



**UNIVERSIDAD MICHOACANA  
DE  
SAN NICOLÁS DE HIDALGO**

---

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**“PROCESO DE ENFERMERÍA Y METODOLOGÍA DE  
VIRGINIA HENDERSON APLICADO A UN USUARIO  
CON ENFISEMA PULMONAR”**

**QUE, PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

PRESENTA

**TERESA PACHECO SILVA**

ASESORA

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

**MORELIA, MICHOACÁN, JUNIO DEL 2007**



## **JURADO**

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

**PRESIDENTA**

L.E.O. MA. MARTHA MARIN LAREDO.

**VOCAL 1**

DR. JOSE CARMEN LEDESMA MORALES.

**VOCAL 2**

DR. BRUNO MONTESANO CASTELLANO.

**SUPLENTE 1**



## **DIRECTIVOS**

M.C. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA

**DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA**

L.E. MARIA DE JESUS RUIZ RECENDIZ

**SECRETARIA ACADÉMICA**

L.E.O. ANA CELIA ANGUIANO MORAN

**SECRETARIA ADMINISTRATIVA**



## AGRADECIMIENTOS

### A DIOS

*Gracias por guiarme  
Por alcanzar una profesión  
Humanística y bella.  
Por darme la bendición  
Mi más grande sueño y meta.  
Por tener una manos fuertes  
Para curar enfermos y tener los  
Brazos abiertos, cuando hay  
Tantos mutilados.  
Que tenga salud, cuando hay  
Muchos enfermos.  
Por lo maravilloso de vivir,  
Sonreír, querer y soñar.  
Es maravilloso señor.... sobre todo,  
Tener tan poco que pedir y tanto  
Que agradecer.*

### A MIS PADRES

*Quiero agradecerles lo que ahora soy.  
Gracias por darme la vida... por su amor  
Las caricias, las sonrisas, por los regaños  
Y su aliento.  
Gracias por enseñarme a crecer, dándome  
Su apoyo incondicional.  
Gracias por el ejemplo de la honradez, del  
Entusiasmo y la calidez, por la verdades y  
Descontentos.  
Gracias por enseñarme a dar de intensa forma  
Y nada esperar, por los consejos y las caídas por  
Enseñarme como es la vida.  
Gracias por estar a mi lado en el momento justo  
Y el más anhelado, cuando necesito sentir sus  
Besos y sus abrazos.*

*¡Solo Dios sabe como los quiero y cuanto los necesito!  
Gracias con todo mi corazón, gracias por ser  
Como son, Dios no pudo escoger de una manera mejor  
a mis padres, la pareja que ustedes son.*



## **A MIS HERMANOS**

*Gracias a mis hermanos Mary, Sergio y Salvador Por su cariño y apoyo.*

## **A MIS AMIGOS**

*Gracias por creer en mí como profesionalista,  
Por no dejarme caer cuando más los necesito,  
Por su apoyo y su confianza.  
Especialmente a Roberto Ruiz Téllez*

## **MIS MAESTROS**

*Gracias por los conocimientos que adquirí  
De cada uno de ustedes durante mi formación  
Académica y no por solo ser mis maestros  
Brindándome la confianza de amigos.*

## **GRACIAS A MI PACIENTE**

*Por colaborar conmigo en la realización  
Del proceso enfermería, por su confianza  
En mí para poder ayudarle a recuperar su  
Salud.*

## **GRACIAS A MI ASESORA**

*Por la dedicación, empeño y entusiasmo en  
Mis asesorías, por sus consejos, su confianza  
Y apoyo gracias.*

**“A TODOS USTEDES GRACIAS”**



<b>ÍNDICE GENERAL</b>	<b>Página</b>
INTRODUCCIÓN	
1. JUSTIFICACIÓN	1
2. OBJETIVOS DEL TRABAJO	2
2.1 Objetivo general	
2.2 Objetivos específicos	
3. METODOLOGÍA	3
4. MARCO TEÓRICO DEL PROCESO ENFERMERÍA	4
4.1 Etapas del proceso enfermería	10
4.1.1 Valoración	10
4.1.2 Diagnóstico	23
4.1.3 Planeación	39
4.1.4 Ejecución	57
4.1.5 Evaluación	61
4.2 Modelo de Virginia Henderson	63
4.2.1 Las catorce necesidades	66
4.3 Marco teórico del enfisema pulmonar	77
4.4 Caso clínico	88
4.5 Aplicación del proceso enfermería a un usuario con enfisema pulmonar	89
4.6 Problemas interdependientes real, diagnósticos de enfermería real diagnostico de riesgo.	92
5. CONCLUSIONES	109
6. SUGERENCIAS	110
7. GLOSARIO DE TERMINOS.	111
8. BIBLIOGRAFÍA	118
9. ANEXOS	120



## INTRODUCCIÓN

El proceso de enfermería es un método sistemático, de planificación y de prestación individualizada, engloba las acciones que enfermería puede realizar, los resultados esperados en su aplicación, tomando como referencia la teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson, cuya finalidad es reconocer el estado de salud del cliente y los problemas de salud real, de riesgo e interdependientes del mismo; organizar planes para satisfacer las necesidades detectadas y llevar a cabo determinadas intervenciones de enfermería para cubrir esas necesidades.<sup>1</sup>

El presente trabajo trasciende siendo necesaria la práctica continua; para los profesionales de salud es importante el contar con un instrumento valioso que permita la aplicación de una atención integral con el usuario, ya que comprende todos los aspectos del ser humano y permite brindar cuidados de calidad para lograr los objetivos planteados por este proceso. En este contexto, el presente proceso de enfermería se enfoca en un paciente del primer nivel de atención, cuyo diagnóstico médico es de enfisema pulmonar.

La información obtenida fue tomada directamente del usuario y de su familia, a fin de aplicar las acciones adecuadas para satisfacer sus necesidades de salud.

En este proceso de enfermería se aplicaron las cinco etapas que lo componen: Valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación; se hace referencia a los datos importantes del usuario, posteriormente se realiza la valoración de acuerdo a las 14 necesidades de Virginia Henderson y se llevan a cabo las etapas mencionadas previamente. El proceso se realizó del 16 al 30 de octubre del 2006.

