



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE
SANICOLÁS DE HIDALGO.**

**ESCUELA DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA.**

**“LA METODOLOGÍA DE ENFERMERÍA Y LA VALORACIÓN DE LAS
14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA
USUARIA CON CISTITIS”**

PROCESO DE ENFERMERIA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Licenciada en enfermería.

PRESENTA:

P. L. E. Patricia Bolaños Estefes.

ASESORA:

L. E. O. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala.

Morelia, Mich.; Enero del 2006.



DIRECTIVOS

DIRECTOR DE LA ESCUELA

SECRETARÍA ACADÉMICA

SECRETARÍA ADMINISTRATIVA

JURADO

L. E. O. MA. LILIA ALICIA ALCANTAR ZAVALA.

PRESIDENTE

VOCAL 1

VOCAL 2

SUPLENTE

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

POR HABERME PUESTO EN ESTA VIDA, PERO SOBRE TODO POR HABERME AYUDADO A ELIGIR ESTA CARRETA MARAVILLOSA QUE ES LA ENFERMERÍA, POR DARME DÍA A DÍA LA SABIDURIA PARA NO FALLARLE A LAS PERSONAS QUE PONE EN MIS MANOS, MUCHAS GRACIAS.

A MI MADRE:

GRACIAS POR HABERME DADO LA VIDA, POR TENERME CONFIANZA EN TODO LO QUE HICE ESPERO NO DEFRAUDARLA NUNCA.

A MIS HERMANOS (AS):

POR SU APOYO INCONDICIONAL QUE SIEMPRE ME BRINDARON HASTA EL ÚLTIMO MOMENTO, QUE DIOS LOS AYUDE EN TODO LO QUE SE PROPONGAN.

A MIS MAESTROS:

PORQUE EN CADA UNO DE ELLOS ME LLEVO MUCHOS CONOCIMIENTOS QUE DURANTE CUARO AÑOS ME DIERON GRACÍAS A ELLOS AHORA SOY LICENCADA EN ENFERMERÍA, POR QUE SIN UNOS BUENOS MAESTROS NO PUEDE HABER BUENOS ALUMNO, QUE DIOS LOS BENDIGA A TODOS.

A MI PACIENTE:

GRACIAS POR HABER CONFIADO EN MÍ Y POR SU GRAN COLABORACIÓN QUE TUVO DÍA CON DÍA EN EL DESARROLLO DE ESTE PROCESO

A MI ASESORA:

POR TODO SU APOYO INCONDICIONAL Y POR SER SIEMPRE AMABLE Y SOBRE TODO POR SU GRAN PACIENCIA QUE ME TUVO DURANTE TODO EL PROCESO DE ESTE PROYECTO MUCHAS GRACIAS MAESTRA MA. LILIA ALICIA ALCANTAR ZAVALA.

A TI:

POR EL GRAN APOYO QUE ME AS BRINDADO EN ESTOS AÑOS Y HASTA EL ÚLTIMO MOMENTO, GRACIAS POR TODOS LOS MIMUTOS, LAS HORAS Y DÍAS QUE ME AS HECHO FELIZ POR TODOS ESOS MOMENTOS HERMOSOS QUE HE VIVIDO A TU LADO GRACIAS POR CONFIAR EN MI, TE AMO.

EL SER HUMANO NO SOLO NECESITA CUARSE SINO TAMBIÉN DE AMOR Y CUIDADOS.

INDICE

	Pág.
I.- INTRODUCCIÓN-----	1
II.- JUSTIFICACIÓN-----	3
III.- OBJETIVO GENERAL-----	4
IV.- METODOLOGÍA-----	5
V.- PROCESO DE ENFERMERÍA-----	6
VI.- ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA -----	15
6.1.- ETAPA DE VALORACIÓN-----	16
6.2.- ETAPA DE DIAGNÓSTICO-----	25
6.3.- ETAPA DE PALNEACIÓN-----	41
6.4.- ETAPA DE EJECUCIÓN-----	48
6.5.- ETAPA DE EVALUACIÓN-----	53
VII.- MODELO DE VIRGINIA HENDERSON-----	55
VIII.- CISTITIS-----	73
IX.- CASO CLÍNICO-----	85
9.1.- VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BASICAS-----	86
9.2.- ROBLEMAS INTERDEPENDIENTES Y DIAGNÓSTICOS DE ENFEMERÍA--	90
X.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS-----	96
XI.- GLOSARIO DE TÉRMINOS-----	97
XII.- BIBLIOGRAFÍA-----	104
XIII.- ANEXOS-----	106

I.- INTRODUCCIÓN

El presente trabajo describe la metodología del plan de intervención del proceso enfermero el cual consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente, este es el modelo más aceptado en la actualidad, las fases están estructuradas de forma sistemática, el proceso de enfermería esta estructurado por cinco etapas que son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, es un método racional y sistemático en el cual se toma en cuenta la planificación y provisión de cuidados de enfermería. Lo primordial es identificar el estado de salud del cliente y los problemas relativos al cuidado de la salud reales o potenciales, con el objetivo de establecer planes que satisfagan las necesidades identificadas y proporcionar intervenciones de enfermería específicas para resolver esas necesidades. El proceso de enfermería es cíclico; sus componentes siguen una secuencia lógica, pero más de un componente puede estar involucrado en cualquier momento. Al final del primer ciclo, los cuidados pueden finalizar si se han logrado los objetivos, o el ciclo puede comenzar de nuevo con una nueva valoración. Por lo que el presente trabajo está conformado por los siguientes apartados: el objetivo general donde se aplica la metodología de intervención de enfermería en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson las cuales fueron aplicadas del 7 al 20 de octubre de 2005 a una usuaria con cistitis, en la justificación se aplica la razón de la investigación, en el marco teórico se pretende identificar el desarrollo del proceso y sus etapas, así como la descripción de la patología de «cistitis».

II.- JUSTIFICACIÓN

El proceso de enfermería es un método racional y sistemático de planificación y provisión de cuidados de enfermería. Por medio del cual se identifica el estado de salud de la usuaria y los problemas relativos al cuidado de la salud reales o potenciales, para establecer planes que satisfagan las necesidades identificadas y para proporcionar intervenciones de enfermería específicas para resolver esas necesidades alteradas. El Proceso de Enfermería es cíclico: esto es que sus componentes siguen una secuencia lógica, pero más que un componente puede estar involucrado en cualquier momento. La formulación del concepto de Proceso de Enfermería se ha concebido en términos generales como el conjunto sistemático de acciones que es llevado a cabo por el personal de enfermería para resolver las necesidades y problemas de salud que presenta el paciente. Los intentos por definir en qué consiste dicho proceso han sido diversos, hasta llegar al modelo actual de las cinco fases o pasos básicos, aceptado por la mayoría de asociaciones profesionales e instituciones de control y acreditación de la práctica de enfermería.

El modelo más aceptado en la actualidad, las fases en que se estructura de forma sistemática en el proceso de enfermería el cual también se toman en cuenta las catorce necesidades fundamentales de Virginia Henderson, el proceso de enfermería consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. El cual se aplicó a una usuaria con cistitis del 7 al 20 de octubre del 2005. La consecuencia ordenada de las mismas así como su interrelación permanente aporta un encuadre de trabajo claro, que brinda al profesional las herramientas adecuadas para proporcionar una asistencia personalizada al paciente, considerándolo de forma holística, es decir tomando en cuenta su dimensión física, como psicológica y social.

III.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Aplicar la metodología de intervención de enfermería en base en la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson en un caso clínico de cistitis.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ✚ Realizar una valoración personalizada centrada en la identificación de las necesidades en consideración a las 14 necesidades descritas por Virginia Henderson.
- ✚ Identificar los Diagnósticos de enfermería según la taxonomía de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) y los problemas interdependientes.
- ✚ Desarrollar estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como promocionar la salud.
- ✚ Ejecutar los cuidados de enfermería planeados anteriormente.
- ✚ Evaluar el impacto de las intervenciones de enfermería para el logro de los objetivos.

IV.- METODOLOGÍA

Se hizo una revisión exhaustiva del Proceso de Enfermería y de la teoría de Virginia Henderson, posteriormente se selecciona una usuaria para aplicarle el proceso de enfermería, esta presenta un problema de vías urinarias “cistitis”. El proceso de enfermería se aplicó del 7 al 20 de octubre del 2005, primeramente se realizó la etapa de valoración tomando en consideración el modelo de las 14 necesidades básicas del ser humano desarrollado por la teórica de enfermería Virginia Henderson, que determina la dependencia e independencia del ser humano en consecución de la salud o la conservación de la misma. A través de la recolección de datos, su documentación y clasificación se determinan los problemas de salud independiente e interdependientes en que se sustentan las actuaciones de enfermería.

Se determinaron los problemas interdependientes y los diagnósticos de Enfermería que pertenecen a la taxonomía diagnóstica aprobada y difundida por la NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería), con base a ellos se realizó la planeación, ejecución y la evaluación de los mismos.

V.- ROCESO DE ENFERMERÍA

HISTORIA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

DEFINICIÓN:

El proceso de enfermería, “es un método sistemático que brinda cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente”.¹⁴

La definición del **proceso de enfermería**, sea cual sea por la que se opte, va a depender del esquema mental que se adopte y la orientación personal del profesional de enfermería o persona que lo defina, de acuerdo con su formación y experiencia. Se debe entender que el **Proceso de enfermería** es un **Método Enfermero de Intervención** que permite, tras el **análisis de un caso – paciente- concreto**, crear **condiciones adecuadas y eficientes, con la finalidad** de obtener el **estado deseado**. Se trata de un **procedimiento metódico de intervención práctica**; ello conlleva la **aplicación de acciones prácticas -cuidados de enfermería-** con un **fin práctico e inmediato, sin aspiraciones supremas hacia una explicación o predicción**.

FINALIDAD:

La finalidad del **Proceso de Enfermería** es, mantener el nivel óptimo de bienestar del paciente, si dicho nivel decae, proporcionarle la cantidad y calidad de cuidados necesarios para restituirlos, y en el caso de que no pueda lograrse el bienestar del paciente, el **proceso** debe contribuir a proporcionarle una calidad de vida tan elevada como se pueda durante el mayor tiempo posible.

Para una mejor aplicación de este **método de intervención** utilizada en la práctica **enfermera**, el **Proceso de Enfermería** se divide en cinco fases:- a pesar de que constituye esta una separación artificial de acciones que en la práctica real no tienen solución de continuidad. Con el fin de realizar un análisis deliberado y reflexivo del mismo, es preciso distinguir que el profesional de enfermería se **esfuerce** en definir cada acción en términos de la fase de asistencia sanitaria que está realizando. Esta práctica garantiza que se está persiguiendo cuidadosa, consciente y deliberadamente el **cómo** del **Proceso de Enfermería**, en definitiva el **cómo** de la **intervención de enfermería**.

Las **acciones concretas** a desarrollar no pueden distinguirse de manera tan uniforme como el modo de desarrollarlas, las primeras varían con cada paciente. Para facilitar la discusión o la realización de la **intervención enfermera**, el **proceso** se divide en los siguientes componentes o fases: **valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación**.¹⁷

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

¹⁴ RODRIGUEZ S. Bertha A. Proceso enfermero. Ed. segunda edición. Ediciones Cuellar, 1983.

¹⁷ W. GRIFFITH, Janet. Paula j. Christensen. Proceso de atención de enfermería Ed. Manual Moderno S. A. de C. V. México Df, 1989.

DESARROLLO HISTÓRICO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

En la década de los cincuenta, el **Proceso de Enfermería** ha llegado a convertirse en una actividad organizada, que va adquiriendo, lentamente, un gran conocimiento en nuestro país, a pesar de ser un **método de intervención enfermera** bastante consolidado en Norteamérica. La revisión de la bibliografía escrita en torno a este tema revela las vicisitudes por las que ha pasado este **proceso** hasta alcanzar su estado de desarrollo actual. En 1955 Lidia Hall pronunció una conferencia en Nueva Jersey acerca de la calidad de la asistencia sanitaria. Esta autora desarrolló sus ideas acerca de la asistencia sanitaria para llegar a la afirmación central de su conferencia: «La asistencia sanitaria es un proceso». En este sentido, definió como preposiciones fundamentales: «la asistencia sanitaria a el paciente, para el paciente y con el paciente». Dichos enunciados debían guiar el objetivo del **Proceso de Enfermería**, por lo que podían utilizarse para evaluar el grado de calidad del mismo.

La obra de I. J. Orlando, publicada a comienzos de la década de los sesenta, ha sido citada con frecuencia por su presentación del **Proceso de Enfermería**, así como la identificación que en ellas se realizan las actividades sanitarias. El componente central de la obra de Orlando, titulada La relación dinámica enfermera-paciente, lo constituye la relación interpersonal. Al proponer la realización de acciones deliberadas, Orlando establece las distinciones entre estas y las actividades automáticas que pueden llegar a formar parte de la actuación del profesional de enfermería; así mismo, fue una de las primeras autoras que utilizó el término **Proceso de Asistencia Sanitaria**, hoy conocido como **Proceso de Enfermería**.

En los primeros años de la década de los sesenta no se aprecia un denotado interés por este proceso.

En 1966 Lois Knowles presentó una descripción de un modelo que contenía las actividades que constituyen el cometido de los profesionales de la enfermería. Esta autora sugiere que el éxito profesional de la enfermería depende de su maestría para desarrollar las siguientes actividades:

- a) **Describir:** El profesional de la enfermería adquiere conocimientos o información acerca de algo que no conocía previamente; tal información debe contribuir a la prestación de un mejor servicio al paciente.
- b) **Investigar:** Utiliza la información procedente del mayor número posible de fuentes para obtener datos acerca del paciente.
- c) **Decidir:** Planear el procedimiento a seguir en la asistencia al paciente. Tiene en cuenta todas las facetas del problema y decide cual es la mejor forma de abordar la situación.
- d) **Actuar:** Desarrolla en la práctica el plan que ha concebido.
- e) **Discriminar:** Establece prioridades mediante la evaluación de los problemas y necesidades del paciente.

Estas cinco fases no son idénticas a las del **Proceso de Enfermería** tal y como se identifica en la actualidad, pero supone en gran medida un paso determinante para su conformación usual de hoy en día.

En 1967 un comité norteamericano definió el **Proceso de enfermería** como «la relación que se establece entre un paciente y una enfermera en un determinado medio ambiente; incluye los esquemas de comportamiento, acción del paciente, la enfermera, y la interacción resultante, las fases del proceso eran: percepción, comunicación, interpretación, intervención y evaluación». En ese mismo año, un grupo de profesores de la Escuela de Asistencia Sanitaria de la Universidad Católica de Norteamérica identificó las siguientes fases del **Proceso de Enfermería**: valoración, planificación, ejecución y evaluación.

La intervención enfermera se ha realizado de forma tan extensa y rigurosa como el proyecto de investigación desarrollado por un grupo de investigación interdisciplinario en la Universidad de Colorado. El objetivo de este estudio consistía en investigar **el proceso clínico de deducción** referido a la intervención de la enfermera. Se considero en dicho trabajo que el proceso de deducción de las necesidades del paciente debían realizarse mediante la emisión de juicios basados en los datos disponibles. Esencialmente, esto puede interpretarse como la **elaboración de un diagnóstico de los problemas del cliente**. Así cuando el paciente tiene determinados problemas, manifestara ciertos síntomas, y el profesional de la enfermería es responsable de captarlos. Mediante la observación de los síntomas, será capaz de establecer un diagnóstico y **decidir** cual es el mejor camino a seguir **en beneficio del paciente**. Aunque los profesionales de la enfermería han estado comprometidos en este proceso deductivo desde los comienzos de la práctica sanitaria, no ha existido hasta hace poco un análisis crítico, deliberado y sistemático del proceso. Así el modelo de actuación que ellos proponen se adapta fácilmente al **Proceso de Enfermería**.

Las fases más significativas del modelo propuesto son:

- ❖ **Identificación** del estado del paciente a partir de la interpretación **de los síntomas** que presenta.
- ❖ Establecimiento de **deducciones**.
- ❖ **Ejecución** de acciones dirigidas al logro de **objetivos definidos**.

El **Proceso de Enfermería** continúa siendo motivo de discusión y debate en foros científicos de enfermería, y esta siendo utilizado en gran medida, principalmente en EE.UU. y Canadá. Aún quedan muchos aspectos por mejorar y perfeccionar, sobre todo el nivel teórico, de lo que no parece existir la menor duda, se supone que el método de intervención más eficaz para la satisfacción de los propósitos de la asistencia sanitaria son través de la práctica enfermera.

Las funciones que cumple el proceso servirán para su mejor comprensión. De modo que las funciones del **Proceso de Enfermería** se han clasificado en dos apartados: de una parte, las funciones que cumple para las instituciones en las que se desarrolla la actividad de la enfermera, y las funciones que cumple para el propio sujeto que se servirá de dicho método de intervención durante el desarrollo de su profesión, esto es, para el personal de enfermería.¹¹

El proceso enfermero ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los años 70s, Blach (1974), Roy (1975), Mundinger, Juaron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases.

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

Es un *método* porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera, y que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud del usuario, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados, por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.

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

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

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

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

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

Interactivo por requerir de la interrelación humano- humano con el usuario para recordar y lograr objetivos comunes.¹⁴

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

¹¹ MARRINER Tomey. Ann. “Modelos y teorías en enfermería” Ed. Tercera edición impreso en España, 1994.

¹⁴ RODRIGUEZ S. Bertha A. Proceso enfermero. Ed. segunda edición. Ediciones Cuellar, 1983.

Aplicar el proceso enfermero en nuestro medio es un verdadero reto por el sin número de factores que caracterizan la formación y práctica de la enfermería mexicana y que la ubica en una situación de desventaja en relación con la de otros países; sin embargo esto no debe constituir un obstáculo para que toda enfermera (o) que busca un logro de identidad profesional, brinde una atención de calidad y que empiece a trabajar con esta metodología que requiere del ejercicio de habilidades del pensamiento.

Con la aplicación del proceso se delimita el campo de acción específico de la enfermera y con ello se demuestra que la enfermera profesional realiza numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica, ya que “**el proceso de enfermería**” complementa lo que los profesionales de otras disciplinas se centran en la respuesta humana”.

El proceso compromete al individuo, familia y comunidad para tomar parte activa en las decisiones y cuidados que permitan mantener o recuperar la salud.

Para aplicar el proceso enfermero se requiere:

La enfermera debe reunir una serie de competencias profesionales en las áreas del **saber, saber hacer y saber ser**, convivir para aplicar el proceso con la facilidad de lograr cambios que favorezcan la salud del usuario, familia y comunidad.

Las competencias del área del **saber** se refieren al dominio de conocimientos propios de la enfermería, de disciplinas afines y complementarias a la profesión, que son sustento teórico de los cuidados enfermeros y permiten abordar la problemática del usuario desde diferentes puntos de vista (biológico, psicológico, sociólogo, antropólogo, filósofo, etc.).

El área de **saber hacer**, las actividades de carácter intelectual constituyen el pensamiento crítico; es decir los razonamientos lógicos, analíticos y reflexivos, en la aplicación del **Proceso de enfermería** se requieren de este tipo de competencias, por tal razón, se convierte en un sistema dentro del cual se puede aplicar su capacidad de razonamiento crítico. Así mismo en esta área las habilidades prácticas apoyadas en el conocimiento, reflexión y experiencia permiten valorar al usuario, planear y ejecutar funciones independientes e interdependientes de enfermería.

También se requiere del **saber ser** y convivir que favorezcan la interrelación con el usuario e integrantes del equipo sanitario; en consideración de los aspectos éticos, bioéticos y legales indispensables para el ejercicio de la profesión.

1. **Participación en su propio cuidado.** Si los pacientes pueden ayudar a formular sus propios planes con la enfermera, estos adquieren un sentimiento de habilidad propia para la solución de sus problemas. Cuando los pacientes participan activamente en sus cuidados y atención, es más probable que se comprometan a alcanzar los objetivos establecidos.
2. **Continuidad en la atención.** La frustración sentida al repetir la misma información a cada enfermera encargada de la atención, se reduce de manera importante. Las preocupaciones, inquietudes y problemas necesitan ser comunicados a cada enfermera para asegurarse de que los pacientes sean manejados en la forma en que desean ser atendidos. El plan de atención incluye esta información.
3. **Mejora la calidad de la atención.** La evaluación y revaloración continúa aseguran un nivel de atención a través del cual se puede lograr satisfacer las necesidades siempre cambiantes del individuo. Esta valoración es la piedra angular del proceso de atención de enfermería y del plan establecido para el paciente.

Para disminuir preocupaciones, se tiene que compartir el trabajo en la preparación del plan con otras tres personas, todos en el mismo sitio pero, con diferente horario. Muchas enfermeras comparten la atención de un paciente durante las 24 horas del día en un hospital. “Cada enfermera es capaz de proporcionar atención, pero es necesario un plan para coordinar sus esfuerzos”.

VENTAJAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA PARA ENFERMERÍA.

Cuando se emplea como instrumento en la práctica, el proceso puede ayudar a asegurar la calidad en los cuidados del paciente. Si no se aplica este método científico para el cuidado del paciente, pronto ocurrirán omisiones y duplicaciones. Un plan de atención de enfermería ayuda a reducir estos problemas al utilizarse como la guía para proporcionar cuidados a un paciente en particular. Al igual que el médico, el cual planea cuidados durante el tratamiento para asegurar un tratamiento consistente y responsable, la enfermera utiliza el proceso de enfermería para planear cuidados y asegurar su control consistente y responsable de los problemas del paciente.

El beneficio primario al utilizar el proceso es mejorar la atención al paciente, existen también muchas ventajas para la enfermera, pues se convierte en una experta en el uso de este instrumento.

Se consideran las siguientes ventajas para la enfermera:

1. **Graduación en una escuela de enfermería acreditada.** La Nacional League for Nursing es la organización que se responsabiliza en acreditar los programas de enseñanza en enfermería y requiere que las estudiantes tengan aptitudes básicas en el uso del proceso de enfermería una vez graduadas.
2. **Confianza.** Los planes que resultan de la aplicación del proceso permiten al estudiante o al equipo de enfermería conocer de manera específica, qué objetivos son importantes para el paciente, cómo y cuándo pueden alcanzarse mejor.
3. **Satisfacción en el trabajo.** Los planes de atención, bien desarrollados pueden ahorrar tiempo, energía y frustración, esta última se genera por ensayo-error por parte de los miembros del equipo y estudiantes cuyos esfuerzos parecen mantenerse incoordinados. La coordinación de la atención del paciente a través de un plan aumenta de manera importante la oportunidad de lograr la solución de los problemas de salud. La enfermera y la estudiante deben sentir una sensación de logro y orgullo profesional cuando se alcanzan los objetivos establecidos.
4. **Crecimiento profesional.** Los planes de atención dan la oportunidad de compartir el conocimiento y la experiencia. Al colaborar con los colegas en la formulación de planes se incrementa la habilidad clínica de las enfermeras con menos experiencia. Posteriormente, el proceso de evaluación la enfermera recibe la retroalimentación necesaria para decidir que tan efectivo resultó el plan en la solución de los problemas del paciente. Si el plan tuvo éxito, la enfermera podrá utilizarlo en situaciones similares. Si por el contrario, el plan falló, la enfermera puede buscar las posibles razones de dicho resultado con otros miembros del equipo.³

VENTAJAS PARA LA INSTITUCIÓN.

Simbólica, trata de generar respuestas a las deficiencias percibidas por la organización, desempeña una función de símbolo en torno a la cual se dan respuestas a los problemas detectados; por lo tanto su experiencia es garantía de que poseen los instrumentos pertinentes para solucionar dificultades.

Propagandística, debe servir como señal de identidad de la propia profesión con la que trata de acreditar su servicio y obtener su conocimiento. Es, en suma, la imagen de los profesionales de enfermería que se da a la sociedad en general.

Racionalidad, es un instrumento para analizar e interpretar las propias prácticas y su historia desde una perspectiva de científicidad.

Política, en la medida en que se crea un marco organizativo para la toma de decisiones sobre cuestiones que afectan a muchos ciudadanos.

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

EL PROCESO DE ENFERMERÍA EN LA DETECCIÓN DE NECESIDADES.

³ D. ALKINSON, Leslie. ELLEN MURRAY, Mary. Proceso de atención de enfermería Ed. Manual moderno segunda edición, 1987.

La práctica de la enfermería requiere de la aplicación de entendimiento, conocimiento y habilidades específicas, siendo a la vez una ciencia y un arte.

Desde siempre, cuando el ser humano se encuentra en una situación de incapacidad, reclama la presencia de personas que puedan prestarle ayuda para solucionar la satisfacción de necesidades de vital importancia, en relación con su estado de salud o enfermedad.

La enfermera es la única que se encuentra más cercana al paciente durante las 24 horas del día en contacto permanente con el para atender sus necesidades, como son:

- ✚ Detectar las necesidades básicas de los cuidados específicos en el cliente.
- ✚ En consonancia con esa detección, planificar, organizar y programar las acciones concretas, estableciendo prioridades, diseñando estrategias y marcando pautas de actuación.
- ✚ Realizar y ejecutar los diferentes planes de cuidados, seleccionando lo más idóneo en cada caso.
- ✚ Evaluar el grado de satisfacción de las necesidades detectadas, valorando el cumplimiento de los objetivos programados y el uso de los medios.

La enfermera colabora en la planeación, desarrollo, ejecución y evaluación de los cuidados y acciones de enfermería, realizando las actividades específicas, como son:

1. Propiciar y mantener el bienestar del paciente.
2. Propiciar y mantener las condiciones higiénicas consideradas como necesarias.
3. Participar y colaborar en la planeación, revisión o readaptación de los planes de cuidados.
4. Observar, registrar y conservar los datos que tengan incidencia en los planes de cuidados.
5. Participar en la elaboración del diagnóstico de salud del cliente.
6. Proporcionar cuidados de enfermería a personas sanas o enfermas en relación con la higiene, aseo personal, alimentación, eliminación, actividad y reposo, observando y comunicando a la enfermera las alteraciones, modificaciones e incidencias relacionadas con las personas que la atienden y con su entorno.

Satisfacer ciertas necesidades personales inmediatas, como las de reducir la incertidumbre y la ansiedad.

Lograr un sentimiento de control, seguridad y confianza en las decisiones de las acciones realizadas.

Ayudar a la formación continua del profesional, dada la necesidad de reordenar y aprender nuevos conocimientos que pueden ser requeridos ante nuevos casos.

Ordenar los medios y recursos, tanto cognitivos como materiales, de los que se dispone para la actuación de la enfermera.

Organizar el tiempo en que se dispone para conseguir los fines propuestos.

Preparar las actividades que se pondrán en marcha.

Facilitar el recordar los objetivos y actividades propuestos para el desarrollo de la intervención enfermera.

Organizar la relación y preparación del paciente para la intervención enfermera.

Modificar el plan de actuación a fin de adecuarlo a las circunstancias particulares que encontramos en cada situación de cuidados.

Cumplir los requisitos administrativos.

Facilitar la tarea del equipo de enfermería, como en el caso de las 24 horas, así como la continuidad de la intervención iniciada por un profesional de enfermería, en caso de baja del mismo, o por traslado del paciente a otra unidad o centro, siendo un medio de comunicación entre los profesionales de **enfermería**, lo que permite mejorar las actuaciones de distintos profesionales sobre los mismos pacientes.

Se ha de considerar de vital importancia para la correcta aplicación del **Proceso de Enfermería**, refiriéndose al **Modelo Teórico** elegido como **marco conceptual**, en torno al cual se fundamentara el **análisis** que se haga de toda la situación que rodea a la intervención enfermera. Así, el modelo elegido determinará los fenómenos que debemos valorar y el modo en que debemos entender sus relaciones, de manera que podemos extraer un **juicio consistente** con los postulados propuestos por dicho marco o esquema conceptual. Ello permitirá **tomar las decisiones** oportunas para la consecución de los **objetivos** que se propongan durante el **proceso de enfermería**.

El uso de un **Modelo Teórico** determinado no debe ser arbitrario, sino que el profesional que opte por utilizar uno de forma concreta debe conocerlo en profundidad, con el fin de no cometer errores en su aplicación en la práctica enfermera. Una utilización coherente y bien fundamentada, según el

contexto en que el profesional desarrolle su trabajo, revertirá en beneficio tanto del paciente sobre el que actúa, como del profesional que lo utiliza, sin olvidar que estará contribuyendo a la validación del propio modelo del que se sirva, pudiendo surgir en su aplicación posibles inconsistencias del modelo que puedan suponer posteriores «problemas de investigación». Con la aplicación del **Proceso de enfermería** se está colaborando en la determinación del marco o marcos conceptuales más adecuados para el futuro de la Enfermería.

VI.- ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

El proceso de enfermería consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente.

1. **VALORACIÓN.**
2. **DIAGNÓSTICO.**
3. **PLANEACIÓN.**
4. **EJECUCIÓN.**
5. **EVALUACIÓN.**

La **etapa de valoración** permite reunir la información necesaria referente al usuario, familia y comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas así como los recursos (capacidades) con los que se cuentan.

La **etapa de diagnóstico** consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud del usuario, familia y comunidad.

La **etapa de planeación** es el desarrollo de un proyecto donde se establecen objetivos y acciones encaminadas a preceder, prevenir y tratar problemas relacionados con la salud.

La **etapa de ejecución** consiste en llevar a la práctica el plan mediante acciones que conduzcan el logro de los objetivos establecidos.

La **etapa de evaluación** permite determinar el progreso del usuario, familia y comunidad hacia el logro de objetivos y valorar las competencias de la enfermera en el desarrollo de las cuatro etapas anteriores, lo que posibilita hacer las modificaciones necesarias.

6.1.- ETAPA DE VALORACIÓN

Es la primera etapa del **Proceso Enfermero**, nos permite estimar el estado de salud del usuario. Con la valoración se reúnen “todas las piezas necesarias del rompecabezas” correspondientes a las respuestas humanas y fisiopatológicas con el que se logra el conocimiento integral de la persona.

La **valoración** puede definirse como el acto de revisar una situación con el propósito de emitir un diagnóstico acerca de los problemas del paciente. Es un proceso organizado, sistemático y deliberado de recolección de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de un paciente y poder establecer conclusiones posteriormente. El establecimiento de prioridades entre los datos según las necesidades del cliente, por lo que es de suma importancia hacer participar al cliente, a los familiares y a otros profesionales que intervienen durante la actuación de enfermería.

La fase de valoración ofrece una base sólida, de manera que favorece la prestación de una atención individualizada de calidad. Es necesaria una valoración exacta y completa, lo que debe llevar al profesional de enfermería que valora al reunir todos los datos que tenga a su alcance, procedentes de diversas fuentes. Estas fuentes se pueden clasificarse como primarias y secundarias, identificando al propio paciente como la fuente primaria, que se debe utilizar para obtener los datos subjetivos pertinentes, es el quién puede compartir con mayor precisión las percepciones y sensaciones personales sobre su situación de bienestar, identificar los objetivos o problemas concretos y validar respuestas a modalidades diagnósticas o de tratamiento. Las fuentes secundarias serán todas aquellas personas o documentos a los que se pueda tener acceso y que tengan una vinculación con el paciente.

Una valoración de enfermería completa puede identificar muchas respuestas reales o potenciales del paciente que exige una intervención enfermera. La valoración de cada una de ellas puede ser poco realista o difícil de manejar; es vital establecer un sistema o marco conceptual para determinar que datos deben reunirse en primer lugar, marco que, a su vez, dependerá del Modelo Teórico de Enfermería que utilicemos para valorar al paciente, por ejemplo, los requisitos del desarrollo, por último los datos referidos al estado de desviación de la salud del paciente. Independientemente del modelo empleado se utilizan tres técnicas principales para la obtención de información durante la valoración de enfermería. Estos métodos incluyen entrevista, observación y exploración física. Tales técnicas proporcionan un enfoque lógico, sistemático y continuo en la recolección de los datos necesarios para el posterior diagnóstico de enfermería y planear los cuidados.

Debemos señalar que el primer paso de la fase de valoración, es la recolección de datos, consiste en la acumulación de información subjetiva, objetiva, actual y anterior, obtenida de fuentes primarias y secundarias. El personal de enfermería debe establecer prioridades para la recolección de datos y utiliza métodos como la entrevista, la observación y la exploración física. Los principios del razonamiento crítico favorecen la adquisición de base de datos organizada, exacta y sistemática de cada paciente.¹¹

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

La valoración de un modelo enfermero, puede derivarse de la aplicación de cualquier teoría de enfermería, de tal forma que se pueda valorar al usuario siguiendo las catorce necesidades de

¹¹ MARRINER Tomey. Ann. “Modelos y teorías en enfermería” Ed. Tercera edición impreso en España, 1994.

