

La persona ya no tendrá de riesgo de lesión por caída

Intervenciones

- Orientar en el entorno, explicar el sistema de llamada y valorar la capacidad de la persona para utilizarlo
- Supervisar de cerca de ala persona para valorar su seguridad
- Utilizar iluminación nocturna
- Observar con frecuencia
- Pedir a los compañeros de sala, si es posible que avisen a la enfermera si surgen problemas
- Utilizar camas bajas, con barandales levantados
- Colocar a la persona en una sala cercana a un punto concurrido (control de enfermería).
- Proporcionar pase de 24 horas a familiar.

Fundamentación

La orientación del entorno da seguridad al cliente y la enseñanza acerca de las precauciones necesarias pone sobre aviso a la persona y promueve un comportamiento de seguridad

Las caídas pueden ocurrir a cualquier edad. Con frecuencia, la mesilla de noche, los estantes a los lados de la cama y los timbres fuera del alcance de la persona provocan

caídas, por lo tanto es fundamental para la seguridad un entorno ordenado y no abarrotado en el que los objetos estén al alcance de la mano.

La supervisión continua reduce la ansiedad y los comportamientos peligrosos del cliente y previene la posibilidad de caídas (Kozier, 1999, pp759).

La inadecuación de la iluminación es otro factor que contribuye a las caídas. La iluminación débil o deslumbrante puede dificultar la visión y por tanto ser un peligro para la seguridad. En un entorno adecuadamente iluminado no se dan ni la oscuridad ni el deslumbramiento, ni tampoco las sombras profundas.

Las personas con deterioro de la movilidad a causa de debilidad muscular o alteraciones del equilibrio y la coordinación son siempre propensas a sufrir accidentes. Los clientes debilitados por enfermedad o intervenciones quirúrgicas no siempre están concientes de su situación, aunque no es frecuente que algunas personas se crean capaces de caminar y se caigan mientras lo intentan (Kozier, 1999, pp749).

Criterios de evaluación

Después de las intervenciones se espera que:

La persona identifique los factores que aumentan el riesgo de lesiones (por caída).

Disminución del riesgo de caída.

Evaluación

Hasta el momento la persona no ha sufrido lesiones

7°. Diagnóstico enfermero

Temor relacionado con pérdida del control y lo imprevisible del resultado, secundarios a hospitalización y cirugía y su resultado y procedimientos invasivos, y manifestado por aprensión, debilidad, disnea y manifestado verbalmente por la paciente

Objetivo

La persona referirá un mayor bienestar psicológico y fisiológico.

Intervenciones

- Valorar el origen del miedo del usuario
- Hacer describir al usuario el objeto de sus temores, si lo conoce, (puede ser ansiedad flotante.)
- Hablar despacio y con tranquilidad y contestar todas sus dudas acerca de su estado de salud y de los procedimientos que se le realizaran y explicar por que son necesarios y cuanto tiempo tomaran (como el cuidado y vendaje de la herida quirúrgica, etc.)
- Dejar espacio personal
- Animar a la expresión de los sentimientos
- Aconsejar respuestas que reflejen la realidad. Hablar de todos los aspectos positivos que se pueden cambiar y de los que no es posible cambiar. Proporcionar una atmósfera que no resulte emocionalmente amenazante
- Enseñar técnicas de relajación como la respiración lenta y rítmica, la auto preparación, detención de los pensamientos, etc.

Fundamentación

La capacidad para experimentar miedo es adaptativa, permitiendo la respuesta y enérgica a una amenaza o miedo inminente.

Esto sirve como herramienta de valoración para entender mejor la experiencia del usuario y darle mejores cuidados, y adquirir practica profesional para valorar la experiencia de otros.

Explorar los sentimientos subyacentes puede ayudar al usuario a confrontar conflictos no resueltos y desarrollar técnicas de afrontamiento

Un control adecuado de nuestra respiración es una de las estrategias más sencillas para hacer frente a las situaciones de estrés y manejar los aumentos en la activación fisiológica provocados por estas.

El objetivo de las técnicas de respiración es facilitar el control voluntario de la respiración y automatizarlo para que pueda ser mantenido en situaciones de estrés.

Criterios de evaluación

Después de las intervenciones se espera que:

La persona pueda comentar los temores

Presente menos episodios de aprensión

Identifique sus propias respuestas de afrontamiento.

Evaluación

La paciente consiguió estar ligeramente más tranquila (control del síntoma).

3.9 Evaluación

En este apartado cabe precisar que las intervenciones de enfermería se pusieron en práctica desde el primer día de contacto con la cliente, al elegir este caso clínico y con el paso de los días se fueron modificando, según cambiaba el estado de salud de la misma.

