



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE
SAN NICOLÁS DE HIDALGO**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**“PROCESO DE ENFERMERÍA APLICADO A
UN CASO CLÍNICO DE HISTERECTOMÍA
CON BASE AL MODELO
DE VIRGINIA HENDERSON”**

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

**PRESENTA:
P.L.E. VERÓNICA GUTIÉRREZ LUNA**

**ASESORA:
L.E.Q. BRENDA MARTÍNEZ ÁVILA**

MORELIA MICHOACÁN, AGOSTO DEL 2007



DIRECTIVOS

M.E.M. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA

DIRECTORA

L.E.D. MARÍA DE JESÚS RUIZ RECENDIZ

SECRETARIA ACADÉMICA

L.E.D. ANA CELIA ANGUIANO MORÁN

SECRETARIA ADMINISTRATIVA

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por haberme dado la oportunidad de tener padres y familia como ustedes los quiero mucho.

Por darme vida y salud.

Por la capacidad y el valor de seguir adelante y lograr algo tan grande en mi vida.

Por haberme permitido llegar a mi más anhelado sueño de concluir esta nueva meta para obtener el título como licenciada en enfermería.

A MIS PADRES:

Por la herencia que me han dado en la vida.

Por confiar en mí y brindarme la oportunidad de seguir superándome como persona.

Por el apoyo y tiempo que les robe de estar pensando en mí, sin pedirme nada a cambio, solamente verme triunfar en la vida.

A MIS HERMANOS:

Por haberme brindado su apoyo en los momentos que más lo necesite.

Por confiar en mí y por haberme motivado de alguna manera a seguir adelante.

ASESORA: BRENDA MARTÍNEZ ÁVILA.

GRACIAS: Por toda la dedicación y tiempo que tuvo para que este trabajo fuera posible.

Ya que como asesora me marco los pasos a seguir en el presente trabajo y hasta llegar en la etapa final.

Por brindarme sus conocimientos y sobre todo paciencia.

CASA DEL ESTUDIANTE RESIDENTE UNIVERSITARIO:

Por el gran apoyo que me brindo durante los cinco años de la carrera.

A MIS AMIGAS:

Por haberme brindado su apoyo en los momentos que más lo necesite.

Que dios los bendiga hoy y siempre, les prometo ejercer mi profesión con orgullo y dignidad.

Sinceramente:

VERONICA GUTIERREZ LUNA.

INDICE

	PAGINA
INTRODUCCIÓN	1
I.-JUSTIFICACIÓN	3
II.-OBJETIVO GENERAL	5
2.1.-OBJETIVO ESPECIFICO	5
III.-METODOLOGÍA	6
IV.-PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	7
V.-MARCO TEÓRICO	9
5.1.-PROCESO DE ENFERMERÍA	9
5.1.1.-ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO	13
5.1.1.1.-ETAPA DE VALORACIÓN	13
5.1.1.2.-ETAPA DE DIAGNOSTICO	24
5.1.1.3.-ETAPA DE PLANIFICACIÓN	32
5.1.1.4.-ETAPA DE EJECUCIÓN	44
5.1.1.5.-ETAPA DE EVALUACIÓN	53
5.2.-MODELO DE VIRGINIA HENDERSON	58
5.2.1.-BIOGRAFÍA	58
5.3.-ANATOMÍA DEL ÚTERO	63
5.4.-MIOMAS UTERINOS	66
5.4.1.-CONCEPTO	66
5.4.2.-EPIDEMIOLOGÍA	67
5.4.3.-PATOLOGÍA	67
5.4.4.-SÍNTOMAS	68
5.4.5.-DIAGNOSTICO	68
5.4.6.- TRATAMIENTO	69
5.5.-HISTERECTOMÍA	70

5.5.1.-DEFINICIÓN DE HISTERECTOMÍA	70
5.5.2.-TIPOS DE HISTERECTOMÍA	70
VI.- APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.	72
VII.- DIAGNÓSTICOS DE ACUERDO A LAS RESPUESTAS HUMANAS.	76
VII.- CONCLUSIÓN	85
IX.- SUGERENCIAS	86
X.- ANEXO	87
XI.- GLOSARIO DE TÉRMINOS	96

INTRODUCCIÓN

El proceso de enfermería, es un método racional y sistemático de planificar y proporcionar cuidados de enfermería. Su objetivo es identificar el estado de salud del usuario y brindar cuidados de acuerdo a los problemas de salud reales o potenciales que presente la persona.¹

El proceso de enfermería permite organizar y prestar cuidados integrando los elementos del pensamiento crítico para emitir juicios y poner en práctica acciones basadas en la razón. Se emplea para identificar, diagnosticar y tratar las respuestas humanas ante la salud y la enfermedad. Incluye cinco pasos: valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución y evaluación. Se ha caracterizado por ser sistemático, humanista, intencionado, dinámico, flexible, interactivo. Es un proceso dinámico y continuo que se adapta a las necesidades de cambio del cliente.

El proceso de enfermería es simplemente una variación del razonamiento científico que permite a las enfermeras organizar, sistematizar y conceptualizar la práctica enfermera, diferenciando su práctica de la de los médicos y la de otros profesionales sanitarios. Cuando las enfermeras piensan críticamente, el cliente pasa a ser un participante activo y el resultado último es un enfoque completo e individualizado del cuidado.²

El presente trabajo consiste en la aplicación del proceso de enfermería a una mujer post operada de histerectomía por miomas uterinos, en el cual se tomó como base el modelo de Virginia Henderson de las 14 necesidades básicas del ser humano.

¹ kozier Bárbara y sus colaboradores. (2004). Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y practica. 7 edición. Volumen 1. editorial Mc. GRAW. HILL. Interamericana. Págs. 285.

² Potter/perry. (2002). Fundamentos de enfermería. Volumen 1. editorial Harcourt/océano. Págs. 301.

Los miomas uterinos son los tumores ginecológicos pélvicos más frecuentes, formados por fibras musculares lisas muy similares a las del miometrio normal, con una cantidad variable de elementos de tejido conjuntivo fibroso. Afectan el 40% de las mujeres mayores de 35 años y representan la razón más común para practicar histerectomía. Los miomas son más comunes en mujeres de raza negra, obesidad, mujeres no fumadoras, perimenopausia, concentración de altos de estrógenos y progesterona.³

Para concluir esta pequeña introducción se realizó una justificación se hizo mención de lo que es el proceso de enfermería, incluyendo las cinco etapas, la teoría de virginia henderson y obviamente se hace mención de la patología.

La entrevista se realizó en Sanatorio Lomas del Valle y posteriormente se llevaron a cabo diez visitas domiciliarias.

³ Kewbury Keith y sus colaboradores. (2002). Tratado de ecografía clínica. 2 edición. Volumen 3 Págs. 34.

I. JUSTIFICACIÓN

El proceso de enfermería favorece el cuidado de enfermería individualizado, y ayuda a la enfermera a responder a las necesidades del cliente de manera rápida y razonable para mejorar o mantener su salud.

La histerectomía es la intervención quirúrgica mayor más frecuente en la mujer y la mayoría de los casos se hace para curar una enfermedad no maligna premenopáusica.⁴

Tumor benigno. Tumor localizado, de forma característica, que tiene cápsula fibrosa, potencial limitado de crecimiento, forma regular y células bien diferenciadas. Un tumor benigno no invade los tejidos circundantes ni da metástasis a distancia. Los tumores benignos generalmente crecen en forma lenta.⁵

La magnitud del problema se refleja en la siguiente estadística: A nivel mundial en el año 2000 la secretaria de salud representa la siguiente morbilidad hospitalaria por diagnóstico el total fueron 11,525 (todas son mujeres). En el instituto mexicano del seguro social el total de casos fueron 27,683 (todas son mujeres). En el instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado el total de casos fueron 7,232 (todas son mujeres).⁶

En 1995, el año más reciente con un análisis estadístico completo del NCHS, se realizaron 544.000 histerectomías; 190.000 fueron operaciones vaginales y 354.000 fueron operaciones abdominales (Graves, 1995).

⁴ Danforth. (2002). Tratado de obstetricia y ginecología. 8 edición. Editorial Mc GRAW HILL. Págs. 903.

⁵ Diccionario de medicina océano mosby. Edición en español. Págs.1311.

⁶ INEGI. (2002) Estadísticas vitales cuaderno numero 2. Michoacán. INEGI. (2002). Estadísticas del sector salud y seguridad social cuaderno Num.19. Michoacán.

En 1996 se realizaron aproximadamente 556.000 histerectomías en mujeres de este país, las mujeres Estado Unidense tienen más probabilidades de someterse a una histerectomía si viven en el sur o en la región del oeste medio, casi las tres cuartas partes de las histerectomías se realizan cuando las mujeres tienen entre 30 y 54 años de edad. Estudios recientes indican que aproximadamente el 15% de las histerectomías no son necesarias. Las tasas de histerectomías son mucho más elevadas en los Estados Unidos que en Noruega, Suecia o Inglaterra. A los 65 años de edad, más del 37% de las mujeres en los Estados Unidos habrá tenido una histerectomía.

La histerectomía es la segunda operación mayor más común realizada en mujeres. La cesárea se ubica en primer lugar, con 966.000 procedimientos realizados.⁷

El número de histerectomías realizadas en el periodo comprendido de Enero 2005 a Noviembre del 2006 en Morelia Mich. fueron, en el hospital General Vasco Quiroga ISSSTE, 138. En el Hospital General Dr. Miguel Silva de en el periodo comprendido de enero 2005 a diciembre 2006, se realizaron 18 histerectomías vaginales.

En el IMSS las tasas anuales de histerectomías abdominales fueron:

Años -----	Histerectomías realizadas
2000-----	364
2001-----	360
2002-----	320
2003-----	318
2004-----	387
2005-----	320
2006-----	353 ⁸

⁷ [http // www.google.com.mx/](http://www.google.com.mx/)

La importancia del proceso de enfermería nos permite identificar las necesidades básicas del paciente y así plantear las intervenciones de enfermería, brindándole una mejor atención. Ya que para mí el proceso de enfermería es una herramienta útil para realizar el trabajo de enfermería, y también nos ayuda a lograr la auto independencia de la usuaria.

Por tal motivo, el personal de enfermería debe contar con los conocimientos necesarios sobre el proceso de enfermería, al igual que la patología e histerectomía para poder comprender la magnitud del problema y poder informar a la población.

II. OBJETIVO GENERAL

Aplicar el proceso de enfermería con base al modelo de Virginia Henderson, a fin de diagnosticar y elaborar un plan de intervención de acuerdo a las necesidades alteradas.

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ◆ Valorar las condiciones de salud en las que se encuentra la usuaria.
- ◆ Identificar las necesidades alteradas y realizar los diagnósticos de enfermería correspondientes.
- ◆ Planear, de acuerdo a las prioridades, las intervenciones de enfermería de acuerdo a las necesidades alteradas en la usuaria.
- ◆ Llevar cabo las acciones planeadas.
- ◆ Evaluar el logro de los objetivos de acuerdo a las intervenciones de enfermería llevadas acabo.

⁸ ISSTE. Hospital General Dr. Miguel Silva. IMSS. Morelia-Mich.

III. METODOLOGÍA

Para la estructura del marco teórico se realizó una investigación bibliográfica en libros, manuales e Internet del proceso de enfermería, el modelo de Virginia Henderson, anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino, miomas uterinos e histerectomía.

Se llevó a cabo una entrevista a la señora Mercedes mediante una guía previamente elaborada, a fin de obtener los datos y realizar la valoración por necesidades, así mismo, se le realizó un exámen físico

Con base a la valoración, se elaboraron los diagnósticos de enfermería, tomando como referencia la taxonomía de la NANDA.