Henderson, o bien optar por valorar siguiendo la perspectiva de las necesidades humanas, de los patrones funcionales de salud y de los patrones de respuesta humana. Así mismo la valoración por un modelo médico, se puede utilizar la metodología de exploración de cabeza a pies o por sistemas corporales.

FINALIDAD:

El objetivo de esta fase consiste en la recopilación sistemática de datos de interés sobre el paciente, con el fin de identificar sus necesidades, poder planificar y poner en práctica los cuidados oportunos. Las tareas básicas son: recopilación de datos mediante una entrevista, realización de la exploración física de enfermería y confirmación, organización y registro de los datos.⁴

MÉTODOS DE VALORACIÓN O FUENTES DE INFORMACIÓN:

Los primeros métodos empleados para la valoración del cliente son la observación, la entrevista y la exploración.

LA OBSERVACIÓN:

Es un elemento primordial en los cuidados de enfermería. Puede definirse como la capacidad intelectual de captar a través de los sentidos, los detalles del mundo exterior. Se trata de una atención especial que proyecta el pensamiento hacia el objeto de observación, manteniendo alerta la inteligencia y los sentidos, este proceso se basa esencialmente en la atención y en la concentración, se puede afirmar que, en los cuidados de enfermería, la observación consiste, en considerar al cliente y a todo lo que se le relacione con él una atención expresa y continua que nos permite conocerlo mejor.

La observación tiene dos aspectos:

- a) Reconocer los estímulos y
- b) seleccionar, organizar e interpretar datos.

Es frecuente que las enfermeras, tengan que atender con prioridad a los estímulos específicos en una situación clínica, de otro modo pueden quedar desconcentradas ante una serie de estímulos muy numerosos, observar implica discriminar los estímulos, o distinguirlos de una forma significativa. La observación pasa por el filtro de nuestros mecanismos sensoriales, preceptuales y emotivos. Se fundamenta, en la subjetividad del observador, de ahí su fragilidad.

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

La percepción es un proceso esencialmente selectivo que nos impulsa a ver “lo que hemos aprendido a ver” y lo que “esperamos ver”.

⁴ DIEZ DOMINGO, Ma. Isabel. FERNANDEZ JIMENEZ, J. Luis. Manual de enfermería Ed. Luxus editores, 2003.

APTITUDES PARA LA OBSERVACIÓN.

LA VISTA:

Nos aporta multitudes de información en relación con las características físicas de una persona, aspecto general, su mirada facial y corporal, su comportamiento nos informa sobre determinados signos y síntomas, que traducen una necesidad insatisfecha o un problema de salud.

OLFATO:

El olfato desempeña un papel importante en el trabajo que presta cuidados. Este sentido permite detectar olores que revelan el grado de limpieza del cliente, o determinados procesos patológicos, u olores corporales del cliente.

AUDICIÓN:

A través de este sentido nos llegan las palabras, las reflexiones de voz, los quejidos o determinados ruidos que produce el cliente, ruidos respiratorios y tonos cardiacos, facilidad para comunicarse, lenguaje hablado, capacidad para iniciar una conversación, para responder al hablar con otros, orientación en el tiempo, el espacio o sobre sí mismo, de los demás y del estado de salud.

TACTO:

Desempeña un papel esencial en la exploración física o en la palpación de ciertas partes del cuerpo, que permite reconocer determinados detalles; temperatura, humedad de la piel, fuerza muscular, endurecimiento, grosor de una masa, frecuencia, ritmo y volumen del pulso.

LA ENTREVISTA:

Toda la información se recolecta por medio de la entrevista y del examen físico, ambas “se complementan y clarifican mutuamente”, en consecuencia se pueden realizar en forma simultánea.

La entrevista, es una labor compleja que requiere ante todo la habilidad en la comunicación y de la interrelación estrecha con el usuario. Tiene como finalidad: obtener la información necesaria para el diagnóstico y planeación de actividades, la iniciación de un ambiente terapéutico caracterizado por el diálogo, respeto, confianza y el establecimiento de objetivos comunes entre la enfermera y el usuario. Toda entrevista por más sencilla que sea debe tener una introducción, para saludar al usuario, proceder a presentarse y explicar la razón de la entrevista; también debe poseer un núcleo, caracterizado por el diálogo y por seguir la estructura de la guía de valoración (es recomendable un orden para evitar omisiones). Por último la entrevista debe presentar un cierre para informar al usuario sobre su término, agradecer la colaboración y establecer objetivos comunes.

Es una forma especial de intervención verbal que se desarrolla en la intimidad entre la enfermera y la persona que recurre a los cuidados de salud. El objetivo de este encuentro es recolectar información que nos permita descubrir las necesidades que permanecen insatisfechas en el cliente y las distintas manifestaciones de dependencia que las determinan.

Este es el instrumento por excelencia de la personalización de los cuidados.

PATRICIA BOLAÑOS ESTEFES

UMSNH

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

Existen dos tipos de entrevista que son:

*Entrevista Dirigida.

*Entrevista no Dirigida.

1).- ENTREVISTA DIRIGIDA SUS VENTAJAS Y DESVENTAJAS.

Es muy estructurada y proporciona información específica. La enfermera establece la finalidad de la entrevista y dirige la misma, haciendo preguntas cerradas, que buscan un número específico de datos. El cliente responde a las preguntas pero quizá no tenga la posibilidad de hacer preguntas y de comentar sus inquietudes. A menudo la enfermera utiliza la entrevista para recoger y dar información a un período limitado de tiempo por ejemplo en una situación de urgencia.

2).- ENTREVISTA NO DIRIGIDA SUS VENTAJAS Y DESVENTAJAS.

O entrevista para “crear una relación de compenetración” la enfermera permite que el cliente dirija los objetivos, los temas y el ritmo de charla. La relación de la compenetración es el entendimiento entre dos o más personas.

La enfermera inicia la conversación haciendo preguntas abiertas y dando respuestas afectivas.

Las enfermeras utilizan la entrevista no dirigida para resolver problemas, asesorar y evaluar el rendimiento.

CONDICIONES DE LA ENTREVISTA

Entre los aspectos que se deben tener presentes para realizar una entrevista están los siguientes:

1. Seguir la guía de valoración para llevar un orden y saber exactamente lo que se va a preguntar al usuario (evitar improvisar).
2. Asegurar un entorno con las características de privacidad y tranquilidad.
3. Valorar el momento para realizar la entrevista, el usuario debe encontrarse en condiciones físicas y emocionales idóneas para poder contestar a las preguntas.
4. Mantener durante la entrevista una distancia de uno o dos metros con relación al usuario, por que lo puede intimidar (demasiado cerca) o demostrar falta de interés (demasiado lejos). También hay que procurar que tanto la cabeza de la enfermera como la del usuario estén a la misma altura, para facilitar la atención de ambos y evitar sentimientos de inferioridad por parte del usuario al percibirla por arriba de él.
5. Dedicar el tiempo necesario para la entrevista, si no es posible valorar en un solo momento al usuario, fraccionar la entrevista y centrar la atención en aquellas áreas que son de mayor problema; sin olvidar complementar la valoración general en la primera oportunidad que se tenga.
6. Ser amable, cordial y respetuoso (evitar sobrenombres y diminutivos).

PATRICIA BOLAÑOS ESTEFES
“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

UMSNH

7. Formular preguntas claras y sencillas, considerando el nivel educativo del usuario, (evitar términos desconocidos).

Seleccionar de acuerdo a la información que se desee obtener y características del usuario, preguntas abiertas o cerradas.

Debemos evitar hacer uso excesivo de preguntas cerradas porque, “limita la cantidad de información”.

8. Escuchar con atención todo lo que dice el usuario (evitar escribir cuando el o ella esta hablando).
9. Conseguir la información sin presionar al usuario (verbal o no verbal); porque se puede obtener información errónea o perderse de la misma.
10. Dejar que el usuario exprese sus ideas para poder conocerse la verdad (evitar completar o adivinar).
11. Poner atención en el lenguaje no verbal del usuario, este nos dice más que las palabras.

Desarrollar la capacidad de empatía (tratar de ver al mundo, como lo ve el otro) con el fin de comprender mejor su actitud y conducta del usuario.

LA EXPLORACIÓN:

El examen físico permite obtener una serie de datos para valorar el estado de salud del individuo y determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería y médicas. Este debe ser completo, sistemático y preciso, con un modelo por sistemas corporales o de cabeza a pies.

Las enfermeras colaboran con el médico durante el examen físico y muchos consideran que es una actividad inherente a la medicina, por lo que suelen practicarlo solo en situaciones específicas y aisladas de acuerdo a las manifestaciones fisiopatológicas o a la terapéutica médica que se este empleando.

La enfermera debe practicar el examen físico integral, haciéndose necesarios los conocimientos, habilidades y actitudes para tener éxito en esta actividad.

Son aspectos imprescindibles del examen físico la medición de las constantes vitales, estas deben ser valoradas en conjunto ya que reflejan el funcionamiento general del organismo, y permitiéndonos a detectar problemas de salud reales y de riesgo. La valoración de las constantes vitales debe considerar el estado de salud previo y actual del usuario y compararse con los estándares aceptados como normales, esta actividad de enfermería debe realizarse al ingreso del usuario, cuando este presente cambios en su estado de salud, antes y después de realizar cualquier acción de enfermería, por consiguiente jamás se debe considerar como una rutina.

Por último el examen físico incluye la somatometría (estatura, peso, perímetros y segmentos corporales), estos parámetros también nos permiten valorar en forma general el estado de salud del usuario, al identificar el crecimiento normal y anormal de las estructuras corporales; al mismo tiempo que sirven para calcular dosis de medicamentos por parte del médico.

Para efectuar “el examen físico se requieren cinco técnicas principales: inspección, inspección visual, auscultación, palpación y percusión”, además de la medición de las constantes vitales.

PATRICIA BOLAÑOS ESTEFES

UMSNH

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

MÉTODOS DE EXPLORACIÓN.

INSPECCIÓN: “La inspección consiste en la valoración utilizando los sentidos del tacto”, es decir la yema de los dedos, ya que su innervación los hace sensibles para determinar: textura, temperatura, posición y tamaño de órganos, pulsos periféricos, etc.

INSPECCIÓN VISUAL: “Se permite obtener del paciente información sobre su constitución corporal, la existencia de deformidades congénitas o adquiridas (amputaciones, cicatrices de antiguas intervenciones quirúrgicas, etc.), la coloración y el estado de la piel y las mucosas, el estado de la conjuntiva (color amarillenta en los trastornos hepáticos, por ejemplo), la presencia de temblores u otras anomalías funcionales, posibles alteraciones de la marcha, etc.”.

PALPACIÓN: “La palpación puede ser superficial, y profunda. Para tener éxito en la palpación es necesario que el usuario se encuentre relajado, que las manos del explorador estén tibias e iniciar con la palpación superficial y en las zonas que no sean dolorosas”.

LA AUSCULTACIÓN: “La auscultación es el proceso de escuchar los sonidos producidos por el cuerpo” y sirve para valorar el funcionamiento de diversos órganos. Al igual que la percusión esta puede ser directa cuando únicamente se emplea el sentido de la audición e indirecta empleando el estetoscopio.

PERCUSIÓN: “La percusión es un método de valoraciones el que la superficie del cuerpo es golpeado para reducir sonidos o vibraciones y se emplea para estimar el daño y la forma de órganos, la presencia de líquido, aire o algún sólido, la percusión puede ser directa al golpear el área que ha de percutir con la yema de los dedos o indirecta cuando se coloca contra la piel el dedo medio de la mano dominante y procede a golpear con la punta del dedo de la otra mano”.

Al realizar la exploración física, el profesional de enfermería debe observar atentamente el comportamiento general del paciente, a fin de obtener información complementaria sobre sus rasgos psicológicos y su estado mental. Conviene fijarse por ejemplo, en sí esta orientado respecto al tiempo y espacio (sí sabe que día de la semana es y dónde se encuentra), qué grado de coordinación de movimientos presenta, si colabora activamente o no, o cual es su nivel de comprensión de las indicaciones que se le hacen.

Aunque la exploración general incluye todo el cuerpo, se debe realizar más detenidamente en aquellas zonas donde el paciente localice su dolencia y en todas las que permita confirmar los datos subjetivos que haya proporcionado o, en caso contrario, detectar posibles incoherencias que obliguen a revisar la información hasta entonces obtenida (por ejemplo, si el paciente ha comentado que le duele en la zona del hígado y al palparle lo niega, o sí primero refiere un síntoma y objetivamente no hay datos que lo avalen). Sólo mediante esta tarea de confirmación y contraste de datos se garantiza la fiabilidad de la valoración.⁴

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

EL PROCESO DE VALORACIÓN

⁴ DIEZ DOMINGO, Ma. Isabel. FERNANDEZ JIMENEZ, J. Luis. Manual de enfermería Ed. Luxus editores, 2003.

Los pasos para realizar la valoración son cuatro:

1. **Recolección de datos.**
2. **Organización de los datos.**
3. **Validación de los datos.**
4. **Registro de los datos.**

1.- RECOLECCIÓN DE DATOS:

La **recolección de la información** se inicia desde el primer encuentro con el usuario, y continua en cada encuentro subsiguiente hasta que la persona sea dada de alta, por lo que es indispensable aprovechar cada momento en que este con el usuario y su familia para recolectar datos que nos permitan conocerlos.

Para obtener la información se recurre tanto a fuentes directas como indirectas.

Son fuentes directas primarias el usuario y su familia (ellos constituyen la principal fuente de información), los amigos y los profesionales del área de la salud son fuentes directas secundarias porque aportan datos valiosos sobre el usuario y su familia. Las fuentes indirectas de información a las que también se debe recurrir son el expediente clínico y la bibliografía relevante.

La recolección de los datos del usuario puede ser general o específica; así primero tendrá un conocimiento de todos los aspectos relacionados con el estado de salud y una vez detectado el problema real o de riesgo centrar la valoración en el área específica.

Durante la valoración, el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales.¹⁴

CLASE DE DATOS.

Los datos objetivos: la información que se puede observar y medir a través de los órganos de los sentidos (ejemplo: la frecuencia cardíaca, el color de la piel, el peso y la talla, la tensión arterial, la presencia de edema, etc.).

Los datos subjetivos: son aquellos que el usuario nos refiere y que manifiestan una percepción de carácter individual (ejemplo: el dolor, el temor, la debilidad, la impotencia, etc.).

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

¹⁴ RODRIGUEZ S. Bertha A. Proceso enfermero. Ed. segunda edición. Ediciones Cuellar, 1983.

Los datos históricos: se refieren a hechos del pasado y que se relacionan con la salud del usuario (ejemplo: antecedentes familiares y personales de enfermedad, conductas que han tenido para el cuidado de la salud, hospitalizaciones, tratamientos médicos recibidos, etc.).

Los datos actuales: son hechos que suceden en el momento y que son el motivo de consulta u hospitalización. (Ejemplo: la hipertermia, la deshidratación, el sangrado, el insomnio, el alcoholismo, la ansiedad, etc.).⁵

2).- ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS.

Puesto que el trabajo de enfermería se desarrolla en equipo, el correcto registro de datos es fundamental para que todos los profesionales relacionados con el caso puedan compartir información e intercambiar criterios de intervención. Así mismo, sólo con una buena clasificación y registro de datos se pueden llegar a conclusiones, formular diagnósticos acertados, identificar los objetivos de actuación de enfermería y planificar adecuadamente los cuidados. De otro modo se estará trabajando de forma desorganizada y sin posibilidad de documentar y justificar las actuaciones.

Una vez confirmados los datos y antes de proceder a su registro, conviene agrupar la información, de manera que ayude al profesional a identificar los problemas (actuales y previsibles), así como a establecer un orden de importancia de cara a la asistencia. Los criterios más habituales para la agrupación de datos son: por patrones funcionales o de respuesta (nutrición, actividad, eliminación, percepción –de la enfermedad, de uno mismo, del entorno-, sueño/reposo, sexualidad, comunicación, etc.), topográficos (de la cabeza a los pies) o por necesidades humanas.⁴

3.- VALIDACIÓN DE LOS DATOS.

Una vez reunida la información del usuario tiene que ser válida para estar seguros de que los datos obtenidos sean los correctos.

La validación evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la dirección equivocada y “cometer errores al identificar los problemas”.

La validación de los datos es de suma importancia porque si no se realiza es posible que en la etapa de diagnóstico se presenten dificultades para la agrupación e interpretación de la información.¹⁴

4.- REGISTRO DE LOS DATOS.

Es el último paso de la etapa de la valoración y consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico.

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

⁵ FARRERAS Rosman. Medicina interna tomo I octava edición Ed. Marin, S.A.

⁴ DIEZ DOMINGO, Ma. Isabel. FERNANDEZ JIMENEZ, J. Luis. Manual de enfermería Ed. Luxus editores, 2003.

¹⁴ RODRIGUEZ S. Bertha A. Proceso enfermero. Ed. segunda edición. Ediciones Cuellar, 1983.

Como norma general, el registro de los datos ha de hacerse con meticulosidad, claridad y objetividad. Para ello las pautas básicas a seguir son las siguientes:

- ✚ Descripciones e interpretaciones de los datos deben basarse siempre en observaciones y/o mediciones concretas. Se prescindirá de cualquier juicio de valor u opinión personal del profesional de enfermería. Sí se anotarán, las impresiones subjetivas del paciente o la familia, pero tenemos que distinguirlas del resto de la información, por ejemplo, entrecomillándolas.
- ✚ Los hallazgos de la exploración física se describirán de forma meticulosa (por ejemplo, especificando la localización, forma, turgencia, color, textura, tamaño, etc.).
- ✚ Las anotaciones serán claras y concisas, evitándose las vaguedades y generalizaciones de tipo «bastante», «normal», etc.
- ✚ Es mejor utilizar tinta indeleble que tomar notas a lápiz; en caso de error se tachará, también con tinta.
- ✚ En cualquier registro debe indicarse la fecha y hora en que se realizó.
- ✚ Debe dejarse constancia incluso de los datos sin aparente relevancia o sin carácter patológico evidente, ya que después pueden ser útiles para valorar la evolución del paciente.
- ✚ Es mejor anotar datos que luego puedan descartarse que suprimir de ante mano algunos que más tarde puedan cobrar una importancia desconocida en la actualidad; por ejemplo, si se observa una leve dificultad al hablar o un ligero temblor en una persona de edad mediana quizás ello carezca de especial interés en el momento actual, pero meses después se reconozca como es el inicio de una enfermedad que ya se estaba anunciando.
- ✚ En cualquier anotación deben primar la pulcritud, exactitud y la concisión. Debe cuidarse la ortografía y la redacción, usando preferentemente frases cortas bien puntuadas, que describan suficientemente lo observado.
- ✚ En cada hoja de registro han de figurar los datos de identificación del paciente, para que no quede alguna trasapelada cuya información no se sepa a quién corresponde. También deben de figurar el nombre y firma del profesional que hace el registro.
- ✚ Conviene no abusar de siglas ni abreviaturas que puedan ser de difícil comprensión por otras personas que consulten el historial.⁴

Los objetivos que persigue el registro de la información son: “favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la prestación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para investigación de enfermería”. La comunicación verbal con el equipo de salud es prioritaria al registro de la información, sobre todo si se tratan de datos que representan alteraciones o cambios en el estado de salud.¹⁴

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

⁴ DIEZ DOMINGO, Ma. Isabel. FERNANDEZ JIMENEZ, J. Luis. Manual de enfermería Ed. Luxus editores, 2003.

¹⁴ RODRIGUEZ S. Bertha A. Proceso enfermero. Ed. segunda edición. Ediciones Cuellar, 1983.

6.2.- ETAPA DE DIAGNÓSTICO.

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una “función intelectual compleja”, al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como los recursos existentes (capacidades).

Esta segunda etapa consiste en el establecimiento de conclusiones relativas a los datos que se han obtenido y analizado. Por lo tanto, el diagnóstico permitirá, entender la situación del paciente, en la que se identifican tanto los aspectos positivos derivados de la capacidad y de los recursos de aquel como los negativos, asociados a sus perturbaciones y limitaciones. Debemos entender el diagnóstico, de forma general es como un juicio acerca del problema de un paciente, al que se llega mediante procesos deductivos a partir de los datos recogidos. La índole del problema es tal que puede mitigarse mediante la intervención enfermera.¹⁷

FINALIDAD:

La finalidad de este análisis es tratar de identificar el problema o los problemas que el paciente presenta (o puede presentar). Se cuenta para ello con una serie de datos de partida, que son fundamentalmente los síntomas clínicos objetivos y subjetivos (por ejemplo, el paciente se queja de <dolor de tripa> y en la exploración física se comprueba que existe un dolor localizado en la parte baja del abdomen que aumenta con la palpación). Sin embargo, este tipo de datos no bastan por sí mismos para formular un diagnóstico, ya que es necesario comprobar que otras características definitorias se unen a los citados síntomas (por ejemplo, el paciente no ha orinado desde la mañana del día anterior, el dolor se refleja en los genitales, se palpa distensión vesical). A su vez, hay que comparar todo ello con el patrón de normalidad específico de cada paciente (por ejemplo, normalmente orina de tres a cuatro veces o más al día). Solo después de este proceso se estará en condiciones de identificar una alteración importante en el patrón funcional de la micción y de formular el diagnóstico de retención urinaria.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL DIAGNÓSTICO.

1950: Se utilizó por primera vez en término **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.**

1960: Faye Abdellah introdujo un sistema clasificatorio para la identificación de 21 problemas clínicos del paciente. Este sistema se utilizó en el plan de estudios de las escuelas de enfermería norteamericanas en los años 60 para ayudar a los estudiantes a diagnosticar las respuestas del paciente ante la salud y la enfermedad, y de este modo identificar las actuaciones de enfermería pertinentes para dicha situación.

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

¹⁷ W. GRIFFITH, Janet. Paula j. Christensen. Proceso de atención de enfermería Ed. Manual Moderno S. A. de C. V. México Df, 1989.

1970: Se reconocía la necesidad de desarrollar una terminología para describir los problemas de salud diagnosticados y tratados por el profesional de enfermería.

1973: Tuvo lugar la Primera Conferencia Nacional sobre la **Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería** en la Escuela de Enfermería de la Universidad de St. Louis. El grupo comenzó a formular diagnósticos de enfermería y publicó una lista provisional. Desde entonces han continuado trabajando para desarrollar y clasificar los **diagnósticos enfermeros**. La American Nurses' Association (ANA) aprobó y legitimó el uso del término **diagnóstico de enfermería** y el de **proceso de diagnóstico**, exponiendo que: *los diagnósticos de enfermería se obtienen de los datos del estado de salud del cliente*. Esto proporcionó al profesional de enfermería un apoyo legal y una obligación profesional de utilizar el proceso diagnóstico para determinar los diagnósticos de enfermería adecuados, existen diversos sistemas diagnósticos, el sistema más utilizado fue desarrollado por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería *Norht American Nursing Diagnosis Association* (NANDA).

1988: El sistema de diagnósticos de la NANDA fue adoptado por la Asociación Americana de Enfermería –*American Nurses' Association, ANA*– como el Sistema de Diagnóstico Oficial de los Estados Unidos.¹¹

DEFINICIONES DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

*Son diagnósticos clínicos hechos por profesionales de enfermería, describen problemas reales y potenciales que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia son capaces y están autorizadas para tratar (Gordon 1976).

*Es una declaración del estado de un paciente (respuesta a la salud y a la enfermedad), que las enfermeras son capaces y legalmente responsables de tratar (Morit 1982).

*Es un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia o comunidad a problemas de salud o a procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería, con el fin de alcanzar los resultados que son responsabilidad de la enfermera (NANDA 1990).⁸

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

¹¹ MARRINER Tomey. *Am. “Modelos y teorías en enfermería”* Ed. Tercera edición impreso en España, 1994.

⁸ JUALL CARPENITO, Lynda. *Alt. Diagnósticos de enfermería aplicación a la práctica clínica* Ed. Interamericana•McGraw-Hill de España, 1995.

FORTALEZAS DEL DIAGNÓSTICO:

- ✓ Proporciona un lenguaje coherente (oral-escrito).
- ✓ Establece un sistema de automatización (como hacerlo).
- ✓ Proporciona un marco educacional y estimula a adquirir nuevos conocimientos.
- ✓ Permite una eficaz recuperación de información con fines científicos y garantiza calidad.
- ✓ Proporciona una estructura sólida para la presentación por escrito de los quehaceres de enfermería.
- ✓ Establece normas que son responsabilidad de enfermería.

DEBILIDADES DEL DIAGNÓSTICO:

- Utilizar los diagnósticos de enfermería sin ratificación.
- Poner nombre nuevo a los diagnósticos nuevos.
- Omitir situaciones problemáticas en el registro.
- Sistema de clasificación no conocido universalmente.

UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA ES:

Es un enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud y los problemas del paciente, que pueden ser modificados por la intervención de la enfermera. Deriva de la inferencia de datos confirmados para la valoración y de las percepciones, sigue a una investigación cuidadosa de los datos y conduce a una decisión o a una opinión.

La responsabilidad de enfermería es diagnosticar las respuestas humanas a las secuelas y problemas relacionados con la salud y a los efectos de estos problemas sobre las actividades de la vida diaria.¹⁷

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

EL DIAGNÓSTICO ENFERMERO REAL:

Describe la respuesta actual de una persona, de una familia, o una comunidad vulnerable y se apoya en las características definitorias (datos objetivos y subjetivos) además de tener factores relacionados.

Ejemplo:

Factores relacionados.

-Problemas en la movilidad y fuerza física. (Deterioro neuromuscular y limitación para el movimiento).

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

¹⁷ W. GRIFFITH, Janet. Paula j. Christensen. Proceso de atención de enfermería Ed. Manual Moderno S. A. de C. V. México Df, 1989.

Características definitorias.

- Dificultad para realizar prácticas higiénicas.
- Higiene personal insuficiente (baño, aseo bucal, lavado de manos y uñas).

Diagnóstico enfermero real.

«Déficit de autocuidado: baño-higiene».

DIAGNÓSTICO ENFERMERO POTENCIAL O DE (RIESGO):

Describe respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables, no existen características definitorias (datos objetivos y subjetivos), solo se apoyan en los factores de riesgo (etiología).

Ejemplo:

Factores de riesgo:

- *Desnutrición.
- *Pérdida de la continuidad de la piel.
- *Enfermedad crónica.
- *Peligros ambientales (hospitalización).

Diagnóstico enfermero de riesgo.

«Riesgo de infección»

DIAGNÓSTICO ENFERMERO DE SALUD:

Es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor.

Ejemplo:

El familiar que cuida al usuario desea tener mayor información, recibe apoyo de los demás integrantes de la familia y muestra conductas de ayuda y soporte adecuadas.

Diagnóstico de salud.

«Potencial de mejora en el afrontamiento familiar inefectivo comprometido».¹⁴

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA POSIBLE:

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

¹⁴ RODRIGUEZ S. Bertha A. Proceso enfermero. Ed. segunda edición. Ediciones Cuellar, 1983.

Los diagnósticos de enfermería posibles son enunciados que describen un problema sospechoso para el que necesitan datos adicionales. La palabra posible se utiliza en los diagnósticos de enfermería para describir problemas que puedan existir pero que requieren datos adicionales para ser confirmados o descartados. La NANDA no trata los diagnósticos de enfermería posibles debido a que no son temas a clasificar, sino una opción disponible para los diagnósticos de la NANDA aprobados. Con un diagnóstico de enfermería posible, la enfermera tiene algunos datos para apoyar un diagnóstico confirmado, pero que son insuficientes.

Los diagnósticos de enfermería posibles son enunciados de dos partes que constan de:

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

Ejemplo:

Diagnóstico de enfermería posible.

«Posible trastorno de la percepción de sí mismo en relación con una pérdida reciente de las responsabilidades del rol secundario a una exacerbación de esclerosis múltiple (EM) ».⁸

DIFERENCIA ENTRE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA Y DIAGNÓSTICO MÉDICO.

“Un diagnóstico de enfermería es un enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud y los problemas del paciente, que pueden ser modificados por la intervención de la enfermera. Deriva de la inferencia de datos confirmados por la valoración y de las percepciones, sigue a una investigación cuidadosa de los datos y conduce a una decisión o a una opinión.

Enfermería no es la única profesión que hace diagnósticos, los trabajadores sociales y los médicos hacen diagnósticos. La responsabilidad de la enfermera es diagnosticar las respuestas humanas, las secuelas, los problemas relacionados con la salud y los efectos de estos problemas sobre las actividades de la vida diaria.

El diagnóstico de enfermería es probablemente el menos comprendido, el más polémico y el eslabón más débil en el proceso de enfermería. Ha sido identificado como un componente esencial que requiere un nivel elevado de destreza intelectual. Es la base para planear, intervenir y evaluar los problemas de salud del paciente.

Son varias las razones que existen para realizar los diagnósticos de enfermería, el término hace posible dar a los individuos un cuidado global y comprensivo de la salud al identificar, valorar y responder a los problemas específicos de ella.

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

⁸ JUALL CARPENITO, Lynda. Alt. Diagnósticos de enfermería aplicación a la práctica clínica Ed. Interamericana•McGraw-Hill de España, 1995.

Los diagnósticos de enfermería permiten el uso de un lenguaje común, intensifica la comunicación entre compañeros y con otros profesionales del cuidado de la salud, mejora la continuidad de los servicios y representa un cuerpo organizado de ciencias clínicas en enfermería. De acuerdo con Gondon y Sweeney, los diagnósticos de enfermería pueden ayudar a formular los resultados esperados para asegurar la calidad, colaboración en la medición de la eficacia-costo del cuidado de enfermería, permiten asignar los puestos del personal, proporcionan la base para la “clínica” en la educación de la enfermera clínica.

La expresión “diagnóstico de enfermería” surgió en la década de 1973 con el uso creciente del proceso de atención de enfermería. En E. U. A., la American Nurses’ Association incluyó al diagnóstico de enfermería como parte integral del proceso de atención de enfermería al publicar en 1973 los cánones o normas genéricas para la práctica de la misma. Los diagnósticos de enfermería se están utilizando en estudios para determinar la factibilidad como medio para restaurar el cuidado de enfermería y medir sus recursos en un sistema experimental de restitución.

Uno de los problemas más frecuentes para aceptar la expresión **“diagnóstico de enfermería”** es el mal entendido que surge por su confusión con el diagnóstico médico.

El diagnóstico médico identifica y califica el proceso patológico preciso, se hace con el fin de prescribir un tratamiento, curar la enfermedad o reducir la lesión o el daño; si el padecimiento no puede ser identificado, con frecuencia el tratamiento se dirige a eliminar o reducir los signos y síntomas; el diagnóstico médico describe una enfermedad, un síndrome o un conjunto específico de observaciones que se clasifica como uno de los diagnósticos médicos enumerados en la Clasificación Internacional de Enfermedades.

El diagnóstico de enfermería describe los efectos de estos síntomas y estados patológicos sobre las actividades del paciente y sobre su forma de vida, es la manifestación de la respuesta en la conducta del individuo a la condición o situación, por ejemplo, “ansiedad relacionada con las pruebas de diagnóstico” o “incapacidad para realizar las actividades del cuidado propio a causa de la fractura del brazo derecho”.

El diagnóstico médico es un componente importante en el estado global del paciente y no puede ser ignorado. Existen acciones de enfermería, independientes, que pueden ejecutarse en respuesta al diagnóstico médico; por ejemplo: un diagnóstico médico con numerosas complicaciones en enfermería es la diabetes, un diagnóstico de enfermería podría ser “alteraciones en el sistema metabólico causadas por la diabetes”. Las acciones independientes de enfermería incluye la valoración de los conocimientos del paciente acerca de la enfermedad y de sus complicaciones; la adaptación del individuo a la dieta, a los medicamentos y el cuidado de la piel y los efectos sobre la forma de vida del paciente y su familia así como sus mecanismos de suficiencia para encarar el problema.

Después de haber valorado todas estas áreas, pueden detectarse diagnósticos adicionales de enfermería, como “integridad cutánea alterada de ambos pies debido a la falta de conocimientos, al cuidado deficiente o a trastornos de la circulación” y “alteraciones en la nutrición debido a una ingestión inadecuada, a la falta de conocimientos o de hábitos alimentarios deficientes”.¹⁷

Ejemplo de diagnósticos médicos y diagnósticos de enfermería.