Las necesidades alteradas a las que se aplicó el plan de atención fueron la de oxigenación, nutrición e hidratación, termorregulación y la seguridad. A continuación se evaluarán cada una por separado:

En cuanto a la necesidad de oxigenación, en el momento en que se planearon y ejecutaron las intervenciones de enfermería hubo una mejora, aunque solo en los primeros días, ya que posteriormente continuó con el patrón respiratorio ineficaz, hasta su egreso a la UCI.

Respecto a la necesidad de termorregulación, las intervenciones de enfermería tanto independientes como interdependientes fracasaron ya que la persona continuó con fiebre la mayor parte del tiempo, experimentando alivio generalmente más por las mañanas.

En la necesidad de nutrición e hidratación, correspondiente al 3° y 4° diagnósticos enfermeros, la persona presentó mejoría en el estado de salud, en el sentido de que disminuyó sus náuseas, toleró un poco la vía oral, por lo que hubo mayor ingesta al menos de líquidos (agua), se mantuvo estática en su peso, es decir que dejó de perderlo por la deshidratación y falta de alimentación V.O.

En cuanto a la necesidad de seguridad, que corresponde a 5°, 6°, y 7° diagnósticos enfermeros, las intervenciones de enfermería fueron relativamente exitosas, ya que si no desaparecieron completamente el dolor y el temor, al menos hubo control de los síntomas, del dolor desapareció casi por completo, excepto a los periodos de tiempo posteriores a las curaciones, y del temor se logró un control o disminución del mismo al menos durante su estancia en el servicio, ya que a su egreso en la UCI, se la mantenía bajo sedación debido a

la inquietud que llegó a presentar. En cuanto al riesgo de caída, la persona no sufrió traumatismos durante su estancia en el servicio.

También debe mencionarse que el periodo de tiempo en que se interactuó con la persona para realizar este estudio de caso fue de 7 días, aunque su estancia en el servicio inicialmente fue de 35 días, ya que posteriormente la cliente fue trasladada al servicio de quirófano para la Laparotomía exploradora y un lavado quirúrgico abdominal y de ahí fue cambiada de área hospitalaria. Del servicio de Cirugía General al área de UCI, al comenzar a mostrar signos y síntomas de septicemia y de falla orgánica múltiple, reingreso al servicio de cirugía general el 26 de octubre del 2007, para comenzar nuevamente con deterioro del estado general por lo que se pidió nuevamente se reingreso a UCI, donde falleció el 03 de noviembre del 2007.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos en el presente estudio de caso, se pudo evidenciar que el Proceso de Atención de Enfermería nos permite trabajar en forma sistemática y organizada, identificando problemas y darles seguimiento con la planificación y ejecución de las intervenciones de enfermería individualizados.

El modelo conceptual de Virginia Henderson, conjuntamente, nos permitió considerar a la persona desde todos los puntos de vista de su entorno, es decir como un ser bio- psico- social y espiritual, permitiendo así una valoración más completa desde el punto de vista de las 14 necesidades fundamentales que se proponen en este modelo. Así mismo se apreció el grado de independencia y/o dependencia de la persona, con lo que se planearon las actividades de enfermería que se plasmaron en el presente trabajo.

Desde el punto de vista de los objetivos establecidos inicialmente, se puede decir que estos se cumplieron de manera relativa, es decir, que si bien, si se realizó el estudio de caso con el fin de ayudar a la persona elegida en la satisfacción de sus necesidades, como se instituyó en el objetivo general, al final, esto se consiguió solo parcialmente, ya que la persona finalmente falleció, no obstante el llevar a cabo cada una de las etapas del plan de atención, como está plasmado en los objetivos específicos.

Es decir que si bien se instituyó una base de datos, se formularon diagnósticos, se planearon actividades y se evaluaron estas a corto plazo durante el tiempo que se tuvo a mi cargo el cuidado de la persona, esta solo mejoró su estado de salud de manera mínima, o en ocasiones nula, ya que hubo control de los síntomas, como el dolor o el temor, pero no desaparecieron del todo, también se detuvo la pérdida de peso, y la deshidratación y en esto si hubo una mejora al menos al inicio, ya que al hacer el seguimiento posterior, cuando la persona estuvo a cargo de otro servicio hospitalario (UCI), y a su reingreso, se vio que continuaba con deterioro del estado general de salud y su dependencia iba en aumento, hasta su deceso que ocurrió también en la Unidad de Cuidados intensivos.

Vale la pena mencionar que si bien no se pudo ayudar casi en nada a la persona, el presente estudio de caso es útil en el sentido de que ayudó a integrar los conocimientos teóricos que se tenían del manejo del proceso de atención de Enfermería en una práctica real, que nos mejora en todos los sentidos como profesionales ya que solo a través de la práctica continua es como se llega a un conocimiento mayor del uso de esta metodología y a por lo tanto de un manejo aceptable del mismo.