La entrevista se llevó a cabo en el Sanatorio Lomas del Valle, donde posteriormente se brindaron los primeros cuidados postoperatorios durante cuatro días. Al ser dada de alta la paciente, se realizaron alrededor de diez visitas domiciliarias para dar continuidad al plan de intervención y evaluación de los cuidados.

IV. PRESENTACION DEL CASO CLINICO

La señora Mercedes es una mujer de 38 años de edad, originaria de Morelia Michoacán residente de Estados Unidos desde hace 5 años; casada, de religión cristiana; se dedica al hogar desde hace 26 años. Es la segunda hija de los cuatro hermanos.

La paciente refiere que sus abuelos paternos fallecieron de diabetes mellitus, su abuela materna padeció de la misma enfermedad, su mamá padeció preeclampsia; tiene una hermana que padece cáncer de riñón, un hermano que fue operado de un tumor desconocido y refiere que la cuarta hermana fue operada de un quiste en el útero.

Habita en casa tipo urbano, la cual cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, su nivel socioeconómico es medio. Niega toxicomanías.

Actualmente vive con sus hermanas, su esposo y sus dos hijos de 8 y 10 años viven en Estados Unidos. Su dieta es baja en fibra, consume carne tres veces por semana; en cuanto a frutas y verduras una ración todos los días, lácteos 2 raciones diarias y cereales dos veces al día y todos los días de la semana. Menciona ser alérgica al huevo, y tener dificultad para evacuar, en ocasiones evacúa cada tercer día o una vez al día, heces duras de eliminación difícil.

Baño diario, cambio de ropa diaria. Menarca a los trece años, tuvo dos embarazos, dos partos eutócicos.

Menciona haber sido operada de apendicectomía hace nueve años en el IMSS. Desde hace 6 meses menciona padecer dolor abdominal leve y sangrado transvaginal, acudió al médico, quien indicó estudios de ultrasonido en Estados Unidos, refiriendo resultado negativo a miomas.

La paciente manifiesta que continuaba presentando los síntomas mencionados, por lo que, tomó la decisión de regresar a México para tratarse; acudió a un sanatorio particular, donde fue programada para histerectomía por miomas uterinos, la cual se le practicó el día diez de octubre del 2006, posterior a la intervención quirúrgica, la paciente se encuentra preocupada por su familia y sus obligaciones.

El tratamiento postoperatorio indicado fue:

- 1.- Ayuno, dieta líquida por la noche.
- 2.- Toma de signos vitales.
- 3.- Vigilar sangrado transvaginal.
- 4.- Líquidos parenterales: Solución mixta de 1000 ml p/ 8 horas
- 5.- Sonda foley a derivación, valorar características de orina.
- 6.- Cefotaxima 1 Gr. I.V. C/8 horas
Supradol 60 mg I.V. C/12 horas después 30 mg I.V. C/8 horas.
Dinastat una amp. I.V. C/12 horas
Metoclopramida una amp. I.V. C/8 horas.

Menciona que sale a correr 2 horas diarias, su pasatiempo favorito es ir a la iglesia porque para ella lo más importante en su vida es su religión.

Durante el examen físico se observan extremidades superiores e inferiores en condición estable.

Se observa durante el postoperatorio inmediato muy inquieta por presentar dolor intenso el área quirúrgica, preocupada, con náuseas, vómito, mareos e intolerancia a la vía oral,

Menciona no descansar bien por las noches.

Presión arterial: 110/70 mm/Hg.

Pulso: 60 x minuto

Respiración: 22 x minuto

Diagnóstico médico: Histerectomía.

V. MARCO TEORICO

5.1. PROCESO DE ENFERMERÍA

ANTECEDENTES HISTORICOS

El proceso de enfermería es un proceso sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones reales o potenciales.

El Proceso de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall en 1955, Jhonson, Orlando y Wiedenbach en 1963, consideraron un proceso de tres etapas, valoración, planeación y ejecución; Yura y Walsh en 1967, establecieron cuatro etapas valoración, planificación, ejecución y evaluación; Bloch, Roy, Aspinall y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.⁹

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.
- Humanista: Considera a la persona como ser holístico.¹⁰

⁹ P.w. Iyer, B.J. Taptich, y sus colaboradores. (2002). Proceso y diagnostico de enfermería, 3 edición, editorial McGRAW- HILL, Págs. 9.

¹⁰ Rosales Herrera Susana, (2004), fundamentos de enfermería, 3 edición, editorial manual moderno, pags.34.

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. Otros objetivos son:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios. Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

VENTAJAS DEL PROCESO:

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; así mismo, el cliente es beneficiado, debido a que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional de enfermería se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.¹¹

¹¹ Dr. Torres Orozco José (2002), manual del hospital psiquiátrico. Morelia-Mich.

FUNCIONES DEL PROCESO ENFERMERO PARA LAS INSTITUCIONES:

- Simbólica: desempeña esa función de símbolo en torno a la cual se dan respuestas a los problemas detectados; por tanto, su existencia es garantía de que se poseen los instrumentos pertinentes para solucionar dificultades.
- Propagandista: debe servir como señal de identidad de la propia profesión con la que trata de acreditar su servicio y obtener su reconocimiento. 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 crea un marco organizativo para la toma de decisiones sobre cuestiones que afectan a muchos ciudadanos.

FUNCIONES DEL PROCESO ENFERMERO PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA

- 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 y acciones a realizar.
- Ayudar a la formación continuada del profesional, dada la necesidad de reordenar y aprender nuevos conocimientos que pueden ser requeridos ante nuevos casos.
- Ordenar los medios y recursos, tanto cognoscitivos como materiales, de los que se dispone para la actuación enfermera.

- Organizar el tiempo que se dispone para conseguir los fines propuestos.
- Preparar las actividades que se pondrán en marcha.
- Facilitar el recuerdo de los objetivos y actividades propuestos para el desarrollo de la intervención enfermera.
- Organizar la relación y preparación del paciente para la intervención de enfermera.
- Modificar el plan de actuación de acuerdo a las circunstancias que encontramos en cada situación de cuidados.
- Facilitar la tarea del equipo de enfermería, como en el caso de los turnos de 24 horas, así como la continuidad de la intervención iniciada por un profesional de enfermería, por traslado del paciente a otra unidad o centro, siendo un medio de comunicación entre los profesionales de enfermería, lo permite mejorar las actuaciones de distintos profesionales sobre los mismos pacientes.

FINALIDAD DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Mantener el nivel óptimo de bienestar del paciente, o en su defecto, proporcionarle la cantidad y calidad de cuidados necesarios para restituirlo, y en el caso de que no pudiera 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.

5.1.1. ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO

5.1.1.1. ETAPA DE VALORACIÓN

Es la primera fase del proceso de enfermería, se define como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes, éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente.¹² Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

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

- Las convicciones del profesional: Conforman actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- Los conocimientos profesionales: Deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- Habilidades: En la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.

¹² Conesa Hernandez J. Albert m. Esteban. (2000), editorial: McGRAW-HILL - INTERAMERICANA DE ESPAÑA, pág. 130, 131, 132.

- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.
- Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:
 - Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": Sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
 - Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": Se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
 - Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": La recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recogida de datos necesitamos:

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

Tipos de datos a recoger:

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

Los tipos de datos son:

- Datos subjetivos: No se puede medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).
- Datos objetivos: Se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).

- Datos históricos antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).

- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

A) Entrevista Clínica:

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal.

Entrevista formal, consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

Entrevista informal, es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

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

- 1.-Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.

- 2.-Facilitar la relación enfermera/paciente.

- 3.-Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos y también.

- 4.-Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

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

1.-Iniciación: Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.

2.-Cuerpo: La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.

3.-Cierre: Es la fase final de la entrevista. No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

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

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

- Interferencia cognitiva: Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.

- Interferencia emocional: Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes e incluso desresponsabilización de las obligaciones, Borrell (1986),
- Interferencia social: En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

Las técnicas verbales son:

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

Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.

Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:

Expresiones faciales, incluyen la forma de estar y la posición corporal y los gestos, el contacto físico y la forma de hablar.

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

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

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

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

B) La observación:

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina.

C) La exploración física:

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

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

Inspección: Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.

Percusión: Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos

diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: Aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

Auscultación: Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

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

1.-Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.

2.-Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.

3.-Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

VALIDACIÓN DE DATOS:

Significa que la información que se ha reunido es verdadera, basada en hechos. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones.

Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc.

Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS:

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas, o por patrones funcionales, etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información.

Los componentes de la valoración del paciente son:

- 1.-Datos de identificación.
- 2.-Datos culturales y socioeconómicos.
- 3.-Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnosticas y los tratamiento prescritos.
- 4.-Valoración física.
- 5.-Patrones funcionales de salud.

DOCUMENTACION Y REGISTRO DE LA VALORACIÓN:

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

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad. Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.

- Prueba de carácter legal.
- Permite la investigación en enfermería.
- Permite la formación pregrado y postgrado.

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

- Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- Las descripciones e interpretaciones de los objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, “normal,” “regular”, etc.
- Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma tamaño, etc.
- La anotación debe ser clara y concisa.
- Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
- Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común.¹³

¹³ Ledesma Delgado Maria Elena (2000). Metodología para la práctica profesional, editorial: SEP Apoyos FOMES 97. Págs. 19, 21, 22, 24, 32, 39, 40, 41.

5.1.1.2. ETAPA DE DIAGNÓSTICO

Es la segunda etapa del proceso. En esta fase, los profesionales de enfermería utilizan las habilidades del pensamiento crítico para interpretar los datos obtenidos durante la valoración, e identificar los aspectos positivos y los problemas del paciente. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de un médico.

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

- La dimensión dependiente de la práctica de enfermera incluye, aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.

- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería.

Los pasos de esta fase son:

1. Identificación de problemas:
2. Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis.
3. Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.
4. Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

Componentes de las Categorías Diagnósticos aceptadas por la NANDA:

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

Investigación: Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros. Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. En este momento los diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:

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

Docencia: La inclusión de los diagnósticos de enfermería en el currículo básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el currículo. Permite:

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

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

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

Gestión: Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los diagnósticos de enfermería en este ámbito son:

- Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.

- Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
- Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los diagnósticos de enfermería que se dan con mayor frecuencia.
- Posibilitar la determinación de los costos reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costos reales de los cuidados brindados al usuario.
- Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.
- Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

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

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

2.- Definición: Expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.

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

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

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

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

Tipos de diagnósticos:

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

Real: Es un problema del paciente que esta presente en el momento de la valoración de la enfermería. Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del diagnóstico y las características que lo definen. El término "real" no forma parte del

enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

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

Posible: Es un diagnóstico en el cual las pruebas de que existe un problema de salud no están claras o son insuficientes. Un diagnóstico de enfermería posible requiere más datos para refutar o apoyar el diagnóstico. Son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

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

De síndrome: Es un diagnóstico que se asocia a un grupo de otros diagnósticos. Comprenden un grupo de diagnósticos de enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los diagnósticos de enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica. ¹⁴

A la hora de escribir un Diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

1.-Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.

2.-La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.

3.-Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.

4.-Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.

5.-Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.

6.-No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.

7.-No indicar el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.

¹⁴ Carpenito Juanll Linda (2003). Diagnósticos de enfermería aplicaciones a la práctica clínica. 9. Edición. Editorial: McGRAW-HILL. Págs.7, 8, 9, 10,12.

- 8.-No escribir un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- 9.-No rebautizar un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.
- 10.-No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

5.1.1.3. ETAPA DE PLANIFICACION

Es 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.

Etapas en el Plan de Cuidados

Establecer prioridades en los cuidados. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta.

Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

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

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

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

- Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.
- Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

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

Documentación y registro

DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES:

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

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

Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensuadamente con la enfermera/o. En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar,

reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, Maslow, favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.

PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS:

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

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

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

Existen dos tipos de objetivos:

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

Normas generales para la descripción de objetivos

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

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA:

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

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

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

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

1.- Objetivos a corto plazo: Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.

2.-Medio plazo: para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.

3.-Objetivos a largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos:

- Uno, abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.
- Otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo.

OBJETIVOS DEL CLIENTE/PACIENTE:

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

Las principales características de los objetivos del cliente son tres:

-Deben ser alcanzables, esto es, asequibles para conseguirlos.

-Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.

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

Los contenidos se describen como verbos y como ya hemos dicho que sean mensurables. En cuanto a los objetivos cuyo contenido es el área de aprendizaje

quisiéramos aportar los ámbitos que B. Bloom hace del aprendizaje, referidos como objetivos de la educación.

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

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

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA:

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

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los

objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares. Del modelo bifocal de los diagnósticos de enfermería, podríamos decir que se desprende la responsabilidad del tratamiento tanto, de los diagnósticos enfermeros como de las complicaciones fisiológicas, para ello, el modelo establece dos tipos de prescripciones: enfermera y médica.

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

Tipo de actividades de enfermería, Iyer (1989):

- Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica.
- Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.
- Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a

atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Las características de las actuaciones de enfermería son:

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

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

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

A este tipo de actividades hay que añadir las actividades de estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad delegadas por la medicina, por ejemplo realización de pruebas diagnósticas, aplicación de fármacos, etc.

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

El diagnóstico enfermero real:

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

Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:

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

Para el diagnóstico enfermero posible:

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

Para el diagnóstico enfermero de bienestar:

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

Para problemas interdependientes:

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

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

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

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

Las acciones de enfermería que encontramos en un plan de cuidados:

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problema/diagnósticos de enfermería.
- Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.
- Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.
- Consulta y remisión a otros profesionales.
- Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería
- Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por si mismos.

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

- Realizar valoraciones frecuentes para controlar al paciente y detectar complicaciones.
- Remitir la situación al profesional adecuado cuando existan signos y síntomas de complicaciones potenciales.

- Ejecutar las actividades interdependiente de enfermería prescritas por el médico (por ejemplo: lavado de sonda nasogástrico cada 2 horas con suero fisiológico).

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

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

DOCUMENTACIÓN EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

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

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

PARTES QUE COMPONEN LOS PLANES DE CUIDADOS:

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado).

- Ordenes de enfermería (actividades).
- Evaluación (informe de evolución).

TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS:

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

- Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.
- Estandarizado: Según Mayers (1983), «un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad».
- Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.¹⁵

5.1.1.4. ETAPA DE EJECUCION

Significa actuar, poner en práctica las estrategias de enfermería diseñadas en la etapa anterior, para alcanzar los resultados esperados de los cuidados de

¹⁵ S. Rodríguez Berta A. (2006). Proceso Enfermero Aplicación Actual. 2 edición. Editorial: Cuellar. Págs.73, 75, 82,85, 86.

enfermería. Considerando que estas acciones han de ser éticas y seguras, se requiere que sean realizadas por personal de enfermería calificado y en un ambiente terapéutico.

La ejecución consiste en la realización, la ayuda o la dirección de la realización de actividades de la vida diaria, el asesoramiento y la información al cliente o a la familia, la prestación de cuidados directos, la supervisión y evaluación del trabajo del equipo de enfermería y el registro de intercambio de información relacionada con la asistencia sanitaria continuada al cliente. La ejecución es un proceso continuo que interacciona con el resto de las etapas y para llevarla a cabo es necesario conocer los tipos de actuaciones, el proceso de ejecución y los métodos de ejecución.¹⁶

1.- TIPOS DE ACTUACIONES DE ENFERMERIA

Las actuaciones de enfermería se clasifican en independencia e interdependientes y pueden basarse en protocolos u órdenes permanentes.

Las actuaciones independientes son aquellas que están dentro del ámbito del diagnóstico y tratamiento del personal de enfermería y que no requieren de una orden médica para llevarse a cabo.

Las actuaciones interdependientes son las que se realizan en colaboración y coordinación con otros miembros del equipo de salud.

El protocolo es un plan escrito que especifica los procedimientos a seguir durante una valoración o tratamiento de un trastorno o problema que el personal de enfermería está autorizado a tratar. Una orden permanente señala una situación clínica y prescribe una actuación estandarizada; éstas son aprobadas y firmadas

¹⁶ Domingo Diez Maria Isabel y sus colaboradores. (2003). Manual de Enfermería. Editorial: LIMUSA. Pags. 18.

por el médico encargado de la asistencia antes de su ejecución, se encuentran generalmente en ámbito de asistencia crítica, en los cuales las necesidades del cliente cambian rápidamente y exigen atención inmediata. Tanto las órdenes permanentes como los protocolos de atención ofrecen al personal de enfermería protección legal para su situación; antes de ejecutar cualquier acción, esté o no incluida en un protocolo u orden permanente, el personal de enfermería debe tener razones sólidas y científicas para determinar si la actuación es correcta y adecuada. Tiene además la responsabilidad de adquirir conocimientos teóricos correctos y de desarrollar la competencia clínica para realizar sus actuaciones con eficiencia y eficacia.

2.- BASES PARA LA SELECCIÓN DE LAS ACTUACIONES DE ENFERMERIA.

Las actuaciones de enfermería se seleccionan durante la fase de planificación. El personal de enfermería debe seleccionar cuidadosamente las actuaciones diseñadas para conseguir los objetivos, y conocer cuáles son las diferencias entre actuaciones independientes e interdependientes. En esta fase nuevamente el equipo de enfermería debe considerar los siguientes aspectos en la toma de decisiones, cuando determine las actuaciones de enfermería.

- Cuál es la acción que ofrece mayor posibilidad de éxito.
- La que tiene el menor riesgo posible.
- La que provoca el menor daño o incomodidad.
- La que implica la menor intervención sobre el cliente.

3.- PROCESO DE EJECUCION

Esta etapa comprende las siguientes fases:

- Preparación.
- Intervención.
- Documentación de los cuidados de enfermería.

PREPARACION

Esta fase incluye una serie de actividades como:

- Nueva valoración del cliente: La valoración es un proceso continuo que tiene lugar cada vez que el profesional de enfermería tiene contacto con el cliente. En este momento se trata de una valoración parcial o focalizada que permite identificar si la actuación de enfermería propuesta, sigue siendo válida para el nivel de salud del cliente.
- Análisis y revisión del plan de cuidados: Los cambios encontrados en el estado del cliente, pueden requerir la modificación de las actuaciones de enfermería planificadas o de los diagnósticos formulados. La modificación del plan implica revisar los datos de valoración e incluir los nuevos, revisar los diagnósticos de enfermería y suprimir aquellos que ya no son importantes o que se han resuelto y se añaden los nuevos. A partir de estos cambios, también habrá que revisar las prioridades, los objetivos y las actuaciones de enfermería.
- Determinación y suministro de recursos necesarios: Por recursos se entiende el conjunto de equipo y personal cualificado necesario para efectuar el plan de cuidados. Es necesario, preparar el equipo y material requerido para la realización de los procedimientos de enfermería, considerando la posibilidad de los mismos en la institución o área.

INTERVENCIÓN.

Se refiere a la iniciación de las actividades de enfermería. El modelo de práctica bifocal implica el comienzo de acciones tanto independientes como interdependientes.

Es necesario recordar que la enfermera requiere seguir recopilando los datos pertinentes y valorando los comportamientos del cliente mientras le brinda los cuidados. Por lo que es muy importante la recolección de datos durante la ejecución de actividades.

El eje principal de la etapa de ejecución es la actuación en beneficio del cliente. En este momento el profesional de enfermería está en condiciones de elegir el método de ejecución adecuado y de actuar tal como se ha planificado. Entre los métodos de ejecución que se encuentran para conseguir los objetivos planteados están:

- Asistencia en las actividades de la vida diaria. Se realizan habitualmente en el transcurso de un día normal, como por ejemplo: comer, vestirse, bañarse, lavarse los dientes, etc. Los trastornos que dan lugar a este tipo de asistencia pueden ser agudos, crónicos, temporales, permanentes o de rehabilitación.
- Asesoramiento. Éste es un método que ayuda al cliente a reconocer y tratar el estrés, y que facilita las relaciones personales entre el cliente, la familia, los seres queridos y los miembros del equipo sanitario. Este tipo de asistencia constituye un apoyo emocional, intelectual, espiritual y psicológico. Los clientes que precisan asesoramiento son personas que deben adaptar su estilo de vida, afrontar una enfermedad crónica o incapacitante o aceptar la posibilidad cercana de la muerte.
- Educación. Ésta es una actividad ligada al asesoramiento y ambas requieren la utilización de una comunicación efectiva para conseguir un cambio en el cliente. A través de este método se enseña al cliente principios, técnicas y procedimientos de asistencia sanitaria y se le informa sobre su estado de salud o se le remite a instituciones sanitarias o sociales de la comunidad. La educación puede ayudar a fomentar, mantener,

modificar o aumentar los comportamientos del cliente relacionados con la salud.

- Prevención de reacciones adversas. En este método el profesional de enfermería utiliza medidas preventivas y de promoción, aplica la técnica más adecuada en cada caso y prepara al cliente para procedimientos especiales. Se deben conocer las posibles reacciones adversas a las actuaciones terapéuticas y se debe saber establecer las acciones preventivas que incluyen la valoración y la promoción del potencial de salud de cliente, la aplicación de medidas prescritas tales como: inmunizaciones, información sanitaria, diagnóstico precoz y tratamiento además del desarrollo del potencial de rehabilitación.
- Actuación ante reacciones adversas. Las reacciones adversas pueden presentarse después de intervenciones de enfermería independiente o interdependiente. Las acciones de enfermería tratan de reducir o contrarrestar estas reacciones.

La aplicación de medidas para salvar la vida es un componente fundamental de la práctica de enfermería. Una medida para salvar la vida es una actuación independiente o interdependiente llevada a cabo cuando el estado fisiológico o psicológico del cliente se encuentra amenazado y su objetivo es restablecer el equilibrio. Entre estas medidas se encuentran la administración de medicación de urgencia, la reanimación cardiopulmonar y el control de la hemorragia de una herida.

APTITUDES PARA LA EJECUCION

La realización de las actividades de enfermería implica una serie de aptitudes, entre las que se incluyen las siguientes:

- Aptitudes cognitivas. Se refiere a los conocimientos de enfermería. El personal asistencial debe saber explicar las intervenciones terapéuticas y conocer las respuestas fisiológicas y psicológicas normales y anormales. El campo de conocimientos de enfermería incluye las ciencias sociales y del comportamiento, las biomédicas, las instrumentales (didáctica, estadística, entre otras) y las del campo de la disciplina.
- Aptitudes interpersonales. Éstas son esenciales para una actuación eficaz de enfermería. El profesional de enfermería ha de comunicarse en forma clara con el cliente, la familia, los seres queridos y el equipo sanitario; se debe estar atento a las respuestas emocionales del cliente y reconocer a cada momento el estado psicológico del cliente estimulando su motivación para alcanzar un estado satisfactorio de salud.
- Aptitudes técnicas. Se refiere a los diversos procedimientos de enfermería que se deben realizar con el cliente; algunos de ellos pueden ser nuevos, por lo que se debe valorar la capacidad del profesional de enfermería y determinar la necesidad de ayuda de nuevos conocimientos.

NIVELES DE ASISTENCIA

El nivel de cuidados que el profesional de enfermería proporciona al cliente puede ser de tres dimensiones:

- Cuidados totales. Las estrategias de enfermería se centra en el mantenimiento de la vida y en la mejora de su calidad, las actuaciones educativas y de asistencia socio psicológica se llevan a cabo con los familiares del cliente. Los cuidados de enfermería son totales en la medida en que atiende todas las necesidades físicas del cliente.