COMPARACIÓN ENTRE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y LOS MÉDICOS	
Diagnóstico de enfermería	Diagnóstico médico
<ul style="list-style-type: none"> *Describe la respuesta de un individuo a un proceso, estado o situación patológicos. * Esta orientado al individuo. *Cambia a medida que cambian las respuestas del cliente. * Guía las actividades independientes de la enfermera: planificación, actuación y evaluación. * Es complementario el diagnóstico médico. * No tiene sistemas de clasificación universalmente aceptando; tales sistemas se encuentran en la fase de desarrollo. * Consta de un enunciado de dos partes con la etiología cuando es conocida. 	<ul style="list-style-type: none"> *Describe el proceso patológico específico. * Esta orientado a la patología. * Permanece constante a lo largo de la duración de la enfermedad. * Guía el tratamiento médico, parte del cual puede ser ejecutado por la enfermera. *es complementario al diagnóstico de enfermería. * Tiene un sistema de clasificación bien desarrollado y aceptado por la profesión médica. * Consta de dos a tres palabras.

Los diagnósticos de enfermería aceptados por la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) se han enfocado, por lo general, sobre patrones de alteración de la salud. Hasta la fecha, se enumeran cuatro diagnósticos de enfermería orientados al bienestar en la Taxonomía de la NANDA: **duelo anticipado; lactancia materna eficaz; afrontamiento familiar; y conductas que promueven la salud**. Se han realizado esfuerzos por generar otros. Entretanto, las enfermeras que cuidan básicamente de individuos sanos pueden encontrarse con que es preciso utilizar los **diagnósticos de enfermería potenciales**, como:

- **Déficit potencial de la actividad recreativa** en relación con una situación posterior a la jubilación.
- **Potencial de afrontamiento individual ineficaz** relacionado con un nuevo rol de maternidad/paternidad.
- **Deterioro potencial de la adaptabilidad** en relación con un divorcio y un apoyo inadecuado por parte de los miembros de la familia.
- **Potencial de intolerancia a la actividad** en relación con una falta de motivación.
- **Potencial de limpieza ineficaz de las vías respiratorias** en relación con el hábito de fumar.

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

¹⁷ W. GRIFFITH, Janet. Paula j. Christensen. Proceso de atención de enfermería Ed. Manual Moderno S. A. de C. V. México Df, 1989.

FASES DEL PROCESO DE DIAGNÓSTICO.

1).- PREPARACIÓN DE LOS DATOS.

*CLASIFICACIÓN.

*INTERPRETACIÓN.

*CONVALIDACIÓN.

2).- FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO.

1).-PREPARACIÓN DE LOS DATOS:

Clasificación:

Una vez que se han obtenidos, los datos deben organizarse en una estructura útil para la enfermera y quienes puedan necesitar acceder a ellos. Los modelos de estructura teórica y los conceptuales a menudo sirven de base al formulario de valoración, facilitando así la organización de los datos.

Interpretación:

El análisis e interpretación de los datos en el proceso de cuidados, nos permite formular los diagnósticos de enfermería, es aquí donde se adquiere “sentido” la formulación de objetivos, la planificación de las intervenciones adecuadas para su ejecución.

Dicho análisis requiere de reconocer las variables que intervienen en el proceso de recolección de datos, relativos a las catorce necesidades que permitan identificar las fuentes de la dificultad que obstaculizan la satisfacción de la necesidad.

Con los resultados de dicho análisis es posible determinar los problemas derivados del grado de autonomía del individuo en la continua independencia-dependencia, establecer relaciones entre ellos y formular los Diagnósticos de Enfermería con base en la taxonomía de la Asociación Norteamericana de **Diagnósticos de Enfermería** (NANDA) aprobados en la décima conferencia, ordenados según las catorce necesidades fundamentales.

Es muy importante conducir a la enfermera a que comprenda mejor al usuario y le preste ayuda en la experiencia que esta viviendo.

Un problema de salud provoca, con frecuencia, múltiples problemas de dependencia en la persona. La enfermera debe establecer prioridades entre los problemas a los que va a dedicar su atención.

El ser humano presenta necesidades fundamentales que, atendiendo a su intensidad y su urgencia, no siempre se manifiestan necesariamente de la misma manera. Todas las necesidades fisiológicas de base deben ser generalmente satisfechas, ¿Puede ocurrir que predomine alguna de ellas? En caso de que la respuesta sea afirmativa, ¿Cómo saberlo? Por otra parte, ¿puede ocurrir en algún caso que, sin desatender las necesidades, tales como la seguridad, la de estar informado, o la de comunicarse con otros? ¿Cómo se puede llegar a saber cuales son las prioridades entre las necesidades, es decir cuales son las necesidades hacia las cuales ha de orientarse la acción de la enfermera de forma más inmediata y particular?

Se pueden establecer algunos criterios. Unos pueden aplicarse en determinadas situaciones, y en condiciones diferentes pueden ser validos. Para la misma prioridad pueden incluso ser convenientes varios criterios. Aquí se enumeran estos criterios por orden de importancia en sentido de decreciente, pero todo esto es relativo, ya que cada situación puede presentar modificaciones que se deben tener en cuenta.

La enfermera debe ocuparse prioritariamente:

1. De la insatisfacción de una necesidad que pone en peligro el estado de homeostasis del cliente. Por ejemplo, una insuficiencia respiratoria grave o una incapacidad de alimentarse o de hidratarse que entrañe el riesgo de generar un desequilibrio serio.
2. De la necesidad cuya insatisfacción entraña para el cliente un gasto importante de energía. En el caso de un cliente muy disneico o con una gran ansiedad.
3. De la insatisfacción que puede comprometer seriamente la seguridad del cliente. Por ejemplo, una manifestación de ansiedad o agitación, un déficit sensorial o la confusión.
4. De la necesidad cuya insatisfacción es profunda y que genera un nivel importante de dependencia. Por ejemplo, el cliente débil o inconsciente que es incapaz de volver a su cama.
5. De la insatisfacción de una necesidad que repercute en otras. Por ejemplo, la incapacidad para moverse que tiene el cliente puede tener repercusiones en su estado respiratorio, en su capacidad para alimentarse o eliminar solo, en su peristaltismo intestinal, en su capacidad para desplazarse o de ser útil y realizarse, etc.
6. De una necesidad cuya insatisfacción daña el confort. Por ejemplo, una postura con mal alineamiento corporal, el estar acostado en una superficie rugosa, el permanecer sobre una sabana sucia, etc.
7. De la necesidad cuya insatisfacción puede repercutir en la percepción personal del cliente sobre su dignidad sobre ser humano. Por ejemplo, un tipo de comunicación enfermera-cliente que no asegura el respeto a la persona o a su comprensión del entorno.
8. De la necesidad cuya satisfacción es importante a los ojos del cliente y que lo motiva en su acción. Siempre es fácil trabajar partiendo de lo que la persona tiene dentro de su corazón. Esto permite emplear su propia energía al servicio del plan de tratamiento. Por ejemplo, a una cliente paralítica y afásica lo que le importa es comunicarse con sus nietos. Para ella esta necesidad se convierte en prioritaria.

Para establecer un orden en los **diagnósticos de enfermería** es necesario considerar, ante todo, en que medida la necesidad insatisfecha daña la homeostasis del cliente o su seguridad, y medir el grado de dependencia que genera en los diferentes niveles.

Convalidación:

La convalidación consiste en confirmar la precisión de los **diagnósticos enfermeros** y problemas interdependientes.

Durante la validación, la enfermera debe consultar al usuario para corroborar que este en lo cierto, también es recomendable solicitar asesoría cuando no se reúnan los conocimientos o experiencias suficientes.

Una vez validados los **diagnósticos enfermeros** y problemas interdependientes, pueden escribirse en la hoja de notas de enfermería y en los planes de cuidados para iniciar la etapa de la planeación.¹⁴

2).- FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO.

En esta etapa final, la enfermera formula las relaciones causales entre los problemas de salud y los factores relacionados con ellos. Estos factores pueden ser, por ejemplo, ambientales, sociológicos, psicológicos, fisiológicos o espirituales. Más de un factor puede estar relacionado con un problema de salud. Es importante determinar en este momento si el problema puede resolverse mediante actuaciones de enfermería independientes. Si no es así, la enfermera deberá remitir al cliente, al miembro del equipo de salud adecuado. Al incluir los factores causales en los enunciados diagnósticos, la enfermera puede confeccionar un plan de cuidados por el cliente. Por ejemplo, el diagnóstico **deterioro de la movilidad física** le dice a la enfermera cuál es el problema pero no le sugiere qué sentido deberá dar a la actuación de enfermería, mientras que **deterioro de la movilidad física en relación con el deterioro neuromuscular** sugiere el curso que debe adoptar los planes e intervenciones para el problema. Evidentemente, el factor causal deterioro neuromuscular sugiere un sentido diferente que el que le daría el factor *miedo a caer*.

Las enfermeras pueden remitirse a la lista de diagnósticos de enfermería aceptados. Los factores causales se obtienen a partir de los datos. Si no aparece ningún factor causal en los datos, puede que en la enfermera desee realizar un diagnóstico provisional basado en sus conocimientos científicos de enfermería y en su experiencia. La enfermera debe revisar la base de datos en busca de lagunas e inconsistencias. Una vez que haya establecido una relación causal, la enfermera estará lista para describir los enunciados diagnósticos.

Los **diagnósticos de enfermería posibles** se emplean cuando no hay evidencia acerca de una respuesta del cliente o cuando se desconocen los factores relacionados. La enfermera redacta el diagnóstico de enfermería posible y recolecta más datos, para apoyar o para refutar la respuesta posible. Por ejemplo, se ingresa en un hospital a una viuda anciana que vive sola. La enfermera observa que no tiene visitas y se conforma con la atención y conversación que le da el personal de enfermería. Hasta que se recolectan más datos, la enfermera puede redactar un diagnóstico de enfermería posible de **aislamiento social** en relación con una *etiología desconocida*.

La exactitud de los enunciados diagnósticos de enfermería depende también de una base de datos completa y un procesamiento adecuado de datos. Si éstos se omiten, el diagnóstico puede ser erróneo. Si los datos no se procesan de forma adecuada, es decir, no se agrupan correctamente, puede que se realice un diagnóstico prematuro, incorrecto, o que no se realice dicho diagnóstico.

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

¹⁴ RODRIGUEZ S. Bertha A. *Proceso enfermero*. Ed. segunda edición. Ediciones Cuellar, 1983.

Es importante no confundirlo con los objetivos definidos para el paciente, ni debe ser utilizado como sinónimo de las intervenciones de enfermería, constituye las bases para establecer objetivos y para planear las intervenciones, posee características propias que le diferencian de esas actividades. El diagnóstico debe entenderse como una función establecida e independiente propia del profesional de enfermería. Requiere de una gran capacidad y conocimientos previos para captar los problemas del paciente y emitir juicios inteligentes; el diagnóstico enfermero preciso constituye una de las claves para la práctica eficaz de la intervención enfermera, por lo que todos los profesionales de enfermería deben estar capacitados. En 1988, el sistema de diagnósticos de la NANDA fue adoptado por la Asociación Americana de Enfermería, como el Sistema de Diagnóstico Oficial de los Estados Unidos. El proceso por el que son enviados nuevos diagnósticos y aprobados por la NANDA está atravesando un proceso de cambio. El diagnóstico propuesto debe ser compatible con la definición de la NANDA de un **diagnóstico de enfermería**, estos deben cumplir con los siguientes requisitos:

- ✓ La designación proporciona un nombre al diagnóstico.
- ✓ La definición ofrece una descripción clara y exacta del diagnóstico, define su significado y la diferencia de otros diagnósticos.
- ✓ Las características definitorias se refieren a las conductas o signos y síntomas clínicos que son manifestaciones del diagnóstico.
- ✓ Los factores relacionados son las situaciones o circunstancias que pueden causar o contribuir al desarrollo del diagnóstico.
- ✓ Los factores de riesgo son factores ambientales y elementos fisiológicos, genéticos o químicos que aumentan la vulnerabilidad a un acontecimiento nocivo.

Cuando los diagnósticos exigen mayor especificidad se utilizan subcategorías, p. Ej.; en el patrón del intercambio de volumen de líquido se incluyen dos características: déficit de volumen de líquidos y exceso de volumen de líquidos. La lista de diagnósticos continúa aplicándose a medida que los profesionales de enfermería identifican y validan designaciones que describen en el campo de la práctica de la enfermería. También se espera que la Taxonomía cambie a medida que los profesionales de enfermería continúen aclarando en concepto de **diagnóstico de enfermería** y desarrollando métodos de organización eficaces.

A pesar del gran esfuerzo que estas asociaciones norteamericanas están haciendo para establecer un consenso sobre una clasificación de los diagnósticos de enfermería, es necesaria la utilización de un marco conceptual apropiado para establecer dicha clasificación, ya que uno de los mayores problemas que se pueden dar en su aplicación es la inapariencia de los diagnósticos que no se correspondan con los postulados del Modelo Teórico enfermero que elijamos para llevar a cabo una intervención concreta.¹¹

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

¹¹ MARRINER Tomey. Ann. “Modelos y teorías en enfermería” Ed. Tercera edición impreso en España, 1994.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y SU REDACCIÓN.

Un enunciado de diagnóstico de enfermería de tres partes comprende:

1.- ENUNCIADO DEL PROBLEMA (ETIQUETA DIAGNÓSTICA) (P):

Enunciado de la respuesta del cliente.

2.- ETIOLOGÍA (FACTORES RELACIONADOS Y FACTORES DE RIESGO) (E):

Factores que contribuyen a la respuesta o sus causas probables.

3.- CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:

Las características definitorias son manifestadas por el cliente.

Los enunciados diagnósticos de tres partes comprenden el problema, la etiología y los signos y síntomas observados (PES). Los diagnósticos de enfermería reales pueden documentarse mediante un enunciado de tres partes (usando *en relación con* y *manifestado por*), ya que se han identificado los signos y síntomas.

Ejemplos de enunciados de tres partes:

***Trastorno de la autoestima** (problema) en relación con *alteraciones de la imagen corporal (pérdida de un brazo)* (etiología) manifestado por *llanto y hostilidad* (signos y síntomas).

***Duelo anticipado** (problema) en relación con una enfermedad terminal del *marido* (etiología) manifestada por *anorexia y conducta de rechazo* (signos y síntomas).

¿Qué se debe evitar al estructurar diagnósticos enfermeros?

1. Formular diagnósticos enfermeros empleando terminología médica.
2. Identificar dos problemas al mismo tiempo.
3. Redactar el diagnóstico de manera que incrimine legalmente.
4. Redactar diagnósticos enfermeros con juicios de valor que surgen de “los valores personales, y normas del profesional de enfermería”, no de datos objetivos y subjetivos.
5. Cambiar el orden de los elementos del diagnóstico enfermero.
6. Registrar dos enunciados en el diagnóstico enfermero que tengan igual significado.
7. Escribir formulaciones diagnósticas sin considerar factores relacionados, que la enfermera pueda solucionar o modificar en forma independiente.

Con formato
viñetas

FORMULAR ENUNCIADOS DIAGNÓSTICOS.

Hay tres componentes esenciales para los enunciados diagnósticos de enfermería; se conocen como **FORMATO PES**.

1. **PROBLEMA: (P)**. Este componente, conocido como la *etiqueta o título categoría diagnóstica*, es una descripción del problema (real o potencial) de salud del cliente (individual, familiar o comunitario) para el cual se da un tratamiento de enfermería. El estado del cliente es descrito con claridad y de forma concisa en pocas palabras. Para ser clínicamente útiles, las etiquetas de categoría han de ser específicas. Cuando la palabra *especificar* sigue a una etiqueta de categoría la enfermera indica el área en la que se produce el problema. Por ejemplo, un déficit de conocimientos puede localizarse en el área de la prescripción de medicamentos, y la adaptabilidad a la dieta, o el proceso patológico y su tratamiento.
2. **ETIOLOGÍA: (E)** o factores concurrentes. Este componente identifica una o más causas probables del problema de salud y sirve de guía para el tratamiento de enfermería necesario. La etiología puede consistir en conductas del cliente, factores ambientales e interacciones entre ambos. Por ejemplo, las causas probables de una **alteración del mantenimiento de la salud** comprenden el deterioro perceptivo o cognitivo, la falta de habilidades motoras gruesas o finas y un afrontamiento individual ineficaz.
3. **SIGNOS Y SÍNTOMAS: (S)**. Las características definitorias proporcionan la información necesaria para llegar a la etiqueta de categoría diagnóstica (componente I). Cada categoría diagnóstica de enfermería se asocia con signos y síntomas que se presentan como una entidad clínica. Los signos y síntomas *principales* son los que deben estar presentes para validar el diagnóstico. Las características menores pueden, o no estar presentes. Las categorías diagnósticas de enfermería son similares a las categorías diagnósticas médicas. Por ejemplo, la categoría diagnóstica médica de infarto al miocardio se asocia con una serie estándar de signos y síntomas que se conocen y aceptan de forma universal. Por otra parte, la categoría de enfermería, **alteración del mantenimiento de la salud** se asocia con un grupo estándar de signos y síntomas. Para la mayor parte de los diagnósticos de enfermería, la lista de características definitorias están aún por desarrollar y depurar. Se han publicado listas parciales para ayudá a las enfermeras a desarrollar y validar sus diagnósticos de enfermería.⁹

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

⁹ KOZIER, B. ERB, G. alt. *Técnicas de enfermería clínica* Ed. Interamericana•McGraw-Hill de España. Vol. I, 1999.

VARIANTES DEL FORMATO PESS:

Escribir “Etiología desconocida” cuando las características definitorias están presentes, pero la enfermera no conoce la causa de los factores contributivos.

- ❖ Utilizar la frase “factores complejos” cuando hay demasiados factores etiológicos o cuando son demasiado complicados para recogerlos en una frase breve.
- ❖ Utilizar el término “posible” para describir el problema o etiología, cuando la enfermera cree que son necesarios más datos sobre la respuesta del paciente (problema) o sobre la causa, insertar la palabra “posible”.
- ❖ Utilizar “secundario a” para dividir la etiología en dos partes y hacer más descriptivo y útil el enunciado.

DIRECTRICES PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

- ✓ Escribir el diagnóstico en cuanto a la respuesta del cliente, más que a la necesidad de la enfermera.
- ✓ Usar “relacionado con” en vez de “debido a” o “causado por” para conectar las dos partes de la declaración. Escribir el diagnóstico en términos legales aconsejables.
- ✓ Escribir los diagnósticos sin emitir juicios de valores.
- ✓ Evitar el uso de señales simples en la primera parte de la declaración.
- ✓ No deberá significar lo mismo las dos partes de la declaración.
- ✓ Expresar los factores relacionados de forma que puedan combinarse.
- ✓ No incluir diagnósticos médicos.
- ✓ Exponer el diagnóstico en forma clara y concisa.

PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES.

Son un tipo de problema potencial, las intervenciones de enfermería independientes para problemas interdependientes se centran sobre todo en vigilar el estado del cliente y prevenir el desarrollo de la complicación. En tratamiento definitivo del problema exige tanto intervenciones médicas como de enfermería.

Puesto que el número de complicaciones fisiológicas para una enfermedad dada es limitada, los problemas interdependientes tienden a estar presentes en cualquier momento en el que lo este una determinada enfermedad o tratamiento, es decir cada enfermedad o tratamiento tiene complicaciones específicas que se asocian a él.

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES.

Durante la valoración, la enfermera recoge datos de cara a la historia médica y al tratamiento, con esta información puede predecir las complicaciones fisiológicas potenciales del cliente, las cuales debe monitorizar.

Por ejemplo un cliente ingresado para cirugía facultativa que tiene además una diabetes mellitus se le deberán monitorizar las fluctuaciones de la glucemia bajo la forma de un problema interdisciplinario **complicación potencial**, hipo/hiperglucemia.

Para ayudar a identificar los problemas interdependientes, la enfermera debe hacerse la siguiente pregunta:

En cualquiera de los siguientes sistemas corporales, ¿existe una complicación fisiológica o un alto riesgo de que desarrolle como consecuencia de una enfermedad, tratamiento, estudio, diagnóstico o medicamentos, que requiera monitorización y control conjunto por médico o una enfermera?

- Cardíaco, vascular.
- Inmunometabólico, hematopoyético.
- Respiratorio.
- Renal, urinario.
- Neurológico, sensorial.
- Muscular- esquelético.
- Reproductor.
- Gastrointestinal, hepático, biliar.

REDACCIÓN DE PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES.

Todo problema interdisciplinario de denominación Diagnóstica “complicación potencial” (o CP), por ejemplo

Complicación potencial: Sepsis.

Complicación potencial: Asma.

Esta denominación indica que el enfoque de enfermería para los problemas interdisciplinarios es reducir la gravedad de ciertos factores o acontecimientos fisiológicos.

Por ejemplo: el diagnóstico complicación potencial: Hipertensión alerta a la enfermedad que este cliente esta padeciendo una hipertensión o presenta alto riesgo de padecer hipertensión. En cualquier caso la enfermera reabrirá un informe sobre el estado del problema interdependiente y procederá a obtener datos básales de la tensión arterial del cliente.

Dado el estado fluctuante de la mayoría de los clientes, no es preciso ni realista modificar la terminología para diferenciar sí el cliente, esta realmente padeciendo una hipertensión o simplemente esta en situación de riesgo.

La enfermera esta controlando una serie de complicaciones, los problemas interdisciplinarios pueden registrarse junto a estas, por ejemplo.

-Complicaciones potenciales de inserción del marcapasos.

La enfermera puede expresar el problema interdependiente para reflejar una causa específica, por ejemplo complicaciones potenciales: hiperglucemia en relación con tratamiento prolongado con corticoesteroides. En la mayor parte de los casos, sin embargo, dicha conexión es innecesaria.

Al redactar enunciados de problemas interdependientes la enfermera debe de asegurarse de no omitir la raíz complicación potencial, esta raíz indica que se necesitan intervenciones escritas por la enfermera para su tratamiento. Sin raíz el tratamiento interdisciplinario podría tomarse erróneamente como un diagnóstico médico, en cuyo caso la enfermera esta subordinada a la medicina, disciplina principalmente responsable del diagnóstico y tratamiento de los diagnósticos médicos.

DIFERENCIA ENTRE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

Tanto los diagnósticos de enfermería como los diagnósticos interdependientes afectan a todos los pasos del proceso de enfermería, valoración, diagnósticos, planeación, ejecución y evaluación.

En los diagnósticos de enfermería la valoración implica una recolección de datos para identificar los signos y síntomas de los diagnósticos de enfermería reales o de los factores de riesgo de los diagnósticos de enfermería potenciales.

La valoración para los problemas interdependientes se centra en la determinación del estado del problema. La enfermera identifica un problema interdependiente cuando existen ciertas situaciones que aumentan la vulnerabilidad del cliente para la complicación o cuando el cliente ha sufrido dicha complicación.

Los problemas interdependientes se presentan y probablemente van a presentarse, en asociación con una patología o tratamientos específicos. Por ejemplo. Todos los clientes intervenidos de cirugía abdominal están en situación de riesgo para ciertos problemas, por ejemplo, hemorragia e hipoxia.

Es necesario un conocimiento experto de la enfermera para valorar un riesgo específico para estos problemas para prevenir la morbilidad y mortalidad.

SIMILITUDES Y DIFERENCIAS ENTRE UN DIAGNÓSTICO ENFERMERO Y UN PROBLEMA INTERDEPENDIENTE.

	<u>Diagnóstico enfermero.</u>	<u>Problema Interdependiente.</u>
Es un:	→ Juicio clínico.	→ Juicio clínico.
Centro de Atención:	→ Respuestas humanas.	→ Respuestas fisiopatológicas.
Principal Responsable:	→ Enfermera (o).	→ Médico.
Funciones de Enfermería:	→ Interdependientes.	→ independientes o interdependientes. ¹⁴

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

¹⁴ RODRIGUEZ S. Bertha A. Proceso enfermero. Ed. segunda edición. Ediciones Cuellar, 1983.

6.3.- ETAPA DE PLANEACIÓN

Es la tercera etapa del proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes. La planeación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase inicia después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados. Durante la fase de planeación se elaboran los objetivos, lo que será capaz de hacer el paciente como objetivo de las acciones de enfermería, que describen la forma en que el profesional de enfermería debe actuar para ayudar al paciente a conseguir los objetivos.

La fase de planeación es un proceso de toma de decisiones para la elaboración del Plan de Cuidados, es decir, para la realización de una programación o plan de acción antes de su respuesta en práctica, y para ello es preciso seguir el siguiente programa.

Para llevar a cabo el Plan de Cuidados se debe llevar a cabo un diseño de acción práctica, es decir, para su elaboración hemos de tener en cuenta en primer lugar la elección de un marco conceptual, es decir, un Marco Teórico el más adecuado para determinar las directrices de la intervención de la enfermera en dicho momento. En segundo lugar, consideramos el diagnóstico de enfermería, esto es, el juicio emitido sobre el estado del paciente, al que hemos llegado tras la recopilación de los datos necesarios. Por último, se hace necesario comenzar a decidir acerca de que es lo que se pretende conseguir; como acción técnica, la actuación enfermera se propone llevar a cabo un cambio en el estado del paciente, y ello se logrará mediante el Proceso de Enfermería.

ETAPAS DE LA PLANEACIÓN

ESTABLECER PRIORIDADES

En general, los criterios para establecer prioridades son los siguientes:

**Inmediata o alta*, se aplica a las situaciones diagnosticadas que requieren una intervención urgente por estar comprometida la vida del paciente o porque, si no se actúa, se puede deteriorar su salud o la de otros; a esta categoría pertenecen, por ejemplo, las actuaciones correspondientes a un diagnóstico de alto riesgo de lesión relacionado con una disfunción sensitiva o a otro de alto riesgo de aspiración relacionado con la pérdida de la conciencia;

**Mediata, secundaria o intermedia*, corresponde a aquellas necesidades detectadas en las que no hay compromiso vital ni urgencia extrema pero que requiere atención de medio plazo; tal sería el caso de los cuidados nutricionales necesarios poscirugía, en un paciente hospitalizado para una intervención ginecológica;

**A largo plazo o baja*, se aplica a las situaciones o problemas diagnosticados que no guardan una relación directa con la enfermedad o alteración del paciente pero que puede afectar a su salud en el futuro (por ejemplo, intervención docente para paliar o eliminar un déficit de conocimientos relacionado con el ejercicio diario recomendado).

ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES.

Debe efectuarse, siempre que la situación lo permita, de común acuerdo con el paciente (o la familia). Si nada lo impide, se procurará dar preferencia a las necesidades o problemas que el afectado estime prioritarias; es una forma eficaz de aumentar su vinculación con las medidas que se adopten. Cabe la posibilidad, de que exista discrepancia de criterios; en tales casos, el diálogo y la negociación suelen dar buenos resultados. En último extremo, si está en riesgo la salud física o psíquica del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS.

Esta tarea es fundamental, ya que proporciona una pauta común a todo el personal de enfermería en contacto con el paciente, al conocerse de forma inequívoca el fin de las intervenciones y, además permite evaluar la calidad y acierto de la asistencia, al comparar lo previsto con la situación real. Así, por ejemplo, si ante un diagnóstico de limpieza ineficaz de las vías aéreas, el objetivo es lograr que el paciente elimine las secreciones traqueobronquiales y los resultados que se esperan son auscultación normal en una fecha determinada, la comprobación en dicha fecha de los datos arrojados por la auscultación evidenciarán sí el objetivo se ha cumplido o no y, en caso negativo del fallo es imputable a una deficiente actuación de enfermería o a otros motivos que convenga controlar.⁴

REDACCIÓN DE OBJETIVOS.

Tras asignar las prioridades la enfermera establece los objetivos, para cada diagnóstico enfermero y problemas interdependientes.

Un objetivo es la evaluación del paciente o una modificación de su comportamiento deseado. Conseguir un objetivo es resolver el problema especificado en el diagnóstico enfermero. En un plan de asistencia, los objetivos describen, en términos de respuestas observables del paciente, lo que la enfermera espera conseguir al ejecutar las órdenes de enfermería.

Un objetivo de cuidados es la meta a la que quiere que llegue el cliente. Intención dada a los cuidados, expresadas por medio de un comportamiento esperado en el cliente: es un resultado que se desea obtener.

PROPÓSITO.

Define de qué forma la enfermera y el cliente saben que la respuesta humana identificada en el diagnóstico ha sido impedida, modificada y corregida.

Determina la eficiencia de las intervenciones de enfermería.

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

⁴ DIEZ DOMINGO, Ma. Isabel. FERNANDEZ JIMENEZ, J. Luis. Manual de enfermería Ed. Luxus editores, 2003.

CARACTERÍSTICAS DE UN OBJETIVO DE CUIDADOS.

S: (Specificity) ESPECIFICIDAD o PERTENENCIA, a un sólo sujeto, a veces puede aplicarse a una colectividad.

A: (Action) META o ACCIÓN, esperada por la persona.

I: (Implication) IMPLICACIÓN o nivel de compromiso personal del cliente.

R: (Realism) REALISMO, un objetivo debe tener en cuenta la capacidad de la persona desde el punto de vista, físico, intelectual y afectivo, para que sea aplicable, debe ser realista desde el punto de vista de la capacidad de la persona, la habilidad de la enfermera y su disponibilidad para ayudarlo a conseguirlo.

O: (Observable) OBSERVABLE, un objeto debe orientarse hacia comportamientos o hacia acciones objetivamente aplicables y observables que, en determinados casos, debe ser incluso medible.

CAMPOS A LOS QUE PUEDEN PERTENECER LOS OBJETIVOS DE CUIDADOS.

De naturaleza psicomotriz, cuando está implicado el movimiento.

De naturaleza cognitiva, cuando se requiere el conocimiento.

De naturaleza afectiva, cuando están interesadas las sensaciones, las emociones y los sentimientos.

DIRECTRICES PARA EL DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS.

- Deben relacionarse con la respuesta humana ¿como? Debe reflejar la primera parte de la aclaración del diagnóstico identificando respuestas favorables.
- Deben centrarse en el cliente.
 - Centrados en el comportamiento del cliente.
 - Debe señalar lo que hará, cuando y hasta que punto se llevara a cabo.

- Deben ser claros y concisos.
 - De este modo aumenta la comunicación entre las personas de equipo de salud y fomenta la continuidad de los cuidados.
 - Debe evitar palabras ambiguas y abstractas.
- Deben describir comportamientos observables y medibles (¿Qué, cuando, en que medida?).
- Deben referir lo que el cliente hará, cuando y hasta que punto.
 - Deben ser realistas.
 - Deben ser alcanzables considerando los recursos del cliente personal de enfermería y centro.
- Deben delimitarse en cuanto al tiempo.
 - Hay que determinar cuanto tiempo se asignara para lograr el resultado. Horas, al día siguiente, durante la hospitalización, días, etc.
- Deben determinarse conjuntamente con el cliente y la enfermera.
 - Intercambio de expectativas, incluir al cliente como participante activo, ayuda a lograr de los objetivos.

COMPONENTES DE LOS ENUNCIADOS DE OBJETIVOS.

1.- SUJETO:

El sujeto, en un hombre, es el cliente, cualquier parte del cliente o algún atributo del cliente, como, p. Ej., su pulso o excreción urinaria. A menudo, se omite el sujeto en los objetivos del plan de cuidados de enfermería; se asume que el sujeto es el cliente a menos que se indique lo contrario.

2.-VERBO:

El verbo indica una acción que va a realizar el cliente, por ejemplo, lo que el cliente va hacer, aprender o experimentar. La enfermera selecciona los verbos que indican directamente conductas observables, como *administrar, demostrar, exponer, caminar, beber, decir, afirmar, hacer una lista* etc.

3.- CONDICIONES O PUNTUALIZACIONES:

Las condiciones o los modificadores se pueden añadir al verbo para explicar las circunstancias bajo las cuales se va a ejecutar la conducta. Explican qué, dónde, cuándo o cómo. Por ejemplo:

Caminar con la ayuda de un andador (cómo).

Tras acudir a dos clases de diabetes de grupo, hace una lista de los signos y síntomas de la diabetes (cuando).

Al estar en casa, se mantiene el peso al nivel existente (dónde).

Come los cuatro grupos de alimentos y las comidas diarias recomendadas (qué).

Las condiciones deben incluirse sí el estándar de actuación indica con claridad lo que se ha de esperar.