Para su elaboración se acudió de diversas fuentes bibliográficas para obtener un amplio conocimiento sobre la metodología de enfermería y acerca del padecimiento del usuario e incidir en cada una de las etapas del dicho proceso.

Al final del trabajo se incluye las conclusiones, sugerencias de la aplicación del proceso de Enfermería, bibliografía consultada, glosario de términos y anexos.

---

<sup>1</sup> MARTÍNEZ, Tomez Ann y Raile. A. Martha. “**Modelos y teorías de Enfermería**”. Ed. Mosby/Doyna, Quinta edición, España. Pp. 131 Y 132.



## 1. JUSTIFICACIÓN

La aplicación del proceso de enfermería es en muchos países un requisito fundamental para el ejercicio de la enfermería profesional, en comparación con el nuestro, este se encuentra en gran desventaja, ya que al aplicarlo en nuestro medio, es un verdadero reto debido al sin número de factores que caracterizan la formación y práctica de la enfermera mexicana.<sup>2</sup>

Con la aplicación de este proceso se delimita el campo de acción específico de la enfermería, ya que la enfermera profesional realiza numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica, siendo una de las razones fundamentales por la cual se realiza el presente trabajo.

Al conocer y aplicar la metodología de enfermería, se logran cambios favorables en el ser humano, englobándose en sus 5 dimensiones, es decir, se estudia como ser social, psicológico, biológico, espiritual y fisiológico haciendo hincapié en aquellos aspectos en donde más se requiera prestar atención.

Finalmente, la enfermería es una profesión digna de admiración y respeto por la entrega que brinda al ser humano en los momentos más difíciles o decisivos de la vida; es una estructura cimentada en la ciencia que defiende y sostiene a la salud, por tanto, bien vale la pena trabajar unido por esta causa.

Por tal motivo, se realiza el presente trabajo, que sustenta el quehacer profesional de enfermería, cuya finalidad es obtener el título de Licenciada en Enfermería, con la convicción de ser un profesional digno de la salud, útil y servicial, presentando el siguiente proceso enfermería.

---

<sup>2</sup> <http://www.enfermeria.uady.mx/sitioflash/Proceso/introducci%F3n.html> CITADO 9-06-07



## 2. OBJETIVOS DEL TRABAJO

### 2.1 Objetivo general

- ❖ Aplicar la metodología de enfermería que se fundamenta en la teoría de Virginia Henderson a un usuario con enfisema pulmonar.

### 2.2 Objetivos específicos

- ❖ Valorar al usuario con base en las catorce necesidades de Virginia Henderson.
- ❖ Identificar las necesidades alteradas.
- ❖ Elaborar los respectivos diagnósticos de enfermería.
- ❖ Planear, de acuerdo a las prioridades, las intervenciones de enfermería de acuerdo a las necesidades alteradas en el usuario.
- ❖ Ejecutar las acciones de enfermería planeadas.
- ❖ Evaluar el logro de los objetivos de acuerdo a las intervenciones de enfermería llevadas a cabo.



### 3. METODOLOGÍA

El presente trabajo es un caso clínico en un usuario con enfisema pulmonar y ha sido estructurado de acuerdo a las cinco etapas del proceso de enfermería, aplicando el modelo de Virginia Henderson y las 14 necesidades básicas del ser humano; se hace énfasis en la detección de las necesidades humanas para determinar la dependencia e independencia del usuario con el mantenimiento y conservación de su salud.

La recolección de datos en la etapa de valoración se realizó por medio de una entrevista con el usuario, utilizando como herramienta una guía que contiene la información elemental requerida sobre cada una de las catorce necesidades básicas del ser humano; las cuales fueron clasificadas por prioridad de atención, posteriormente se diseñó el diagnóstico en base a las etiquetas establecidas por la N.A.N.D.A. (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería) se elaboran bajo el formato PESS (problema, etiología, signos y síntomas) tomando en cuenta los factores relacionados con la naturaleza del problema como (falta de conocimientos, fuerza o voluntad).

La planeación se realizó de una manera jerárquica según las necesidades encontradas en de cada uno de los diagnósticos, diseñando objetivos e intervenciones.

La ejecución de los diagnósticos se llevó a cabo a mediante el plan de cuidados, para finalmente evaluar los resultados esperados.



## 4. MARCO TEÓRICO DEL PROCESO ENFERMERÍA

### Proceso Enfermería.

#### DEFINICIÓN.

El proceso de Enfermería es el sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.

Yura y Walsh (1988) afirman que “ el proceso de Enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar óptimo del cliente, y si este estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la institución exija, para llevarlo de nuevo al estado de bienestar.

En caso de que este bienestar no se pueda conseguir, el Proceso de Enfermería debería contribuir a la calidad de vida del cliente, elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible.

La ciencia de enfermería se basa en un sistema amplio de teorías. El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar.

El proceso enfermero consta de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, y evaluación- es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> MARTÍNEZ, V. Carmen. “Proceso y diagnóstico de Enfermería”. Ed. McGRAW-Hill interamericana editores, Tercera edición en español, México 2003. Pp.11



Eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos (resultados) y eficaces. También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse como pueden mejorarlo.

## **HISTORÍA.**

El proceso de enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. Hall (1955) lo describió por primera vez como un proceso distinto. Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), desarrollaron un proceso de tres fases diferentes que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual.

En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de los años 70, Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar a un proceso de cinco fases.

Desde ese momento. El Proceso de Enfermería ha sido legitimado como el sistema de la práctica de la enfermería. La ANA utilizó el proceso de enfermería como guía para el desarrollo de las pautas de la asistencia. El Proceso de Enfermería ha sido incorporado al sistema conceptual de la mayor parte de los planes de estudio de enfermería. También ha sido incluido en la definición de enfermería en la mayor parte de las leyes sobre la práctica de la enfermería. Más recientemente, se revisaron los exámenes de licenciatura de los tribunales estatales, para probar la capacidad del profesional de enfermería registrado, aspirante para utilizar los pasos del proceso de Enfermería.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Opus citem. Pp. 9,10



## OBJETIVO.

El objetivo principal del Proceso de Enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia, y de la comunidad.