- Cuidados de ayuda. En este nivel, el profesional de enfermería y el cliente trabajan juntos, completando, el primero, la capacidad del segundo cuando es necesario. El objetivo es disminuir o eliminar las respuestas patológicas y favorecer las saludables. La mayoría de los clientes en este nivel son capaces de atender algunas de sus necesidades pero necesitan ayuda en algunos aspectos.

- Cuidados de apoyo. En este nivel, el cliente lleva a cabo todas las medidas de asistencia sanitaria y el profesional de enfermería lo apoya, enseña y orienta. El asesoramiento y la información son los principales métodos de actuación. El cliente que necesita cuidados de apoyo debe ser autosuficiente en poco tiempo.

DOCUMENTACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA

Aunque la documentación se realiza en todas las fases anteriores del proceso, en la ejecución adquiere un valor fundamental, ya que el registro o anotación de los cuidados de enfermería es un requerimiento legal de todos los sistemas del cuidado de la salud. Estas anotaciones deben registrarse en los formatos definidos institucionalmente, porque es preciso disponer de un registro legal de los cuidados administrados a un cliente, estas anotaciones serán la comunicación escrita más actual de lo que le ha sucedido durante el curso del día; las anotaciones de enfermería proporcionan la única prueba de que se han llevado a cabo las intervenciones de enfermería y los tratamientos médicos. La diferencia entre la cantidad y la calidad de información que se registre varía en función de las particularidades de cada servicio y de cada institución, por ello los impresos a utilizar para registrar el proceso de enfermería deberán ser adaptados a las especificidades institucionales.

TIPOLOGÍAS DE REGISTROS

1.- Registros diferenciados por disciplinas. En este tipo de registro se cuenta con documentos diferenciados para cada disciplina que interviene en la atención a la salud. El proceso de enfermería requiere para su aplicación un sistema de registro que incluya: impreso de valoración integral y formato de planificación, el cual debe contener los apartados de: valoración focalizada, diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes, objetivos, actividades de enfermería y evaluación. Además contiene otros formatos de interés disciplinario como: gráfica de constantes vitales, gráfica de balance de líquidos, pruebas diagnósticas y valoración física.

2.- Registros cuyo núcleo son los problemas del cliente. Este tipo de registro es más usual en los centros de salud y las historias clínicas incluyen la siguiente información: historia familiar, historia personal, notas del equipo, registro de problemas. Este tipo de registro evita la fragmentación y al estar centrado en los problemas, se puede informatizar con más facilidad y favorecer los estudios epidemiológicos y de investigación.

3.- Alternativa combinada. Consiste en un registro llamado historia clínica con elementos de los modelos anteriores y un mismo núcleo central (un formato de planeación unificado y conjunto). En este tipo de sistema cada disciplina tendría explícito su campo de competencia y anotaría en la planeación los problemas que detecta y las acciones que se emprenden para solucionarlos.

En ocasiones, las actividades de enfermería se notifican verbalmente además de hacerlo por escrito; esto se realiza generalmente cuando el nivel de salud del cliente cambia rápidamente o también cuando el personal de enfermería realiza el cambio de turno. La importancia de los informes verbales de enfermería, siempre que éstos sean claros y objetivos, refuerza la calidad de los cuidados de enfermería y promueven una mayor continuidad, por ello debe tenerse cuidado de

no emitir informes incorrectos y subjetivos que produzcan errores y confusiones. Se sugiere que cuando haga un informe de cambio de turno inicie dando la información básica sobre los antecedentes del cliente incluyendo nombre, número de habitación, edad, médico tratante, fecha de ingreso, diagnóstico médico, procedimientos quirúrgicos y diagnósticos de enfermería. Enseguida de un informe general sobre cómo ha transcurrido el turno desde el punto de vista del cliente; siempre que sea posible proporcione datos específicos observables y cuando describa un problema use el proceso de enfermería para asegurarse de que su informe sea organizado.¹⁷

5.1.1.5. ETAPA DE EVALUACIÓN.

Es la quinta etapa del proceso enfermero y por tanto la etapa final del mismo. Sin embargo, en esta quinta etapa debe realizar una valoración exhaustiva de todo el plan que le ayude a determinar si realmente ha elaborado el mejor plan de cuidados para el cliente. Mediante la evaluación el personal de enfermería acepta la responsabilidad de sus actos, indica el interés en los resultados y demuestra el deseo de no perpetuar las actividades ineficaces.

Evaluar es comparar una situación con los resultados esperados. Por tanto, es un juicio relativo a la forma en que los problemas se están resolviendo, basado en una situación presente (juzgar o valorar).

CARACTERÍSTICAS DE LA EVALUACION

1.-Constituye un proceso continuo: porque se realiza durante todas las etapas del proceso. Ejemplo: durante la ejecución la enfermera valora cómo reacciona el cliente ante sus actividades y si sus acciones responden al problema identificado, muchas veces es necesario cambiar algunas acciones.

¹⁷ Ledesma Delgado Maria Elena, Ortiz Diaz Maria Elena; (2000). El proceso de enfermería metodología para la práctica profesional. 1 edición. Pags. 87 hasta 99.

2.- Es un proceso terminal: porque después de que la enfermera completa su plan de cuidados, evalúa si se han cubierto o no los objetivos del cliente.

3.- Es una actividad sistemática: supone una actividad intelectual que requiere orden para dar continuidad al ciclo dinámico en el que se desarrolla la atención de enfermería.

4.- Permite obtener resultados sobre la calidad de los cuidados en su conjunto. Esto motiva a que las enfermeras acepten la responsabilidad de sus acciones, haciendo patente su interés y preocupación por éstas (tanto individuales como de conjunto), para no repetir las ineficaces y modificarlas por otras. Estos resultados posibilitan que el personal de enfermería mejore, perfeccione o finalice el plan de cuidados.

FASES DEL PROCESO DE EVALUACIÓN

- A) Identificación de los estándares de medida (objetivos).
- B) Recolección de datos.
- C) Comparación de datos con resultados.
- D) Emisión de un juicio sobre el progreso del cliente.
- E) Revisión del plan de cuidados (análisis y modificación).¹⁸

A) IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE VIDA

Estos estándares tienen el propósito de orientar la clase de datos que se necesita recoger para la evaluación y proporcionan un medio para enjuiciar esos datos. Cuando los objetivos están bien definidos, son precisos, mensurables y contemplan la condición, el criterio de ejecución y el tiempo, representan los

¹⁸ Phaneuf M. (2000). Planificación de los cuidados enfermeros. Editorial: McGRAW-HILL. Pags.101, 102.

estándares de medida que orientan el siguiente paso del proceso de evaluación que es la recolección de datos.

B) RECOLECCION DE DATOS

Se lleva a cabo a través de las técnicas de valoración ya explicadas en la primera etapa del proceso (observación, exploración física, entrevista). Los datos se recogen de forma que se puedan sacar conclusiones sobre el grado de cumplimiento de los objetivos. El registro de los datos debe ser exacto y conciso para facilitar la siguiente fase de la evaluación.

C) COMPARACION DE DATOS CON RESULTADOS

Después de recoger los datos, las enfermeras comparan el resultado de salud actual del cliente (resultados reales) con los resultados esperados definidos en el plan de atención, en el apartado de objetivos.

D) EMISIÓN DE UN JUICIO SOBRE EL PROGRESO DEL CLIENTE

Después de recoger los datos sobre el estado de salud del cliente y compararlos con los resultados, la enfermera emite un juicio sobre el logro del resultado por parte del cliente. Existen dos posibles respuestas resumidas en:

1. Se ha logrado el resultado el resultado.
2. No se ha logrado el resultado.

E) REVISIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS

La evaluación de objetivos proporciona la retroalimentación para determinar si el plan de cuidados ha resuelto, reducido o eficazmente los problemas del cliente. El

profesional de enfermería requiere revisar todos los aspectos del plan de cuidados independientemente de que los objetivos se haya cubierto o no.

Cuando los objetivos se han cubierto, se debe de tomar una de las siguientes decisiones: que el problema planteado en el diagnóstico ya se ha solucionado y por lo tanto el plan trazado para alcanzarlo se abandona o que el problema sigue existiendo a pesar de alcanzarse el objetivo y por lo tanto la actividad de enfermería se debe continuar aunque el objetivo se haya cubierto.

Cuando los objetivos no se han cubierto: en este caso se deben revisar la base de datos para asegurarse de que es completa y correcta, los diagnósticos planteados para identificar si el problema es correcto y corresponde a los datos, los objetivos establecidos para asegurarse que son realistas y alcanzables y las estrategias de enfermería para estar seguros de que se relacionan con los objetivos y que se eligieron las más adecuadas.

Modificación del plan de cuidados

Cuando se ratifica la necesidad de cambiar el plan de cuidados se deberán contemplar los siguientes pasos:

1. Cambiar los datos de la valoración para reflejar los nuevos hallazgos, poniendo fecha y señalándolos para indicar que son nuevos.
2. Revisar los diagnósticos poniendo fecha en los nuevos.
3. Revisar las prioridades del cliente, los objetivos y los criterios de resultados para correlacionarlos con los nuevos diagnósticos. También se debe poner fecha.
4. Establecer nuevas estrategias que correspondan a los diagnósticos.
5. Cambiar los objetivos ajustándolos a los otros cambios del plan de cuidados.

Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería

La evaluación es el factor clave para determinar estándares, protocolos, normas y procedimientos que ayudarán al profesional de enfermería a proporcionar cuidados de enfermería de calidad. Evaluar la calidad es una parte fundamental de la responsabilidad de enfermería y comprende: la valoración cualitativa y el control de calidad; la primera analiza actividades, mientras que el control implica las medidas a tomar para evaluar y garantizar la calidad en el cuidado.

Pueden evaluarse tres aspectos de los cuidados: estructura, proceso, y resultado.

- La estructura de la evaluación cualitativa. Se centra en la organización del sistema, como son los procedimientos administrativos y financieros que dirigen la provisión de los cuidados, las plantillas de personal, los estilos directivos, la disponibilidad de recursos y las facilidades físicas.
- El proceso de cuidar. El enfoque de esta evaluación son las actividades de enfermería, es decir, la realización de los cuidados en relación con las necesidades del cliente. Se puede evaluar hablando con el cliente, consultando los registros del cliente y observando las actividades de enfermería.
- Los resultados de cuidado recibido. Esta evaluación se centra en el nivel de evaluación del cliente, su bienestar y satisfacción, o los resultados del cuidado en términos de cambios experimentados por éste.

5.2. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

5.2.1. BIOGRAFÍA.

Virginia Henderson, la quinta hija de una familia de ocho hermanos, nació en 1897. Henderson estudió en Virginia, ya que su padre ejercía la abogacía en Washington DC.

Durante la primera Guerra Mundial, Henderson empezó a interesarse por la enfermería. En 1918, ingresó en la Army School of Nursing de Washington DC y se graduó en 1921. Después, aceptó un puesto de enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1922, Henderson empezó a dar clases de enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. En 1929, trabajó como supervisora del profesorado en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. Regresó al Teachers College como profesora en 1930 y trabajó allí impartiendo cursos sobre el proceso enfermero analítico y la práctica clínica hasta 1948.

Henderson tuvo una larga carrera como autora y como investigadora. Reescribió la cuarta edición del libro de Berta Harmer de 1939 *Textbook of the Principles and Practice of Nursing*. La quinta edición de este libro de texto, que fue publicada en 1955, ya incluía la definición de enfermería de Henderson.

Desde principios de los años 50, Henderson empezó a colaborar con la Universidad de Yale y aprovechó esta colaboración para potenciar la investigación enfermera.