4.- CRITERIOS DE RESULTADOS ESPERADOS:

Los criterios indican el estándar por el cual la enfermera evalúa un resultado o el nivel en el que el cliente ejecuta la conducta especificada. Un criterio puede especificar el tiempo o velocidad, la exactitud, la distancia y la calidad. Para establecer un criterio de logro temporal, la enfermera debe preguntarse « ¿Cuánto tiempo? ». Para establecer un criterio de exactitud, la enfermera se pregunta, « ¿A qué distancia? ». Y « ¿Cuál es el estándar esperado? » para establecer los criterios de distancia y calidad, respectivamente. Ejemplos son:

Pesa 75 Kg. en abril (tiempo)

Enumera *cinco de los seis* signos de la diabetes

(Exactitud)

Camina *una manzana al día* (tiempo y distancia)

Se administra la insulina *usando la técnica aséptica* (calidad).

FINES DE LOS OBJETIVOS.

1. Orientar en la planificación de las intervenciones de enfermería con las que se lograrán las modificaciones deseadas en el paciente, las ideas para estas intervenciones llegan más fácil si los objetivos expresan conocimiento y concreción de lo que la enfermera espera conseguir.
2. Proporciona un plazo para las expectativas deseadas.
3. Sirve como criterio para evaluar los progresos del paciente. Aunque se desarrollan en la etapa de Planeación del Proceso de Enfermería, los criterios de resultado sirven para juzgar las intervenciones de enfermería y los progresos del paciente en la etapa de evaluación.
4. Permiten al paciente y la enfermera determinar cuando se ha resuelto un problema.
5. Motivar a ambos e infundirles un sentimiento de logro. A medida que van consiguiendo los objetivos, tanto el paciente como la enfermera pueden ver que sus esfuerzos han merecido la pena. Esto les da ánimo para seguir cumpliendo el plan, sobre todo cuando es preciso realizar cambios difíciles en la forma de vida.

DISEÑO DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

- Son estrategias específicas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los resultados.
- Una intervención de enfermería es todo cuidado directo que una enfermera realiza a favor de un paciente.

Se basan en:

- ❖ Factores relacionados identificados en la declaración del diagnóstico de enfermería.
- ❖ En las posteriores intervenciones que tienen con el cliente y su familia.

- ❖ Definen las actividades necesarias para eliminar los factores que contribuyen a las respuestas humanas.
- ❖ Se diseñaron con base a los conocimientos, habilidades y recursos.

PARA QUE SIRVEN LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

Permiten a la enfermera aplicar principios científicos, facilitar la administración de cuidados individuales.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES.

Hay tres categorías de intervenciones enfermeras: iniciadas por la enfermera (intervenciones independientes), iniciadas por el médico (intervenciones dependientes) y las de colaboración (interdependientes). La selección de la categoría se basa en las necesidades del cliente. Un cliente puede necesitar las tres categorías, mientras que otro puede sólo necesitar las iniciadas por la enfermera y el médico.

INTERVENCIONES INDEPENDIENTES.

Las intervenciones independientes iniciadas por la enfermera son la respuesta independiente de la enfermera a las necesidades del cliente y los diagnósticos enfermeros. Este tipo de intervención es una acción autónoma basada en el funcionamiento científico que se lleva a cabo del beneficio del cliente en una forma predeterminada en relación con el diagnóstico enfermero y los objetivos centrados en el cliente. Las intervenciones iniciadas por las enfermeras implican aspectos de la práctica profesional enfermera que abarcan capacitación y legislación. Estas intervenciones no requieren supervisión ni dirección de otros. Por ejemplo, las intervenciones para aumentar los conocimientos de un cliente sobre una nutrición adecuada o las actividades de la vida diaria relacionadas con la higiene son acciones enfermeras independientes.

INTERVENCIONES DEPENDIENTES.

Las intervenciones dependientes están basadas en la respuesta del facultativo al diagnóstico médico. La enfermera interviene llevando a cabo las órdenes escritas por el médico. Administrar una medicación, llevar a cabo un procedimiento invasivo, cambiar un vendaje y preparar un cliente para pruebas diagnósticas. No siempre está dentro de la práctica legal de la enfermería que la enfermera prescriba y ordene estos tratamientos, pero si está dentro de la práctica legal de la enfermera que está complete dichas órdenes e individualice los criterios de su administración. Por ejemplo, un médico puede ordenar un cambio de vendas 2 veces al día, una medicación intravenosa (IV) cada 6 horas y una gammagrafía ósea para un cliente. La enfermera incorpora cada una de estas órdenes en el plan de cuidados del cliente de manera que puedan cumplirse con eficiencia y seguridad. Cada intervención iniciada por el médico requiere responsabilidades específicas y conocimientos técnicos por parte de la enfermera. Por ejemplo, al administrar las medicaciones la enfermera tiene la responsabilidad de saber: la clasificación del fármaco, acción fisiológica, dosificación normal, efectos secundarios e intervenciones enfermeras relacionadas con esta acción o sus efectos secundarios.

Cuando un médico ordena una prueba diagnóstica específica o de laboratorio la enfermera es responsable de programar la prueba, preparar al cliente y conocer los hallazgos normales y las implicaciones enfermeras asociadas a ella.

INTERVENCIONES INTERDEPENDIENTES.

Las intervenciones interdependientes son tratamientos que requieren conocimientos, actividades y experiencia de diversos profesionales sanitarios. Por ejemplo, un paciente hemipléjico debido a un accidente cerebro vascular reciente y también tiene una historia de demencia de larga evolución. Sus funciones cognitivas son limitadas, tiene riesgo de problemas relacionados con el deterioro de la sensibilidad y la movilidad y no es capaz de realizar independientemente las actividades de la vida cotidiana. Para mantener su estado actual de salud el cliente requiere de múltiples intervenciones que incluyen cuidados enfermeros para prevenir úlceras por decúbito, intervenciones de fisioterapia para prevenir trastornos músculo esqueléticos debido a la inmovilidad e intervenciones de terapia ocupacional para cubrir sus necesidades de alimentación e higiene. El cuidado de este cliente requiere la coordinación de actividades en colaboración de múltiples profesionales sanitarios, esta dirigida al objetivo a largo plazo de mantener el estado de salud del cliente.¹³

CARACTERÍSTICAS DE LAS INTERVENCIONES.

- ✓ Ser consecuente con el plan de cuidados.
- ✓ Basarse en principios científicos.
- ✓ Centrarse en factores relacionados del diagnóstico de enfermería.
- ✓ Incluir la opinión del cliente al escoger alternativas.
- ✓ Tener en cuenta las fuerzas y debilidades del cliente y gravedad de la situación.
- ✓ Posición de un ambiente seguro y terapéutico.
- ✓ Oportunidades de enseñar-aprender.

DIRECTRICES PARA REDACCIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

- Deben estar fechados y firmados.
- Deben incluir verbos de acción concretos y enumerados las actividades específicas para lograr los resultados esperados.
- Deben definir ¿Quién, qué, dónde, cuando, cómo y con que frecuencia? tendrán lugar las actividades.
- Deben estar individualizadas para el cliente.

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

¹³ POTER, A. Patricia. Fundamentos de enfermería. Ed. Harcorur. Volumen I, quinta edición, 2002.

DOCUMENTACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS.

La documentación de un plan de cuidados, es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar los resultados alcanzados.

De acuerdo con su registro los planes de cuidados pueden ser: individualizados, cuando se utiliza un formato dividido en columnas en dónde la enfermera procede a escribir el diagnóstico enfermero/problema interdependiente, objetivos, acciones de enfermería y evaluación; estandarizados, en caso de que estén impresos y respondan a problemas específicos, permitiendo hasta cierto punto su individualización, dejar un espacio en blanco para que la enfermera realice anotaciones particulares del usuario; y los computarizados, que surgen de “planes creados por ordenador”, que después de introducir información del usuario, familia y comunidad ofrecen los planes de cuidados respectivos.

6.4.- ETAPA DE EJECUCIÓN

Es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados “y esta enfocado al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados”.

DEFINICIÓN:

La **ejecución** pone en marcha el **Plan de cuidados** para conseguir los objetivos concretos que se han propuesto. Se ejecutan las **intervenciones de enfermería** concretas para modificar los factores que constituyen al problema del cliente. Podemos señalar que se trata de la fase del **Proceso de Enfermería** orientado hacia la **acción directa**, en la cual el profesional de enfermería es responsable de la puesta en práctica del plan de cuidados que se elaboró previamente.

Durante esta fase el profesional de enfermería debe ser capaz de coordinar eficazmente las actividades, y prestar cuidados directos al paciente. **Las actividades intelectual, interpersonal y técnicas** desarrolladas durante la **fase de ejecución** están basadas en el plan de cuidados elaborados para cada paciente, de acuerdo con la valoración previa de sus problemas.

El profesional de enfermería ejecuta planes de cuidados en diversos ambientes de atención sanitaria, tales como en hospitales, domicilios, centros para enfermos crónicos, escuelas, clínicas, consultas de médicos y otros. Independientemente del marco de intervención, se utiliza el Proceso de Enfermería para prestar atención a los clientes.

La ejecución se lleva a cabo en tres etapas: preparación, intervención y documentación.

ETAPA I.- PREPARACIÓN:

La primera etapa de la fase de ejecución exige una **preparación** para comenzar las intervenciones de enfermería. Esta preparación consiste en una serie de actividades, cada una exige el uso de razonamiento crítico:

1. Revisión de las intervenciones de enfermería para asegurarse que son compatibles con el plan establecido.
2. Análisis del conocimiento de enfermería y de las habilidades necesarias.
3. Reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a actividades de enfermería concretas.
4. Proporcionar los recursos necesarios.
5. Preparación de un entorno seguro que conduzca a los tipos de actividad necesarias.

ETAPA II.- INTERVENCIÓN:

Este enfoque está diseñado para cubrir la mayor parte de las necesidades físicas y emocionales del cliente. Es el inicio de acciones independientes e interdependientes.

Las intervenciones diseñadas para cubrir las necesidades físicas y emocionales del cliente son numerosas y variables, dependiendo de los problemas individuales específicos.

La ejecución de la atención enfermera se ajusta a una de estas seis categorías:

1. - Refuerzos de las cualidades.
2. - Ayuda en las actividades de la vida diaria.
3. - Supervisión del trabajo de otros miembros del equipo de enfermería.
4. - Comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria.
5. - Educación.
6. - Prestación de cuidados para conseguir los objetivos del cliente.

Posteriormente a la fase de preparación pueden llevarse a cabo las intervenciones de enfermería independientes e interdependientes planeadas, que incluyen: la valoración, “la prestación de cuidados para conseguir los objetivos”; la educación del usuario, familia y comunidad y “la comunicación con los miembros del equipo de atención sanitaria”. Es fundamental considerar las capacidades físicas, psicológicas y personales del usuario durante la ejecución de las acciones de enfermería, para lograr su participación e independencia.

Para estar seguros de que las intervenciones de enfermería son las apropiadas. Cada acción de enfermería debe ser el resultado de una valoración y de una aplicación del pensamiento crítico, por consiguiente el término RUTINA es inadecuado, cuando se emplea la metodología del proceso enfermero.

En cada intervención de enfermería, nosotros somos responsables de los resultados emocionales como de los resultados físicos, por lo que es necesario actuar siempre con pleno conocimiento de los principios y razones, observando atentamente la respuesta del usuario y la familia.

ETAPA III.- DOCUMENTACIÓN:

La documentación es, **el registro que realiza la enfermera o las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente del usuario y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud.**

El propósito de los registros de enfermería: es mantener informados a otros profesionales del área de la salud sobre datos de valoración del usuario, cuidados proporcionados y las respuestas del usuario/familia: se basa para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados; respaldar legalmente las actuaciones de enfermería y sirve para estimar el pago de los servicios prestados.

Existe gran diversidad en los registros de enfermería por obedecer a requisitos particulares de cada unidad de atención para el cuidado de la salud: sin embargo, estos deben reunir ciertas características universales como son: fecha y hora; datos de valoración, intervenciones de enfermería; resultados obtenidos y nombre / firma de la enfermera. Así mismo las notas deben ser concisas, claras, completas, legibles, relevantes y oportunas.

HISTORIAL ORIENTADO EN LA FUENTE, DESVENTAJAS.

- ❖ Fragmentación de los cuidados del cliente según lo administre.
- ❖ No hay una clara definición del problema del cliente o de los enfoques interdisciplinarios para su control.
- ❖ Falta de documentación integrada sobre la respuesta que tiene el cliente a la intervención.
- ❖ Documentación poco consistente de la intervención dada cuando se lleva a cabo por muchas disciplinas.
- ❖ Mayor dificultad para revisar los registros y evaluar la calidad de la asistencia prestada.
- ❖ Las anotaciones narrativas no están organizadas en temas, dificultando la recuperación de los datos relativos a un determinado problema.

HISTORIALES ORIENTADOS EN EL PROBLEMA Y VENTAJAS.

Los datos son más accesibles y se centran en las necesidades individuales del cliente.

- Se facilita una calidad asistencial, puesto que la totalidad del equipo de salud se centra en los mismos problemas identificados en la atención al cliente tienen un rápido acceso a los datos relativos del plan de cuidados.
- Se fomenta la colaboración de todos los miembros del equipo de salud, puesto que los datos multidisciplinarios están disponibles.
- Se potencia la enseñanza ya que cada disciplina identifica y observa lo realizado por los demás.
- Permite una fácil identificación de las deficiencias.
- Se facilita la investigación, ya que los registros tienden a ser más exactos y completos.

HABILIDADES DE EJECUCIÓN.

Para ejecutar el plan de cuidados satisfactoriamente las enfermeras requieren buenas habilidades cognitivas, interpersonales y técnicas.

Las habilidades difieren unas de otras; sin embargo, en la práctica las enfermeras las utilizan en diversas combinaciones y con distinto énfasis, dependiendo de la actividad.

HABILIDADES COGNITIVAS.

Son habilidades (intelectuales) incluyen la solución de problemas, la toma de decisiones, el razonamiento crítico y el pensamiento creativo.

HABILIDADES INTERPERSONALES.

Son todas las actividades que todas las personas utilizan al comunicarse directamente con otras, incluyendo actividades verbales y no verbales.

La eficacia de la acción de enfermería suele depender, en gran medida, de la capacidad de la enfermera para comunicarse con los demás. Las habilidades interpersonales son necesarias para todas las actividades de enfermería; cuidar, acomodar, consultar, aconsejar y apoyar son solo algunas. Incluyen conocimientos transmisibles, actitudes, sentimientos, interés y apreciación de los valores culturales del cliente y de su estilo de vida. Para que las enfermeras puedan alcanzar un alto grado de habilidad en las relaciones interpersonales deben tener conciencia y sensibilidad hacia los demás.

HABILIDADES TÉCNICAS.

Son habilidades “manuales”, como la manipulación del equipamiento, administración de inyecciones, realización de vendajes y movilizar, levantar clientes.

Estas habilidades o procedimientos también se le denominan procedimientos y habilidades psicomotoras.

REGISTRO DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA.

COMUNICAR LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA.

Tras cumplir con las órdenes de enfermería, la enfermera completa la frase ejecución registrando las intervenciones, así como las respuestas del cliente, en las notas evolutivas de enfermería.

Las acciones de enfermería deben anotarse anticipadamente, ya que la enfermera puede determinar, al valorar de nuevo al cliente, ya que la acción no debe o no puede ser ajustada.

Las actividades de enfermería siempre se registran después de haberse realizado, es cuando la enfermera puede reflejar de forma precisa lo que ha ocurrido.

La enfermera puede registrar las actividades rutinarias y respectivas, por ejemplo, bucales, al final del turno; mientras tanto, la enfermera lleva un registro personal de estas intervenciones, muchos centros disponen de impresos especiales para este tipo de registro.

En algunos casos es importante registrar las acciones de enfermería inmediatamente después de la ejecución. Esto es especialmente importante en la administración de medicamentos y tratamientos ya que los datos registrados sobre el cliente deben estar actualizados, precisos y estar disponibles para otras enfermeras o profesionales sanitarios.

El registro inmediato ayuda a proteger al cliente, por ejemplo, de recibir una segunda dosis de la misma medicación.

Las actuaciones de enfermería se comunican verbalmente, además de por escrito.

Cuando la salud del cliente esta cambiando rápidamente, la enfermera jefe o el médico pueden requerir estar informados continuamente de forma verbal.

Los informes verbales se dan a otras enfermeras y a otros profesionales sanitarios.

Las enfermeras también dan informes verbales en los cambios de turno y al remitir al cliente a otro departamento o centro sanitario.

Las notas de evolución conjuntas concluyen anotaciones de todas las disciplinas.

La evolución de la información anotada en estas notas ayuda a medir el progreso del cliente hacia el logro de los resultados.

También permite al evaluar modificar el plan de acuerdo a esto.

6.5.- ETAPA DE EVALUACIÓN

Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda practica de enfermería; la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que esta presente en la valoración, diagnostico, plantación y ejecución.¹⁴

Evaluar es juzgar o emitir. La evaluación es la quinta y última etapa del proceso de enfermería.

ETAPAS DE LA EVALUACIÓN

- 1) RECOLECCIÓN DE DATOS.
- 2) COMPARACIÓN DE LOS DATOS RECOLECTADOS CON LOS RESULTADOS.
- 3) JUICIOS SOBRE EL PROGRESO.
- 4) REVISIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS.

1.- RECOLECCIÓN DE DATOS:

¹⁴ RODRIGUEZ S. Bertha A. Proceso enfermero. Ed. segunda edición. Ediciones Cuellar, 1983.

1).- Entrevista al cliente: informar sobre lo que le preocupa, estado físico o emocional y conocimiento del cliente de su situación.

2).- observación directa implica valoración de las señales relativas al respecto y comprensión del cliente.

3).- Exploración física, inspección, palpación, percusión y auscultación.

4).- Revisión de documentos ó historia clínica, estudios de laboratorio y evaluación.

2.- COMPARACIÓN DE LOS DATOS RECOLECTADOS CON LOS RESULTADOS.

Después de recoger los datos, la enfermera compara el estado de salud actual del cliente con los resultados definitivos en el plan de intervención.

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

3.- JUICIOS SOBRE EL PROGRESO.

Se ha logrado el resultado: el diagnóstico de enfermería identifica una respuesta que se ha resuelto y no es actual.

4.- REVISIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS.

Se revisan y se determinan el por que no fueron eficaces para ayudar al cliente.

DIFERENCIA ENTRE EVALUACIÓN DEL PROCESO Y EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS.

La evolución del proceso de cuidados de enfermería no constituye en sí misma la evolución de cuidados, ya que esta es mucho más amplia, esta abarca toda la planificación del conjunto de cuidados que proporciona la enfermera es decir, la calidad técnica y de relación manifestada a lo largo de su ejecución, la capacidad de la enfermera para trabajar en equipo, la realización correcta de las historias. El proceso situado dentro de cualquiera de estos marcos conceptuales, constituye un instrumento excepcional para proceder a esta evaluación.

Se podría incluso afirmar que la enfermera que domina bien el proceso está en posición de la reflexión, el rigor científico y la preocupación por la persona, para aplicar unos cuidados de enfermería de calidad.

LOGRÓ DE LOS OBJETIVOS Y LOS CRITERIOS DE RESULTADOS.

Los resultados esperados, formulados en la etapa de planeación, son los criterios de resultados para evaluar la respuesta del cliente, los cuidados de enfermería. La evolución esperada sirve para dos propósitos: 1) establecer el tipo de datos evolutivos que han de ser obtenidos y 2) proporcionar un estándar frente al que se comparen los datos.

OBSERVACIÓN DE DATOS.

Utilizando los resultados claramente establecidos, precisos y mensurables como la guía, la enfermera obtiene datos de forma que puedan extraer conclusiones sobre la consecución o no de los objetivos. Suele ser necesario obtener datos tanto objetivos como subjetivos. Algunos datos pueden requerir interpretación como el grado de turgencia tisular en un cliente con dolor. Cuando los datos objetivos requieren interpretación, la enfermera puede obtener la opinión de otras enfermeras para fundamentar cambios.

Al interpretar datos subjetivos, la enfermera debe basarse en: a) las afirmaciones del cliente (por ejemplo “Mi dolor es peor a hora, que después de desayunar ”) o b) en indicadores objetivos, aunque estos indicadores objetivos de los datos subjetivos, también pueden requerir interpretación (por ejemplo disminución de la deglución de la frecuencia respiratoria y del pulso, músculos faciales relajados como indicadores de alivio de dolor).

ENJUICIAMIENTO DE LA CONSECUCIÓN DE OBJETIVOS.

Si las dos primeras partes del proceso de la evaluación han sido realizadas de forma eficaz, resulta relativamente fácil determinar si se han conseguido los objetivos.

Tanto la enfermera como el cliente pueden adoptar un papel activo en la comparación de las respuestas reales del cliente con la evolución esperada.

Tras determinar si el objetivo se consiguió, la enfermera escribe un informe de evaluación (en el plan de cuidados o en las notas de enfermería).

Un informe de evolución consta de dos partes: una conclusión de datos que la fundamenta. La conclusión es la determinación de si el objetivo o resultado esperado fue cumplido, parcialmente conseguido o no se alcanzado. Los datos que la fundamenten son una lista de respuestas del cliente que apoyan la conclusión

VII.- MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos. Aunque oriunda de Kansas City, Missouri, Henderson paso su infancia y adolescencia en Virginia, ya que su padre era abogado en Washington, D.C.

Durante la Primera guerra Mundial, Henderson desarrollo su interés por la enfermería, y en 1918 ingreso a la Army School of Nursig de Washington D.C. Henderson se graduó en 1921, aceptando un puesto de enfermera en el Henry Street Visiting Nurse de Nueva York. En 1922 inicio su actividad como profesora de enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años más tarde ingreso en el Teacher's Collage de la Universidad de Colombia, donde obtuvo los títulos de B.S y M.A. en formación de enfermería. En 1929 Henderson trabaja como supervisora en el Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. En 1930 vuelve al Teacher's Collage como miembro de la facultad, impartiendo cursos sobre el proceso analítico de enfermería y sobre el ejercicio profesional, hasta 1948.

Henderson tiene en su saber una larga carrera como autora e investigadora. Durante su estancia en el Teacher's Colege, rescribió la cuarta edición de la obra de Bertha Hamer, Textbook of the Principiles and Practice of Nursing, tras la muerte de la autora, siendo publicada esta edición en 1939. La quinta edición de este libro de texto se público en 1955 y contenía la definición de Henderson sobre la enfermería. Henderson ha trabajado en asociación con la Universidad de Yale desde el inicio de la década de los 50, desarrollando una gran labor de investigación sobre enfermería a través de esta asociación. Desde 1959 a 1971 dirigido el Nursing Studies Index Project, patrocinado por Yale. Durante la década de los 80, Henderson permanece activa como Research Associate Emeritus en Yale.

Su influencia y los logros conseguidos en la profesión de enfermería le han reportado al menos nueve investiduras como doctor honoris causa y el primer Premio Christiane Reimann. Henderson ha recibido el Premio Mary Adelaide Nursing de la U.S. National League for Nursing, es socia honoraria de Association of Integrated and Degree Courses in Nursing de Londres, y socia honoraria del Royal College of Nursing de Inglaterra. En 1983 recibió de Sigma Theta Tau International el Premio Mary Tolle Wrinht Founders a la Dirección, uno de los mayores galardones de esta sociedad honorífica. En la convención de la American Nurses Association, recibió una mención honorífica especial por las contribuciones que ha realizado durante toda su vida a la investigación, formación y desarrollo profesional de la enfermería. La biblioteca internacional informatizada de enfermería de Sigma Theta Tau International lleva el nombre de Virginia Henderson en su honor.

FUENTES TEÓRICAS PARA EL DESARROLLO DE LA TEORÍA.

Henderson publicó por primera vez su definición de la enfermería en la revisión que en 1955 hizo junto con Harper de la obra *The Principles and Practice of Nursing*, de esta última. La decisión de Henderson es crear su propia definición de la enfermería influyeron principalmente tres factores. En primer lugar, en 1939 revisó el *Textbook of Principles and Practice of Nursing*. Henderson ve en el, el trabajo que realizó con este texto el origen de su percepción de la necesidad de aclarar las funciones de las enfermeras. Otra razón fue su participación como miembro de un comité en una conferencia regional del Nacional Nursing Council en 1946. Finalmente, Henderson se interesó por la investigación que la América Nurses Association había realizado sobre la función de la enfermera, ya que no estaba totalmente de acuerdo con la definición que había adoptado la ANA en 1955.

Henderson considera su trabajo una definición, describe su interpretación como la síntesis de muchas influencias, unas positivas y otras negativas.

Annie W. Goodrich.

Sirvió de inspiración para Henderson, quién recuerda «Cada vez que visitaba nuestra unidad, nos animaba a mirar mas allá de las técnicas y tareas rutinarias».

Carolina Stackpole.

Le transmitió la importancia de mantener un equilibrio fisiológico.

Jean Broabhurst.

La importancia de la higiene y de la asepsia impactó a Henderson.

Dr. Eduard Thorhdike.

Dirigía trabajos de investigación sobre las necesidades fundamentales de los seres humanos. Henderson reconoce que la enfermedad es «más que un estado patológico» y que en los hospitales no se atienden las necesidades más importantes.

Bertha Hamer.

La definición de Harper de 1922 comienza así: «La enfermería se basa en las necesidades de la humanidad».

Ida Orlando.

Henderson considera que Orlando influye en su concepto de la relación enfermera-paciente. Dice: «Ida Orlando me ha hecho comprender con que facilidad la enfermera puede actuar basándose en una idea equivocada de las necesidades del paciente sí no comprueba su interpretación de las mismas con el».

Henderson incorporó principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de la enfermería. Sus referencias en estos campos proceden de su relación con Stackpole y Thorndike, durante sus estudios, Stackpole basaba su curso de fisiología en el dictamen de Claude Bernard de que la salud depende de que la célula este rodeada de linfa. A partir de esto, Henderson supone que una definición de enfermería debería llevar implícito el principio del equilibrio fisiológico. Con la teoría de Bernard, también mejora su apreciación de la medicina y sus implicaciones en enfermería. Henderson afirma: «Era obvio que el equilibrio emocional es inseparable del equilibrio fisiológico una vez que comprendió que una emoción es en realidad nuestra interpretación de la respuesta celular a las fluctuaciones de la composición química de los fluidos intercelulares». Henderson no identifica las teorías precisas apoyadas por Thorndike, tan solo dice que se refieren a las necesidades fundamentales de los seres humanos. Se observa una correlación entre la Jerarquía de Necesidades de Abraham Maslow y los 14 componentes de la asistencia de enfermería de Henderson, comenzando por las necesidades fisiológicas hasta los componentes psicosociales.

PRINCIPIOS, CONCEPTOS Y DEFINICIONES

ENFERMERÍA:

Henderson define la enfermería en términos fundamentales: La única función de una enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que el realizará sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

SALUD:

Henderson especifica una definición propia sobre la salud, pero en su obra equipara la salud con la independencia, cita varias definiciones de salud de diferentes fuentes, incluida la de la Organización Mundial de la Salud. Considera la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería. Dice que es «la calidad de la salud más que la vida de sí misma, esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más afectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción de la vida».

ENTRONO:

Tampoco hace Henderson una definición propia del entorno, en 1961, define el entorno como «el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo».

PERSONA:

La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.
La mente y el cuerpo de la persona son inseparables

PATRICIA BOLAÑOS ESTEFES
"VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS"

UMSNH

PACIENTE:

Henderson considera al paciente como un individuo que requiere asistencia para obtener la salud e independencia o una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son indispensables. Considera al paciente y su familia como una unidad.

NECESIDAD:

No se encuentra una definición específica de necesidad, pero Henderson identifica 14 necesidades básicas en el paciente, que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería. * Dichas necesidades son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Eliminar los residuos corporales.
4. Moverse y mantener la posición adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir prendas de vestir –vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno.
8. Mantener el cuerpo limpio, cuidado y los tegumentos protegidos.
9. Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.
10. Comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno.
12. Trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado.
13. Jugar o participar en alguna actividad recreativa.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales, y utilizar los recursos sanitarios disponibles.

AFIRMACIONES TEÓRICAS.**LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE.**

Se pueden identificar tres niveles en la relación enfermera-paciente que varían desde una relación muy dependiente a otra marcadamente independiente: (1) la enfermera como un sustituto de algo necesario para el paciente; (2) la enfermera como ayuda para el paciente, y (3) la enfermera como compañera del paciente. En caso de enfermedad grave, la enfermera esta considerada como «un sustituto de lo que el paciente carece para considerarle “completo”, “íntegro” o “independiente” por la ausencia de fuerza física, voluntad o conocimiento». Henderson refleja esta opinión en su afirmación de que la enfermera «es, de forma temporal, la conciencia de la inconciencia, el amor a la vida del suicida, la pierna del amputado, los ojos del ciego reciente, un medio de locomoción para el lactante, la sabiduría y la confianza para la nueva madre, el “micrófono” para los demasiado débiles o introvertidos para hablar».

Durante la convalecencia, la enfermera ayuda a la paciente a adquirir o recuperar su independencia. Henderson afirma: «La independencia es un termino relativo. Ninguno de nosotros es independiente a los demás, aunque luchamos por una interdependencia sana, no por una dependencia enferma». Como compañeros, la enfermera y el paciente elaboran juntos el plan terapéutico. Las necesidades básicas existen a pesar del diagnóstico, aunque se hallan modificadas por la patología y otras circunstancias como la edad, el temperamento, el estado emocional, el nivel sociocultural y la capacidad física e intelectual. La enfermera debe ser capaz de apreciar no solo las necesidades del paciente sino también las circunstancias y estados patológicos que las alteran. Henderson dice que la enfermera «debe estar en la piel de cada paciente para saber lo que necesita». La enfermera puede modificar el entorno en lo que considere necesario. Henderson opina que «en los casos en que las enfermeras conocen las relaciones fisiológicas y psicológicas a la temperatura, humedad, luz y calor, presión atmosférica, olores, ruidos, impurezas químicas y microorganismos, pueden organizar y hacer el mejor uso de los medios de los que se dispone». La enfermera y el paciente siempre trabajan con un objetivo, sea este la independencia o una muerte tranquila. Una de las metas de la enfermera debe ser que el día del paciente transcurra «con la mayor normalidad posible». La promoción de la salud es otro de los objetivos importantes para la enfermera. Henderson afirma que «se consigue más ayudando a que cada persona aprenda a estar sana que preparando a los terapeutas más capacitados para servir a los que lo necesiten».

LA RELACIÓN ENFERMERA MÉDICO.

Henderson insiste en que la enfermera tiene una función única, distinta de la de los médicos. El plan de cuidados, elaborado por la enfermera junto con el paciente, se debe llevar a cabo de forma que facilite el plan terapéutico prescrito por el médico. Henderson subraya que las enfermeras no siguen las órdenes de los médicos, ya que, «cuestiona una filosofía que permita al médico dar órdenes a los pacientes o a los profesionales sanitarios». Recientemente ha ampliado esta idea para dar mayor importancia al hecho de que la enfermera ayuda a los pacientes en el cuidado de su salud cuando los médicos no pueden hacerlo.

LA ENFERMERA COMO MIEMBRO DEL EQUIPO SANITARIO.

La enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales sanitarios. La enfermera y los demás miembros del equipo, se ayudan mutuamente a realizar el conjunto del programa de asistencia desarrollando cada uno su trabajo. Henderson, nos recuerda que «nadie del equipo debe hacer tales exigencias a los demás miembros, que alguno de ellos sea capaz de realizar su función específica».

Henderson compara el equipo sanitario en su conjunto, incluidos el paciente y la familia, con los sectores en forma de cuña de un gráfico sectorial. El tamaño del sector de cada miembro depende de las necesidades actuales del paciente y, por lo tanto, varía a medida que el paciente va progresando hacia la independencia. Hay circunstancias, en las que algunos de los miembros del equipo ni siquiera están incluidos en el gráfico. El objetivo es que el paciente tenga el sector más grande o que llegue a ocupar todo el gráfico.

Al igual que varían las necesidades del paciente, lo mismo puede ocurrir con la definición de enfermería. Henderson admite que «esto no significa que exista una definición para siempre. Creo que la enfermería se modifica con la época en la que se ejerce y depende en gran medida de lo que hagan los demás trabajadores sanitarios».

Henderson amplía su definición junto con Gladis Nite, considera que «la enfermería no debe existir en el vacío. La enfermería debe desarrollarse y aprender a identificar las nuevas necesidades sanitarias de la población a medida que se nos vayan planteando».

MÉTODO LÓGICO.