El Proceso de Enfermería consiste en una relación de interacción entre el cliente y el profesional de enfermería, con el cliente como centro de atención.

El profesional de enfermería valida las observaciones con el cliente y de forma conjunta utiliza el Proceso de Enfermería.

Esto ayuda al cliente a enfrentarse a los cambios en el estado de salud y da lugar a una asistencia individualizada.<sup>5</sup>

## IMPORTANCIA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

Al sujeto de atención le permite participar en su propio cuidado; le garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, y le ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas. A la otra parte, el profesional, le facilita la comunicación; concede flexibilidad en el cuidado; le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo; le permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención; propicia el crecimiento profesional; permite asignar los sujetos de atención en forma racional y le proporciona información para investigación.”<sup>6</sup>

## LAS CARACTERÍSTICAS:

- ❖ Es un **MÉTODO** ya que consiste en una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud del usuario, familia o comunidad.

---

<sup>5</sup> Opus citem. Pp. 12

<sup>6</sup> [www.terra.es/personal/duenas/pae.htm](http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm) CITADO 17-09-2006.



- ❖ **SISTEMÁTICO** por estar conformado en cinco etapas que obedecen a un orden lógico y que conduce al logro de resultados.
- ❖ **HUMANISTA** por considerar al hombre como ser holístico.
- ❖ **INTENCIONADO** ya que se centra en el logro de objetivos.
- ❖ **DINÁMICO** por estar sometido a constantes cambios que obedecen la naturaleza del hombre.
- ❖ **FLEXIBLE** por que puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

### **BENEFICIOS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA**

- ❖ Agiliza el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales.
- ❖ Desarrolla un plan eficaz y eficiente, tanto en términos de sufrimiento humano como de gasto económico.
- ❖ Evita que se pierda de vista el factor humano.
- ❖ Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente.
- ❖ Adapta las intervenciones al individuo (no únicamente a la enfermedad).

#### **Ayuda a que:**

- ❖ Los usuarios y sus familiares se den cuenta de que su aportación es importante y de que sus puntos fuertes son recursos.
- ❖ Las enfermeras tengan la satisfacción de obtener resultados.<sup>7</sup>

Otros beneficios que aporta el proceso de enfermería es que tiene enfoque holístico, amplio, que valora el cuerpo, la mente y el espíritu y pretende potenciar al máximo la capacidad de las personas para hacer actividades que para ellas son importantes. Considera principalmente, cómo se ven afectadas las personas por los problemas de funcionamiento de los órganos y sistemas (respuestas humanas) Se centra en enseñar a mejorar el funcionamiento y a ser independiente.

---

<sup>7</sup> [www.enfermeria.uady.mx/sitioflash/Proceso/introducci%F3n.html](http://www.enfermeria.uady.mx/sitioflash/Proceso/introducci%F3n.html) CITADO 13-11-2006.



Requiere la consulta con los médicos para el tratamiento de la enfermedad o traumatismo. Le interesan las personas, sus seres allegados y los grupos.<sup>8</sup>

## **RAZONAMIENTO CRÍTICO**

### **DEFINICIÓN**

“El pensamiento crítico de enfermería, supone un pensamiento deliberado, dirigido al logro de un objetivo”.

Se orienta al paciente, a la familia y a las necesidades de la comunidad.

Se basa en los principios del proceso enfermero y del método científico.

Constantemente está reevaluándose, autocorrigiéndose y esforzándose por mejorar.

Requiere conocimientos, habilidades y experiencia.

Requiere estrategias para desarrollar al máximo el potencial humano.<sup>9</sup>

### **VENTAJAS DEL PROCESO ENFERMERÍA PARA EL PACIENTE Y LA ENFERMERA.**

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero 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.

---

<sup>8</sup> Opus citem Pág 24

<sup>9</sup> [www.enfermeria.udea.edu.comm/revista/sep99/proceso.htm](http://www.enfermeria.udea.edu.comm/revista/sep99/proceso.htm) CITADO 20-11-2006.



**Para la enfermera:**

Se convierte en experta.

Satisfacción en el trabajo.

Crecimiento profesional.

El proceso de los cuidados supone también unas ventajas profesionales importantes:

- ❖ Pone de manifiesto la contribución de la enfermera a los cuidados preventivos y curativos. Una planificación bien hecha, que responda a las necesidades de la persona, demuestra claramente la intervención de la enfermera en relación con el enfermo.
- ❖ Contribuye al desarrollo de todo un abanico de conocimientos propios de los cuidados de enfermería y favorece las intervenciones autónomas. Tras haber reconocido las dificultades de la persona cuidada, la enfermera puede preguntarse sobre lo que hay que hacer para ayudarla y organizar un conjunto de intervenciones adecuadas, Estas intervenciones se multiplican y vienen a enriquecer el campo de actuación de la enfermera.
- ❖ Permite a la enfermera ejercer un mayor control sobre su trabajo.
- ❖ Una planificación bien estructurada le proporciona unas directrices claras, basadas en su propia identificación de la dificultad, a partir de sus conocimientos y organizadas en función de lo que ella puede hacer en el marco legal de su profesión.
- ❖ Puede servir como instrumento para la evaluación de la calidad de los cuidados y de la carga de trabajo. ¡Qué mejor que el plan de cuidados para analizar la calidad de los cuidados que la enfermera dispensa al enfermo! En cuanto a la evaluación de la carga de trabajo, se facilita enormemente con el plan de cuidados, que comporta todo un apartado sobre las intervenciones autónoma.



## 4.1 ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

### LOS CINCO PASOS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

“Según el modelo más aceptado en la actualidad, las fases en las que se estructura de forma sistemática el proceso de enfermería son cinco: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación. La secuenciación ordenada de las mismas así como su interrelación permanente aporta un encuadre de trabajo claro, que brinda al profesional la herramienta adecuada para proporcionar una asistencia personalizada al paciente, considerado de forma holística, es decir, teniendo en cuenta tanto su dimensión física, como psicológica y social.”<sup>10</sup>

#### 4.1.1 PRIMERA ETAPA DE VALORACIÓN:

Es la primera fase del proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recolección y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente.

Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales.

Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

---

<sup>10</sup> Martínez, T. Ann Y Raile. A. Martha. “**Modelos y teorías de Enfermería**”. Ed Mosby/Doyna, 5ta edición, España. Pp. 132-133.



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

Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.

Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.

**Habilidades:** en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.

**Comunicarse de forma eficaz.** Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.

**Observar sistemáticamente.** Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recolectarse.

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:**

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

- ❖ Datos sobre los problemas de salud detectados en el usuario.
- ❖ Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

**En las valoraciones posteriores, se tendrá en cuenta:**

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

## **EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS SE REQUIERE**

- ❖ Conocimientos científicos.
- ❖ (Anatomía, fisiología, etc.)
- ❖ Básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- ❖ Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- ❖ Convicciones (ideas, creencias, etc.)
- ❖ Capacidad creadora, sentido común, flexibilidad.

### **Recolección de datos:**

Podemos definir dato como la información concreta sobre varios aspectos que identifican el estado de salud de un individuo; estos datos se pueden diferenciar en 4 tipos:

- ❖ Datos subjetivos.
- ❖ Datos objetivos.
- ❖ Datos antecedentes.
- ❖ Datos actuales.



**Datos subjetivos:** No se pueden medir y son propios del 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:

### Tipos de datos

- ❖ Subjetivos. La percepción individual de una situación o una serie de acontecimientos.
- ❖ Objetivos. Información susceptible de ser observada y medida.
- ❖ Históricos. Situaciones o acontecimientos que se han producido en el pasado.
- ❖ Actuales. Situaciones o acontecimientos que se están produciendo en el momento.

### Fuentes de datos.

- ❖ Primarias. Información obtenida directamente del cliente.
- ❖ Secundarias. Información sobre un cliente obtenida de otras personas, documentos o registros.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Kozier. B. ERB. G. Blanis. K Wikilson .J. M. “**fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y practica**”. Volumen I. Ed. Interamericana McGraw-Hill. 5ta Edición actualizada. México 1999. Pp. 99-130.



## **MÉTODOS PARA OBTENER DATOS:**

### **A) ENTREVISTA CLÍNICA:**

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

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

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

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

- ❖ Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- ❖ Facilitar la relación enfermera / paciente.
- ❖ Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos y también.
- ❖ Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

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

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



**Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas.

Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el usuario.

**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.
- ❖ La forma de estar y la posición corporal.
- ❖ Los gestos.
- ❖ El contacto físico.
- ❖ La forma de hablar.

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



**Empatía:** Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Pero Borrell (1989), nos aporta que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, Y otro en el que le da a entender que la comprende.

**Calidez:** Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal.

**Respeto:** Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). En palabras de Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.

**Concreción:** Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos Y compartidos de la entrevista, Borrell (1989).

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

**La autenticidad:** ésta supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos.

## **B) LA OBSERVACIÓN:**

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



Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.<sup>12</sup>

### **C) LA EXPLORACIÓN FÍSICA:**

La obtención de datos objetivos que completen o confirmen la información suministrada por el paciente se logra básicamente mediante la exploración física.

Los cuatro procedimientos básicos para la realización de la exploración física son: la inspección, la auscultación, la palpación, y la percusión.

**La inspección visual** del paciente permite obtener información sobre su constitución corporal, la existencia de deformidades congénitas o adquiridas (amputaciones, cicatrices de antiguas intervenciones quirúrgicas, etc.), la coloración y el estado de la piel y las mucosas, el estado de la conjuntiva (coloración amarillenta en los trastornos hepáticos, p, Ej.), la presencia de temblores u otras anomalías funcionales, posibles alteraciones de la marcha, etc.

**La auscultación** con un fonendoscopio permite escuchar los latidos del corazón, explorar la función respiratoria, los órganos abdominales con los movimientos de aire en su interior, etc.

**La palpación manual** posibilita apreciar la temperatura de la piel, su textura, la existencia de dolores localizados, etc. También se calibra con ella la posición y consistencia de los órganos (p. Ej. Palpando el abdomen se puede detectar la existencia de tumoraciones voluminosas o la presencia de irregularidades o anomalías en la superficie del hígado o los intestinos).

---

<sup>12</sup> Opus Citem [www.terra.es/personal/duenas/pae.htm](http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm) CITADO 11-09-06



**La percusión**, consiste en golpear suave pero firmemente con los dedos sobre el cuerpo del paciente, posibilita la obtención de datos como la presencia o ausencia de líquido en la cavidad abdominal (ascitis) o de un exceso de gases, por ejemplo.

Al realizar la exploración física, el profesional de enfermería debe observar atentamente el comportamiento general del paciente, a fin de obtener información complementaria sobre sus rasgos psicológicos y su estado mental.

Conviene fijarse, por ejemplo, en si esta orientado respecto al tiempo y espacio (si sabe que día de la semana es y donde se encuentra), qué grado de coordinación de movimientos presenta, si colabora activamente o no, o cuál es el nivel de comprensión de las indicaciones que se le hacen.

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

Solo mediante esta tarea de confirmación y contraste de datos se garantiza la fiabilidad de la valoración y de la historia de enfermería.

Por último cabe señalar que la información facilitada por los familiares o acompañantes del paciente constituye muchas veces una valiosa fuente de datos para completar la historia de enfermería, al indicar determinadas peculiaridades del enfermo que convenga tener en cuenta (por ejemplo, su propensión a abandonar los tratamientos, su miedo ante determinados procedimientos, etc.).



Igualmente y sobre todo en algunos casos (ancianos, niños, personas con dificultades de comunicación, etc.), los familiares podrán informar sobre datos objetivos de interés, tales como la medicación que el paciente está tomando, sus hábitos de sueño, alimentación, etc., y, en general, facilitar información privilegiada sobre aspectos del paciente en su entorno habitual.<sup>13</sup>

### **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 (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987), etc.

La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información.

Estas categorías ya las hemos visto en el apartado de examen físico y como habíamos apuntado, para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc.