OBRAS CONSULTADAS

ACKLEY, Betty J., Gail B, Ladwing. (2007) Manual de diagnósticos de enfermería: guía para la planificación de los cuidados. 7ª. Edición. Madrid: Elsevier, 1316 p.

ALFARO- LEFEVRE, Rosalinda (2005). Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5a. ED. Barcelona: Masson, S.A., 274p.

ATKINSON, Leslie D., Mary Ellen Murray. (1985). Proceso de Atención de Enfermería. 2ª ED. México: El Manual Moderno. 141p.

ANIORTE HERNÁNDEZ, Nicanor. (2001. Historia de la enfermería. En: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_histor_enfermer1.htm Fecha de consulta: 10/Oct/2007.

CARPENITO, Lynda Juall. (c1995) Diagnostico de enfermería: aplicación a la practica clínica .Edición 3a ED. Madrid; México: Interamericana McGraw-Hill, 1335 p.

CARPENITO, Lynda Juall. (c2003). Manual de diagnostico de enfermería. 9a ED. Madrid; México: McGraw-Hill Interamericana, 794 p.

CARPINTERO AVELLANEDA J. L. Soporte nutricional enteral. En: principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos. Monografía Web. Disponible en: <http://tratado.uninet.edu/c050804.html#Tabla%203>. Fecha de consulta: 10/enero/2008.

CISNEROS, G Fanny, (2002) Introducción a los modelos y teorías de enfermería. En: <http://atenea.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>. Fecha de consulta: 02/noviembre/2007.

COLLIERE, Marie-Francoise. (1993). Promover la vida. México: Interamericana McGraw-Hill, 395 p.

COMITÉ DE BIOÉTICA DE CATALUÑA. (2002). Guía sobre el consentimiento informado. En: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/esconsentiment.pdf>. Fecha de consulta: 31/enero/2008.

DE LA HOZ, Jaime. (2003). Sepsis abdominal. En: http://www.fepafem.org.ve/Guias_de_Urgencias/Alteraciones_Gastrointestinales/Sepsis_abdominal.pdf. Fecha de consulta: 27/agosto/2007.

DE LA TORRE, Ignacio. Nutrición enteral y parenteral. En: <http://www.geocities.com/dctrsergio.geo/Qx/nutricion.html>. Fecha de consulta: 13/diciembre/2007.

DE LA TORRE, Ignacio. Sepsis Abdominal. En: <http://www.geocities.com/dctrsergio.geo/Qx/sepsis.html>. Fecha de consulta: 05/diciembre/2007.

DÍAZ ZAMORA, Carlos Nieto Galvis. (2000) Utilización del proceso de enfermería en el ejercicio clínico profesional en seis instituciones prestadoras de servicios de salud en Santa Fé de Bogotá. En: Actualizaciones en enfermería. **Vol. 3 No. 4, ISSN 0123-5583** Revista Web. Disponible en: <http://encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria3200-utilizacion1.htm>. Fecha de consulta: 08/noviembre/2007.

DUEÑAS FUENTES, José Raúl. (2001) Dorotea Orem. En: <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias3.htm>. Fecha de consulta: 05/noviembre/2007.

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN. Semblanza Jean Watson. En http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson. Fecha de consulta 11/oct/2007

FERNÁNDEZ FERRIN, Carmen, et al. (2000). ENFERMERIA. Enfermería fundamental. Barcelona: Masson, S.A., 422p.

FERNÁNDEZ FERRIN, Carmen y Gloria Novel Martí. (1993,). El proceso de atención de enfermería. Estudio de casos. Barcelona: Masson, Salvat *Enfermería*, 115p

GAUNTLETT BEARE, Patricia y Judith L. Myers. (c1993). Enfermería. Principios y práctica. Madrid: Medica Panamericana, S.A., 4 Vol.

GUILLÉN, VELASCO, Rocío del Carmen. (2002) Enfoque conceptual de enfermería. En: <http://www.exactas.unlpam.edu.ar/academica/carreras/enfermeria/documentacion/enfoqueconceptualENFERMER%CDA.PDF>. Fecha de consulta: 2/noviembre/2007.

GRIFFITH JW, Christensen PJ. (1986). Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. México: El Manual Moderno; 406 p.

HISTORIA DE LA ENFERMERÍA. En http://usuarios.lycos.es/aficionada1/historia_de_la_enfermeria.htm. Fecha de consulta: 02/noviembre/2007.