Henderson escribió sola o en colaboración otras obras importantes. Su opúsculo, *Basic Principles of Nursing Care*, se publicó para el International Council of Nurses de 1960 y se tradujo a más de 20 idiomas. Colaboró durante cinco años con Leo Simmons para elaborar un estudio en Estados Unidos sobre investigación

enfermera, que se publicó en 1964. Henderson y Gladis Nite escribieron conjuntamente la sexta edición de *The principles and Practice of Nursing*, publicada en 1978, y Henderson se encargó de editarla. Muchas escuelas de enfermería han utilizado este libro de texto para elaborar planes de estudios. Los libros de texto clásicos de esta autora se han traducido a más de 25 idiomas.

Durante los años 80, Henderson continuó su labor como investigadora honoraria asociada en la Universidad de Yale. Gracias a sus logros y a su influencia en la profesión enfermera, fue nombrada doctora honoris causa en más de nueve ocasiones y consiguió el primer premio Christiane Reimann que se concedió.

Henderson murió en marzo de 1996 a la edad de 98 años. A lo largo de su vida, Henderson se convirtió en una leyenda viviente y por ello la biblioteca de la sigma Theta Tau Internacional lleva su nombre.¹⁹

CONCEPTOS PRINCIPALES Y DEFINICIONES.

ENFERMERÍA

Henderson definió la enfermería en términos funcionales. Afirmó: “la función única de una enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) y que este podría realizar sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. Asimismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible”.

SALUD

Henderson no dió ninguna definición propia de salud, pero en sus obras utilizaba salud como sinónimo de independencia. Afirmaba: “Es más importante la calidad

¹⁹ Phaneuf Margot. (2000). *La planificación de los cuidados enfermeros*. Editorial: McGRAW-HILL. Págs. 10

de la salud que la vida en si misma, ese margen de energía mental/física que permite trabajar del modo más eficaz y alcanzar el nivel potencial más alto de satisfacción en la vida”.

ENTORNO

Henderson no dio su propia definición de este término. Utilizó la definición del Webster´s New collegiate Dictionary, 1961, que definía el entorno como “el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”.

PERSONA

Henderson consideraba que el paciente era un individuo que precisaba ayuda para recuperar su salud y su independencia, o para tener una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. De igual forma, el paciente y su familia son una unidad.

NECESIDADES

No existe ninguna definición específica de necesidad, pero Henderson identificó 14 necesidades básicas del paciente, Estas necesidades son:

- 1.- Respirar normalmente.
- 2.- Comer y beber adecuadamente.
- 3.- Eliminar por todas las vías corporales.
- 4.- Moverse y mantenerse posturas adecuadas.
- 5.- Dormir y descansar.
- 6.- Escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse.
- 7.-Mantener la temperatura dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el entorno.

- 8.-Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- 9.-Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
- 10.-Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
- 11.-Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.
- 12.-Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
- 13.-Participar en actividades recreativas.
- 14.-Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

La relación enfermero-paciente

Pueden identificarse tres niveles de relaciones entre la enfermera y el paciente, que van de una dependencia mayor a menor:

- a) La enfermera como sustituta del paciente.
- b) La enfermera como ayudante del paciente.
- c) La enfermera como compañera del paciente.

En los casos de enfermos muy graves, la enfermera es el “sustituto de todo lo que el paciente necesita para sentirse “completo” o “independiente” y no puede conseguir por la falta de fuerza física, voluntad o conocimiento”. Henderson refleja esta opinión en su afirmación: “la enfermera es temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor por la vida del suicida, la pierna del amputado, los ojos de alguien que ha perdido la vista, el medio de locomoción para un bebé, la sabiduría y la confianza para una joven madre, la” portavoz” de aquellos demasiado débiles o que han renunciado a hablar.

Henderson afirmó: “la independencia es un termino relativo. Todos dependemos de los demás, pero luchamos por conseguir una interdependencia saludable y

evitar una dependencia enfermiza”. Como colaboradores, la enfermera y el paciente colaboran juntos el plan de cuidados. Independientemente del diagnóstico, existen unas necesidades básicas, pero éstas pueden variar según la patología y según características como la edad, el carácter, el estado anímico, la clase social o al nivel cultural y las capacidades físicas e intelectuales.

Henderson señaló: “Toda enfermera “debe ponerse en el lugar” de todos sus pacientes para saber cuáles son sus necesidades”. La enfermera y el paciente siempre trabajan para conseguir un objetivo, ya sea la independencia o una muerte tranquila. Uno de los objetivos de la enfermera debe ser mantener la rutina diaria del paciente “tan normal como sea posible”. La promoción de la salud es otro objetivo importante de la enfermera.

La relación enfermera- médico

Henderson insistió en que el trabajo de la enfermera es único y diferente al del médico. Henderson puso especial énfasis en que las enfermeras no debían seguir las órdenes del médico, ya que una enfermera << cuestiona una filosofía que permite a un médico dar órdenes a pacientes y a otros profesionales sanitarios >>. Además, recalcó que las enfermeras ayudan a los pacientes en los problemas de salud cuando los médicos no están disponibles.

La enfermera como miembro del equipo sanitario

La enfermera trabaja en coordinación con otros profesionales de la salud. Todos los miembros del equipo colaboran los unos con los otros para llevar a cabo el programa completo de cuidados, pero no deben intercambiar tareas. Henderson afirmó: << ningún miembro del equipo deberá hacerle una petición demasiado

exigente a otro miembro, de modo que éste no pueda realizar sus propias tareas>>.²⁰

Henderson admitió que: <<Esta definición no tiene por qué perdurar en el tiempo. Creo que la enfermería cambia según la época en que se practica y depende en gran medida de lo que hacen los otros profesionales de la salud>>. En una entrevista telefónica, afirmó que: <<la enfermera no debía existir en un vacío. Debe crecer y aprender para satisfacer las nuevas necesidades sanitarias de la gente a medida que aparecen>>.

5.3. ANATOMÍA DEL ÚTERO

El útero es una víscera muscular hueca, de paredes gruesas y forma de pera, se sitúa en la pelvis menor, el cuerpo se apoya en la parte superior de la vejiga urinaria y el cuello del útero se sitúa entre la vejiga urinaria y el recto.

El útero mide cerca de 7,5 cm. de longitud, 5 cm. de anchura y 2 cm. de grosor y pesa unos 90 gramos.

ESTRUCTURA MICROSCOPICA Y FUNCION DEL UTERO

La función del útero es alojar y nutrir al embrión y al feto, y al finalizar el embarazo, por medio de poderosas contracciones de sus paredes musculares, expulsarlo hacia el exterior a través de la vagina (parto o nacimiento). Experimentan cambios notables en cada periodo de 28 días.

El útero se divide en dos grandes partes: el cuerpo y el cuello.

- El cuerpo constituye los dos tercios superiores, dispone de dos partes:

²⁰ Marriner tomye Ann. Raile Alligood Martha.(2003). Modelos y teorías en enfermería. editorial M, Mosby. Págs. 101, 103.

- *El fondo*, parte redondeada del cuerpo, situada por encima de los orificios de las trompas uterinas.

- *El istmo*, región relativamente estrecha del cuerpo (longitud aproximada de 1 cm.), justo encima del cuello del útero.

- El cuello del útero, porción inferior cilíndrica y estrecha que hace prominencia en la porción más alta de la vagina.
- El cuerpo del útero se sitúa entre las capas del ligamento ancho y se mueve con plena libertad. Tiene dos caras: vesical, los cuernos uterinos.

- Vesical. (Relacionada con la vejiga) e intestinal

- Los cuernos uterinos. Son las regiones supero laterales por donde entran las trompas uterinas.

La cavidad uterina mide unos 6 cm. de longitud desde el orificio externo del útero hasta la pared del fondo.²¹

El cuello del útero mide unos 2,5 cm. de longitud en la mujer adulta no embarazada; se divide en las porciones supravaginal y vaginal.

El ligamento redondo del útero, se inserta por delante y debajo de esta unión.

La pared del cuello uterino se compone de tres capas:

- *El perimetrio*. La cubierta serosa externa consta de perineo reforzado con una fina de tejido conjuntivo.

²¹ L. Moore Keith. F. Dalley Arthur. (2003). Anatomía con orientación clínica. 4 edición. Editorial: medica panamericana. Págs. 381, 382.

- *El miometrio.* La cubierta muscular media se distiende mucho (pero se adelgaza) durante el embarazo.

- *El endometrio.* La cubierta mucosa interna esta muy adherido al miometrio subyacente.²²

El ligamento ancho del útero, es una doble capa de peritoneo (mesenterio) que se extiende desde los lados del útero hasta las paredes laterales y el suelo de la pelvis. El ligamento ancho ayuda a mantener el útero en su posición.

El útero es una estructura densa, situada en el centro de la cavidad pélvica. Los principales soportes del útero, que lo sustenta en su posición son pasivos y activos (dinámicos).

El soporte dinámico. Proviene del diafragma pélvico.

El soporte pasivo del cuerpo uterino procede de la posición del útero, es decir, del modo en que el útero, de ordinario en ante versión y anflexion, se apoya sobre la parte superior de la vejiga. El *cuello del útero* es la porción menos móvil del útero, debido al soporte pasivo que recibe de las condensaciones de la fascia endopelvica ("ligamentos") insertadas en el.

Ligamentos transversales del cuello uterino (cardinales), se extiende desde el cuello uterino y las porciones laterales del fornix vaginal hasta las paredes laterales de la pelvis.

Ligamentos uterosacros, pasan por encima y algo posteriores, desde los lados del cuello uterino hasta el centro del sacro. En conjunto, estos soportes pasivos y activos mantienen el útero centrado dentro de la cavidad pélvica y evitan la

²² E. Grouch James. (2000). Anatomía humana funcional. Págs. 664.

tendencia del útero a caerse o a ser impulsado a través del tubo hueco creado por la vagina.²³

RELACIONES DEL UTERO

En la cara anterior (antero inferior en la posición normal de ante versión), con la bolsa vesico uterina y la cara superior de la vejiga; la porción supravaginal del cuello uterino se relaciona con la vejiga y queda separada de esta solo por un tejido conjuntivo fibroso.

En la cara posterior, con la bolsa rectouterina, que contiene asas de intestino, y con la cara anterior del recto; solo la fascia pélvica visceral protege frente al aumento de la presión dentro del abdomen.

A los lados, con el ligamento ancho peritoneal y los ligamentos faciales transversos del cuello uterino (cardinales).

Irrigación arterial del útero. La irrigación sanguínea del útero proviene, de las arterias uterinas, con un pequeño aporte complementario de las arterias ováricas.²⁴

5.4. MIOMAS UTERINOS

5.4.1. CONCEPTO

Es un tumor benigno que se origina en células musculares y que también suele contener cantidades variables de tejido fibroso. Otros nombres de este tumor son fibroma o fibromioma, leiomioma.²⁵

²³ R. Bueke Shirley. (2000). Fundamentos de anatomía y fisiología humana. Editorial: Limusa Noriega. Págs. 392, 393.

²⁴ Ruiz Liard Latarjet. (2000). Anatomía humana. 3 edición. Volumen 11. Págs. 1746.

5.4.2. EPIDEMIOLOGIA:

Los miomas son más comunes en mujeres de raza negra, mujeres obesas. La frecuencia más elevada de miomas sintomáticos se observa en el periodo perimenopausico. Se ha observado que el tabaquismo disminuye la frecuencia de miomas uterinos. Las mujeres que fuman tienen menor concentración de estrógenos circulantes. Los niveles altos de estrógenos exógenos y de progestinas pueden incrementar el crecimiento de un mioma.

El empleo de largo plazo de Depo-Provera reduce el tamaño de las miomas debido a que este fármaco suprime LH y FSH y por tanto los esteroides ováricos.