### **LOS COMPONENTES DE LA VALORACIÓN.**

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

---

<sup>13</sup> Kozier. B. ERB. G. Blanis. K Wikilson .J. M. "fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y practica". Volumen I. Ed. Interamericana McGraw-Hill. 5ta Edición actualizada. México 1999. Pp 130 – 166.



La valoración mediante patrones funcionales (funcionamiento) se realiza en términos mensurables y no abstractos (necesidades), en este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración, aunque no por ello hay que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de necesidades; antes al contrario, se complementa, Tomás Vidal (1994). Los diagnósticos de enfermería nos ayudan en tarea de fundamentar los problemas detectados en las necesidades humanas, esto es, nos confirmarán la carencia de las necesidades básicas.

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

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

- ❖ Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- ❖ Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad (véase tema referente a la garantía de la calidad de los cuidados enfermeros).
- ❖ 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 (1989), establece para la correcta anotación de registros en la documentación son:**

- A) 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.



- B) Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- C) Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, normal, regular, etc.
- D) Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, etc.
- E) La anotación debe ser clara y concisa.
- F) Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
- G) Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso

### **AGRUPACIÓN DE DATOS.**

Tras haber reunido los datos del paciente, hemos de estructurarlos en categorías de información que nos ayudarán a identificar las capacidades del paciente y sus problemas de salud. Esto dependerá de nuestros conocimientos, habilidades y preferencias.

Agrupación de datos según las necesidades humanas de Maslow.

- ❖ Agrupar los datos concernientes a las necesidades humanas (necesidades de supervivencia) como por ejemplo los alimentos, líquidos, O<sub>2</sub>, calor...
- ❖ Agrupar los datos concernientes a las necesidades de seguridad y protección, como por ejemplo aquellas cosas necesarias para mantener la seguridad física (barandilla de una cama) y psicológicas (manta favorita de un niño)
- ❖ Agrupar los datos concernientes a las necesidades afectivas y posesivas, como por ejemplo los miembros de la familia, otras personas significativas...
- ❖ Agrupar los datos concernientes a necesidades de autoestima, como por ejemplo aquellas cosas que hacen que la persona se siente bien consigo misma.



- ❖ Agrupar los datos concernientes a necesidades de autorrealización, como por ejemplo la necesidad de crecer, cambiar y conseguir objetivos.

La agrupación de datos dependerá de nuestros conocimientos, destreza, y preferencias:

- ❖ Valoración según V. Henderson (Maslow)
- ❖ Valoración según Gordon Modelos funcionales de salud.
- ❖ Valoración según D. Orem autocuidado. <sup>14</sup>

#### 4.1.2 SEGUNDA ETAPA DIAGNÓSTICO.

##### **Definición:**

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una “función intelectual compleja”, (Iyer 1997:3) al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como de los recursos existentes (capacidades).” <sup>15</sup>

##### **Para realizar esta etapa se requieren de cuatro pasos fundamentales:**

1. Razonamiento diagnóstico
2. Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.
3. Validación.
4. Registro de diagnóstico enfermeros y problemas interdependientes.

#### **RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO**

“Es la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas (Alfaro 1999). La enfermera (o) durante el razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico”.<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> Opus citem [www.enfermeria.udea.edu.co/revista/sep99/proceso.htm](http://www.enfermeria.udea.edu.co/revista/sep99/proceso.htm) CITADO 20-11-2006.

<sup>15</sup> RODRÍGUEZ, S. Bertha A. “**Proceso enfermero aplicación actual**”. Ed. Cuellar, 2da Edición, México 2001. P. 51

<sup>16</sup> Opus citem. P. 51



## TIPOS Y COMPONENTES DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Existen cuatro tipos de diagnósticos de enfermería: Reales, de Riesgo, Posibles, De bienestar o de síndrome.

### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA REALES.

Un diagnóstico de enfermería real describe un problema que ha sido confirmado por la presencia de las características principales que lo definen.

Este tipo de diagnósticos de enfermería consta de cuatro componentes: Etiqueta, definición, características que lo definen y factores relacionados.

#### **Etiqueta.**

Consta de términos claros y concisos que comunican el significado del diagnóstico.

#### **Definición de etiqueta.**

Es la precisión que ayuda a diferenciar un diagnóstico determinado de otro diagnóstico parecido.

#### **Definición de característica definitoria.**

En un diagnóstico de enfermería real, las características definitorias son los signos y los síntomas que, en conjunto constituyen ese diagnóstico y se dividen en dos grupos: Principales y secundarios.

#### **Principales**

- ❖ Son enunciados que no han sido investigados: para confirmar el diagnóstico debe aparecer al menos una característica principal. A su vez, los diagnósticos investigados deben de aparecer al menos una característica principal en el 80% al 100% de los casos.



## Secundarios

- ❖ Son los datos que proporcionan y corroboran el diagnóstico, pero pueden estar ausentes.

## Definición de los factores relacionados

Son aquellos que han contribuido al cambio del estado de la salud. Estos factores pueden agruparse en cuatro categorías: fisiológicos (Biológicos o psicológicos) relacionados con el tratamiento, de situación (ambientales, personales) y de maduración. Ejemplo de dichas categorías:

1. **Fisiopatológicos.** Son de carácter biológico y psicológico, como el sistema inmunitario comprometido, circulación periférica inadecuada.
2. **De situación.** Ambientales, domicilio, comunitarios, institución, personales y las experiencias vitales de rol.
3. **Relacionados con el tratamiento.** Medicamentos, pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas y tratamiento.
4. **De maduración.** Influencias relacionadas con la edad.

## Redacción del diagnóstico de Enfermería real

Redacte el enunciado diagnóstico en relación con los factores relacionados específicos. Ejemplo:

Intolerancia a la actividad, relacionada con un aporte energético deficiente, manifestado por disminución del gasto cardíaco, disnea, y una incapacidad para recuperar el pulso basal de 78-84 después de 3 minutos.”<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> LINDA Y JUAII CARPENITO, “**Diagnósticos de Enfermería Aplicaciones a la practica Clínica**”. Ed. McGraw-Hill Interamericana, 9 Edición, España, 2002. Pp. 2-15.