Parece que Henderson ha utilizado el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su definición de enfermería. Deducir su definición y las 14 necesidades a partir de principios fisiológicos y psicológicos. Se deben estudiar los supuestos de la definición de Henderson para determinar su idoneidad lógica. Muchos de los supuestos son válidos por un elevado nivel de concordancia con la literatura y con las conclusiones de las investigaciones de los científicos de otros campos. Por ejemplo, sus 14 necesidades básicas corresponden fielmente con la jerarquía de necesidades humanas de Maslow, ampliamente aceptada, aunque fueron concretas antes de que Henderson leyera la obra de Maslow.

ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERÍA.

EJERCICIO PROFESIONAL.

La enfermera debe realizar todos los esfuerzos necesarios para entender al paciente cuando pierde la voluntad, el conocimiento o la fuerza. La enfermera debe estar en su piel, puede ayudar al paciente a ser independiente mediante la valoración, planificación, realización y evaluación de cada uno de los 14 componentes de la asistencia básica de enfermería. **Henderson** considera que el proceso de enfermería es el proceso de solución de problemas y que no es específico de la enfermería.

En la fase de evaluación, la enfermera valora al paciente en cuanto a los 14 componentes de la asistencia básica de enfermería. Una vez completamente valorado el primer componente, la enfermera pasará al siguiente y así hasta que las 14 áreas hubiesen sido evaluadas. Para la recopilación de los datos, la enfermera utiliza la observación, el olfato, el tacto y el oído. Para completar la fase de evaluación, la enfermera tiene que analizar los datos que ha recogido, para lo cual es necesario saber que es normal en salud y en enfermedad. Mientras que la enfermería sea el único servicio disponible 24 horas al día, 7 días a la semana, la capacidad de las enfermeras para diferenciar lo normal de lo anormal en el paciente sano, la función de evaluación de las enfermeras es indiscutible.

La fase de planeación conlleva a la elaboración de un plan adecuado a las necesidades del individuo, actualizando dicho plan según sea necesario, basándose en los cambios, utilizando el plan como un sistema de registro y garantizando que se corresponde con el plan prescrito por el médico, un buen plan integra el trabajo de todos los que forman el equipo sanitario.

La fase de aplicación del plan, la enfermera ayuda al paciente a realizar actividades que conserven su salud, que le lleven a recuperarse de la enfermedad o que le ayuden a lograr una muerte tranquila.

Las actuaciones son individuales, según los principios fisiológicos, edad, antecedentes culturales, equilibrio emocional y capacidades físicas e intelectuales. **Henderson** evaluaría al paciente según su grado de independencia. Sin embargo el lactante no puede ser independiente ni tampoco inconsciente. En algunas fases de la enfermedad, deberíamos aceptar que el deseo del paciente depende de los demás.¹¹

ACTIVIDADES DE DEPENDENCIA E INDEPENDENCIA DE ENFERMERÍA.

La intervención de enfermería debe centrarse directamente en la fuente de dificultad, así como la manifestación de dependencia provocada por ella. Así, frente a un problema de retención urinaria debido a los efectos de la anestesia en un operado, la enfermera no puede actuar únicamente sobre la retención, que es lo que constituye el problema de dependencia del cliente. Por el contrario, cuando se trata de insuficiencia de conocimientos, sus intervenciones pueden dirigirse directamente a la fuente de dificultad. Una enseñanza adecuada puede, en este caso, corregir el problema.

Actuar directamente sobre la causa o fuente de dificultad, sin embargo, no es posible por la irreversibilidad de ciertas dificultades que implican, por ejemplo, un déficit visual o intelectual. Hay que pensar igualmente en la posibilidad en que se encuentra la enfermera de solucionar determinados problemas, como por ejemplo, un problema socioeconómico. Es estas situaciones, la «cuidadora», evidentemente no puede actuar más que en el problema de dependencia.

Puede darse en el caso en el que debe intervenir en los dos niveles a la vez. Tenemos como ejemplo al cliente que presenta una llaga por presión, y cuya fuente de dificultad se encuentra en inmovilidad. Es este caso, debe ocuparse, por supuesto, de la llaga, pero a la vez debe planificar cambios de posición para el enfermo. En resumen, se puede decir que, como norma, la enfermera ha de tener en cuenta estos dos elementos y actuar donde sea posible hacerlo.

ACTIVIDADES DEPENDIENTES E INDEPENDIENTES DEL CLIENTE.

Para mantener un equilibrio fisiológico el cliente debe alcanzar un nivel mínimo de satisfacción de necesidades. Sí es capaz de responder de forma conveniente, por medio de acciones o comportamientos adecuados que el mismo realiza (o que otros hacen por el de forma normal según su fase de crecimiento y de desarrollo, por ejemplo, el niño), es independiente.

Sí, por causa de otras dificultades, el cliente es capaz de adoptar comportamientos favorables para realizar por sí mismo acciones adecuadas que le permitan alcanzar un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades, se convierte en dependiente. Esta dependencia se manifiesta en el niño cuando no puede mantener el grado de autonomía que habitualmente corresponde a su nivel de crecimiento y desarrollo.

Por ejemplo, un bebe que no es capaz de dar a entender por medio de lloros que se encuentra húmedo o incomodo, o un niño de cuatro meses que es incapaz de coger un juguete, estando como esta en esa edad normal de hacerlo.

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

¹¹ MARRINER Tomey. Ann. “Modelos y teorías en enfermería” Ed. Tercera edición impreso en España, 1994.

Es muy importante ver los grados de dependencia y de independencia en los adultos por ejemplo en la siguiente tabla.

La independencia y la dependencia en el adulto.

INDEPENDENCIA	DEPENDENCIA
Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que el sujeto realiza por sí mismo, sin la ayuda de otra persona.	Incapacidad del sujeto para adoptar comportamientos o de realizar por sí mismo, sin ayuda de otros, acciones que le permiten alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades.

El nivel aceptable de satisfacción es el nivel que permite la persistencia de un buen equilibrio fisiológico y psicológico que se manifiesta por un estado satisfactorio de bienestar. Sin embargo, una necesidad puede permanecer ligeramente insatisfecha sin requerir por ello la suplencia de la enfermera.

DEPENDENCIA.

La dependencia se instala en el momento en el que el cliente debe recurrir a otro para que le asista, le enseñe lo que debe hacer, o que le supla en lo que no puede hacer por sí mismo.

Por lo tanto, es muy importante evaluar la capacidad del cliente para satisfacer por sí mismo sus necesidades. De esta manera, se puede evitar, en lo posible, la aparición de la dependencia, frenar su progresión y hacer que disminuya.

Sí, a pesar de los cuidados apropiados prestados por la enfermera, el problema no puede ser corregido, la dependencia se convierte en este momento en permanente o crónica. En el caso de un parapléjico que; para determinadas necesidades, puede llegar a un grado elevado de autonomía, pero que para desplazarse debe, de una cierta forma, siempre contar con la ayuda de alguien. El rol de la enfermera consiste en este caso, en un rol de suplencia, en todo lo que no puede hacer por sí mismo, y en ayudarle adaptarse a sus limitaciones.

Un problema de salud es una situación tan compleja que no se puede siempre encerrar dentro de unas pocas abstracciones. En la práctica, uno se da cuenta de que ciertos elementos pueden ser contemplados a la vez como problemas de dependencia o como fuentes de dificultad, según el punto de vista del que se mire. El dolor, por ejemplo, puede ser un problema de dependencia en sí mismo y, por consiguiente, ser objeto de un diagnóstico de enfermería con distintos factores etiológicos (dolores debido a la artritis, dolores postoperatorios, etc.). Por otra parte puede ser tratado como una fuente de dificultad, como por ejemplo en una alteración de la movilidad causada por el dolor. Lo mismo ocurre con otros conceptos, tales como el miedo, la ansiedad, el estrés, el duelo, etc., que en sí pueden ser tratados como problemas de dependencia o como fuente de dificultad.

Un problema de salud provoca, con frecuencia, múltiples problemas de dependencia en la persona. La enfermera debe establecer prioridades entre los problemas a los que va a dedicar atención.

El ser humano presenta necesidades fundamentales que, atendiendo a su intensidad y su urgencia, no siempre se manifiestan necesariamente de la misma manera. Todas las necesidades fisiológicas de base deban ser generalmente satisfechas, ¿Puede ocurrir que predomine alguna de ellas? En caso de que la respuesta sea afirmativa ¿cómo saberlo? Por otra parte, ¿puede ocurrir en algún caso que, sin desatender las necesidades fisiológicas elementales, pueda llegar a ser más urgente atender necesidades tales como la seguridad, la de estar informado, o la de comunicarse con otros?

MANIFESTACIÓN DE DEPENDENCIA E INDEPENDENCIA.

Cuando una necesidad fundamental se encuentra insatisfecha a consecuencia de su aparición de alguna fuente de dificultad, surgen una o varias manifestaciones de dependencia. Constituyen signos observables de la incapacidad del sujeto para responder por sí mismo a esta necesidad. Son en sí mismas una demostración de la existencia de una debilidad o carencia a este nivel. Por ejemplo, la ineptitud de una persona para proteger sus tegumentos puede conducir a que se produzcan manchas rojas o llagas, que manifiestan su dependencia frente a esa necesidad. Una alimentación inadecuada origina con frecuencia trastornos gastrointestinales o problemas de obesidad. La falta de habilidad del cliente para moverse o la incapacidad para comunicarse producen también manifestaciones de dependencia que pueden adoptar la forma de aislamiento social.

La noción de satisfacción a un nivel aceptable es muy importante en este punto. Significa que existen grados en la satisfacción de las necesidades vitales de las personas y en la dependencia que una carencia desencadena. Sin embargo, puede darse un cierto grado de insatisfacción, sin que se suponga necesariamente la dependencia del sujeto.

Con el fin de facilitar esta evolución, se puede dividir en seis niveles el continuum entre la independencia y la dependencia de una persona adulta.

Estos niveles se enuncian así:

- 1.- El cliente es independiente si responde por sí mismo a sus necesidades de una manera más aceptable que permite la persistencia de una buena homeostasis física y psíquica, a la vez que el mantenimiento de un estado satisfactorio de bienestar.
- 2.- Es independiente si utiliza –sin ayuda, y de forma adecuada- un aparato, dispositivo de apoyo o prótesis (bastón, andador, muleta, bolsa de ostomía, miembro artificial, prótesis dental, ocular o auditiva, etc.) y de este modo, logra satisfacer sus necesidades.
- 3.- Empieza a ser dependiente, si debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe hacer y para controlar si lo hace bien; si debe ser ayudado, aunque sea poco.
- 4.- Muestra una dependencia más marcada cuando ha de recurrir a la asistencia de otra persona para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis.

5.- Su dependencia es aún mayor cuando se ha de contar con otra persona para realizar las acciones necesarias, aunque sea capaz de participar en estas acciones.

6.- Llega a ser completamente dependiente cuando ha de ponerse total mente en manos de otra persona, porque es incapaz de realizar por sí mismo las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades.

La dependencia de una persona debe ser considerada no solo en relación con su intensidad, sino también en relación con su duración. Puede tratarse de un caso de dependencia ligera o total, transitoria o permanente.

La dependencia se manifiesta en el cliente por medio de ciertos cambios observables, en la satisfacción de una necesidad fundamental. Este cambio desfavorable constituye el problema de dependencia. Puede afectar a aspectos biológicos, psicológicos, sociales o espirituales del individuo.

Este problema debe ser considerado bajo el punto de vista de los tres niveles de intervención, es decir, prevención primaria, secundaria y terciaria. Sí, debido a la presencia de determinadas predisposiciones o de ciertos factores ajenos al sujeto, puede presentarse un problema, habrá de considerarse la dependencia como potencial. Y tendrá que planificarse una acción orientada a evitar su instalación inminente. Por ejemplo: el cliente sub.- alimentado o deshidratado, cuya inmovilidad puede causar fácilmente úlceras por presión. Una acción preventiva apropiada puede evitar, en este caso, el problema de dependencia.

Sin embargo, cuando el problema ya esta instalado, nos encontramos ante una dependencia actual, y han de emprenderse acciones correctoras para intentar reducir o limitar sus consecuencias.

Por otra parte, cuando el cliente se recupera, su dependencia comienza a ser decreciente, y el rol de la enfermera, en este momento, consiste en mantener esta progresión descendente y ayudar al cliente a recuperar un grado óptimo de autonomía, a pesar de que en ocasiones subsisten ciertas limitaciones.¹⁰

CAUSAS DE LA DEPENDENCIA.

La noción de satisfacción a un nivel aceptable es muy importante en este punto, significa que existen grados en la satisfacción de las necesidades vitales de la persona y la dependencia de una carencia desencadenada. Sin embargo puede darse cierto grado de insatisfacción, sin que suponga necesariamente la dependencia del sujeto.

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

¹⁰ MANUAL. *Las necesidades fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson.*

La independencia se instala en el momento en que se le supla en lo que no puede hacer por sí mismo el cliente.

La dependencia se manifiesta en el cliente por medio de ciertos cambios observables, en la satisfacción de una necesidad fundamental. Este cambio desfavorable constituye el problema de dependencia.

Cuando el cliente recupera su dependencia comienza hacer decreciente y el rol de la enfermera, en este momento consiste en mantener esta progresión descendiente y ayudar al cliente a recuperar su grado óptimo de armonía a pesar de que en ciertas ocasiones subsisten ciertas limitaciones.

Sí a pesar de los cuidados apropiados prestados por la enfermera, el problema no puede ser corregido, la dependencia se convierte en este momento en permanente o crónica.

Uno de los conceptos más importantes de este modelo consiste en lo que denominamos fuentes de dificultad. Cuando el ser humano trata de satisfacer sus necesidades, encuentra eventualmente ciertos obstáculos que impiden responder a ellas de forma autónoma. Son las fuentes de dificultad o causas de la dependencia. En otras palabras, estos obstáculos constituyen los factores etiológicos responsables del problema de salud.

Se definen como cualquier impedimento mayor en la satisfacción de una o de varias necesidades fundamentales.

Estas fuentes de dificultad pueden ser causadas por:

- **Factores de orden físico.**
- **Factores de origen psicológico**
- **Factores de origen sociológico.**
- **Factores que tienen repercusiones de orden espiritual.**
- **Factores ligados a una insuficiencia de conocimientos.**

De orden físico.- Por insuficiencia, desequilibrio o sobrecarga.

De origen psicológico.- Relacionados con la inteligencia, pensamiento y estado de conciencia; con los sentimientos, el estrés, la ansiedad, las etapas del crecimiento o adaptación a la enfermedad, en las situaciones de crisis.

De origen sociológico.- Ligadas a las dimensiones de las relaciones cultural, económica y medio ambiental.

Con repercusiones de orden espiritual.- Relacionadas con interrogantes trascendentales, con conflictos de valores, con determinadas limitaciones en la práctica religiosa, etc.

Ligados a una insuficiencia de conocimientos.- Por falta de conocimientos de sí mismo, de su salud, de la enfermedad, del medio físico y social.

NECESIDADES FISIOLÓGICAS.

Comprende los requisitos básicos de súper vivencia de los seres humanos para mantener la estabilidad y la vida. Generalmente, mientras no se satisfacen estas, no surgen otras necesidades como la actividad o el afecto. Para la mayoría de los adultos, la imposibilidad de resolver por sí mismo sus necesidades de alimentación y agua, resulta desagradable y crea sentimientos de incapacidad.

De la enfermería, frecuentemente se espera que ayude a cubrir las necesidades de pacientes de todas las edades.

En términos de jerarquía, las necesidades de supervivencia tienen prioridad sobre los demás. Los profesionales tienen que ser sensibles a los sentimientos de los pacientes y ayudarles a sus necesidades fisiológicas. Particularmente para los adultos, la incapacidad en este aspecto representa con frecuencia una alteración y un grado de dependencia embarazoso.

NECESIDADES.

No se encuentra una definición de necesidad, pero Henderson identifica 14 necesidades básicas en el paciente, que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería. Dichas necesidades son:

1. Respirar.

En circunstancias normales, el ser humano no puede sobre vivir sin oxígeno más de cuatro o cinco minutos, sin que se produzca un daño cerebral irreparable. El oxígeno es vital para que todas las células lleven a cabo el metabolismo que produce energía. El aporte adecuado se basa en el perfecto funcionamiento de los sistemas respiratorio, nervioso y cardiovascular. La parada cardíaca es un ejemplo de situación en urgencias relacionada con la oxigenación: el corazón fracasa en el bombeo de sangre y por tanto, en su transporte de células.

2. Alimentarse e hidratarse.

Aunque se pueda vivir sin alimentos durante cierto número de semanas, esta necesidad no debe ser subestimada. Cuando no dispone de fuentes externas, el organismo emplea las internas. Las reservas de carbohidratos (por ejemplo, de glucógeno en el hígado y en los músculos) son lo primero que se usa, posteriormente se utilizan las proteínas y grasas de los tejidos. Cuando se consumen, el hígado transforma las proteínas y las grasas en glucosa.

Los nutrientes específicos también producen determinadas carencias. La ausencia de vitamina D es evidente en niños que tienen deformidades esqueléticas de raquitismo.

El tipo de comidas al que una persona está acostumbrada depende en gran parte de las normas culturales, de las pautas de los subgrupos sociales y de la idiosincrasia individual. La buena nutrición es importante para un crecimiento y desarrollo normales, que afectarán a la salud física y mental del individuo.

El agua es secundaria a los requerimientos de oxígeno para la vida. Las personas sanas la obtienen bebiendo líquidos o tomando alimentos. Por ello, el deterioro de cualquiera de estas dos actividades puede afectar gravemente al aporte de esta sustancia. Es el disolvente universal, es decir, es disolvente básico para todas las reacciones químicas que tienen lugar en el organismo. Los niños la poseen en una porción mayor que los adultos, por lo que los efectos de la deshidratación en los pequeños puede ser muy grave.

3. Eliminar.

Para que el organismo funcione eficazmente, los residuos de la eliminación y los gases deben ser eliminados del tracto digestivo. Los productos de desecho del metabolismo se desintoxican o excretan. Los órganos implicados en este proceso son los riñones, el intestino grueso, los pulmones y la piel. Un mal funcionamiento de los primeros (insuficiencia renal) puede causar la muerte. Con frecuencia, se atiende a enfermos que tienen dificultad para eliminar el anhídrido carbónico a través de los pulmones, la acumulación de este aumenta la acidez sanguínea y, puesto que las células viven en un medio alcalino, la no eliminación de este compuesto puede provocar consecuencias graves.

Cada persona tiene sus pautas propias en el hábito de defecar. Los profesionales pueden ayudar a los pacientes conociendo sus costumbres y facilitando la continuación de las mismas, cuando sea posible. Los cambios en la dieta y el aumento de estrés son algunos de los factores que más influyen en la evacuación.

4. Moverse, conservar una buena postura.

Cada persona precisa un tipo y cantidad determinado de actividad. En este contexto se incluye tanto el ejercicio físico como el mental. Los beneficios y funciones del primero están bien reconocidos y divulgados en la actualidad. Aunque se pueda sobrevivir sin ejercicio físico, incluso los inmobilizados mejoran y previenen otros problemas. El tipo y cantidad de movimientos dependen del estado físico y mental de cada persona.

Actividades físicas como pasear o practicar un deporte estimulan física y mentalmente a las personas; mediante ellas, generalmente, la persona siente restablecida su vitalidad y descansada su mente. Una cantidad y tipo correctos de actividad física ejercita el corazón mediante el aumento progresivo de su frecuencia; se incrementa la expansión pulmonar y la circulación cardio pulmonar, también mejora el tono muscular y la facilidad del movimiento de las articulaciones. Para que el ejercicio sea eficaz debe ser regular y mantenido.

La colaboración del personal de enfermería es fundamental para ayudar al paciente a identificar este tipo de necesidades. El paciente ingresado en un hospital y los ancianos que permanecen encamados o internados en centros y residencias, necesitan de mucha ayuda en esta tarea.

5. Dormir y reposar.

Todavía queda mucho por investigar sobre los mecanismos y funciones del sueño, lo que sí parece claro es que sin las horas suficientes, disminuye tanto la concentración mental como la memoria. Una persona que duerme poco se vuelve irritable y su capacidad de afrontar el estrés psicológico es menor.

El insomnio (incapacidad para dormir) es un problema relativamente común en la sociedad actual. Cada uno tiene sus propias necesidades de sueño y requiere un número de horas determinadas. Es importante la labor de los profesionales de enfermería en cuanto a las medidas de apoyo para ayudar al paciente a dormir.

6. Vestirse y desnudarse.

La protección del cuerpo es muy importante y sobre todo hay que tomar en cuenta el clima, las normas sociales y la reserva personal, es importante que el personal de enfermería se de cuenta si el paciente es independiente al vestirse o sí depende de alguna persona para vestirse o desnudarse, de esta manera se dará cuenta sí tiene movilidad articular, tono muscular, estatura, corpulencia, madurez psicomotriz, la edad del paciente, se toma en cuenta su fuerza física, sobre todo de sus preferencias de vestir sí es conformista o no en adaptarse a las modas.

7. Mantener la temperatura corporal en los límites normales.

Para que las células funcionen eficazmente se requiere una temperatura corporal relativamente constante. Dado que el calor lo produce el cuerpo de forma constante por medio del metabolismo, son también necesarios mecanismos que lo eliminen.

La piel es el órgano responsable del mantenimiento de la temperatura a nivel óptimo mediante la revaporización y la respiración. El calor pasa de los tejidos más internos al torrente sanguíneo y de este a la piel. Otra parte menor se pierde a través del aire espirado, de las heces y de la orina.

8. Estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.

La piel es una membrana cutánea resistente y flexible que recubre toda la superficie corporal. Es el mayor órgano del cuerpo humano, mide 1,6 a 1,9 m² y pesa unos 2 Kg. Es una cubierta a prueba de agua que proporciona así mismo protección contra parásitos, bacterias y virus e interviene en la regulación de la temperatura del organismo. La piel ayuda a enfriar el organismo cuando la temperatura ambiente se eleva, irradiando calor por aumento del flujo sanguíneo en su superficie y potenciando la evaporación del sudor. Cuando la temperatura disminuye, los vasos sanguíneos se contraen y la producción de sudor se enfrena. Por eso es muy importante tener la piel limpia e hidratada, para protegerla de enfermedades de la piel

9. Evitar peligros.

Son aquellas que protegen a uno mismo del daño (en el aspecto físico) y le proporcionan una adecuada estabilidad en el aspecto emocional, evitando cualquier tipo de ansiedad.

Las amenazas a la seguridad de la persona pueden clasificarse en mecánicas, químicas, térmicas y bacteriológicas.

Las personas no siempre son conscientes de estos riesgos dentro de un hospital o un centro de salud. Por ello, el personal de enfermería debe conocer las circunstancias en que los pacientes pueden lesionarse y para evitarlo, explicárselas y tomar las medidas adecuadas.

Estas medidas incluyen no solo aquellas que previenen de accidentes, sino también en las de mantenimiento e higiene y la alineación corporal.

La limpieza puede encuadrarse también en el contexto ambiental. Para proteger a los individuos de este tipo de riesgo deben eliminarse los residuos, evitar la contaminación del aire, y mantenerlo limpio y libre de insectos.

La seguridad adquiere otro significado en el contexto de la relación interpersonal. En este caso, depende de muchos factores como la calidad de las relaciones con los demás, el conocimiento de los deseos y limitaciones de otras personas, la familiarización con la gente y con el medio, la capacidad de controlar las materias que conciernen a cada uno, la comunicación y la necesidad de conocimiento y comprensión.

Así mismo, el conocimiento tanto de las personas como del espacio físico, es un factor importante que proporciona seguridad, mientras ocurre lo contrario al encontrarse frente a personas nuevas o cambiar a lugares desconocidos.

10. Comunicarse con sus semejantes.

Es considerada como fundamental en la vida emocional de las personas

Algunas de sus características son:

- 1) El afecto no sólo es un sentimiento subjetivo (una emoción), sino una serie de actos por los que una persona transmite a otros el interés que siente por ellos y por su bienestar.
- 2) Es incondicional; no disminuye, valora al otro por lo que es, y está ahí para apoyarle y colaborar con su desarrollo tanto como sea posible.
- 3) Ofrece apoyo; transmite que una estará siempre presente cuando la otra lo necesite. Es tolerante, pero no dependiente.

La comunicación la reflejan vivamente tanto los jóvenes y otros grupos, como los adultos que pertenecen a distintos tipos de agrupaciones. Este deseo de asociarse con otras personas para encontrar amistad o compañía y para compartir aficiones y gustos comunes, ofrece muchas veces un sentido de identidad y prestigio. El ser miembro de un grupo proporciona un reconocimiento social mayor al que el individuo logra personalmente.

11. Actuar de acuerdo con sus creencias y valores.

Este término es considerado aquí en un sentido más amplio, es decir, engloba todo lo que se refiere al espíritu, al sentido moral, a los valores, cualquiera que estos sean. Puede tratarse de una rebelión interna del sujeto contra una situación o de un interrogante religioso o filosófico que se le plantea en relación con el sentido de la vida, del dolor o de la muerte. La naturaleza de las respuestas que la persona encuentra entre sí misma o en el entorno, su capacidad o incapacidad para trascender a las realidades cotidianas pueden tener repercusiones en él, particularmente en el enfermo en fase terminal.

Estas dificultades pueden tener igualmente otro origen. Pueden provenir del medio que vinculan valores que entran en conflicto con los del cliente; o de una organización de cuidados, o incluso de una condición física que le impide practicar su religión como él desea.

Las dificultades que tienen repercusiones espirituales adquieren una importancia particular cuando se trata de cuidados prolongados o de cuidados administrados a clientes de edad avanzada o a los moribundos.

Sin embargo, no conviene descuidar los problemas de este orden que pueda surgir en cualquier otra situación de cuidados, porque la culpabilidad, la inseguridad religiosa, la insatisfacción causada por el sentimiento de una vida mal empleada pueden añadirse siempre a los temores causados por el dolor y la enfermedad.

12. Preocuparse por ser útil y por realizarse.

Tiene dos componentes: la necesidad de autoestima, y la necesidad de estima de los demás (reconocimiento).

1. Necesidad de autoestima.

A menudo, se denomina a esta necesidad como autorespeto, auto aprobación o autovaloración. Sea cual fuere su nombre, lo es que todos necesitamos tener una idea positiva de nosotros mismos. Para auto estimarse es preciso respetar lo que se ha realizado. Es decir, hay que pensar que todos somos correctos, necesarios y útiles.

La autoestima depende de la satisfacción de otras necesidades básicas. Sí algunas como el amor o la seguridad no se cubren correctamente, la auto estimación también se ve amenazada.

Suele verse también afectada por los sentimientos de dependencia o independencia.

Estas necesidades de dependencia varían en un mismo individuo según los distintos momentos de la vida. En las etapas de proceso el sujeto se ve obligado a depender de los demás, según va creciendo aprende a ser mas independiente y a equilibrar las necesidades de acuerdo al ambiente y las capacidades de los demás.

La enfermedad altera dichas necesidades., produciendo en muchos casos modificaciones temporales que provocan una disminución de la autoestima.

Así mismo, los cambios en la imagen corporal producidos por la cirugía o por procesos patológicos, afectan seriamente la auto aceptación.

2. Necesidad de estima de los demás.

Todo el mundo necesita la aprobación y el reconocimiento social respecto de lo que hace. Es decir, que exista una apreciación o valoración positiva, tanto de su persona en general, como de las actividades que realiza.

Debe considerarse que este proceso se da, en mayor o en menor grado, en las personas que están en activo, pero cuando por motivos de enfermedad se produce en ingreso en un centro sanitario, el paciente que antes era un miembro activo de la sociedad, debe aceptar ahora una posición de dependencia; este paciente necesita conservar su amor propio y ser tomado en cuenta como sujeto, demostrándole que se reconocen sus necesidades y problemas.

Aunque el acto sexual es esencial para la supervivencia de la especie humana, la necesidad del individuo respecto al sexo va más allá de la función reproductora. A pesar de los mitos existentes, es ahora cuando empieza a reconocerse esta necesidad y hablar ampliamente sobre el tema de la sexualidad y las relaciones sexuales.

Dentro del campo de la salud tiene numerosas implicaciones por su relación con la imagen corporal y el autoconcepto. En numerosas enfermedades, los pacientes son incapaces de satisfacer sus necesidades en este aspecto por vía normal.

Tanto para los hombres como para las mujeres, las modificaciones de la imagen corporal producidas por una intervención quirúrgica o por un proceso patológico amenazan este tipo de relaciones. Para los pacientes operados puede ser útil contestar a sus preguntas y explicarles los efectos de la cirugía.

No es extraño que la mujer que ha sufrido una mastectomía radical sienta ansiedad debido a la preocupación que le causa la aceptación por parte de la pareja.

Sin embargo, en los pacientes crónicos, el problema se centra en proporcionarles la debida intimidad y privacidad en sus relaciones.

13. Recrearse

Las actividades de distracción, como leer, escuchar la radio, ver programas de TV. Deben adaptarse a sus intereses y preferencias. Las técnicas de relajación, guiadas por el personal de enfermería, contribuyen a una actividad útil para el control de la ansiedad. Son eficaces cuando el tratamiento es largo.

14. Aprender.

La información que se brinda al paciente y a sus familiares. Debe ser la adecuada a sus necesidades o demandas, completa, clara y adaptada a su nivel de comprensión. El paciente recibirá información del médico y personal de enfermería sobre su autocuidado.

Esta preparación se refiere tanto al paciente como a sus familiares o personas relacionadas con el, sobre todo cuando estos suponen un recurso o un apoyo. De esta forma puede conseguirse que se sientan implicados en sus cuidados y colaboren con el equipo sanitario para conseguir el restablecimiento de su salud, el personal de enfermería debe generar en el paciente la búsqueda de mecanismos eficaces para adaptarse a la situación y sobre todo debe de aprender sobre el autocuidado que debe de tener el mismo.¹²

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HERNDERSON.

Una vez seleccionados los datos objetivos, la enfermera esta en posesión de informaciones que demuestran las manifestaciones de dependencia que hay en un individuo. A partir de estas informaciones, puede llegar a deducirse cual es problema del cliente y a establecer un diagnóstico de enfermería.

El establecimiento de un diagnóstico de enfermería facilita su trabajo. Tomando como un timón los datos, le resultaría evidentemente difícil planificar intervenciones apropiadas. La formulación sintética de estas informaciones, por medio de un diagnóstico, permite al que suministra cuidados darse cuenta del sentido de su intervención.

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

¹² PÉREZ DE LA PLAZA, Evangelina. Manual de enfermería práctica Ed. Interamericana•McGraw-Hill. Primera edición, 1992.

El diagnóstico de enfermería presupone una definición clara del problema de dependencia y, cuando es posible, una descripción de las fuentes de dificultad que experimenta el cliente. Pueden añadirse también factores que contribuyen a la aparición de estas fuentes de dificultad, denominados «elementos etiológicos secundarios».

La definición de los diagnósticos de enfermería no es nueva. Florencia Nightingale y sus compañeras hacían ya estos diagnósticos, de forma eficaz, durante la Guerra de Crimea (1854-1855). Más cerca de nosotros, Abdellah describía en 1959 una serie de problemas de enfermería.

Otros autores han seguido sus ejemplos. Mas adelante, el interés por el medio funcional no ha hecho más que crecer. El problema del cliente se ha ido convirtiendo poco a poco en el foco de los cuidados. Desde 1973, la Conferencia para la clasificación de los diagnósticos de enfermería se reúne de cuando en cuando, de forma irregular, en los Estados Unidos. Este importante grupo de enfermeras ha conseguido dar al personal de cuidados un vocabulario más uniforme y más cómodo.

En esto imita a muchos otros profesionales que igualmente trabajan con diagnósticos (psicólogos, educadores, sociólogos, etc.). El diagnóstico es el reflejo del problema del cliente, sea cual sea el ángulo en el que se le considera. En opinión de Gordon, el diagnóstico se convierte en un medio concreto que sirve para unificar diferentes puntos de vista conceptuales.

El diagnóstico de los cuidados de enfermería facilita el trabajo de la enfermera, porque sintetiza los datos y aporta una mayor claridad al sentido de su intervención.

Tal como se ha definido, el diagnóstico no es, en definitiva, otra cosa que una respuesta a un problema actual o potencial del cliente, al que las enfermeras –en virtud de su formación y de su experiencia- están capacitadas y jurídicamente legitimadas para cuidar a todo tipo de persona.