5.4.3. PATOLOGIA:

Es rara que se desarrolle un solo mioma en el útero; Los miomas pueden ocupar cualquier posición del útero o del sistema de conductos mullerianos y su desarrollo deforma en consecuencia el aspecto morfológico uterino. A nivel clínico se presenta en el examen físico como masas pélvicas firmes de crecimiento irregular. Los miomas pueden situarse justo por debajo de la serosa del útero (subserosos) y se palpan en la superficie como masas redondas. Los miomas también pueden desarrollarse en el espesor de la pared uterina (intramurales) y en general son menos sintomáticos y crean una masa pélvica más simétrica. Los miomas pueden desarrollarse por debajo del endometrio (submucosos); estos reforman el revestimiento endometrial y provocan a menudo hemorragia uterina anormal. El mioma submucoso también puede desarrollar un pedúnculo y prolapsarse a través del cervix hacia el interior de la vagina.

²⁵ L. frederickson Helen, Wilkins- Haug Louise. (2001). Secretos de la Ginecoobstetricia. 2 edición. Editorial: Mc-GRAW-HILL interamericana. Págs. 37

5.4.4. SINTOMAS:

Los tres síntomas iniciales principales son la hemorragia uterina anormal, masa pélvica y sensación de opresión en la pelvis. Los miomas raras veces causan dolor. La hemorragia anormal es un síntoma frecuente producido por miomas submucosos que deforman la cavidad endometrial.

La paciente o el médico que la examina puede reconocer por primera vez un mioma en expansión como una masa pélvica. En el examen, esta masa es firme, indolora, irregular, fijada al útero y casi siempre sobre la línea media. Si un mioma pedunculado subseroso se tuerce, y se interrumpe el suministro de sangre, se induce necrosis aguda, la cual provoca dolor pélvico agudo con hiperestesia localizada sobre el mioma. Si un mioma submucoso desarrolla un pedúnculo largo que sale a través del cervix impulsado por contracciones uterinas, la paciente sufre un dolor similar al calambre, secreción vaginal y tal vez encuentre una masa saliendo del orificio vaginal.

Los exámenes físicos se practican cada 6 meses. El crecimiento se determina con mayor facilidad en miomas palpables a través del abdomen midiendo el tamaño del útero con una cinta métrica, desde la sínfisis del pubis hasta la parte superior de la masa.²⁶

5.4.5. DIAGNOSTICO:

El clínico puede casi siempre diagnosticar con facilidad los miomas mediante examen pélvico y abdominal. Aunque el examen abdominal puede fallar para revelar miomas pequeños, el examen pélvico muestra una masa irregular, firme, por lo regular móvil e indoloro en la línea media. En el examen con rayos x se observa a menudo calcificaciones que aparecen como masas discretas,

²⁶ Danforth. (2002). Tratado de obstetricia y ginecología scott. 8 edición editorial: Mc GRAW-HILL. Págs. 897, 898, 899.

calcificadas y redondas en el abdomen. Cuando se efectúa histerosalpingografía en un paciente con mioma submucoso, se identifican áreas distintas que carecen de contraste en el revestimiento de la cavidad endometrial.

Estudios con ultrasonido del mioma muestran una imagen en “tormenta de nieve”, no muy distinta de la observada en la mola hidatiforme.

También es fácil tener la imagen de un mioma con estudios de resonancia magnética nuclear.

5.4.6. TRATAMIENTOS

TRATAMIENTO MEDICO

Los miomas dependen de estrógenos y progesterona para su mantenimiento y crecimiento, el resultado es el encogimiento del mioma. En la actualidad, muchos estudios demuestran que el tamaño de mioma disminuye casi 50 % después de tres meses de tratamiento.

El empleo de GnRH en el tratamiento de los miomas brinda cinco ventajas posibles.

Primero, si el problema de la paciente es hemorrágico, la terapéutica con GnRH reduce la hemorragia y proporciona tiempo para que la paciente reconstruya su masa eritrocítica y por lo tanto evita la necesidad de transfusión sanguínea en el momento de la operación.

Segundo, al disminuir el tamaño de la masa en 50%, es posible practicar un procedimiento quirúrgico diferente, como histerectomía vaginal en vez de abdominal.

Tercero, si los miomas reducen su tamaño se puede practicar histerectomía abdominal con incisión transversa en lugar de la incisión en la línea media. Cuarto, con una masa miomatosa de menor tamaño, la intervención quirúrgica puede ser menos difícil en el momento de la histerectomía y causar menor pérdida sanguínea durante la intervención. Otro tipo de tratamiento médico utilizado en la actualidad se basa en las antiprogestinas. Con las antiprogestinas son menores los efectos colaterales, y, por consiguiente, pueden prescribir durante más tiempo.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

MIOMECTOMIA:

HISTERECTOMÍA:²⁷

5.5. HISTERECTOMÍA

5.5.1. DEFINICION DE HISTERECTOMIA.

Es la extirpación quirúrgica del útero.

5.5.2. TIPOS DE HISTERECTOMIA.

- ❖ Histerectomía subtotal: Se extirpa solo la parte superior del útero, pero no el cuello uterino, las trompas de Falopio y los ovarios pueden o no extirparse.
- ❖ Histerectomía abdominal total: Se extirpa todo el útero, incluyendo el cuello uterino.
- ❖ Histerectomía radical: se extirpa la totalidad del útero y los tejidos circundantes, los ligamentos y los ganglios linfáticos adyacentes. También

²⁷ Núñez Maciel Eduardo. (2001). Ginecología y obstetricia. Ediciones Cuellar. Págs. 888, 889.890.

se suelen extirparse las dos trompas de Falopio y los ovarios en las mujeres de más de 45 años.

- ❖ Histerectomía vaginal: Es la extirpación quirúrgica del útero a través de vía vaginal.²⁸

Cualquiera de estas intervenciones requiere 1 o 2 horas y un anestésico general. Después puede sobre venir una hemorragia vaginal y dolor. Cuando se extirpa el útero por la vagina, sobre viene menor hemorragia, la recuperación es más rápida y no deja cicatrices visibles.

Después de una histerectomía, la menstruación desaparece. Sin embargo, una histerectomía no causa la menopausia a no ser que también se extirpen los ovarios. La extirpación de los ovarios tiene los mismos efectos que la menopausia, así que se recomienda la terapia hormonal. Muchas mujeres anticipan el sentirse deprimidas y a perder el interés sexual después de una histerectomía. Sin embargo sólo en raras ocasiones la histerectomía tiene estos efectos, a no ser que los ovarios se hayan extirpado también.²⁹

²⁸ L. J. Carpenito (2000). Planes de cuidados y documentación en enfermería. Editorial: McGRAW-HILL INTERAMERICANA. Págs. 468.

²⁹ H. Beers Mark y sus colaboradores. (2003). Manual Merk de información medica general. Edición en español. Editorial: Océano. Págs. 1668.

VI. APLICACIÓN DE LA METODOLOGIA DE INTERVENCION DE ENFERMERÍA.

VALORACIÓN POR NECESIDADES

DATOS GENERALES:

NOMBRE: Mercedes

EDAD: 38 AÑOS

SEXO: Femenino

PRESION ARTERIAL: 110/70 mm/hg

TEMPERATURA: 36° C

FRECUENCIA RESPIRATORIA: 22 X minuto.

1.- NECESIDAD DE OXIGENACION:

Presenta una frecuencia respiratoria de 22 x minuto, no se escuchan anormalidades a la auscultación, no sibilancias. Ausencia de adicción al tabaco, sin alergias respiratorias; presión arterial 110/70 mm/Hg. Frecuencia respiratoria 22 x minuto, sin secreciones ni tos.

2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:

PESO: 54 Kg

TALLA: 1.52 mt

IMC= 23

Ingesta diaria:

DESAYUNO: Cereal con leche, pan todos los días.

COMIDA: De todo tipo (baja en fibra).

CENA: Avena en ocasiones nada.

Afirma que es alérgica al huevo, su dieta es baja en fibra, consume 2.5 litros de agua diaria al día; hace media hora que fue intervenida de histerectomía, por lo que presenta náuseas y vómito. No presenta problemas de masticación.

3.- NECESIDAD DE ELIMINACION:

INTESTINAL: Evacúa cada 24 o 48 horas, presenta heces duras y de eliminación difícil; se controla con agua de avena.

URINARIA: Actualmente con sonda vesical, no presenta disuria, poliuria, hematuria; las características de la orina son normales.

CUTANEA: presenta sudoración cutánea, siendo esto para ella una molestia, secreciones vaginales normales.

Menciona que fue operada de hemorroidectomía hace 10 años.

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA:

Actualmente cursa sus primeras horas postoperatorias (histerectomía), por lo que se mantiene acostada en su cama, con dificultad para moverse. Regularmente realiza ejercicio, acostumbra correr aproximadamente dos horas diarias.

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO:

Actualmente duerme de 2 a 3 horas diarias por la noche, sin descanso durante el día, su sueño nocturno es interrumpido por el dolor y la preocupación que presenta.

6.- NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE:

No es alérgica a ningún tipo de tejidos de telas, su vestuario es de acuerdo a la edad, lugar y tiempo.

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACION:

Temperatura corporal 36.5, presenta sudoración cutánea, no presenta problemas para regular su temperatura.

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

Actualmente por su enfermedad no presenta buenos hábitos higiénicos, no se cepilla los dientes, presenta descuido en su cabello, se baña todos los días con la ayuda de la enfermera y su familia. La piel esta bien hidratada.

9.-NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS:

Se encuentra inquieta, se auto describe como una persona escandalosa debido al problema que está presentando. Sin alergias a medicamentos.

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD:

Se expresa de forma clara, coherente organizada. Actualmente vive con sus hermanas, la relación con ellas es satisfactoria ocupa el segundo lugar de su familia, pasa poco tiempo con su esposo por cuestiones de trabajo. Las personas más significativas para ella son sus hijos y su esposo, personas con las que más se relacionan en estos momentos es con sus hermanas.

Su menarca fue a los 13 años. Ha tenido dos embarazos y dos partos eutócicos.

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES:

Lo más importante para ella en esta vida es su religión, sus hijos y su esposo. Es de religión cristiana.

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE:

Es ama de casa, escolaridad segundo de secundaria. Su estado de salud le impide realizar sus actividades cotidianas.

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

Actualmente no realiza ninguna actividad recreativa, no practica su religión ni realiza ejercicios que es lo que más le gusta debido a su enfermedad.

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE:

Sabe leer y escribir. Menciona saber poco sobre su padecimiento y los cuidados postoperatorios.

VII.- DIAGNÓSTICOS DE ACUERDO A LAS RESPUESTAS HUMANAS.

DX REAL DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO: 1

Estreñimiento, relacionado con malos hábitos alimenticios (dieta baja en fibra), manifestado por heces duras y frecuencia de eliminación intestinal disminuida.

OBJETIVO

- La usuaria manifestará una frecuencia de eliminación intestinal al menos una defecación diaria.

INTERVENCIONES

- Explicar que la hora de la defecación debe formar parte de la rutina diaria.
- Explicar que conveniente intentar la defecación aproximadamente una hora después de la comida y que puede ser necesario permanecer en el cuarto de baño durante el tiempo conveniente.
- Dar a conocer la importancia de la ingesta de líquidos y fibra.
- Proporcionar lista con alto contenido de fibra.
- Seleccionar los alimentos con alto contenido e fibra por ejemplo: nueces y semillas, pan y cereal integral, frutas y verduras cocidas legumbres (frijol, habas).
- Aumentar paulatinamente la ingesta de líquidos dos litros diario (8 – 10 vasos).
- Fomentar el ejercicio físico moderado y frecuente.

FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA

- Un habito intestinal normal se mantiene se mantiene mediante el aporte diario de fibra 6 a 8 vasos de agua y ejercicio diario. Además, la persona

debe ser capaz de apreciar la necesidad de evacuar y de establecer una rutina para ir al retrete.

- Una dieta equilibrada y rica en fibra estimula el peristaltismo.
- El reflejo gastrocòlico y el reflejo duodenocòlico, estimulan los movimientos intestinales en masa dos o tres veces al día, sobre todo después de las comidas.
- La contracción voluntaria de los músculos de la pared abdominal ayuda a expulsar las heces.
- La frecuencia y la consistencia de las heces están relacionada con los líquidos y alimentos ingeridos. La fibra aumenta la masa fecal y facilita la absorción de agua hacia las heces. El aporte de una cantidad suficiente de fibra en la dieta y de líquidos favorece la formación de unas heces firmes, blandas y bien formadas y disminuye el riesgo de heces duras y secas, difíciles de evacuar. La actividad física mejora el peristaltismo, ayuda a la digestión y facilita la defecación.

EJECUCIÓN

- Por medio de un rotafolio se le explico a la usuaria la ingesta de líquidos y el consumo de fibra diaria.
- Por medio de un rotafolio se le dio a conocer los alimentos con alto contenido de fibra por ejemplo: nueces, semillas, pan y cereal integral, frutas y verduras con cáscaras o cosidas, legumbres (fríjol, habas).
- Con la ayuda de su hermana la usuaria realizo una caminata de 10 a 15 minutos diaria.

EVALUACIÓN

- El objetivo planteado se cumplió satisfactoriamente de acuerdo a las necesidades de la usuaria.

DIAGNOSTICO: 2

Déficit de autocuidado: baño/higiene: relacionado con problemas en la movilidad y fuerza física, dolor, manifestado por dificultad para realizar practicas higiénicas e higiene personal insuficiente.

OBJETIVO

- ✚ La usuaria realizará la actividad del baño de acuerdo a sus capacidades.

INTERVENCIONES

- ✚ La hora y los métodos del baño deben ser constantes para favorecer la independencia.
- ✚ Mantener caliente el cuarto de baño; averiguar que temperatura del agua prefiere la persona.
- ✚ Observar el estado de la piel durante el baño.
- ✚ Proporcionar todo el material de baño y situarla al alcance de la mano.
- ✚ Aliviar el dolor que pueda afectar a la capacidad de bañarse por si mismo.

FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA

- ✚ La capacidad para llevar acabo el autocuidado personal, genera sentimientos de dependencia y un autoconcepto bajo. Aumentando la independencia para el cuidado personal, se eleva la autoestima.

EJECUCIÓN

- ✚ La usuaria se le realizo baño de regadera todo los días a las 8:00 de la mañana.

- ✚ La usuaria se le brindo un ambiente de comodidad en el baño.
- ✚ La usuaria se le realizo una exploración visual.
- ✚ La usuaria se le administro supradol 30 MG. I.V. C/8 horas.

EVALUACIÓN

- ✚ El objetivo planteado se cumplió satisfactoriamente, disminuyendo el dolor ya que las actividades programadas se llevaron acabo.

DIAGNOSTICO: 3

Alteración del patrón del sueño relacionado con dolor, preocupación, manifestado por expresión de dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido durmiendo de 3 a 4 horas.

OBJETIVO

- ❖ La usuaria recuperara su patrón de sueño habitual, reduciendo el dolor y su nivel de preocupación.

INTERVENCIONES

- ❖ Brindarle a la usuaria medidas de comodidad (sábanas limpias, que su cama este bien arreglada, una luz ligera) para que tenga n sueño adecuado.
- ❖ Aliviar el dolor que pueda afectar el sueño.
- ❖ Ofrecer una bebida caliente como leche.
- ❖ Explicar a las personas allegadas las causas del trastorno del sueño y las formas posibles de evitar o minimizar estas causas tal es el caso de ruidos, luces encendidas, música extravagante a volumen alto.

- ❖ Sugerir un baño con agua tibia antes de acostarse ya que esto le ayuda a que se relaje y tenga un mejor descanso.
- ❖ Sugerir escuchar música instrumental para que se relaje.

FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA

- ❖ El ciclo del sueño comprende la fase REM, la fase NREM y el despertar. Una persona atraviesa normalmente cuatro o cinco ciclos de sueño completo cada noche. Despertarse durante un ciclo, puede hacer sentir a la mañana siguiente que se ha descansado mal.
- ❖ La leche caliente contiene L- triptofano, que es un inductor del sueño.
- ❖ El sueño es difícil sin relajación. El ambiente extraño del hospital puede dificultar la relajación.

EJECUCIÓN

- ❖ Con la ayuda de sus hermanas se le brindo un ambiente de comodidad favoreciendo su descanso.
- ❖ Se administro supradol 30 MG. I.V. C/8 horas.
- ❖ Se le ofreció leche caliente antes de dormir refiriendo la usuaria que logro dormir y descansar. Así como se hizo hincapié para que tomara un baño con agua tibia antes de acostarse.

EVALUACIÓN

- ❖ La usuaria logro descansar y dormir mejor. Disminuyendo el dolor. Por lo que el objetivo se cumplió satisfactoriamente.

DIAGNOSTICO: 4

Intolerancia a la actividad física temporal relacionado con dolor manifestado por sensación de malestar y debilidad.

OBJETIVO

- Incorporar gradualmente a la usuaria a sus actividades cotidianas para mejorar la movilidad física y disminuir su grado de malestar.

INTERVENCIONES

- Explicarles a la usuaria y la familia la importancia de realizar actividades cotidianas.
- Aumentar la tolerancia de la persona a la actividad haciendo que la realice más lentamente o durante un período más corto, con más pausas de descanso o con más ayuda.
- Animar a la persona a voltearse y levantarse de forma activa.
- Comenzar con ejercicios de movilidad al menos dos veces al día por ejemplo (caminar) logrando con esto mantener su movilidad física y el funcionamiento intestinal.
- Proporcionar el apoyo suficiente para garantizar su seguridad y evitar que se caiga.

FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA

- Los síntomas de intolerancia a la actividad se alivian con el descanso. La programación diaria se planifica para alternar periodos de actividad y de descanso y se coordina para reducir los periodos de un gasto excesivo de energía.

- Las intervenciones de enfermería para la intolerancia a la actividad fomentan la participación en actividades con el fin de que la persona alcance el grado de actividad deseado para el régimen terapéutico.
- La decisión de una persona de realizar en una determinada actividad depende de sus conocimientos, de su escala de valores, sus creencias y la capacidad que percibe para la acción.

EJECUCIÓN

- Por medio de una plática se le explico a la usuaria y a sus hermanas sobre las actividades que debe de realizar.
- Con el apoyo de sus hermanas la usuaria salio a caminar durante 10 a 15 minutos diario.
- Con el apoyo de la enfermera la usuaria logro realizar sus movimientos cambiando posiciones cada dos horas diarias.
- La usuaria realizo ejercicio diario, este consistió en salir a caminar durante 10 a 15 minutos acompañada de su hermana.

EVALUACIÓN

- El objetivo planteado se cumplió al 100% ya que se realizaron las actividades programadas obteniendo una buena aceptación.

DIAGNOSTICO DE RIESGO: 5

Riesgo de infección secundario a cirugía y a procedimiento invasivo (sonda foley).

OBJETIVO

- ✚ La usuaria se mantendrá libre de infecciones en todo momento.

INTERVENCIONES

- ✚ Explicarle a la usuaria a importancia de mantener limpia la herida.
- ✚ Si la cirugía dura más de dos horas, vigilar en cada turno los signos y síntomas de infección en la zona quirúrgica.
- ✚ Tomar la temperatura cada 4 horas; avisar al medico si es mayor de 38 grados centígrados.
- ✚ Valorar la zona de la herida cada 24 hrs. Y durante los cambios de apòsito, anotando cualquier dato anormal.
- ✚ Enseñar al cliente y a la familia las prácticas asépticas apropiadas para prevenir la infección.
- ✚ Administrar los antibióticos preescritos dentro de los 15 minutos de la hora programada.

FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA

- ✚ El lavado de las manos al realizar curaciones reduce el riesgo de contaminación cruzada.
- ✚ Los cambios sutiles en las constantes vitales, en especial la fiebre, pueden ser signos precoces de infecciones.
- ✚ Las heridas que cicatrizan por primera intención necesita un apòsito que las proteja de la contaminación hasta que sellen los bordes (habitualmente 24 horas). Una herida que cierra por segunda intención necesita un apòsito para mantener una hidratación adecuada; una vez que los bordes de la herida se han sellado ya no se necesita el apòsito.

EJECUCIÓN

- ✚ Por medio de un rotafolio y dibujos se le explico a la usuaria junto con su hermana las medidas de prevención que debe de llevar una

herida quirúrgica como por ejemplo: el lavado de manos, baño diario, curaciones, cambio de gasas diarias.

- ✚ Por medio de un rotafolio se le explico a la usuaria los signos y síntomas de infecciones que se pueden presentar en una herida quirúrgica.
- ✚ Se realizo toma de temperaturas cada 4 horas.
- ✚ Se le administro cefotaxima 1 gr. I.V. C/8 horas.

EVALUACIÓN

- ✚ Al día siguiente de postoperatorio la paciente no acepto baño con regadera debido al dolor, solo se realizo cambio de sabanas, aseo de boca y manos curación de herida quirúrgica con técnica aséptica y vendaje pélvico.
- ✚ Posteriormente acepto bañarse en regadera asistido por enfermería así como curación de la herida y vendaje pélvico posterior al baño.
- ✚ Antes de su egreso la usuaria es capas de realizar sus actividades por si sola y comprende las medidas de prevención y los signos y síntomas que se pueden presentar en una herida quirúrgica.
- ✚ El objetivo planteado se cumplió satisfactoriamente.

VIII.-CONCLUSIÓN

- El proceso es una herramienta útil para realizar el trabajo de enfermería.
- Se debe tener conocimientos sobre el proceso para poder realizar las intervenciones de enfermería.
- Nos permite conocer a fondo la problemática llevando una secuencia.
- Nos permite identificar las necesidades del paciente tanto como físico, psicológico, cultural y espiritual.
- También nos ayuda a lograr la autoindependencia del usuario.

IX.-SUGERENCIAS

- ⊕ Incluir dentro del plan de estudios de la carrera de licenciatura en enfermería la temática correspondiente al proceso-enfermero como una materia del sistema escolarizado.
- ⊕ Seguir llevando acabo el proceso en la facultad de enfermería desde el primer semestre para que los alumnos posteriormente mejoren la atención con acciones lógicas.
- ⊕ Que cada día más profesionales del área de enfermería hagan uso de esa herramienta con la que contamos, la cual es el proceso enfermería para brindar una atención de mejor calidad al usuario.
- ⊕ Todos los alumnos de la U.M.S.N.H. egresados de la facultad de enfermería, que quieran titularse por medio del proceso realizarlo durante el servicio social para terminar pronto la titulación.

ANEXO

X.-ANEXO.**METODOLOGÍA EN BASE A LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA
HENDERSON.**

1.- DATOS GENERALES:

Nombre _____

Fecha de nacimiento. _____ Edad _____

Sexo _____ Ocupación _____

Escolaridad _____ Estado civil _____

Domicilio _____

Teléfono _____

2.- VALORACIÓN OBJETIVA:

T/A _____ Tem _____ F.C _____ FR. _____

Piel:

Color: normal _____ pálida _____ cianótica _____ otras _____

Edemas: si _____ no _____ descripción/ localizada _____

Lesiones: si _____ no _____ descripción /localización _____

Prurito: si _____ no _____ descripción / localización. _____

Sentidos corporales: vista. _____ oído. _____ olfato _____

Gusto _____ tacto _____

ANTECEDENTES:

Enfermedades anteriores _____

Enfermedades graves / operacionales: si _____ no _____ cuales _____

Secuelas: si _____ no _____ cuales _____

Historia familiar de enfermedades:

Diabetes _____ Hipertensión _____ Alergias _____ Especificar. _____

Cáncer _____ Tabaquismo _____ Alcohol _____ Uso de otras sustancias toxicas _____

II.- VALORACIÓN POR NECESIDADES

1.-NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

Respiración

Frecuencia_____ / min.