## **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DE RIESGO Y DE ALTO RIESGO.**

Un diagnóstico de enfermería de riesgo, según la definición de la NANDA, es “un juicio clínico de que un individuo, una familia o una comunidad están más predispuestos a desarrollar el problema que otros en una situación igual o parecida”.<sup>18</sup>

El concepto de riesgo tiene una utilidad clínica: las enfermeras, de forma sistemática, previenen problemas en poblaciones que no son de alto riesgo.

Por ejemplo, todos los clientes operados son vulnerables a las infecciones en relación con la pérdida de la barrera protectora secundaria a la incisión.

### **Etiqueta**

En un diagnóstico de enfermería de riesgo, la descripción concisa de la alteración del estado de salud del cliente viene precedida por el término “riesgo de” para las poblaciones de alto riesgo se utiliza la expresión “Alto riesgo de”

### **Definición**

Al igual que en el diagnóstico de enfermería real, la definición en el diagnóstico de riesgo expresa un significado preciso y claro del diagnóstico.

### **Factores relacionados**

Los factores relacionados de los diagnósticos de enfermería de riesgo identifican aquellas situaciones que incrementan la vulnerabilidad de un cliente o grupo.

Estos factores distinguen a los clientes y grupos de alto riesgo del resto de la población que corre un cierto riesgo.

---

<sup>18</sup> Opus Citem pp. 9-12



### **Redacción del diagnóstico de riesgo y de alto riesgo.**

Anote “riesgo de”, antes del enunciado diagnóstico en relación con los factores de riesgo ejemplo:

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionada con la inmovilidad y fatiga.

### **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA POSIBLES.**

Los diagnósticos de enfermería posibles: 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).

La palabra **Posible** en los diagnósticos de enfermería, se emplea para describir problemas que pueden existir pero que necesitan datos adicionales para ser confirmados o descartados.

Los diagnósticos de enfermería posibles son enunciados de dos partes consistentes en:

El diagnóstico de enfermería posible.

Los datos “relacionados con” que conducen a la enfermera a sospechar el diagnóstico.

### **Ejemplo:**

Posible trastorno del auto concepto relacionado con una pérdida reciente de las responsabilidades del rol. Secundaria a una exacerbación de esclerosis múltiple.



## **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DE BIENESTAR.**

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.

Los diagnósticos de bienestar se escriben como enunciados de una parte, conteniendo solo la etiqueta.

Empiezan por “potencial de favorecer”, y a continuación se expresa el grado superior de bienestar que la persona o grupo desean.

### **Ejemplo.**

Potencial para favorecer los procesos familiares.

## **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DE SINDROME**

Son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

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.

Síndrome deriva de la palabra griega que significa “que marchan juntos”, los síndromes suelen tener una causa única o representar un grupo de características coincidentes cuya etiología se desconoce.

Hasta hoy en día, la NANDA ha formulado cinco diagnósticos de síndromes: Síndrome traumático de violación, síndrome de desuso, síndrome postraumático, síndrome de estrés por traslado y síndrome de interpretación alterada del entorno.

Estos síndromes aglutinan signos y síntomas, no diagnósticos de enfermería reales o de riesgo.<sup>19</sup>

### **LOS PASOS PARA LA FORMULACIÓN DE UN DIAGNÓSTICO SON:**

#### 1. Identificación de problemas:

Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis.

Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

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

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

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del que hacer profesional.

---

<sup>19</sup> Opus citem <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm> citado 11-09-2006.



La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios:

**Investigación:**

Para poder investigar sobre los problemas de salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros.

Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos.

En este momento los diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:

Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.

Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los diagnósticos de enfermería aceptados.

Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo diagnóstico.

Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada.

Identificar nuevas áreas de competencia en enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos diagnósticos.



### **Docencia:**

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

Permite:

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

### **Asistencial:**

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

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



### **Gestión:**

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

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

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

Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

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.

#### **Directrices a considerar en la redacción de un diagnóstico.**

Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por".

No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.

La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de enfermería.

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

Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recolectado y validado con el usuario.



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

No mencionar signos y síntomas en la primera parte del diagnóstico.

No indique el diagnóstico de enfermería como si fuera un diagnóstico médico.

No escriba un diagnóstico de enfermería que repita una orden médica.

No rebautice un problema médico para convertirlo en un diagnóstico de enfermería.

No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

### **PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES.**

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

La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras.

La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud.

Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.



La dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de enfermería, y que no requiere la supervisión, gracias a su formación y experiencia práctica son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

## **COMO SE ESTRUCTURAN LOS PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES**

Los problemas interdependientes precisan del empleo de terminología médica y de la participación conjunta de los integrantes del equipo sanitario, razón por la cual “no debe emplearse la taxonomía diagnóstica enfermera para renombrar situaciones fisiológicas, que ya tienen un nombre” (Luís 1998:7).

En la redacción de problemas interdependientes reales se necesita del problema, etiología del problema y sintomatología; los problemas interdependientes de riesgo únicamente requieren del problema y etiología; así como de las palabras riesgo de: al inicio de su formulación.

Para unir el problema a la etiología se recomienda utilizar las palabras secundario a: y para integrar la sintomatología a la formulación se emplean las palabras manifestado por:

### **Ejemplo:**

- ❖ Insuficiencia respiratoria secundaria a enfermedad pulmonar obstructiva crónica, manifestada por: disnea, taquipnea, taquicardia, cianosis, y aleteo nasal.

### **Validación de los diagnósticos.**

La validación consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes y se formula de la siguiente forma:



1. La información recolectada del usuario /familia fue suficiente.
2. El análisis y la agrupación de datos se hicieron en forma correcta.
3. Las deducciones realizadas fueron acertadas.
4. La identificación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes fue correcta.
5. Para asignar el nombre a la respuesta humana se compararon los datos obtenidos con las características definitorias y factores relacionados de las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A.
6. Para asignar el nombre a la respuesta fisiológica se consultaron fuentes bibliográficas y a otros profesionales del área de la salud.
7. Los factores relacionados o de riesgo corresponden al problema que se identificó
8. La estructura de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes se apegó a lo establecido

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

### **COMO REALIZAR EL REGISTRO DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS Y PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES.**

Una vez validados los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, pueden escribirse en la hoja de notas de enfermería y en los planes de cuidados para iniciar con la etapa de planeación.<sup>20</sup>

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:

---

<sup>20</sup> Opus citem RODRÍGUEZ, S. Bertha a. "Proceso enfermero aplicación actual", Ed. Cuellar, 2ª Edición, México 2001. Pp. 69-72.