VIII.- CISTITIS

La cistitis es la lesión más frecuente de la vejiga. Este trastorno se advierte en diversas circunstancias, pero, en casi todos los casos, hay alguna alteración subyacente que predispone a la infección y la inflamación. La vejiga en estado normal es muy resistente a causa de muchos mecanismos protectores antibacterianos. Así la infección de la vejiga siempre significa alguna causa predisponente; por ejemplo:

1. Extrofia.
2. Obstrucción uretral.
3. Fístulas (congénitas o adquiridas) a recto o vagina.
4. Cateterismo o introducción de instrumentos en vías urinarias bajas.
5. Cistocele.
6. Cálculos vesicales.
7. Neoplasias vesicales.
8. Traumatismos (coito frecuente en la mujer).
9. Enfermedades agotadoras, particularmente diabetes sacarina.
10. Pielonefritis.
11. Embarazo.
12. Trastornos de la inervación vesical (vejiga medular).

Hasta la madurez, la cistitis es mucho más frecuente en la mujer, posiblemente por la cortedad de la uretra femenina, el embarazo y el traumatismo del coito tornan a la joven más susceptible a la diseminación de bacterias hacia la vejiga, en años más avanzados, el ataque es por igual en varones y mujeres, a causa de la frecuencia alta de prostatismo en varones que exceden de 50 años de edad. Se han identificado como causa subyacente de la cistitis muchos agentes bacterianos y micóticos, pero frecuente mente la etiología permanece desconocida. Así, la clasificación etiológica es larga y complicada; resulta necesario recurrir a una clasificación morfológica descriptiva. Por ello, la cistitis se clasifica fundándose en la alteración anatómica principal de la estructura vesical. En muchas ocasiones la separación entre las diversas entidades no es definida; en consecuencia, hay cierta superposición.¹⁶

DEFINICIONES.

Las infecciones urinarias agudas pueden subdividirse en dos categorías anatómicas generales: infecciones bajas (uretritis y cistitis) e infecciones altas (pielonefritis aguda, prostatitis y abscesos intrarrenales y perinéfricos). Estas infecciones pueden aparecer juntas de forma independiente, y ser asintomáticas o constituir uno de los síndromes clínicos descritos con posterioridad. Las infecciones de la uretra y de la vejiga a menudo se consideran superficiales (o de la mucosa), mientras que la prostatitis, la pielonefritis y la supuración renal implican la invasión de los tejidos.

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

¹⁶ STANLEY L. Robbins. *Patología estructural y funcional*. Editorial interamericana 1975.

Desde su perspectiva microbiológica, existe una infección urinaria (IU) cuando se detectan microorganismos patógenos en la orina, la uretra, la vejiga, el riñón, o la próstata. En la mayoría de los casos, el crecimiento de más de 10^5 microorganismos por mililitro a partir de una muestra adecuada de orina recogida de la mitad de la micción con total asepsia indica la presencia de una infección. En algunos casos la verdadera infección urinaria no se detecta bacteriuria importante. En los pacientes asintomáticos, una cantidad más reducida de bacterias ($10^2 - 10^4$ /ml) indica infección. En las muestras de orina obtenidas mediante aspiración suprapúbica o sondaje instantáneo y las muestras tomadas de pacientes con un catéter permanente, las cifras de $10^2 - 10^4$ colonias/ml por lo general implican la existencia de una infección. Por el contrario, las cifras de $>10^5$ /ml en la orina de la mitad del chorro en ocasiones obedecen a una contaminación de la muestra, sobre todo si se encuentran varias especies distintas.

Las infecciones que recidivan tras la administración de antibiòticoterapia se deben a la persistencia de la cepa infectante original (a juzgar por la especie, el antibiograma, el serotipo y el tipo molecular) o a la reinfección por una nueva cepa. Las infecciones recidivantes por la misma cepa que se manifiestan a las dos semanas de interrumpir el tratamiento suelen ser consecuencia de una infección renal o prostática no curada (recidiva) o de una colonización vaginal o intestinal persistente que determina una rápida reinfección de la vejiga.⁶

ETIOLOGÍA.

El papel patógeno en las vías urinarias de los microorganismos no bacterianos sigue estando mal definido. Se ha aislado con frecuencia *Ureaplasma urealyticum* a partir de la uretra y la orina de los pacientes con disuria y polaquiuria aguda, pero se encuentra también en muchos pacientes sin síntomas urinarios. Por tanto, los ureaplasmas probablemente sean responsables de algunos casos de uretritis y cistitis. En pacientes con prostatitis y pielonefritis se ha aislado *Ureaplasma urealyticum*, así como *Mycoplasma hominis*, y probablemente son responsables de algunos casos de infección. Los adenovirus causan cistitis aguda hemorrágica, frecuentemente en epidemias, en niños y algunos adultos jóvenes. Aunque muchos otros virus pueden aislarse a partir de la orina (citomegalovirus, virus de Jacob-Creutzfeldt y otros), no se piensa que sean causa de infección urinaria.⁷

SIGNOS Y SÍNTOMAS.

Las manifestaciones incluyen dolor ardoroso al orinar, a menudo con orina turbia oscura, de mal olor, frecuencia y molestia suprapúbica o en abdomen bajo. No suele haber datos físicos positivos a menos que también estén afectadas las vías superiores.¹⁵

Todas las formas de cistitis se caracterizan por una tríada de síntomas: 1) polaquiuria, que en los casos agudos significa micción cada 15 a 20 minutos; 2) dolor en la parte baja del abdomen, localizada en la región vesical o en la suprapúbica, y 3) disuria, con dolor o ardor al orinar.

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

⁶ HARRISON, *Principios de medicina interna*. 15ª Edición. Editorial Magraw-hill interamericana.

⁷ HARRISON, *Principios de medicina interna*, 13ª Edición vol. I. Editorial Magraw-hill interamericana.

¹⁵ SHROEDER A. Steven. Lawrence M. Tierney, jr. *Diagnóstico clínico y tratamiento*. Manual moderno 27ª edición 1992.

Estos síntomas locales pueden acompañarse de signos generales de inflamación, como fiebre, escalofríos y malestar general. En el caso medio, la infección vesical no origina esta reacción general.¹⁶

PATOGENIA Y FUENTES DE INFECCIÓN.

Las vías urinarias deben considerarse como una unidad anatómica aislada, conectada por la columna continua de orina que se extiende desde la uretra hasta el riñón. En la mayoría de las infecciones, las bacterias llegan a la vejiga a través de la uretra. Después, las bacterias pueden seguir ascendiendo, y es probable que éste sea el camino habitual de la mayor parte de las infecciones del parénquima renal.

El introito vaginal y la uretra distal están normalmente colonizados por difteroides, especies de estreptococos, lactóbacilos y especies de estafilococos, pero no por los bacilos gramnegativos intestinales que suelen ocasionar las infecciones de las vías urinarias. En las mujeres propensas a la aparición de cistitis, sin embargo, los microorganismos gramnegativos intestinales que residen en el intestino colonizan el introito, la piel periuretral y la uretra distal antes de, y durante, los episodios de bacteriuria. Los factores que predisponen a la colonización periuretral por bacilos gramnegativos siguen sin conocerse bien, pero probablemente atañen a una alteración de la flora perineal normal, bien sea por antibióticos, otras infecciones genitales o dispositivos anticonceptivos, especialmente los diafragmas y los espermaticidas. Probablemente hay un pequeño número de bacterias periuretrales que, con frecuencia, consiguen entrar a la vejiga, hecho favorecido en las mujeres por el masaje uretral durante la cópula. Después de que produzca o no la infección en la vejiga, dependerá de la intervención entre la virulencia de la cepa, la cuantía de inóculo y los mecanismos defensivos locales y generales del huésped.

En circunstancias normales, las bacterias que asisten en la vejiga son eliminadas rápidamente. Esto se debe, en parte, al flujo urinario y a los efectos de dilución por vaciamiento, pero también las propiedades bacterianas directas de la propia orina y de la mucosa de la vejiga. La orina de la vejiga, debido a su mayor osmolaridad y alta concentración de urea inhibe o mata a las bacterias en muchas personas normales. Las secesiones prostáticas poseen también propiedades antibacterianas. Los polimorfonucleares neutrófilos de la pared la vejiga también parecen desempeñar un papel en la depuración de la bacteriuria.

CIRCUNSTANCIAS QUE INFLUYEN EN LA PATOGENIA.

SEXO Y ACTIVIDAD SEXUAL.

La uretra femenina parece ser especialmente proclive a la colonización por bacilos gramnegativos del colon, debido a su proximidad al ano, su escasa longitud (unos 4 cm.) y su desembocadura bajo los labios. El masaje uretral, como el que se produce durante el coito, provoca la introducción de bacterias a la vejiga, lo cual es importante, en la patogenia de las infecciones urinarias de las mujeres jóvenes (se ha comprobado que la micción después del coito reduce el riesgo de cistitis, probablemente porque favorezca la expulsión de las bacterias introducidas durante el acto sexual).

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

¹⁶ STANLEY L. Robbins. *Patología estructural y funcional*. Editorial interamericana 1975.

Además, el uso de diafragmas y espermaticidas alteran profundamente la flora bacteriana del introito, lo que acompaña de un aumento notable de la colonización vaginal por *E. coli* y de un mayor riesgo de infección urinaria.⁷

EMBARAZO.

Dependiendo de las circunstancias socioeconómicas, las infecciones urinarias se detectan en un 2 a 8% de las embarazadas. Las infecciones altas y sintomáticas, especialmente, son más frecuentes durante el embarazo; en conjunto, un 20 a 30% de las mujeres gestantes con bacteriuria asintomática desarrollan posteriormente una pielonefritis. Esta predisposición de las vías altas a la infección durante el embarazo proviene de un tono y peristalsis uretrales disminuidas y de una incompetencia temporal de las válvulas vesicouretrales observables en el embarazo. El cateterismo vesical antes o después del parto provoca infecciones añadidas. La cistitis no es más frecuente en mujeres con toxemia gravídica que en otras embarazadas. Las infecciones urinarias del embarazo, especialmente las que afectan a las vías altas, pueden dar lugar a una mayor prevalencia de premadurez y de mortalidad del recién nacido.

FACTORES BACTERIANOS Y VIRULENCIA.

No todas las cepas de *E. coli* tienen la misma capacidad para infectar las vías urinarias intactas. Los factores bacterianos de virulencia influyen de manera considerable en la probabilidad de que una determinada cepa, una vez introducida en la vejiga, provoque una infección urinaria. Casi todas las cepas de *E. coli* que causan infecciones asintomáticas a pacientes no sondados pertenecen a un pequeño número de serogrupos específicos O, K y H. Estos clones uropatógenos han acumulado una serie de genes de virulencia que a menudo se encuentran estrechamente unidos al cromosoma bacteriano en «islotos de virulencia». La adherencia de las bacterias a las células uroepiteliales supone un primer paso crítico para desencadenar la infección. *E. coli* y *Proteus* disponen de fimbrias (apéndices proteináceos de superficie con forma de pelo) que facilitan su unión de las bacterias a las células uroepiteliales inicia una serie de acontecimientos básicos en el epitelio de la mucosa, como la secreción de interleucina (IL6 e IL8) y la introducción de apoptosis y descamación de las células epiteliales. Además de las fimbrias, las cepas uropatógenas de *E. coli* a menudo, sintetizan hemolisina y acrobactina (un sideróforo que impide la oxidación del hierro) y son resistentes a la acción bactericida del suero humano. La mayoría de las cepas *E. coli* que causan cistitis aguda son uropatógenas.

FACTORES GENÉTICOS.

Cada vez que se dispone de más datos que indican que los factores genéticos del anfitrión repercuten en la vulnerabilidad a las infecciones urinarias. Las mujeres que han sufrido recidivantes presentan con mayor frecuencia antecedentes maternos de IU que los controles. El número y el tipo de receptores de las células uroepiteliales a las que se unen las bacterias vienen determinados por la genética, al menos en cierta medida. Muchas de estas estructuras forman parte de los antígenos del grupo sanguíneo y están presentes en los eritrocitos y en las células uroepiteliales.

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

⁷ HARRISON. *Principios de medicina interna*. 13ª Edición vol. I. Editorial Magraw-hill interamericana.

Por ejemplo, la fimbria P facilita la unión de E. coli a los eritrocitos P positivos y se detectan en casi todas las cepas que provocan pielonefritis aguda no complicada. Por el contrario, las personas sin el grupo sanguíneo P, que carecen de estos receptores, presentan una probabilidad menos de sufrir pielonefritis. Se ha demostrado asimismo que quienes no secretan antígenos del grupo sanguíneo corren mayor riesgo de padecer infecciones urinarias recidivantes; esta predisposición guarda relación con un perfil distinto de los glucolípidos determinados genéticamente y localizados en las células epiteliales.

LOCALIZACIÓN DE LA INFECCIÓN.

Los métodos disponibles para diferenciar las infecciones del parénquima renal de la cistitis no son fiables ni cómodos para emplearlos en la clínica de forma sistemática. La pielonefritis aguda a menudo se acompaña de fiebre o de una elevación de las cifras de proteína C reactivas; estos factores no se detectan habitualmente en la cistitis aunque sí aparecen en infecciones distintas de la pielonefritis.

PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA CISTITIS.

Los pacientes con cistitis refieren a menudo disuria, polaquiuria, tenesmo y dolor suprapúbico. De ordinario, la orina se opacifica y se torna maloliente, y es sanguinolenta en el 30% de los casos, aproximadamente. En el examen de orina sin centrifugar casi siempre se detectan leucocitos y bacterias. Algunas mujeres con cistitis poseen solo $10^2 - 10^4$ bacterias por mililitro de orina; en estos casos no resulta posible visualizar las bacterias en un preparado teñido de Gram. de orina sin centrifugar. Por lo general, la exploración física sólo pone de manifiesto dolor con la palpación de la uretra o de la región suprapúbica. Si existen signos de lesión genital o de secreción vaginal, en especial unidas a una cifra de inferior a 10^5 bacterias por mililitro en el urocultivo, se considera la posibilidad de que existan patógenos que causen la uretritis, la vaginitis o la cervicitis, como C trachomatis, N gonorrhoeae, Tricomonas, Candida y el virus de Herpes simple. Las manifestaciones generales destacadas, por ejemplo fiebre superior a 38.3°C , náuseas y vómitos, a menudo indican una infección renal concomitante, al igual que la palpación de la fosa lumbar. No obstante, la ausencia de estos signos no garantiza que la infección esté limitada a la vejiga y la uretra.⁶

MORFOLOGÍA.

El tamaño de la vejiga depende del volumen de orina que contenga al ocurrir la muerte. Cuando se ha efectuado sondeo inmediatamente antes de la muerte, o cuando se ha usado sonda permanente, la vejiga puede estar bastante contraída. Pero por lo regular las causas predisponentes de retención urinaria originan dilatación y adelgazamiento de la pared, de manera que, en casos graves, la cúpula vesical queda a la altura del ombligo. La obstrucción previa puede haber causado hipertrofia y formación de trabéculas en la pared.

En la fase segunda, la primera alteración consiste en hiperemia de mucosa. En esta etapa, la mucosa conserva su carácter aterciopelado normal. En casos más avanzados, la hiperemia puede convertirse en zonas coloreadas hemorrágicas focales o difusas, acompañadas de precipitación de exudado purulento de color gris blanquecino o marrillo.

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

⁶ HARRISON, *Principios de medicina interna*. 15ª Edición. Editorial Magraw-hill interamericana.

Al agravarse la reacción inflamatoria, el aspecto aterciopelado normal de la mucosa es substituido por una superficie hemorrágica, granulosa y friable, con muchas úlceras poco profundas y llenas de exudado. Cuando el factor hemorrágico domina, la entidad se denomina **cistitis hemorrágica**. La acumulación de abundante exudado supurado puede justificar el nombre de **cistitis supurada**. El progreso de la infección puede originar esfacelo y ulceración de grades zonas de la mucosa; en ocasiones, de toda ella, cuadro conocido con el nombre de **cistitis ulcerosa**. La coagulación del exudado y la mucosa necrosada pueden producir una reacción inflamatoria semejante a la causada por difteria, que se denomina **cistitis diftérica** o **membranosa**. La infección puede extenderse a la pared subyacente y causar ulceraciones profundas y abscesos intramurales. El edema inflamatorio puede originar isquemia suficiente para provocar **cistitis gangrenosa**. En estas circunstancias, la superficie de la mucosa puede tomar color verdinegro o estar completamente necrótica. En casos muy avanzados, cuando los microorganismos son particularmente virulentos, la infección puede atravesar la vejiga y causar abscesos perivesicales, perforación, fístulas a órganos vecinos y peritonitis pélvica. Sin embargo, por lo regular la reacción inflamatoria no es intensa y la infección se limita a la mucosa y la túnica propia.

La persistencia de la infección origina cistitis crónica, que solo difiere de la forma aguda por el carácter del infiltrado inflamatorio. La mucosa esta más edematosa y la reacción inflamatoria tiende a causar más apilamiento del epitelio, con superficie roja, friable, granuloso, a veces ulcerado. La cronicidad origina engrosamiento fibroso de la túnica propia, con engrosamiento y rigidez consiguientes a la pared vesical.¹⁶

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS.

Las determinación de número y del tipo de bacterias en la orina supone un procedimiento diagnóstico de vital importancia. La orina de los pacientes sintomáticos muestra una gran cantidad de bacterias ($\geq 10^5$ / ml). En el caso de los enfermos asintomáticos, se debe efectuar un examen bacteriológico de dos muestras consecutivas de orina en las que se muestre una cantidad $\geq 10^5$ bacterias de una misma especie por mililitro antes de instaurar cualquier tratamiento. Como el número tan elevado de bacterias que contiene la orina de la vejiga obedece, en parte, a la multiplicación bacteriana durante sus permanencia en la cavidad vesical, las muestras de orina de los uréteres o de la pelvis renal a veces contienen $< 10^5$ bacterias por mililitro y aun así indican infección. Igualmente, la presencia de bacteriuria de cualquier grado en los aspirados suprapúbicos o de $\geq 10^2$ bacteria por mililitro de orina obtenida mediante sondaje habitualmente implica una infección. En determinadas circunstancias (antibioticoterapia, concentración elevada de urea, osmolaridad alta, Ph bajo) la orina impide la multiplicación de las bacterias, lo que determina que el título de bacterias sea reducido a pesar de la infección. Por esta razón, se desaconseja el empleo de soluciones antisépticas para lavar la región periuretral antes de recoger la muestra de orina. La diuresis forzada y la micción reciente también disminuyen las cifras de bacterias en la orina. Se han desarrollado nuevos métodos para la detección inmediata de bacteriuria que constituyen una alternativa a los cultivos tradicionales.

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

¹⁶ STANLEY L. Robbins. *Patología estructural y funcional*. Editorial interamericana 1975.

Estos métodos detectan el crecimiento bacteriano mediante fotometría, bioluminiscencia u otras técnicas y proporcionan los resultados con rapidez, en una o dos horas. En comparación con los urocultivos, estas técnicas poseen una sensibilidad del 95-98 % y un valor predictivo negativo superior al 99 % si la bacteriuria se define como la presencia de 10^5 unidades formadas de colonias por mililitro. No obstante, la sensibilidad de estas pruebas disminuye el 60-80 % cuando se toma como patrón de comparación una cantidad de 10^2 - 10^4 unidades formadoras de colonias por mililitro.

El estudio microscópico de la orina en pacientes sintomáticos posee gran valor diagnóstico. Se detecta bacteriuria microscópica – de manera óptima en muestras de orina sin centrifugar y teñidas con Gram. –en más del 90 % de las muestras de enfermos cuya infección se asocia a cifras de colonias de al menos 10^5 /mL; se trata de un dato sumamente específico. No obstante, no siempre resulta posible descubrir la presencia de bacterias con el microscopio en infecciones con cifras más bajas de colonias (10^2 - 10^4 /mL). La detección de bacterias en el estudio microscópico de la orina constituye un signo evidente de infección, a un que la ausencia de bacterias detectables con el microscopio no descarta el diagnóstico. Cuando se busca cuidadosamente con la ayuda de un microscopio con cámara de recuento, la piuria representa un indicador sumamente sensible de infección urinaria en los pacientes sintomáticos. Se demuestra piuria en casi todas las infecciones bacterianas agudas y su ausencia pone el diagnóstico en duda. El método de las «tiras reactivas» con esterasa leucocítica es menos sensible para identificar la piuria que el estudio microscópico, pero supone una alternativa de gran utilidad cuando se dispone de esta prueba. La piuria en ausencia de bacteriuria (piuria estéril) indica una infección por una bacteria poco común, como *C. trachomatis*, *U urealyticum* y *Mycobacterium tuberculosis* o por hongos.

Aunque muchos expertos recomiendan que se practiquen urocultivos y pruebas de sensibilidad antimicrobiana a todos los pacientes con posible infección urinaria, sería más práctico tratar a las mujeres con síntomas característicos de cistitis aguda sin complicaciones antes de proceder al urocultivo. En general, se han empleado dos métodos de tratamiento provisional. En el primero, el tratamiento se instaura únicamente cuando existen antecedentes típicos o datos característicos de la exploración física. En el segundo, se trata a las mujeres con signos y síntomas de cistitis aguda y sin factores de complicación mediante estudio microscópico de la orina (o en otras ocasiones, mediante una prueba de esterasa leucocítica). Los resultados positivos de piuria o bacteriuria suponen un dato que indica la presencia de infección y permite omitir el urocultivo y el antibiograma y tratar a la paciente en forma empírica. No obstante, se recomienda cultivar la orina cuando los síntomas y el examen de la orina de una paciente ponga en duda el diagnóstico cistitis. También resultan esenciales los cultivos y los antibiogramas antes de tratamiento en los enfermos con posible infección de las vías altas o con factores de complicación, ya que en estas situaciones son muchos los patógenos que pueden estar implicados y conviene ajustar la antibioticoterapia al microorganismo causal.⁶

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Las infecciones agudas de vías urinarias pueden presentarse en ocasiones como “abdomen agudo”, pancreatitis o neumonía. En todas estas circunstancias, la presencia de bacteriuria importante suele establecer el diagnóstico.

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

⁶ HARRISON. *Principios de medicina interna*. 15ª Edición. Editorial Magraw-hill interamericana.

Por otra parte, la disuria, la frecuencia, la nicturia y el dolor en abdomen bajo pueden deberse a una cistitis traumática, el síndrome “uretral” o “vesical”, en especial en mujeres sexualmente activas. También puede representar vaginitis (“vaginosis”); uretritis; cervicitis atribuible a Trichomonas, Gardenella, anaerobios mixtos, Chlamydia, Neisseria o Ureaplasma.¹⁵

TERAPÉUTICA.

Reposo en cama, compresas calientes húmedas o baños de asiento para aliviar los trastornos subjetivos. Alimentación que no sea irritante; prohibir los alcoholes, especialmente la cerveza y el vino blanco y, además, la pimienta, mostaza, pimentón y vinagre. Evitar cuidadosamente la constipación.⁵

TRATAMIENTO.

A. Medidas específicas:

1. primera infección de las vías urinarias.

En general, las infecciones no complicadas que se limitan a las vías urinarias bajas responden a ciclos cortos de tratamiento, mientras que las de las vías altas precisan un régimen más prolongado. Una vez finalizado el tratamiento, las recidivas precoces provocadas por la misma cepa pueden obedecer a un foco infeccioso de las vías altas que no ha cedido, aunque a menudo (en especial tras un tratamiento corto de la cistitis) son el resultado de una colonización vaginal persistente. Las recidivas que se producen en más de 2 semanas después de interrumpir el tratamiento casi siempre presentan reinfección por una nueva cepa o por la misma cepa que ha persistido en la flora vaginal y rectal.

La localización anatómica de una infección de las vías urinarias influye enormemente en el éxito o el fracaso de un agente terapéutico. La bacteriuria vesical (cistitis) puede ser eliminada generalmente casi con cualquier antimicrobiano al que sea sensible la cepa infectante; en el pasado se demostró que una sola dosis tan baja como 500mg. de kanamicina por vía intramuscular para erradicar la bacteriuria de la vejiga. En el caso de las infecciones de las vías altas, el tratamiento con una sola dosis es insuficiente en casi todos los casos y en muchas ocasiones los ciclos de 7 días no resultan eficaces. En determinadas circunstancias se precisan tratamientos más prolongados (de 2 a 6 semanas) para erradicar un foco persistente de infección.

Por lo que se refiere a la cistitis aguda no complicada, más del 90-95 % de las infecciones obedecen a uno de estos dos microorganismos: E. coli o S. saprophyticus. Aunque los patrones de resistencia varían en las distintas regiones geográficas y pese que la resistencia ha aumentado en muchas áreas, la mayoría de las cepas son sensibles a muchos antibióticos. En casi todas las regiones de los Estados Unidos, más de la cuarta parte de las cepas de E. coli que provocan cistitis aguda son resistentes a la amoxicilina, las sulfamidas y la cefalexima, y la resistencia a la trimetoprima (TMP) y a la trimetoprima-sulfametoxazol (TMP-SMZ) se acerca poco a poco a los niveles.

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

¹⁵ SHROEDER A. Steven. Lawrence M. Tierney, jr. Diagnóstico clínico y tratamiento. Manual moderno 27ª edición 1992.

⁵ Rosman. Medicina interna tomo I octava edición. Ed. Marin, S.A.

Muchos expertos defienden en tratamiento de la cistitis aguda con una sola dosis. Sus ventajas residen en una mayor economía, el cumplimiento garantizado, la reducción de los efectos secundarios y, quizá, una menor presión favorecedora de la selección de microorganismos resistentes de la microflora intestinal, vaginal o perineal. No obstante, las recidivas inmediatas son más frecuentes que después de tres días de tratamiento; por otra parte, el tratamiento con una dosis no erradica la colonización vaginal por *E. coli* con la misma eficacia que los regímenes más prolongados. Un ciclo de tres días con TMP-SMZ, TMP, norfloxacino u ofloxacino mantiene, en principio, una incidencia baja de efectos secundarios, como tras un tratamiento con dosis únicas, y demás mejora la eficacia, en la actualidad se prefieren los regímenes de tres días para el tratamiento de la cistitis aguda.

Enfermedad: cistitis aguda no complicada de las mujeres.

Patógenos característicos: *Escherichia coli*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae*.

Tratamiento empírico recomendado:

Regímenes de tres días: TMP-SMZ, TMP, quinolona por vía oral.

Régimen de 7 días: nitrofurantoína macrocristalina.

Los regímenes orales de varios días para la cistitis son los siguientes:

TMP-SMZ, 160/800 mg cada 12 horas.

TMP, 100 mg cada 12 horas.

Norfloxacino, 400 mg cada 12 horas.

Ciprofloxacino, 250 mg cada 12 horas.

Ofloxacino, 200 mg cada 12 horas.

Lomefloxacino, 400 mg/día.

Enoxacino, 400 mg cada 12 horas.

Nitrofurantoína macrocristalina, 100 mg 4 veces al día.

Amoxicilina, 250 mg cada 8 horas.

Cefpodoxima proxetilo, 100 mg cada 12 horas.⁶

2. Recurrencia de infecciones de vías urinarias:

En este caso, se elige el antimicrobiano según las pruebas de sensibilidad de los de los microorganismos cultivados. El fármaco se administra por 10 a 14 días en dosis suficientes para conservar sus valores altos en orina. Hay que examinar nuevamente la orina dos y seis semanas después de suspender el tratamiento.

3. Segunda recurrencia, o falta de supresión de la bacteriuria:

En mujeres hay que investigar una posible obstrucción, reflujo y localizar la infección en vías superiores o inferiores.

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

⁶ HARRISON. Principios de medicina interna. 15ª Edición. Editorial Magraw-hill interamericana.

B. Medidas generales:

Pueden aliviarse los signos y síntomas forzando la ingestión de líquidos. Tal vez se requieran de analgésicos por breve tiempo.¹⁵

PRONOSTICO.

El tratamiento de la cistitis habitualmente se consigue la resolución total de los síntomas. Las infecciones de las vías bajas de las mujeres son motivo de preocupación, sobre todo por que se asocian a molestias, morbilidad, absentismo laboral y costes sanitarios elevados.

La cistitis puede provocar además una infección de las vías altas o bacteremia (en especial durante la instrumentación quirúrgica), aunque no se ha demostrado que se siga de una lesión renal. Cuando se producen episodios repetidos de cistitis, normalmente se trata de reinfecciones y no de recidivas.

PREVENCIÓN.

Las mujeres que sufren con frecuencia infecciones urinarias sintomáticas (media anual ≥ 3) son candidatas a la administración prolongada de dosis reducidas de antibióticos para prevenir las recidivas. Se evitara a estas mujeres el uso de espermaticidas y se les sugiere que orinen después de del coito. La administración diaria o tres veces a la semana de una dosis única de TMP-SMZ (80/400 mg), TMP sola (100 mg) o nitrofurantoína (50 mg) ha resultado especialmente eficaz. También se han implicado el norfloxacino y otras fluoroquinolonas como profilaxis. Sólo se instaurarán medidas profilácticas cuando se haya erradicado la bacteriuria con un régimen terapéutico completo. Estos mismos regímenes profilácticos se pueden emplear tras el coito para impedir los episodios sintomáticos cuando la infección urinaria guarde una relación temporal con éste. Otros casos para los que se recomienda la profilaxis son los varones con prostatitis crónica; en los enfermos sometidos a prostatectomía, tanto durante la intervención como en el postoperatorio; y las embarazadas con bacteriuria asintomática. Se realizaran pruebas de detección de bacteriuria a todas las gentes en el primer trimestre y, si los resultados son positivos, se aplicará el tratamiento.⁶

FORMAS ESPECIALES DE CISTITIS.

Las variantes de las cistitis llamadas especiales forman legión, y se caracterizan por su aspecto morfológico o por su etiología.

CISTITIS INCRUSTADA.

Se da este nombre a los casos de cistitis no específica caracterizada por precipitación de sales urinarias, sobre todo fosfatos, en la superficie vesical. El precipitado granuloso cristalizado, de color blanco grisáceo, origina incrustación focal o difusa de la mucosa vesical. Es obligada, como factor subyacente, una cistitis crónica con sus alteraciones peculiares. En estas infecciones por lo regular se descubren microorganismos que desdoblan la urea, alcalinizando la orina vesical y facilitan la precipitación de las sales.

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

¹⁵ SHROEDER A. Steven. Lawrence M. Tierney, jr. Diagnóstico clínico y tratamiento. Manual moderno 27ª edición 1992.

⁶ HARRISON. Principios de medicina interna. 15ª Edición. Editorial Magraw-hill interamericana.

CISTITIS AMPOLLOZA.

Denota la formación de vesículas voluminosas en la mucosa vesical a causa de la acumulación de abundante líquido de edema submucoso. Las vesículas se presentan como masa semejantes a uvas inmediatamente de bajo de la superficie mucosa. Al perder algo de líquido, las ampollas adoptan el aspecto de elevaciones flácidas, arrugadas y bajas. Esta variante puede ocurrir en el periodo agudo de la cistitis cuando los microorganismos causales producen toxicidad intensa y exudado serofibrinoso abundante.

CISTITIS INTERSTICIAL.

Se caracteriza por engrosamiento edematoso crónico con ulceración en la mucosa y la túnica propia de la vejiga. Fue descrita inicialmente por Hunner en casos que mostraban ulceración concomitante de la mucosa de la cúpula vesical; por ello, la cistitis intersticial en ocasiones se denomina úlceras de Hunner. La etiología más probable de la inflamación intersticial es la propagación linfógena de la infección de la vejiga con obstrucción concomitante de los ganglios linfáticos de drenaje. El linfedema y la reacción inflamatoria intersticial causan engrosamiento de la pared vesical y, en casos más graves, esfacelo y ulceración de la mucosa que, de manera característica, respetan el área del triángulo. Este trastorno ocurre casi en mujeres menopáusicas, a menudo después de cirugía ginecológica. Se ha atribuido importancia a etiología a desequilibrios endocrinos.

CISTITIS POR IRRADIACIÓN.

La aplicación de rayos X o radio a la vejiga puede originar cambios inflamatorios denominados “cistitis por irradiación”. Por lo regular a esta forma de irradiación se usa para tratar tumores uterinos o vesicales. La primera alteración que se observa en la hiperemia congestiva, seguida de cistitis hemorrágica. En casos más graves puede haber ulceración y esfacelo extensos de la mucosa vesical. Estos cambios se acompañan de edema difuso e infiltración intersticial de leucocitos en la pared vesical acompañados de lesión por irradiación de los vasos sanguíneos. Las trombosis vasculares pueden originar úlceras penetrantes profundas, a veces perforación vesical y formación de fístulas que comunican con vejiga, útero, recto, o superficie cutánea. El cuadro clínico y anatomopatológico a menudo se complica por infección secundaria.

MALACOPLAQUIA.