Calidad: normal_____ superficial_____ taquipnea_____ otros_____

Ruidos de auscultación: si_____ no_____ descripción / localización_____

Tos: si _____ no_____ secreciones: si_____ no_____ Dolor al respirar: si_____ no_____

Tabaquismo: si_____ no_____ Por día consume_____

Lo dejo especificar fecha _____

Otras drogas: si_____ no_____ Tipo_____ Uso_____

¿Tiene alergias respiratorias? Si_____ no_____ ¿De que tipo?_____

T.A_____ F.C _____ Pulso: fuerte_____ débil_____ regular_____

Irregular_____

2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Peso_____ Talla_____

Ingesta habitual: desayuno_____

Comida:_____

Merienda_____

Cena_____

Dieta especial: si _____ no_____ Tipo de dieta_____

Intolerancia a alimentos: si _____ no_____ ¿cuales?_____

Alimentos que no le gustan_____

Apetito: normal_____ disminuido_____ aumentado_____

Náuseas_____ vómito_____

Fluctuación de peso (últimos 6 meses): si_____ no_____

Kg._____ Ganados o perdidos

Problemas de:

Masticación: si_____ no_____

Deglución: si_____ no_____ sólidos_____ líquidos_____ ambos_____

Digestión: si_____ no_____ tipo: gases_____ ardor_____ pesadez_____

Dolores _____ otros _____

Usa prótesis dental: si _____ no _____ superior _____ inferior _____

¿La piel está hidratada?

(¿Cuando se pellizca. La marca dura rato?) si _____ no _____

¿Come entre comidas?: rara vez _____ con frecuencia _____

Con mucha frecuencia _____

¿Necesita ayuda?: para preparar la comida _____ comer _____

Trocear los alimentos _____

Ingesta de líquidos: menos de un litro / día _____ 1-2 litros / día _____

Mas de 2 litros / día _____

Alcohol: si _____ no _____ cantidad / día _____

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Intestinal:

Frecuencia _____ Cantidad _____ aspecto _____

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 _____ Cantidad _____ aspecto _____

Disuria _____ nicturia _____ retención _____ incontinencia _____ pañal _____

Color: amarillo claro _____ amarillo oscuro _____ naranja _____ rojo _____

¿Ha sufrido alguna enfermedad urinaria? Si _____ no _____ ¿cuál? _____

Sonda vesical _____ fecha de último sondaje _____

Cutánea:

Sudoración cutánea: si _____ no _____ sudoración profunda: si _____ no _____

Retención de líquidos: si _____ no _____ localización de edema _____

Menstruación: regular _____ irregular _____ abundante _____ dolorosa _____

Secreciones vaginales: aspecto _____ ¿son abundantes? Si _____ no _____

¿Tiene molestias (fuera de la menstruación) si_____ no_____

Otras manifestaciones_____ ¿cuáles?_____

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

Expresión facial:

adecuado___ alerta___ inexpresivo___ hostil___ inadecuado___

Comportamiento motor inhibido:

inhibición___ agitación___ temblores___ rigidez___

incoordinación___ inquietud_____

Postura: Independiente_____ dependiente_____ prótesis_____

erecto_____ decaído_____

Modo de andar: normal___ acelerado___ tambaleante___ lento_____

Limitaciones físicas: temporales___ permanentes___

¿Cuales?_____

Aparatos de ayuda: ninguno___ bastón___ muletas___ andador___

otros_____

Vertido: si___ no___ ¿siente dolor o rigidez articular? Si___ no_____

¿Hace ejercicio? Si___ no___ tipo_____

¿Cuanto tiempo?_____ ¿practica algún deporte? Si___ no___

¿Cual?_____

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Horas de sueño nocturno_____ siesta_____ otros descansos___

Problemas de sueño:

Al inicio___ interrumpido___ #de veces___ despertar temprano_____

Sueño excesivo_____ pesadillas_____ (tipo_____)

Sensación después de dormir:

descansado_____ cansado_____ confuso_____ otros_____

Factores que afectan el sueño._____

Ayuda para favorecer el sueño: lectura___ baño___ fármacos___

otros_____

6.- NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE

Actualmente ¿es capaz de vestirse por si misma?

Si _____ no _____ con limitaciones _____

Alergias a determinados tejidos: si _____ no _____ ¿cuales? _____

¿Qué importancia da su aspecto? Poca _____ mucha _____ bastante _____

¿Su forma de vestir es adecuada al lugar, estación y circunstancias?

Si _____ no _____ otros datos de interés _____

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Temperatura corporal:

normal _____ hipotermia _____ hipertermia _____ temperatura _____

Sudoración cutáneo: si _____ no _____

¿Están fríos sus pies y manos? Si _____ no _____

¿Si fuese necesario seria capaz de medirse usted mismo la tem.?

Si _____ no _____

Es muy friolento _____ caluroso _____

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 _____ Necesita ayuda: si _____ no _____ especificar _____

Descuido en: cabello _____ dientes _____ uñas _____

Su piel es: seca _____ grasa _____

¿Ha notado alguna lesión? (ulcera, edema) descríbalo _____

Su cabello es: seco _____ graso _____ se rompe con facilidad _____

¿Tiene últimamente tendencia a perder el pelo? Si _____ no _____

Estado de piel / mucosas: color _____ aspecto _____

9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Niveles de conciencia y actitud frente al entorno:

Somnoliento _____ confuso _____ apática _____ 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 _____

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_____ confiada_____ desconfiada_____

Tímida_____ inquieta_____

Sobre valoración de logros_____ exageración de errores_____

Infravaloración_____

Auto evaluación general y competencia personal:

Positiva_____ negativa_____

Sentimientos respecto a ella: inferioridad____ superioridad____

Tristeza____ culpabilidad____ inutilidad____ impotencia____

Ansiedad____ miedo____ rabia____ depresión____ otros _____

Alergia a algunas sustancias o medicamentos: 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.-NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD

Organización del pensamiento- lenguaje:

Contenido: coherente y organizado_____ distorsionado_____

Descripción de la alteración_____

Curso del pensamiento:

Inhibido___ acelerado___ perseverancia___ incoherencia___ desorganizado___

Formas de expresión:

Claro___ organizado___ coherente___ confuso___ desorganizado___

incoherente___ tartamudeos_____ autista_____

Comunicación no verbal_____

Humor:

Deprimido___ eufórico___ ansioso___ triste___ fluctuante___ apático___

Otros_____

Lenguaje:

Dificultad de expresión verbal: si_____ no_____

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 porqué_____

Tiempo que pasa con compañeros y amigos_____

Sexualidad: ultima regla_____ anticoncepción: si___ no___ método___

Cambios percibidos en las relaciones sexuales: si___ no___ motivos_____

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___ otras_____

Desea realizar prácticas religiosas: si _____ no _____

En caso de no tomar decisiones, ¿qué persona le gusta que lo hiciera por usted?

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Profesión ___ Situación laboral _____ trabajo _____ jubilado ___ invalidez _____

Su estado de salud le impide hacer lo que le gustaría: si _____ no _____

Si la respuesta es si explique _____

Problemas laborales: si _____ no _____ cuales _____

Tiempo dedicado al trabajo _____ 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 actividades o funciones físicas y corporales. _____

Que es lo que le gusta hacer: ver televisión ___ lectura ___ manualidades ___

14.- NECESIDADES DE APRENDIZAJE

Alteraciones en la memoria: recientes _____ remota _____

Inteligencia general: adaptación al momento _____ retraso en el desarrollo _____

Comportamiento indicativo de interés en el aprendizaje:

Pregunta ___ escucha ___ interés ___ desinterés ___ propone alternativas _____

Hay problemas que dificulten su aprendizaje: si _____ no _____

¿Conoce usted el motivo de la hospitalización? Si _____ no _____ cual es _____

¿Hay algo que usted desearía saber sobre el medio hospitalario en que se encuentra? _____

XI.- GLOSARIO DE TÉRMINOS.

Adiposo: Graso. El tejido adiposo esta compuesto por células grasas (adipositos) que se disponen formando lóbulos.

Atrofia: Desaparición o disminución del tamaño o la actividad fisiológica de una parte del cuerpo como consecuencia de una enfermedad o por otras causas.

Calcificación: Acumulo de sales de calcio en los tejidos. Normalmente alrededor del 99% de todo el calcio que penetra en el organismo humano se deposita en los huesos y los dientes y el resto se disuelve en los líquidos corporales, incluida la sangre.

Disuria: Micción dolorosa generalmente debida a infección bacteriana o a obstrucción de las vías urinarias.

Dispareunia: Dolor de la mujer durante el coito.

Ganglios iliacos comunes: grupo de ganglios linfáticos situados alrededor de la arteria y vena iliacas primitivas.

Gonadotropina: Sustancia hormonal que estimula función de los testículos y los ovarios. La hormona gonadotropina estimulante del folículo (FSH) y la luteinizante (LH) son producidas y secretadas por la hipófisis anterior.

Holistico: Es el estudio del todo, relacionándolo con sus partes pero sin separarlo del todo. Es la filosofía de la totalidad.

Hidronefrosis: Distensión de la pelvis y los cálices renales debida a obstrucción en un uréter a causa de un tumor, calculo ureteral, inflamación prostática o edema de las vías urinarias por infección de las mismas.

Hiperestesia: Aumento o exageración de la sensibilidad.

Hipotálamo: Región del diencefalo que constituye el suelo y parte de la pared lateral del tercer ventrículo. Activa, controla e integra el sistema nervioso autónomo periférico, los procesos endocrinos y múltiples funciones somáticas, como la temperatura corporal, el sueño y el apetito.

Leiomioma: Es un tumor benigno que se origina en células musculares y que también suele contener cantidades variables de tejido fibroso.

Mioma: Es un tumor benigno y no canceroso que crece en el tejido muscular del útero o miometrio.

Monoclonal: Relativo a células u organismos idénticos derivados de una sola célula.

Miometrio: Capa muscular de la pared uterina.

Mitosis: Tipo de división celular que determina la formación de dos células hijas genéticamente idénticas, con el número diploide de cromosomas característico de la especie.

Menopausia: En sentido estricto, se refiere a la interrupción de las menstruaciones, pero por lo general se utiliza para definir el periodo de climaterio femenino. Las menstruaciones se detienen de forma natural al ir declinando la producción hormonal cíclica, entre los 45 y 60 años de edad, pero a veces se interrumpe antes como resultado de alguna enfermedad o la extirpación quirúrgica del útero o ambos ovarios.

Necrosis: Muerte de una porción de tejido consecutiva a enfermedad o lesión.

Perimenopausia: Es el periodo de transición antes de la menopausia, marcado por una disminución en la producción de estrógeno y la progesterona, periodos menstruales irregulares y los cambios de transición psicológica.

Peritoneo: Es una membrana serosa, fuerte, lisa, elástica que cubre las paredes del abdomen y la pelvis; y también a las vísceras contenidas en estas cavidades. Se divide en peritoneo parietal (el que cubre las paredes) y el peritoneo visceral (el que recubre a las vísceras).

Pedúnculo: Conexión en forma de callo, como el pedúnculo pineal o el pedúnculo de un injerto.