**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:**

- ❖ Recolectar 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.

**LAS VENTAJAS DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO.**

Algunas personas preguntan sobre la utilidad del diagnóstico enfermero: en su opinión, se trata de un proceso complejo que exige tiempo y una formación especial.

Sin embargo, el diagnóstico enfermero supone numerosas ventajas para el enfermo, para el organismo en que trabaja la enfermera y para la misma profesión. En efecto, permite:



- ❖ Identificar los problemas de la persona para poderla ayudarla.
- ❖ Centrar los cuidados en los aspectos de enfermería más que en los aspectos médicos.
- ❖ Ofrecer al enfermo unos cuidados de mejor calidad, unos cuidados personalizados y más humanos.
- ❖ Adoptar un vocabulario común, aceptado y comprendido en todas partes, facilitando así la comunicación entre los miembros de los equipos de cuidados.
- ❖ Facilitar la coordinación del trabajo del equipo al dirigirse a un fin concreto.
- ❖ Dar una mayor importancia a la prevención.
- ❖ Proporcionar elementos de información para evaluar la carga de trabajo.
- ❖ Establecer una base para la evaluación de la calidad de los cuidados.
- ❖ Dar al trabajo de la enfermera un carácter más riguroso, más científico.
- ❖ Acentuar la importancia del rol de la enfermera dentro del equipo interdisciplinario y en la sociedad en general.
- ❖ Reflejar mejor el carácter profesional del rol de la enfermera.
- ❖ Desarrollar el saber enfermero.

## **EL DIAGNÓSTICO ENFERMERO Y EL JUICIO CLÍNICO.**

Se dice que el diagnóstico enfermero es un juicio clínico que emite la enfermera sobre la reacción de una persona frente a su problema de salud. Podemos entonces preguntarnos lo que significa la expresión “juicio clínico”, puesto que este juicio es el fundamento del razonamiento de la enfermera que establece un diagnóstico de enfermería.

### **JUICIO CLÍNICO.**

Es el acto del intelecto de emitir una apreciación, una opinión, de llegar a una conclusión a partir de un conjunto de signos y síntomas en referencia al estado de salud de una persona.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> [http://es.wikipedia.org/wiki/Diagn%C3%B3stico\\_de\\_enfermer%C3%ADa](http://es.wikipedia.org/wiki/Diagn%C3%B3stico_de_enfermer%C3%ADa) CITADO 20-05-07.



Factores relacionados o de riesgo.

Son aquellas situaciones clínicas y personales que pueden modificar el estado de salud o influir en el desarrollo de un problema como son:

- ❖ Psicopatológicos; como la diabetes, la anorexia.
  - Relacionados con el tratamiento; medicamentos, estudios diagnósticos, tratamientos.
  - Situacionales; comunidad, institución.
  - De maduración; experiencias personales, roles.
  
- ❖ Diagnóstico de enfermería de riesgo, describe las respuestas humanas a estados de salud / procesos vitales que pueden desarrollarse en el individuo, familia o comunidad vulnerables, está apoyado por factores de riesgo que contribuyen a aumentar la vulnerabilidad.
  
- ❖ Diagnósticos de enfermería de salud, describe las repuestas humanas a los niveles de salud en un individuo, familia o comunidad que presenta el potencial de avance a un nivel más elevado de salud.

#### **4.1.3 TERCERA ETAPA DE PLANEACIÓN.**

**PLANEACIÓN:** Es el proceso de diseñar estrategias o intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud del usuario y que se han identificado durante el diagnóstico.

#### **PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

Esta fase se inicia después de la formulación del diagnóstico de enfermería y concluye con la documentación real del plan de cuidados.

La fase de planeación consiste en la determinación del curso concreto de acción que habrá de fijarse el profesional de enfermería.



Realizar el diseño u organización de elementos para alcanzar un objetivo.

Proceso deliberado y sistemático fundamental para proporcionar cuidados de enfermería de calidad.

### **ETAPAS DE LA PLANEACIÓN.**

1. Establecimiento de prioridades.
2. Establecimiento de objetivos y criterios de resultados.
3. Desarrollo de intervenciones de enfermería.
4. Registrar el plan de cuidados.

**DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES:** Es una habilidad esencial del pensamiento crítico que requiere que la enfermera sea capaz de decidir.

1. Qué problemas necesitan atención inmediata.
2. Qué problemas son responsabilidad de enfermería y cuales debe referir a otros profesionales.
3. Qué problemas puede tratar aplicando los planes de cuidados estándares.
4. Qué problemas no están cubiertos por los planes de cuidados estándares pero deben tratarse para garantizar la seguridad del paciente durante su estancia en el hospital.

### **PRINCIPIOS BASICOS PARA LA DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES**

- ❖ Elegir un método para asignar prioridades y emplearlo de forma sistemática, ejemplo. La pirámide de Maslow.
- ❖ Asignar una alta prioridad a los problemas que son factores contribuyentes de otros: Ejemplo. Paciente que presenta dolor articular por lo que tiene limitación para la movilidad, se deberá dar prioridad al alivio del dolor ya que este contribuirá a dar solución al problema de movilidad.
- ❖ Capacidad para determinar con éxito las prioridades; está influida por la comprensión de:



**La percepción de las prioridades de la persona:** si el paciente no está de acuerdo con las prioridades que la enfermera ha fijado, es poco probable que el plan tenga éxito difícilmente.

**La imagen general de los problemas detectados:** si al contemplar la imagen general se da cuenta que el paciente tiene problemas respiratorios debido a un ataque de ansiedad, entonces hay que resolver la ansiedad, que es el problema más importante en éste caso.