Malacoplaquia (placas blandas) es el nombre que se da de una forma distintiva de cistitis, caracterizada por la aparición de placas blandas, anchas, sésiles, polipoides, en la mucosa vesical. Se desconocen los factores que originan su aparición, aunque en todos los casos la vejiga presenta reacción inflamatoria crónica intensa. Se han postulado diversos agentes causales, como colibacilos, parásitos, bacilos de la tuberculosis, y sarcoidosis generalizada, sin haberse comprobado ninguno. La lesión se caracteriza morfológicamente por placas blandas, circunscritas, algo elevadas, de color amarillo grisáceo a pardo, con diámetro variable de unos milímetros a varios centímetros. Los bordes sobresalen algo y son netos; están separados por zonas interpuestas de mucosa inflamada pero relativamente normal. Desde el punto de vista histológico, las placas consisten en conglomerados submucosos de macrófagos grandes, entre mezclados con abundantes linfocitos, células plasmáticas y células gigantes del cuerpo extraño. En las células gigantes o los macrófagos mayores pueden presentarse inclusiones.

Estas estructuras intracelulares pueden aparecer como microférulas (cuerpos de Michaelis-Gutmann) laminares, intensamente basófilas, redondas e irregulares, netamente definidas, con tamaño que varía de una a muchas micras. Su semejanza con las inclusiones de Schaumann en el sarcoide de Boeck ha sugerido la posible relación de esta forma de cistitis con la sarcoidosis generalizada. Posee calcio y hierro y posiblemente presente desechos encostrados.

CISTITIS QUÍSTICA.

En el trastorno vesical equivalente a la pielitis y la uretritis quísticas. En la inflamación crónica de larga duración pueden enterrarse nidos de mucosa vesical y originar inclusiones mucosas quísticas pequeñas. Los caracteres macroscópicos y microscópicos son idénticos a los descritos en la pelvis renal y el uréter. En algún caso el epitelio experimenta metaplasma y se torna mucosecretor cilíndrico, lo cual produce cistitis glandular.

CISTITIS TUBERCULOSA.

Casi invariablemente acompaña a la tuberculosis renal. La aparición vesical secundaria ocurre en más del 66 por 100 de los casos de tuberculosis renal, produce algunos de los caracteres clínicos principales de la neuropatía tuberculosa. La polaquiuria, el dolor al orinar, la disuria y la piuria, trastornos atribuibles a la vejiga, suelen ser las primeras manifestaciones evidentes de tuberculosis renal.

Las alteraciones morfológicas vesicales varían según la duración del proceso infeccioso. El ataque suele comenzar en el trigono, pero en casos avanzados se extiende hasta a toda la vejiga. En la infección incipiente pueden identificarse tubérculos diminutivos en la vejiga como pequeñas elevaciones submucosas, de 1 a 2 Mm., de color blanco amarillento. Al progresar la lesión, los tubérculos pueden fundirse y formar grandes nódulos caseosos que, con el tiempo, se ulceran y causan lesiones irregulares, algo socavadas, características, de base necrótica y desgarrada. Las úlceras profundas pueden originar fístulas hacia órganos vecinos. Cuando la reacción inflamatoria no ha sido modificada por infección secundaria el carácter caseoso típico de los restos inflamatorios sugiere el diagnóstico. Histológicamente la reacción inflamatoria tuberculosa característica permite hacer el diagnóstico con facilidad.

El diagnóstico clínico suele hacerse al no poder aislar las bacterias corrientes en un enfermo que presenta cistitis manifestada. En estas circunstancias se efectúa tinción para acidorresistentes y técnicas especiales para identificar el agente causal.

La importancia clínica principal de la cistitis tuberculosa estriba en que manifiesta participación renal concomitante. Aunque la lesión vesical es el origen de los síntomas clínicos, es más importante para la vida la infección renal.

FORMAS DIVERSAS DE CISTITIS.

Como en otras superficies mucosas de la economía, puede ocurrir cistitis moniliásica. Las colonias blancas opacas características del hongo se identifican fácilmente en los cortes histológicos y en el examen de sedimento urinario; constituyen lo patognomónico de la lesión. La sífilis, la triquinosis y la esquistosomiasis son causas muy raras de cistitis específica en Estados Unidos y Norteamérica.¹⁶
"VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS"

¹⁶ STANLEY L. Robbins. *Patología estructural y funcional*. Editorial interamericana 1975.

IX.- CASO CLÍNICO

La paciente de 27 años de edad, actualmente vive en una casa de material, con todos los servicios intradomiciliarios, en la casa viven 4 personas: su marido de 30 años de edad, su suegra de 62 años de edad, y un sobrino político de 15 años de edad. La casa cuenta con tres habitaciones, sala comedor y cocina. 1 baño completo, drenaje, agua entubada y corriente, luz, teléfono, la paciente conoce el tratamiento que se le da a la basura y los desperdicios en su casa ya que de eso se encarga ella y su suegra. Tiene 3 perros que los tienen amarrados, 1 gato y 4 aves que se encuentran enjauladas. La paciente tiene 9 meses de casada por lo que dice se encuentra bien con su marido el cual no tenía circuncisión comenta se le realizó hace 8 meses.

La paciente manifiesta, de acuerdo a sus antecedentes familiares que su papá falleció hace 17 años de muerte natural, su mamá a un vive, la cual refiere que a los 40 años presento C.A.C.U. motivo por el cual fue operada hace 20 años de histerectomía total, hace 5 años fue diagnosticada diabética tipo I, por lo que es controlada con medicamentos orales glibenclamida, hace 4 años fue operada de hemorroides y hace 2 años de hernia inguinal derecha, cirugías que tuvieron un buen tratamiento y rehabilitación. Abuelos maternos y paternos fallecidos se ignora la causa.

Refiere que a los 8 años padeció de parotiditis, a los 14 años se enfermó de fiebre tifoidea la cual le dio nuevamente a los 17 años, reporta cefaleas en raras ocasiones por lo que toma 1 tabletas de paracetamol cuando presenta el dolor, refiere que desde hace 2 meses inicio con problemas para orinar presentando dolor suprapúbico, ardor y dolor al miccionar, frecuencia urinaria, incontinencia urinaria en ocasiones y últimamente urgencia urinaria , la orina es de color amarillo oscuro mal oliente, no ha sufrido de fracturas ni quemaduras en ningún área del cuerpo.

Refiere haber iniciado su menarca a los 11 años de edad, (irregular desde su inicio), presentando dismenorrea el primer día, con sangrado regular de duración de 3 a 4 días, fue operada a los 19 años de edad de un fibroadenoma mamario derecho. A los 19 años de edad se sometió a un tratamiento para tratar su que menstruación se normalizara por medio año pero como no tuvo resultado decidió dejarlo refiere que ahora que ha iniciado su vida sexual activa se le ha iniciado a normalizar un poco. Inicio su vida sexual activa a los 27 años de edad, ha tenido una sola pareja sexual y es fija (marido), refiere no utilizar ningún método anticonceptivo, refiere no tener ninguna enfermedad de tipo venérea, manifiesta tener secreciones claras como agua, húmedas sin olor, no se ha tenido ningún aborto ni embarazo.

La paciente tiene un peso de 50 kg y su talla es de 1.52 cms.

El aspecto de su piel es de buena coloración, bien hidratada sin lesiones, por el momento no realiza ningún tipo de ejercicio ya que refiere que no tiene tiempo, refiere que meses antes salía de compras con su marido o con su suegra, ya que desde hace 15 días le es difícil por su situación le es incómodo salir sobre todo por la mañana ya que presenta urgencia urinaria y dolor con ardor al orinar. Refiere que en pocas ocasiones hace 2 comidas al día por falta de apetito o por que tiene que comer sola y no le gusta. Refiere que consume todo tipo de alimentos pero sobre todo embutidos, fritos, enlatada, con poca sal y azúcar, come de 2 a 4 tortillas en cada alimento con un total de 6 a 9 tortillas al día, comenta que en raras ocasiones come entre comidas, consume poca fruta 1 al día, dice consumir de ½ a litro de refresco y como 1 o 2 vasos de agua al día. Duerme 8 horas diarias pero manifiestas que desde que tiene su problema se levanta de 2 a 3 para un total de 8 a 9 veces en 24 horas. (La orina es de color amarillo oscuro mal oliente).

Presenta un aspecto presentable uñas, pelo y piel bien cuidadas, con ropa aseada tiene, toda la dentadura completa, acostumbra a cepillarse los dientes 2 veces al día en las mañanas y antes de acostarse. Manifiesta bañarse a diario pero que en ocasiones de 2 veces al día por que hace mucho calor, fuera de su marido, suegra y cuñadas no tiene amistades ya que tiene 12 meses de vivir es esta ciudad, manifestando que se siente bien, acostumbra asistir a misa se confiesa católica, cuenta con todo el esquema de vacunación completo.

9.1 VALORACIÓN SEGÚN LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS, SIGUIENDO EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

La respiración tiene un ritmo y amplitud normal. F.R: 18 resp./min.
T/A: 110/80 mm Hg; F.C: 82 lat./min. Pulso rítmico.
Piel y mucosa bien hidratadas y coloreadas; no presenta edemas.

2. NECESIDAD DE ALIMENTARSE E HIDRATARSE.

Peso: 50 kg.

Talla: 1.52 cm.

No existen evidencias de deshidratación. Signo de pliegue negativo.

Realiza una dieta de dos a tres comidas al día (desayuno, comida y cena), dice que en ocasiones hace dos comidas al día (desayuno y cena), por falta de apetito. Bebe aproximadamente de ½ a litro de refresco y 1 o 2 vasos de agua al día, consume primordialmente carbohidratos como (son tortillas de harina, pan de dulce, consume casi nada las harinas integrales), grasas, embutidos pocas proteínas y frutas, no suele tomar bebidas alcohólicas. Aparentemente no presenta intolerancia a ningún alimento. Habitualmente come con su marido ella misma prepara los alimentos, no presenta dificultad de masticación ni deglución, se observa que mastica varias veces los alimentos antes de tragarlos.

3. NECESIDAD DE ELIMINAR.

Su hábito intestinal es de 1 vez (cada 24-48 horas), la paciente manifiesta presentar heces de aspecto y apariencia dura en algunas ocasiones, heces con sangre, presentando estreñimiento, refiere tener problemas de hemorroides desde hace 2 años. Su frecuencia urinaria es de 8 a 9 veces en 24 horas, presentando ardor, dolor, goteo al miccionar, en ocasiones urgencia con incontinencia urinaria, el color de la orina es amarillito oscuro con olor mal oliente, presenta una sudoración cutánea profusa, su menstruación desde hace 8 meses se la ha estado normalizando con un ritmo de 3/28, presentando dismenorrea el primer día, con secreciones vaginales de color blanco transparente.

4. NECESIDAD DE MOVERSE, CONSERVAR UNA BUENA POSTURA.

Tiene autonomía total para moverse, se le observa tendencia a la hiperactividad, refiere no hacer ejercicio desde hace 8 meses, no practica ningún deporte, refiere encargarse por el momento a los quehaceres domésticos como aseo de su hogar, lavar, planchar ropa y preparación de los alimentos durante el día.

5. NECESIDAD DE DORMIR, REPOSAR.

Suele dormir de 7 a 8 horas con interrupción de 2-3 veces por la noche, refiriendo que lo molesto es que después de mocionar le queda la sensación del ardor es molesto y hasta que se le quita suele conciliar el sueño, por lo que en las mañanas se siente cansada como si no hubiera dormido y somnolienta, por tal motivo refiere que en ocasiones durante el día o por la tarde suele tomarse una siesta de media hora que en ocasiones se prolonga por más tiempo.

6. NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESNUDARSE.

Presenta autonomía total para vestirse, es adecuada al lugar, estación y circunstancias.

7. NECESIDAD MANTENER UNA TEMPERATURA CORPORAL EN LOS LIMITES NORMALES.

Temperatura corporal 36.5° C, con una sudoración cutánea profusa.

Refiere que no le gusta el clima frío de la hace difícil adaptarse, manifiesta que en invierno presenta dolor y un poco de hipertermia en miembros inferiores.

8. NECESIDAD DE ESTAR LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER SUS TEGUMENTOS.

El aspecto de su piel es de buena coloración, hidratada bien cuidada, se ducha a diario y en ocasiones dos veces al día por que refiere sentir calor, utiliza jabones que no contengan perfume dice ser alérgica, por lo que también prefiere no usar shampoo que contengan acondicionadores, su cabello se ve liso y sedoso con fuerza, tiene higiene bucal con cepillo y pasta 2 veces al día, se le observan un poco de varices en los miembros inferiores refiere que hace 5 años que se le observan.

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

Niveles de conciencia y actitud frente al entorno, orientada en tiempo y espacio, los familiares manifiestan observarla alerta durante el día, no presenta alteración de los sentidos; refiere tener alergia a medicamentos que contengan sulfas.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD.

Es capaz de establecer una conversación fluida, se observa un poco extrovertida, se expresa de forma organizada, vive acompañada de su marido, un sobrino político y su suegra, manifiesta que por el momento prefiere no tener relaciones sexuales con su pareja, refiere dolor al momento de tenerlas.

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES.

Por el momento para ellas lo más importante es su familia y su matrimonio, se define como católica, no manifiesta ningún tipo de creencias ni pertenencias a grupos protestantes.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

Por el momento refiere no trabajar pero si le gustaría, en cuanto se sienta mejor de su padecimiento, por el momento realiza las tareas del hogar, su situación económica es buena, tiene capacidad de decisiones al igual que solución de problemas.

13. NECESIDAD DE JUGAR / PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Tiene interés por la actividades recreativas tales como ver televisión por las tardes, cuando se siente bien sale a caminar cerca de su casa refiere no hacerlo lejos ya que en ocasiones presenta urgencia urinaria.

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

No presenta alteración en la memoria, tiene inteligencia adaptada al momento, al escuchar tiene comportamiento activo de gran interés en el aprendizaje, refiere le gustaría saber todo acerca de su padecimiento ya que en ocasiones ha llegado a pensar que posiblemente sea una infección de transmisión sexual.

NECESIDADES ALTERADAS.

2.- NECESIDAD DE ALIMENTARSE E HIDRATARSE.

- Baja ingesta de alimentos en ocasiones (2 veces al día).
- Alto consumo de carbohidratos, consume primordialmente carbohidratos, grasas, embutidos pocas proteínas y frutas.
- Baja ingesta de líquidos, bebe aproximadamente de ½ a litro de refresco y 1 o 2 vasos de agua al día.

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

- Estreñimiento en ocasiones.
- Problemas de hemorroides desde hace 2 años.
- Heces con sangre fresca.
- Frecuencia urinaria de 8 a 9 veces en 24 horas.
- El color de la orina es amarillo oscuro con mal olor.
- La menstruación es irregular presentando dismenorrea el primer día.

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

- Por la noche se levanta de 2 a 3 veces a miccionar presentando ardor, dolor suprapúbico, y urgencia urinaria.
- Por la mañana se siente cansada y somnolienta.

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD.

- Refiere que desde hace dos meses no tiene relaciones sexuales con su pareja ya que el dolor suprapúbico aumenta cuando hay penetración.

13.- NECESIDAD DE JUGAR / PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

- No puede salir a lugares muy lejos ya que presenta urgencia urinaria.

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

- Refiere no saber nada sobre su padecimiento y le preocupa que sea algo más grave o que se le complique.
- Refiere tener poca información sobre métodos de planificación familiar y sobre infecciones de transmisión sexual.

9.2 PROBLEMAS INTERDEPENDIENTE Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE REAL N° 1.

Cistitis secundaria a E. coli manifestada por disuria, polaquiuria, tenesmo y dolor suprapúbico.

OBJETIVO:

-La usuaria mejorará su eliminación urinaria en una semana.

PLAN DE INTERVENCIÓN:

1. Registrar de la ingesta de líquidos y la eliminación de orina, para intentar determinar que no exista retención de líquidos.
2. Nitrofurantoína cada 8 horas. 8-15-23 horas.
3. Mantener una ingesta diaria mínima de 2000ml de líquidos, evitar café, té, chocolate y las bebidas a base de cola y el alcohol por su efecto diurético e irritante sobre la vejiga urinaria.
4. Confeccionar conjuntamente un horario para la ingesta de líquidos y para las micciones.
5. Asegurar una eliminación intestinal regular mediante una dieta rica en residuos y fibra (la presencia de heces en el recto puede ejercer presión sobre la vejiga, la uretra y los nervios locales).
6. Utilizar ropa de fácil manejo, con cierres automáticos o velcro.
7. Para prevenir las infecciones urinarias: acidificar la orina mediante la inclusión en la dieta de alimentos con residuos ácidos.
8. Bañarse después de evacuar.
9. Orinar antes y después del coito y evitar la posible contaminación anal y/o vaginal.
10. Comprobar que siga el tratamiento farmacológico que contribuya al problema.
11. Identificar los factores que, en su caso concreto, contribuyen a la incontinencia de urgencia y como interfiere ésta en su vida cotidiana.
12. Reposo en cama, compresas calientes húmedas o baños de asiento para aliviar los trastornos subjetivos. Alimentación que no sea irritante; prohibir los alcoholes, especialmente la cerveza y el vino blanco y, además, la pimienta, mostaza, pimentón y vinagre.

EJECUCIÓN.

9 de octubre de 2005.

Se le recomendó a la usuaria:

Se le explicó a la paciente mediante esquemas la importancia de tomar grandes cantidades de líquidos para eliminar la bacteria y de esta manera limpiar las vías urinarias.

Fomentar reposo en cama durante la fase aguda hasta que la orina se aclare.

PATRICIA BOLAÑOS ESTEFES
“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

UMSNH

Se le informo sobre el efecto que tiene una dieta rica en carbohidratos para mantener un pH óptimo en la cavidad vaginal, ya que esto evita el crecimiento de microorganismos indeseables.

Conjuntamente con la paciente se elaboró el plan de intervenciones de enfermería, se inicio con 2 vasos de agua (500mil) en la mañana, a media mañana 250mil, a la hora de la comida 500mil, a media tarde 250mil y a las 6 de la tarde 500mil. Para que sea un total de 2.000mil de agua al día, en la segunda semana se observo que la paciente bebe de 2.000-2500mil de agua al día.

Se le recalco la importancia de tomar sus medicamentos (tratamiento antimicrobiano por 10 días) a la hora y los días indicados, se le recomendó tomarlos junto con los alimentos o leche para reducir los efectos secundarios gastrointestinales.

Se oriento a la paciente sobre la importancia de realizar las anotaciones en una hoja sobre la ingesta de líquidos y la eliminación de la orina durante la primer semana, lo cual lo realizo sin complicaciones por medio del cual nos dimos cuenta de que no hay retención de líquidos.

Conjuntamente con la paciente se elaboro una dieta alta en fibra, que pudiera elaborar dentro de sus preferencias y su capacidad de adquisición.

Se le aconsejo que orine con frecuencia (cada 2 o 3 horas), y que vacíe la vejiga por completo, ya que esto aumenta la eliminación bacteriana y reduce la estasis de orina y evita la reinfección.

Se le recomendó a la paciente la importancia de utilizar ropa de fácil manejo para el momento de presentar urgencia urinaria.

Se le recalco la importancia de consumir líquidos o fruta de temporada ácidas ya que estas ayudan a contrarrestar las infecciones de las vías urinarias.

Se le oriento a la paciente la importancia de bañarse después de evacuar ya que esto permite que la zona anal quede limpia libre de bacterias.

Se le brindo información sobre los cuidados que debe de tener sobre todo en orinar antes y después del coito ya que esto permite que se eliminen las bacterias que posiblemente entren a la vagina.

Se le explico la gran importancia que tiene que termine todo el tratamiento un que se sienta bien por el momento, ya que la infección puede volver a incidir.

Se complemento la información acerca de los efectos colaterales que puede presentar en caso de que ingiriera bebidas alcohólicas o alimentos condimentados.

EVALUACIÓN.

Al cumplirse la semana de haber iniciado las intervenciones paleadas se evaluó el estado de la paciente y se observó que se había recuperado satisfactoriamente de la inflamación de la vejiga urinaria, el ardor con dolor que presentaba se eliminó por completo, por lo que se concluyó que el objetivo se logró al 100%, la paciente ahora manifiesta que ha mejorado muy notablemente tanto su eliminación urinaria como la de evacuación y sobre todo la importancia del consumo de agua que debemos de tener durante el día.

Se alcanzó un 100% de satisfacción en la realización de limpieza en la zona genital, por lo que la paciente manifiesta no sentir molestias de ningún tipo.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA REAL N° 1.

Estreñimiento relacionado con una alimentación baja en fibras, sedentarismo y bajo consumo de líquidos requeridos manifestado por heces duras con sangre y esfuerzo para defecar.

DEFINICIÓN: Estado en que la persona experimenta un cambio en sus hábitos intestinales, caracterizado por la disminución en la frecuencia y/o por la eliminación de heces duras y secas.

OBJETIVO:

La usuaria mejorará su hábito intestinal normal, heces blandas a partir de una semana de iniciadas las intervenciones de enfermería.

PLAN DE INTERVENCIÓN.

1. Revisar conjuntamente la dieta y fomentar la toma de alimentos ricos en residuos y fibra (frutas, verduras, hortalizas, cereales), de acuerdo a las preferencias individuales.
2. Establecer una pauta para la toma de un mínimo de 2.000 ml / día.
3. Establecer un plan de ejercicio moderado y regular. Aconsejar ejercicios que aumenten el tono muscular abdominal.
4. Si tolera el salvado, iniciar su toma con moderación, aumentando gradualmente la cantidad.
5. Evitar el uso de laxantes en la medida de lo posible. En algunos casos, y previa consulta con el médico, aconsejar el uso de ablandadores de las heces.
6. Identificar el patrón de eliminación previo; revisar la rutina diaria actual e incluir la hora de la defecación como parte de ella; aconsejar programarla siempre a la misma hora, aprovechando el reflejo gastrocólico (aproximadamente 30 minutos después del desayuno) y dedicando un tiempo de 15 a 20 min, aunque al principio no se produzca defecación.
7. Si hay una prescripción de reposo en cama, realizar ejercicios de movilización y de contracción de la musculatura abdominal, hacer suaves masajes abdominales; favorecer la deambulación temprana.
8. Si hay dolor al defecar, aconsejar el uso de lubricantes, compresas frías y baños de asiento.

EJECUCIÓN.

Se mostraron a la paciente diferentes tipos de alimentos altos en fibra, los cuales le ayudan a corregir sus costumbres dietéticas, sobre todo incluir líquidos adecuados, frutas frescas y vegetales, cereal íntegro y pan. Las frutas secas, como ciruela e higos, contienen mucha fibra.

Se le estimuló a participar a ejercicios activos diariamente como caminar por la tarde de 10 a 15 minutos, se le explicó la importancia que tiene el caminar para nuestro organismo.

Conjuntamente con la paciente se elaboró un horario para las evacuaciones las cuales le eran más fáciles por la mañana ya que refiere que su metabolismo es muy rápido.

Se instruye a la paciente conjuntamente con su pareja como realizar movimientos suaves y circulatorios en la parte suprapúbica se le recomendó hacerlo con crema que la paciente usa diario.

Se establecieron acciones que la paciente puede realizar para minimizar las molestias, ejemplo, masajes, fomentos de agua tibia.

Se le recomendó hacerse baños de asiento en agua tibia con marrubio blanco, lo cual adoptó con gran entusiasmo.

EVALUACIÓN.

La satisfacción del diagnóstico se resolvió en un 90% se logró mejora en la realización de movimientos suaves y circulatorios la parte suprapúbica, con los baños de asiento refiere hacerlos cada tercer día.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA REAL N° 2.

Alteración del patrón del sueño relacionada con despertar de 2 a 3 veces por la noche a miccionar manifestando dolor, ardor y retención urinaria.

DEFINICIÓN: Estado en que la interrupción del tiempo del sueño provoca malestar o interfiere con el estilo de su vida deseado.

OBJETIVO:

La usuaria mejorará su patrón de sueño habitual en la próxima semana.

PLAN DE INTERVENCIÓN.

1. Establecer y respetar un horario para dormir y descansar, evitar permanecer demasiado tiempo en cama durante el día.
2. Evitar toda actividad vigorosa por lo menos una hora antes de acostarse, así como las ingestas copiosas.

3. Desaconsejar el consumo de cafeína.
4. Si despierta varias veces para miccionar, reducir la ingesta de líquidos 2-3 horas antes de acostarse y aconsejar que vacíe la vejiga antes de irse a dormir.
5. Realizar ejercicios en cama o de pie de contracción de la musculatura abdominal, dar suaves masajes abdominales antes de acostarse.
6. Si hay problemas para conciliar el sueño, aconsejar medidas adecuadas para inducirle: técnicas de relajación, masajes, música ligera o unos minutos de lectura.

EJECUCIÓN.

Se le recomendó a la paciente que tratara de no permanecer por mucho tiempo en la cama ya que esto motiva a quedarse dormida durante el día o por la tarde, esto con el fin de que en la noche concilie el sueño sin problemas.

Se le hizo hincapié a la paciente que dos o tres horas antes de dormir no realice ejercicios vigorosos y alto consumo de alimentos ni beber agua ya que esto provoca pesadez estomacal y el beber agua le produce miccionar frecuentemente por la noche y difícil conciliar el sueño.

Se le explico verbalmente que evite el consumo de cafeína ya que este en ocasiones produce insomnio y es diurético lo cual le va a producir micciones frecuentemente.

Se le aconsejo reducir la ingesta de líquidos dos o tres horas antes de dormir y vaciar totalmente la vejiga antes de dormir.

Se le aconsejaron técnicas de relajación para conciliar el sueño como es leer o ver televisión.

EVALUACIÓN.

El objetivo del diagnóstico dos se cubrió en un 100% ya que durante el día realiza sus actividades cotidianas y por las tardes prefiere mantenerse ocupada o salir a caminar ya que le ayuda a relajarse y a tener una buena digestión después de cenar.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA REAL N° 3.

Disfunción sexual relacionada con enfermedad manifestada por expresiones de tener problemas con la función sexual y constantes preguntas relacionadas con el sexo.

DEFINICIÓN: Estado en que la persona experimenta un cambio en la función sexual que se contempla como insatisfactoria, o no recompensador o inadecuado.

OBJETIVO:

Mejorar su función sexual.

PLAN DE INTERVENCIÓN.

1. Revisar los cambios producidos en su vida y cómo pueden haber afectado su función sexual.
2. Valorar la conveniencia de que la persona hable libremente con su pareja y exprese sus sentimientos, temores y expectativas
3. Establecer un diálogo con la persona, incluyendo a la pareja si es posible, para examinar las relaciones entre ambos y la forma de mejorarlas.
4. Corregir los conceptos erróneos que pueda haber o aclarar los mitos y tabúes que rodean la sexualidad.
5. Revisar métodos alternativos al coito para dar y recibir placer sexual: sexualidad oral, caricias, etc.
6. Eliminar el dolor suprapúbico por medio de ejercicios de Kegel para fortalecer los músculos del suelo pélvico, en las tardes de 5 a 10 min.

EJECUCIÓN.

Se le dio una plática a la paciente en la que se le explicaba sobre los cambios que presentamos las mujeres cuando iniciamos nuestra vida sexual y sobre los hábitos de higiene que debemos de tener.

Se le recomendó a la paciente que todos sus sentimientos y emociones se las manifieste de inmediato a su pareja, ya que es algo nuevo en su vida de pareja.

Se le aconsejo a la pareja que platicaran sobre su sexualidad ya que es algo natural que tanto como el y como ella han presentado cambios y se les recomendó leer libros sobre sexualidad.

Se le dio información a la paciente acerca de esta enfermedad que suele ser frecuente en mujeres que inician su vida sexual, se le explicó que no es una enfermedad de transmisión sexual.

Se complemento la información sobre las infecciones de transmisión sexual y se le hizo notar la diferencia entre estas y su padecimiento mediante una charla de 45 minutos.

Se le sugirió a la pareja que en caso de que la paciente presenta dolor o molestias al tener relaciones sexuales, que podrían utilizar otros métodos alternativos de estimulación sexual como son las caricias, besos, etc. esto con el fin de mejorar su vida sexual.

Se instruyo para realizar los ejercicios de kegel, ya que estos pueden hacerse varias veces al día, al sentarse, ponerse de pie o estando acostada en la cama, esto se realizo con el fin de mejorar su eliminación urinaria.

EVALUACIÓN.

Se logró cubrir en un 100% las necesidades de aprendizaje de la paciente. En cuanto a la pertinencia de la información complementaria acerca de su patología la paciente refirió sentirse satisfecha y no presenta dudas después de la intervención demuestra disminución del temor; examina la diferencia entre enfermedad maligna e infección de las vías urinarias.

PATRICIA BOLAÑOS ESTEFES

UMSNH

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

X.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

Al aplicar el proceso enfermero a los pacientes ya sea sanos o enfermos es de gran ayuda ya que se hace de una manera metodológica, pero sobre todo sistematizada, por medio de este logramos grandes avances para que nuestros usuarios tengan una mejor y pronta recuperación, en algunos casos incluimos al paciente cuando este es considerado independiente, se le brinda toda la información necesaria para tener autocuidado. Es de gran utilidad el proceso enfermero ya que se toman en cuenta y se aplican las 14 necesidades fisiológicas fundamentales del ser humano, que son consideradas por Virginia Henderson.

Las escuelas de enfermería deberían de incluir en el plan de estudio el proceso Enfermero y desarrollar la práctica sistematizada al mismo, con el fin de que al salir el estudiante al mercado laboral, lleve las bases de este proceso bien integrado a las acciones que aplicara en sus pacientes.

Sugiero que haya una unificación de criterios para lograr una metodología uniforme en la aplicación del Proceso de Enfermería, ya que es importante aplicarla y sobre todo desarrollarlo en la práctica profesional identificar la prioridades de atención en un paciente ya sea sano o enfermo, y que se siga utilizando al proceso como una alternativa de titulación.

XI.- GLOSARIO DE TÉRMINOS.

Abdomen agudo: Trastorno caracterizado por la aparición brusca de dolor intenso localizado en la cavidad abdominal.

Abscesos intrarrenales:

Anaerobios mixtos: Microorganismo que crece y vive en ausencia completa o casi completa de oxígeno. Se hayan ampliamente difundidos en la naturaleza y en el cuerpo humano.

Antibiograma: Procedimiento de laboratorio que permite determinar la sensibilidad de un microorganismo ante diferentes antibióticos. || **2.** Resultado de esta prueba.

Antígeno: sustancia generalmente proteica, que da lugar a la formación de un anticuerpo con el que reacciona específicamente.

Apéndices proteináceos:

Apoptosis: Modalidad específica de muerte celular, implicada en el control del desarrollo y el crecimiento.

Asepsia: 1. Ausencia de gérmenes. 2. Asepsia médica: Eliminación o destrucción de los gérmenes patológicos o los materiales infectados. 3. Asepsia quirúrgica: Protección contra la infección antes, durante o después de las intervenciones quirúrgicas mediante el empleo de una técnica estéril.

Asintomático: Sin síntomas.

Aspiración suprapúbica: 1. Acto por el cual se toma aire, inhalación. 2. Extracción de un líquido, como moco o suero del organismo mediante un dispositivo de succión.

Bacteriuria: Presencia de bacterias en la orina. La existencia de más de 100.000 colonias/ml de bacterias patógenas en la orina suelen considerarse significativa, permite diagnosticar una infección de aparato urinario

Bacilos: Cualquier bacteria en forma de bastón.

Cálculos vesicales: Concreción patológica formada por sales. Suelen encontrarse en órganos huecos o conductos y pueden producir obstrucción o inflamación de la vejiga. Entre los diversos tipos se encuentran el cálculo biliar y el cálculo renal. Denominado también piedra.

Cateterismo vesical: Introducción de una sonda en un órgano o cavidad corporal para inyectar o extraer un líquido. El procedimiento más frecuente consiste en la introducción de una sonda en la vejiga a través de la uretra para tratar una retención urinaria o vaciar totalmente el contenido vesical de una intervención urinaria o vaciar totalmente el contenido vesical antes de una intervención quirúrgica. El sondaje vesical también se utiliza cuando no se puede extraer de otro modo una muestra de orina no contaminada, como en el caso de una mujer durante la menstruación

Células epiteliales: Tejido animal formado por células en estrecho contacto, que reviste la superficie, cavidades y conductos del organismo. || ~ de revestimiento. El que forma la epidermis y la capa externa de las mucosas.

Células plasmáticas: Célula linfoide o linfocitoide que se localiza en la médula ósea y el tejido conjuntivo y aparecen a veces en la sangre periférica. Posee un núcleo excéntrico con material cromático de gran afinidad tintorial que se distribuye según un patrón que recuerda los radios de una rueda o una esfera de reloj. Las células plasmáticas intervienen en el mecanismo inmunológico y se producen en grandes cantidades en el mieloma múltiple.