IBARRA FERNÁNDEZ, Antonio José. (2007). Diagnósticos de enfermería (NANDA) aplicados a los cuidados críticos pediátricos y neonatales. En: tratado de enfermería cuidados críticos, pediátricos y neonatales, capítulo 22. ISSN: 1885-7124. Disponible en <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo22/capitulo22.htm>. Fecha de consulta: 01/diciembre/ 2007.

JIMÉNEZ-CASTRO Ana Bertha, María Teresa Salinas-Durán y Teresa Sánchez-Estrada. (2004). Algunas reflexiones sobre la filosofía de Virginia Henderson. Rev

Enfermería IMSS; 12 (2): pp. 61-63. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/60ABE43C-1330-40E1-BA8E-0B9B01DA9A19/0/2_6163.pdf. Fecha de consulta: 18/febrero/2008.

KOZIER, Bárbara. (1999). Fundamentos de enfermería. Conceptos, procesos y práctica. Volumen 1. 5ª. Edición. México: Mc Graw-Hill Interamericana. 2 vol.

KOZIER, Bárbara, Glenora Erb y Kathlee Blais (1995). Conceptos y temas en la práctica de la enfermería. 2ª. ED. México: Interamericana, McGraw Hill, 654p.

LEAL, Esteban. Presión venosa central y presión arterial media. En: <http://reeme.org/materials/PVC%20y%20PAM.pdf>. Fecha de consulta: 11/enero/2008.

MARRINER, ANN (1989) Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: Rol, 1989, 345 p.

MEDINA, José Luís. (1999) La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Leartes, 307p.

MONTIEL SERRANO, D, et al. Valoración del abdomen agudo en urgencias. En principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos, revista Web. Disponible en: <http://tratado.uninet.edu/c030101.html>. Fecha de consulta: 27/diciembre/ 2007.

N.A.N.D.A. (2005). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2005-2006. Madrid: NANDA Internacional, Elsevier, 299p.

NIETO SILVA, Julio Alberto. Sepsis Abdominal. En: Revista Web Colombiana de Cirugía, http://encolombia.com/cirugia15300_contenido.htm. Fecha de consulta: 24/diciembre/2007.

PACHECO ARCE, Ana Laura... et al. (2007). Fundamentación teórica para el cuidado. Antología de textos. México: ENEO, UNAM, 402p

SANTOS BLANCO, F, (2004) Cuidados de enfermería. Actas de la sociedad española de enfermería oftalmológica, Vol. 1 enero-diciembre. En: <http://www.oftalmo.com/enfermeria/enfermeria2004/15.htm>. Fecha de consulta: 02/enero/2008

SECRETARIA DE SALUD, Subsecretaria de Innovación y Calidad, Comisión Interinstitucional de Enfermería. (2001). Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México. En: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/page/pdf/codigo_etica.pdf. Fecha de consulta: 31/enero/2008.

SUÊUDA COSTA, Maria. Evaluación de la aplicabilidad de la Teoría de Watson en un estudio empírico. En: <http://www.enfervalencia.org/ei/78/articulos-cientificos/4.pdf>Cuidado. Fecha de consulta: 12/diciembre/2007.

REYES B, Isadora. Definición de enfermería. En: <http://www.monografias.com/trabajos16/virginia-henderson/virginia-henderson.shtml>. Fecha de consulta: 21/noviembre /2007.

RIVERA CASTRO, Sandra Piedad. Control de líquidos administrados y eliminados. En: <http://www.fepafem.org.ve/Guias de Urgencias/Enfermeria/Control de liquidos administrados y eliminados.pdf>. Fecha de consulta: 11/Enero/2008. (Activo)

ROLDAN DE T, Amparo, María Stella Fernández de S. (1998). El proceso atención de enfermería. Disponible en: <http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/proceso.htm#nota>. Fecha de consulta: 8/noviembre/2007.

RONAN, O`RAHILLY, MD. (c1986). Anatomía de Gardner. 5ª. ED. México: Interamericana, Mc Graw Hill, 928p.

ROSALES BARRERA, Susana y Eva Reyes Gómez. (1991). Fundamentos de enfermería. México. El manual moderno, 463p.

RUBIO DOMINGUEZ, Severino, coord. (2007). Teorías y modelos para la atención de enfermería. Antología de textos. México: ENEO, UNAM, 335p.

RUSTGI, Anil K. (2005). Los requisitos en gastroenterología. Vol. 2. Intestino grueso y delgado. España: Elsevier, 309p

UGALDE Apalategui, comentarista. Diagnostico en enfermería de la N.A.N.D.A. Barcelona: Masson, c1995, 331 p

VADEMÉCUM FARMACÉUTICO. (2001). IPE digital. 10ª. Edición. México. Rezza editores.