Cepa: Grupo de organismos cuya ascendencia es conocida.

PATRICIA BOLAÑOS ESTEFES

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

UMSNH

Cervicitis: Inflamación aguda o crónica del cuello del útero.

Chlamydia: Género de microorganismos que viven como parásitos intracelulares, presenta una serie de propiedades comunes con las bacterias gramnegativas y se clasifican actualmente como bacterias especializadas. Se conocen dos especies de Chlamydia, ambas patógenas para el hombre. Chlamydia trachomatis es un organismo que vive en la conjuntiva del ojo y el epitelio de la uretra y el cérvix y es responsable de conjuntivitis de lesión, el linfogranuloma venéreo y el tracoma.

Cistitis: Trastorno inflamatorio de la vejiga urinaria y de los uréteres que se manifiesta por dolor, micción frecuente, urgencia miccional y hematuria. Puede ser debido a una infección bacteriana, cálculo o tumor. Según la etiología se trata con antibióticos, aumento en la ingesta de líquidos, reposo en cama, medicación para controlar el espasmo de la pared vesical o cirugía.

Citomegalovirus: uno de los virus específicos del grupo herpes. Produce diversos efectos patológicos en recién nacidos y en adultos sometidos a tratamiento inmunosupresor, y puede llegar a enfermedad grave, especialmente después de un trasplante.

Colibacilos: Escherichia coli.

Colonias: Placa transparente, iluminada y graduada que se utiliza para el recuento de colonias de bacterias, colocando una placa de Petri encima.

Conglomerados: Reunión en racimo; se aplica a glándulas o tumores.

Depuración: Acto en el cual el organismo se desembara de sustancias nocivas o inútiles. Separación espontánea de las partículas sólidas, que se efectúa en un líquido turbio en reposo; sedimentación.

Difteroides: 1. Relativo a la difteria. 2. similar al bacilo Corynebacterium diphtheriae.

Disuria: Micción dolorosa generalmente debido a una infección bacteriana o a obstrucción de las vías urinarias. El paciente aqueja sensación de quemazón al orinar, y el examen de laboratorio puede revelar la presencia en la orina de sangre, bacterias o leucocitos. La disuria constituye un síntoma de procesos como cistitis, uretritis, prostatitis, tumores del aparato urinario y ciertos trastornos ginecológicos.

Embarazo: Gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno.

Epidemia: 1. Que afecta a un número significativamente grande de personas al mismo tiempo. 2. Se aplica a la enfermedad que se aplica rápidamente en un segmento demográfico humano que puede oscilar entre el área geográfica delimitada, una unidad de población uniforme como edad o sexo de una región. 3. Enfermedad transmisible que suele producirse periódicamente.

Eritrocitos: Disco bicóncavo de aproximadamente 7 μ (micras) de diámetro que contiene hemoglobina dentro de la membrana lipóide. Es el elemento celular más importante de la sangre circulante y su función principal es el transporte de oxígeno. Su número oscila entre 4,5 y 5 millones por mm^3 en el hombre y entre 4 y 4,5 millones en la mujer. Esta cifra varía con la edad, el grado de actividad y las condiciones ambientales.

Escherichia coli: Especie de bacteria coniforme de la familia enterobacteriáceas normalmente presente en los intestinos y con frecuencia en el agua, en la leche y en la tierra. Es en agente causal más frecuente de las infecciones urinarias y constituye un patógeno peligroso en las heridas. La septicemia por E. coli puede provocar rápidamente shock y muerte por acción de una endotoxina liberada por las bacterias.

Esfacelo: Masa de tejido gangrenoso. Gangrena humada.

Esquistosomiasis: Infección parasitaria producida por una especie de larva del género *Schistosoma*, transmitida al hombre, el huésped definitivo, por contacto con agua contaminada con heces humanas. Una sola larva puede vivir en una parte del cuerpo poniendo con frecuencia huevos durante un período de tiempo de hasta 20 años. Los huevos son irritantes para las membranas mucosas haciendo que se engrasen y sufran alteraciones papilomatosas. Los parásitos pueden encontrarse en la vejiga, el recto, el hígado, los pulmones, el bazo, los intestinos y el sistema venoso portal, provocando dolor, obstrucción, disfunción del órgano afectado y anemia.

Estafilococos: Género de bacterias inmóviles, esféricas y grampositivas. Pueden encontrarse en la piel y garganta, causando alguna de ellas infecciones graves y purulentas. Incluso producen enterotoxinas que provocan náuseas, vómitos o diarreas.

Streptococos: Coco esférico agrupado en cadenas.

Fístulas de la vagina: La forma en la portiouterina, entre la luz cervical y la vagina.

Fístulas del recto: La cercana al ano, comunicante o no al recto o con la piel.

Fístulas: Comunicación anormal entre un órgano interno y la superficie corporal, o entre dos órganos internos, como la fístula hepatopleural o la pulmoperitoneal, causada por un efecto congénito, traumatismo, infección, extensión de una lesión maligna, radioterapia de una neoplasia o traumatismo del parto. Las fístulas pueden formarse en diferentes zonas, desde las encías hasta el ano, también pueden ser creadas para fines terapéuticos o para obtener muestras de las secreciones corporales.

Fosfatos: Compuesto de ácido fosfórico. Los fosfatos son extraordinariamente importantes para las células vivas, particularmente para el almacenamiento y utilización de la energía y para la transmisión de la información genética en la propia célula y de una célula a otra.

Fotometría: Medición de las variaciones de la intensidad luminosa.

Glucolípidos: Conjunto de reacciones químicas del interior de la célula que degradan algunos lípidos, obteniendo energía en el proceso.

Gramnegativos: Que posee una rosada de la contratinción que se utiliza en el método de Gram. Para teñir microorganismos. Esta propiedad es un método fundamental de la caracterización de los microorganismos en la microbiología.

Grupo sanguíneo: Clasificación de la sangre en la que se toma como base la presencia o ausencia de ciertos antígenos determinados genéticamente que se encuentran en la superficie de los hematíes. Se han descrito más de 14 sistemas de grupos sanguíneos distintos cuya importancia relativa depende de su significación clínica y del tratamiento transfusional.

Hemorragia focal o difusa, granulosa o fiable: Pérdida de una gran cantidad de sangre en un periodo de corto tiempo bien externa o internamente.

Hiperemia congestiva: Aumento de la cantidad de de sangre presente en una parte del cuerpo que puede deberse a aumento del flujo sanguíneo, como ocurre en la inflamación, la dilatación arteriolar local o la obstrucción del drenaje del área. La piel que cubre la zona congestionada suele estar caliente y roja.

Hiperemia de mucosa: Acumulación de sangre en una parte u órgano. Congestión, fluxión, plétora.

Hongos, infección por: Cualquier lesión inflamatoria causada por un hongo. La mayoría de ellas son superficiales y leves, aunque persistentes y difíciles de erradicar. Entre los que diversos tipos figuran la aspergilosis, la blastomicosis, las candidiasis, la coccidiodomicosis y la histoplasmosis.

Inervación vesical (vejiga medular): Conjunto de acciones nerviosas. Disminución de nervios o de energía nerviosa en una parte, órgano o región.

Inóculo: Sustancia introducida en el organismo al objeto de introducir o aumentar una respuesta inmunitaria específica. Puede tratarse de una toxina, una bacteria o un virus vivo, atenuado o muerto, o de un suero.

Introito vaginal: Entrada u orificio a una cavidad o estructura tubular hueca del organismo.

Isquemia: Disminución del aporte de sangre a un órgano o a una zona del organismo.

Lactobacilos: Grupo de bacilos no patógenos grampositivos que producen ácido láctico a partir de los carbohidratos. Varias especies pertenecientes a este género se encuentran en el tracto intestinal y vagina humanas.

Legión: Número indeterminado y copioso

Linfocitos: Tipo de leucocito agranulocítico de pequeño tamaño que se origina a partir de las células germinales fatales y se desarrollan en la médula ósea. Los linfocitos comprenden normalmente el 25 % del recuento total de leucocitos pero su número aumenta en respuesta a ciertas infecciones

Macrófagos: Célula fagocítica del sistema reticuloendotelial como las células de Kupffer del hígado, los esplenocitos del bazo y los histiocitos del tejido conjuntivo laxo.

Microorganismos: Cualquier organismo diminutivo, habitualmente microscópico, capaz de realizar los procesos vitales. Puede ser patógeno. Entre los diversos tipos figuran las bacterias, hongos, protozoos y virus.

Morfología: Estudio de la forma y el tamaño físicos de un espécimen, planta o animal.

Morfológica: Estudio de la forma y estructura de los seres organizados y de las leyes que las rigen.

Mycobacterium: Género de bacterias acidorresistentes, en forma de bacilo, que incluye dos especies patógenas significativas: Mycobacterium leprae, causante de la lepra, y M. tuberculosis, que producen la tuberculosis.

Neisseria: Bacteria gramnegativa, inmóvil, del grupo de los diplococos, que pueden observarse al microscopio en el interior del citoplasma de los neutrófilos agrupada por parejas. Es el agente causal de la gonorrea.

Neoplasias vesicales: Crecimiento anormal de un tejido nuevo, benigno o maligno.

Neumonía. Inflamación aguda de los pulmones, en general causada por la inhalación de neumococos de la especie Diplococcus Pneumoniae, que hace que los alvéolos y bronquiolos pulmonares se taponen con exudados fibrosos.

Neutrófilos: Leucocito polimorfonuclear que se tiñe con facilidad con colorantes neutros. Su núcleo, que se tiñe de azul oscuro, contiene de tres a cinco lóbulos conectados por delgados filamentos de cromatina; su citoplasma contiene finos gránulos apenas visibles. Son los leucocitos circulantes, esenciales para la realización de la fagocitosis y proteólisis, procesos en los que se eliminan y destruyen las bacterias, restos celulares y partículas sólidas. Su aumento es la forma más frecuente de leucocitosis y puede ser el resultado de un gran número de fenómenos patológicos, como infección aguda, intoxicación, hemorragia y enfermedad neoplásica maligna.

Orina: Líquido excretado por los riñones, conducido por los uréteres, almacenando en la vejiga y eliminado a través de la uretra. La orina normal es clara, de color pajizo, levemente ácido y con un característico olor a urea. Su densidad oscila entre 1.005 y 1.030. Sus constituyentes normales son agua, urea, cloruro sódico y cloruro potásico, fosfatos, ácido úrico, sales orgánicas y urobilina. Los constituyentes anormales indicativos de enfermedad son, entre otros, los cuerpos cetónicos, proteínas, bacterias, sangre, glucosa, pus y cristales.

Osmolaridad: Presión osmótica de una solución esperada de osmoles o miliosmoles por kilo de agua.

P.h: Escala que representa la acidez o alcalinidad relativas de una solución en la cual 7.0 es el valor neutro, por debajo de 7.0 se encuentran los valores ácidos y, por encima de 7.0, los alcalinos.

Pancreatitis: Proceso inflamatorio del páncreas que puede ser agudo o crónico.

Parásitos: Organismo que vive en el interior de otro o sobre él y se alimenta del mismo.

Parénquima: Elemento esencial específico o funcional de un órgano, generalmente glandular, en distinción del estroma o tejido intersticial.

Patogenia: Cualquier microorganismo capaz de producir una enfermedad.

Pelvis renal: Estructura anatómica en forma de embudo que drena la orina del riñón al uréter.

Periféricos: Limita o contorno de una superficie; superficie exterior del cuerpo.

Perineal: En la mujer, el cuerpo perineal fibroso central, situado entre la vagina y el ano, es mayor que en el hombre; el músculo bulboesponjoso, un esfínter que rodea el orificio vaginal y cubre el clítoris, no existe en el periné masculino. En ambos sexos los músculos perineales están inervados por la rama perineal del nervio pudendo.

Periuretral: Relativo a la zona que rodea la uretra.

Pielitis: Inflamación de la pelvis renal.

Pielonefritis: Infección piógena difusa de la pelvis y el parénquima renal.

Piuria: Presencia de leucocitos en la orina, que constituye habitualmente un signo de infección urinaria.

Polaquiuria: Trastorno caracterizado por una frecuencia miccional elevada.

Polimorfonucleares: Que posee un núcleo con varios lóbulos o segmentos comunicados entre si por finos filamentos.

Profilácticos: 1. Que previene de una enfermedad. 2. Aplicase a un agente capaz de prevenir la infección de una enfermedad.

Próstata: Glándula masculina que se dispone alrededor del cuello de la vejiga y de la uretra y elabora una secreción que licua el semen coagulado.

Prostatismo: Estado morboso mental y general debido a una infección prostática, especialmente a la retención urinaria causada por la hipertrofia del órgano.

Prostatitis: Inflamación, aguda o crónica, de la próstata, generalmente de origen infeccioso. El paciente se queja de escozor, urgencia y frecuencia excesiva en la micción.

Proteus: Genero de bacilos gramnegativos móviles, a menudo causantes de infecciones nosocomiales, que aparecen normalmente en la heces, el agua y el suelo. Pueden causar infección urinaria, pielonefritis, infecciones de heridas, diarrea, bacteremia y shock endotóxico.

Quinolona: Quino: fuerte astringente, que se emplea en diarreas y gargarismo

Recidivas: Reparición de los síntomas de una enfermedad que parecía haberse recuperado.

Recto: Porción del intestino grueso de unos 12 cm de longitud que constituye la comunicación del sigma descendente y es proximal al canal anal.

S. saprophyticus: Sapro: podrido.

Sarcoidosis: Enfermedad crónica de etiología desconocida caracterizada por la formación de tubérculos de tejido epitelioides no necrotizado.

Serotipo: Prefijo que significa «perteneciente o relativo al suero sanguíneo».

Sífilis: Infección venérea, producida por la espiroqueta *Treponema pallidum*, que normalmente se transmite por contacto sexual y se caracteriza por distintos estadios o efectos de un período de años. Puede afectar cualquier órgano o sistema.

Sintomáticas: Manifestación de una alteración orgánica o funcional apreciable solamente por el paciente (por ejemplo, dolor).

Socavadas: Excavar por debajo algo, dejándolo en falso.

Supuración renal: Producir material purulento.

Tenesmo: Deseo continuo, doloroso e ineficaz de orinar o defecar, producido de ordinario por una irritación del cuello vesical o del ano.

Toxemia gravídica: Presencia de toxinas en la corriente sanguínea. Denominada también intoxicación de la sangre.

Trichomonas: Protozoo parasitario móvil que produce vaginitis con flujo abundante y mal oliente y prurito.

Trígono: Triángulo.

Triquinosis: Infestación por el nematodo *Trichinella spiraleis*, parásito transmitido al comer carne de cerdo cruda o mal cocida.

Trombosis vasculares: Situación vascular anormal en que se desarrolla un trombo en el interior de un vaso sanguíneo.

Tuberculos: Nódulo o pequeña eminencia, como los presentes en los huesos. Masa redondeada de color gris traslúcido formada por pequeñas células esféricas y rodeada de tejido conectivo, producto de la infección por *Mycobacterium tuberculosis*.

Tuberculosis: Infección granulomatosa crónica producida por un bacilo acidorresistente, *Mycobacterium tuberculosis*, que se transmite a través de gotitas de saliva y afecta a los pulmones, si bien pueden darse otras vías de contagio y lugares de infección.

Urea: Diamida del ácido carbónico. Es uno de los productos terminales del catabolismo de las proteínas que se eliminan por la orina.

Urealyticum: Parásitos habituales en las membranas mucosas del hombre y otros vertebrados. Se les considera agentes causales de uretritis.

Ureaplasma: Nombre propuesto para el género bacteriano que dentro de la familia de las micoplasmataceas (*Mycoplasmataceae*, parte 19 de la clasificación de Bergey, 8ª Ed.) agruparía los llamados «micoplasmas T» o «cepas T» de micoplasmas. Se caracteriza por su capacidad de hidrolizar la urea, que es esencial para su desarrollo.

Uréter: Conducto fibromuscular cilíndrico estrecho, par, que lleva la orina desde el riñón a la vejiga. Tiene una longitud de 27 cm aproximadamente y comienza en la pelvis renal por una porción dilatada denominada infundíbulo, para terminar en la parte posterior o inferior de la vejiga.

Uretra distal: En el género humano, conducto por donde es emitida la orina desde la vejiga al exterior. Se dice de la parte de un miembro o de un órgano más separada de la línea media.

Uretra: Estructura tubular que drena la orina de la vejiga. En la mujer mide unos 3 cm de largo y termina directamente en la sínfisis púbica, por encima de la vagina. En el hombre mide unos 20 cm, comienza en la vejiga, perfora la próstata, atraviesa dos bandas de tejido conjuntivo que unen los huesos del pubis y termina en el meato uretral del pene. Además de servir de conducto urinario, permite el paso del semen durante la eyaculación.

Uretritis: Inflamación de la uretra caracterizado por disuria, debido generalmente a infección vesical o renal.

Urocultivo: Cultivo de la orina.

Útero: Órgano reproductor de la mujer, de aspecto piriforme. En él tienen la implantación de óvulo fecundado y el desarrollo del feto.

Vaginitis: Inflamación de los tejidos vaginales.

Vejiga: 1. Saco membranoso que sirve como receptáculo para cualquier secreción. 2. vejiga urinaria

Vesical: Sensación de necesidad de orinar cuando la vejiga se encuentra moderadamente distendida.

Virulencia: Capacidad de un microorganismo para producir una enfermedad.

Virus de jacob-cruetzfeldt: Organismo de estructura muy sencilla, compuesto de proteínas y ácidos nucleicos, y capaz de reproducirse solo en el seno de células vivas específicas, utilizando su metabolismo. || **2. Inform.** Programa introducido subrepticamente en la memoria de un ordenador que, al activarse, destruye total o parcialmente la información almacenada.

XII.- BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- ANDERSON. N, Kenneth. Diccionario de medicina. 4ª Edición. Editorial Océano.
- 2.- Biblioteca de Consulta Microsoft® Encarta® 2005. © 1993-2004 Microsoft Corporation.
- 3.- D. ALKINSON, Leslie. ELLEN MURRAY, Mary. Proceso de atención de enfermería Ed. Manual moderno segunda edición, 1987.
- 4.- DÍEZ DOMINGO, MA. Isabel. FERNANDEZ JIMENEZ. J. Luis. Manual de enfermería Ed. Luxus editores, 2003.
- 5.- FARRERAS Rosman. Medicina interna tomo I octava edición Ed. Marin, S.A.
- 6.- HARRISON. Principios de medicina interna. 15ª Edición. Editorial Magraw-hill interamericana.
- 7.- HARRISON. Principios de medicina interna. 13ª Edición vol. I. Editorial Magraw-hill interamericana.
- 8.- JUALL CARPENITO, Lynda. Alt. Diagnósticos de enfermería aplicación a la práctica clínica Ed. Interamericana•McGraw-Hill de España, 1995.
- 9.- KOZIER, B. ERB, G. alt. Técnicas de enfermería clínica Ed. Interamericana•McGraw-Hill de España. Vol. I, 1999.
- 10.- MANUAL. Las necesidades fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson.
- 11.- MARRINER Tomey. Ann. “Modelos y teorías en enfermería” Ed. Tercera edición impreso en España, 1994.
- 12.- PÉREZ DE LA PLAZA, Evangelina. Manual de enfermería práctica Ed. Interamericana•McGraw-Hill. Primera edición, 1992.
- 13.- POTER, A. Patricia. Fundamentos de enfermería Ed. Harcorur. Volumen I, quinta edición, 2002.
- 14.- RODRIGUEZ S. Bertha A. Proceso enfermero Ed. segunda edición. Ediciones Cuellar, 1983.
- 15.- SHROEDER A. Steven. Lawrence M. Tierney, jr. Diagnóstico clínico y tratamiento. Manual moderno 27ª edición 1992.

PATRICIA BOLAÑOS ESTEFES

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

UMSNH

16.- STANLEY L. Robbins. Patología estructural y funcional. Editorial interamericana 1975.

17.- W. GRIFFITH, Janet. Paula j. Christensen. Proceso de atención de enfermería Ed. Manual Moderno S. A. de C. V. México Df, 1989.

18.- WWW. Ivu. Org/spanish/trans/usuk- Basicnot. Html.

XIII.- ANEXOS

ANEXO I

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Valoración de Enfermería de acuerdo al modelo de **Virginia Henderson**, basado en las 14 necesidades humanas.

1.- VALORACIÓN GENERAL

Nombre y apellido _____
Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____
Familiar / persona para contactar _____ Teléfono _____
T/A _____ F/C _____ Ta _____ F. R. _____

Piel:

Color: normal _____ pálida _____ cianótica _____ otras _____

Edemas: si _____ no _____ descripción / localización _____

Lesiones: si _____ no _____ descripción / localización _____

Prurito: si _____ no _____ descripción / localización _____

Sentidos corporales: vista _____ oído _____ olfato _____

gusto _____ tacto _____.

Enfermedades graves / operacionales: si _____ no _____ cuales _____

Secuelas: si _____ no _____ especificar _____

Tabaquismo _____ Abuso de alcohol _____ Cafetismo _____ Uso de sustancias toxicas _____

Diabetes _____ HTA _____ Alergias especificar _____

II.- VALORACIÓN POR NECESIDADES

1.- NECESIDADES DE OXIGENACIÓN

PATRICIA BOLAÑOS ESTEFES

UMSNH

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

Respiración

Frecuencia _____/min.

Calidad: normal _____ superficial _____ rápida _____ otros _____

Ruidos a la auscultación: si _____ no _____ descripción / localización _____

Tos: si _____ no _____ Secreciones: si _____ no _____ Dolor al respirar: si _____ no _____

Tabaco: si _____ no _____ Lo dejo especificar fecha _____

Consumo: < de 1 paquete al día _____ 1-2 paquetes al día _____

>de 2 paquetes al día _____

Otras drogas: si _____ no _____ Tipo _____ Uso _____

¿Tiene alguna alergia respiratoria? Si _____ no _____ ¿De que tipo? _____

T. A. _____ F. C. _____ Pulso: fuerte _____ débil _____ regular _____
Irregular _____

2.- NECESIDADES DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

PESO _____ Talla _____

Ingesta habitual: desayuno _____

Comida _____

Merienda _____

Cena _____

Dieta especial: si _____ no _____ Tipo de dieta _____

Ingesta de líquidos: < de 1 litro / día _____ 1-2 litros / día _____ > de 2 litros / día _____

Intolerancia a alimentos: si _____ no _____ ¿cuáles? _____

Apetito: normal _____ disminuido _____ aumento _____ náuseas _____ vómito _____

Fluctuación de peso (últimos 6 meses): si _____ no _____ Kg. Ganados / perdidos _____

Problemas de:

Masticación: si _____ no _____ Usa prótesis dental _____

Deglución: si _____ no _____ Sólidos _____ líquidos _____ ambos _____

Digestión: si _____ no _____ Tipo: gases _____ ardor _____ pesadez _____ dolores _____ otros _____

Prótesis dental: si _____ no _____ superior _____ inferior _____

¿La piel esta hidratada? (¿cuándo se pellizca?, ¿la marca dura un rato?) si _____ no _____

¿Come entre comidas?: rara vez _____ con frecuencia _____ con mucha frecuencia _____

¿Necesita ayuda?: preparar la comida _____ comer _____ trocear los alimentos _____

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Intestinal:

Frecuencia _____

Estreñimiento _____ diarrea _____ incontinencia _____

Ostomía: si _____ no _____ tipo _____ autocuidado: si _____ no _____

Problemas de: hemorroides _____ sangrado _____ heces negras _____ otros _____

Uso de laxantes o rutinas: si _____ no _____ ayudas empleadas _____

Urinaria:

Frecuencia _____

Disuria _____ nicturia _____ retención _____ incontinencia _____ pañal _____

Color: amarillo claro _____ amarillo oscuro _____ naranja _____ rojo _____

¿Ha sufrido alguna enfermedad urinaria? Si _____ no _____ ¿Cuál? _____

Sonda vesical _____ fecha del último sondaje _____

Cutánea:

Sudoración cutánea: si _____ no _____ sudoración profusa: si _____ no _____

Menstruación: regular _____ irregular _____ abundante _____ dolorosa _____

Secreciones vaginales: aspecto _____ ¿son abundantes? Si _____ no _____

PATRICIA BOLAÑOS ESTEFES

UMSNH

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

¿Tiene molestias (fuera de la menstruación)? Si _____ no _____

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Expresión facial: adecuado ____ alerta ____ inexpresivo ____ hostil ____ inadecuado ____

Comportamiento motor inhibido: inhibición _____ agitación _____ temblores _____

Rigidez _____ Incoordinación _____ inquietud _____ tics _____

Postura: Erecto _____ Decaído _____

Modo de andar: Normal _____ Acelerado _____ tambaleante _____ lento _____

Limitaciones físicas: temporales _____ permanentes _____ ¿Cuáles? _____

Aparatos de ayuda: ninguno _____ bastón _____ muletas _____ andador _____ otros _____

Vértigo: si _____ no _____ ¿siente rigidez articular? Si _____ no _____

¿Hace ejercicio? Si _____ no _____ tipo _____

¿Cuánto tiempo? _____ ¿practica algún deporte? Si _____ no _____

¿Cuál? _____

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Horas de sueño nocturno _____ otros descansos _____

Problemas de sueño:

Al inicio _____ interrumpido _____ (no de veces _____) despertar temprano _____

Sueño excesivo _____ pesadillas _____ (tipo _____)

Sensación después de dormir: descansado ____ cansado ____ confuso ____ otros _____

Factores que afectan el sueño _____

Ayudas para favorecer el sueño: lectura _____ baño _____ fármacos _____ otros _____

6.- NECESIDADES DE VESTIRSE ADECUADAMENTE

Actualmente ¿es capaz de vestirse por si misma? Si _____ no _____ con limitaciones _____

PATRICIA BOLAÑOS ESTEFES

UMSNH

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

Alergias a determinados tejidos: si _____ no _____ ¿Cuáles? _____

¿Qué importancia da su aspecto? Poca _____ bastante _____ mucha _____

¿Su forma de vestirse es adecuada al lugar, estación y circunstancia? Si _____ no _____

Otros datos de interés _____

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Temperatura corporal: normal _____ hipotermia _____ hipertermia _____ Ta _____

Sudoración cutánea: si _____ no _____ ¿están fríos sus pies y/o manos? Si _____ no _____

¿Si fuese necesario sería usted capaz de mirarse usted mismo la Ta? Si _____ no _____

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Hábitos de higiene corporal: baño _____ ducha _____ frecuencia _____

Cepillado de dientes: si _____ no _____ frecuencia _____

Autónomo: si _____ no _____ Necesidad de ayuda. Si _____ no _____ especificar _____

Descuidado en: cabello _____ dientes _____ uñas _____ Su piel es: seca _____ gruesa _____

¿Ha notado alguna lesión? (ulcera, eccema) Descríbalo _____

Sus cabellos son: secos _____ grasos _____ se rompe con facilidad _____

¿Tiene última tendencia a perder el pelo? Si _____ no _____

9.- NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Necesidades de conciencia y actitud frente al entorno:

Somnoliento ____ Confuso ____ Apático ____ Hipervigilante ____ Distráido ____ fluctuante _____

No responde a estímulos _____ Solo sigue instrucciones _____

Orientación Espacio – Tiempo- Persona

Tiempo: (estación, día, mes, año) Especificar _____

Espacio: (país, provincia, ciudad, recinto, sala) Especificar _____

PATRICIA BOLAÑOS ESTEFES

UMSNH

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

Persona: (reconoce personas significativas) Especificar _____

Alteraciones perceptivas: Auditivas _____ tipo _____

_____ Visuales _____ tipo _____

_____ Táctiles _____ tipo _____

_____ Olfativas _____ tipo _____

Localización de la percepción: interna _____ externa _____

Auto descripción de si mismo:

Alegre _____ Triste _____ Confiado _____ Desconfiado _____ Tímida _____ Inquieta _____

Sobre valoración y logros _____ Exageración de errores _____ Infravaloración _____

Auto evaluación general y competencia personal: positiva _____ negativa _____

Sentimientos de respecto a ello: Inferioridad _____ Superioridad _____ Tristeza _____

Culpabilidad _____ Inutilidad _____ Impotencia _____ Ansiedad _____ Miedo _____ Rabia _____

Depresión _____ Otros _____

Alergias a alguna sustancia o medicamento: si _____ no _____ cuales _____

El estado de la persona puede constituir un peligro para ella _____ o para

Otros _____ especificar _____

Precauciones: más vigilancia _____ poner barandillas _____ contención mecánica _____

10.- NECESIDADES DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD

Organización del pensamiento- lenguaje:

Contenido: coherente y organizado _____ distorsionado _____

Descripción de la alteración _____

Curso del pensamiento.

Inhibido _____ acelerado _____ perseverancia _____ incoherente _____ desorganizado _____

Formas de expresión:

Claro _____ organizado _____ coherente _____ confuso _____ desorganizado _____

incoherente _____ tartamudeos _____ autista _____

Humor: Deprimido ___ eufórico ___ ansioso ___ triste ___ fluctuante ___ apático ___ otros _____

Lenguaje:

Velocidad: rápido _____ lento _____ paroxístico _____

Cantidad: abundante _____ escaso _____ lacónico _____ verborreico _____

Tono y modulación: alterado _____ tranquilo _____ hostil _____

Vive. Solo _____ acompañado _____ lugar que ocupa en la familia. Rol _____

Personas más significativas _____

Principal confidente _____

Personas con las que se relaciona a diario _____

Su relación es: satisfactoria _____ insatisfactoria _____ indiferente _____

Tiempo que pasa solo y porque _____

Tiempo que pasa con amigos y compañeros _____

Sexualidad: última regla _____ Anticoncepción: si _____ no _____ método _____

Cambios percibidos en las relaciones sexuales: si _____ no _____ motivos _____

Nº de embarazos _____ Realiza auto examen: si _____ no _____

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

¿Qué es lo más importante para usted en la vida? _____

Religión: católica romana _____ protestante _____ judía _____ otra _____

Desea realizar prácticas religiosas: si _____ no _____ ¿visita del capellán?: si _____ no _____

PATRICIA BOLAÑOS ESTEFES

UMSNH

“VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, APLICADAS A UNA USUARIA CON CISTITIS”

En caso de no poder tomar decisiones, ¿Qué persona le gustaría que lo hiciera por usted?

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Su estado de salud le impide hacer lo que le gustaría: si _____ no _____

Si la respuesta es si, explíquese _____

Problemas laborales: si _____ no _____ cuales _____

Tiempo dedicado al trabajo _____ b tiempo dedicado al ocio _____

Capacidad de decisión: si _____ no _____ Resolución de problemas: si _____ no _____
Grado de incapacidad personal atribuida _____

13.- NECESIDAD DE JUGAR / PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿Reserva algún tiempo para divertirse? Poco _____ mucho _____ suficiente _____

¿Cuál es su diversión preferida? _____

Perdida de interés por las actividades recreativas: si _____ no _____

Cambios en las habilidades o funciones físicas corporales _____

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Alteración de la memoria: reciente _____ remota _____

Inteligencia general: adaptado al momento _____ retraso en el desarrollo _____

Comportamientos indicativos de interés en el aprendizaje:

Pregunta _____ escucha _____ interés _____ desinterés _____ propone alternativas _____

¿Conoce usted el motivo de su hospitalización? Si _____ no _____ cual es _____

¿Hay algo que usted desearía saber sobre el medio hospitalario en que se encuentra?

ANEXO II

MENU DE ALIMENTACIÓN (DE 1800 Kcal.) PARA PACIENTE CON CISTITIS

DESAYUNO:

1 Tazón de leche con 50g de cereal (cereal de trigo, arroz y avena).
2 huevo con 200g. de papas, con ensalada de (jitomate y cebolla)
2 rebanadas de pan integral doble fibra.
250ml Yogurt o de leche.
500 mililitros de agua.
1 Plátano.

MADIA MAÑANA.

1 manzana.
500 mil de agua.

COMIDA:

100g de betabel / champiñones / pepinos crudos.
40g de sopa de pasta guisada con mantequilla y jamón de pavo.
35g de galletas saladas.
150g. de pechuga de pollo rellena con verdura.
250g de tortillas o pan.
500 mililitros de agua natural o de sabor al gusto (guayaba, jamaica, mango, naranja, etc.).

MEDIA TARDE:

1 naranja.
500 mililitros de agua.

CENA:

1 Plato de sopa de verduras.
1 Rebanada de pan integral
250g Yogurt de frutas.
1 Vaso de leche entera.