**El estado general de salud del paciente y los objetivos para el alta:** la educación sanitaria es de alta prioridad, pero para el paciente es más importante su situación actual.

**La duración estimada de estancia:** en las estancias cortas es preciso centrar la atención en lo que debe hacerse, más que lo que le gustaría hacer.

**Cómo se aplican los planes de cuidados en relación con los estándares:** documento que determina el nivel mínimo de cuidados habituales proporcionados a todos los pacientes en ciertas situaciones.

### **ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES:**

Es establecer un orden preferencial para las estrategias.  
Adquirir la capacidad de valorar en conjunto todos los problemas y cómo estos afectan al paciente.

### **ETAPAS.**

1. Estructurar una lista de diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes.
2. Decidir lo más importantes.
3. Determinar el orden (jerarquizar).



### **EJEMPLO:**

1. Problemas que ponen en riesgo la vida del paciente.
2. Problemas que ponen en riesgo la función.
3. Calidad de vida.<sup>22</sup>

### **DETERMINACIÓN DE OBJETIVOS (METAS ESPERADAS).**

Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el sujeto de atención y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en el diagnóstico de enfermería.

Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería o problema; deben quedar siempre por escrito con el fin de que todo el personal que atiende al sujeto conozca claramente lo que se desea lograr con él y, por tanto, determinar si se alcanzó o no el objetivo.

Los resultados esperados, o metas, deben estar centrados en el comportamiento del sujeto de atención, ser claras y concisas, ser observables y medibles, e incluir indicadores de desempeño; además, deben estar limitadas en el tiempo a corto y largo plazo, y ser ajustadas a la realidad definidas en forma conjunta con el sujeto de atención.

Las metas pueden abarcar múltiples aspectos de la respuesta humana (como el aspecto físico y funciones del cuerpo), los síntomas, los conocimientos, las habilidades psicomotrices y los sentimientos o estados emocionales.<sup>23</sup>

---

<sup>22</sup> <http://www.uady.mx/~enfermer/sitioflash/Proceso/planificaci%F3n.html> CITADO 18-11-2006.

<sup>23</sup> Opus citem, [www.enfermeria.udea.edu.co/revista/sep99/proceso.htm](http://www.enfermeria.udea.edu.co/revista/sep99/proceso.htm) CITADO 20-11-2006.



## **OBJETIVOS DE CUIDADOS**

### **PRIMER PASO DE LA PLANEACIÓN.**

El primer paso en la planeación de los cuidados está constituido por los objetivos. Su elaboración constituye la fase de decisión por excelencia en el proceso de cuidados.

A partir de las conclusiones aportadas por el diagnóstico de enfermería, la enfermera elige en este momento la orientación que va a seguir, decide el cambio que va a provocar en el cliente para que se pueda resolver sus problemas de dependencia.

Es por lo tanto, el momento en que decide dar una orientación determinada a su acción. Pero para poder llegar a una meta, es muy importante tener claro a donde se quiere llegar, porque, como dice Mager, si usted no sabe a o donde va posiblemente no llegara a ningún sitio.

Por eso, antes de decidir las intervenciones que se van a ejercer, es esencial que la enfermera determine a dónde quiere llegar, que elabore unos objetivos de cuidados.

### **DEFINICIÓN.**

“Un objetivo de cuidados puede definirse como una meta a la que se quiere llegue el cliente”.<sup>24</sup>

Se trata de una intención dada a los cuidados, expresada por medio de la descripción de un comportamiento esperado en el cliente, o de un resultado que se desea obtener, después de la puesta en marcha de una serie de medidas o de intervenciones.

---

<sup>24</sup> U.M.S.N.H. Antología de las Necesidades fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson. Curso de proceso enfermería, Facultad de Enfermería 2006.



El objetivo de los cuidados tiene como punto de mira el comportamiento, la actitud o la acción del propio cliente. En este momento el proceso es el cliente el que está en primer plano.

### **CARACTERÍSTICAS DE UN OBJETIVO DE CUIDADOS.**

El objetivo de cuidados debe permitir a la enfermera identificar con claridad el punto hacia donde desea conducir al cliente, es decir, debe describir cuál es el resultado que persigue con su acción.

Para que sea así tiene que evitar cualquier tipo de formulaciones imprecisas o vagas.

Debe expresar sus objetivos de forma específica, en función del comportamiento del cliente, es decir, en función de la meta y grado de implicación que se espera de él.

Estos objetivos deben ser igualmente realistas y observables.

### **COMPONENTES DE LOS OBJETIVOS**

1. Especificidad (sujeto).
2. Acción esperada (verbo).
3. Nivel de compromiso (condiciones).
4. Realismo (posible).
5. Criterio de medición.

### **COMPONENTE DE UN OBJETIVO.**

Las características enunciadas anteriormente indican cómo he de ser la composición de un objetivo; llevan a la enfermera a incluir en los objetivos que se marca determinadas precisiones esenciales.



Sujeto único.

Para que un objetivo sea específico debe orientarse hacia un solo sujeto cada vez, es decir, hacia el mismo cliente.

En algunos casos, es el esposo, en otros es la familia, o en sentido más amplio, una colectividad.

**Debe de responder a esta pregunta:**

¿Quién realiza la acción?

**Verbo activo o pasivo**

Generalmente se admite que la formulación de un objetivo ha de utilizar un verbo en voz activa que exprese, a ser posible, un solo comportamiento cada vez.

(Ejemplo: Levantarse, comer, hacer flexiones de rodilla, realizar inspiraciones profundas, elegir los alimentos del menú, etc.)

Cuando varias acciones se suelen realizar al mismo tiempo pueden juntarse en un solo objetivo (Ejemplo: El cliente se levantará y dará algunos pasos por la habitación).

Como puede uno darse cuenta, estos verbos representan acciones objetivamente observables.

Estas acciones permiten responder a la pregunta:

**¿Qué tiene que hacer el cliente?**

Puede ocurrir que, dada, la dependencia del cliente, la utilización del verbo activo sea exagerada, ya que la suplencia de la en la satisfacción de sus necesidades es casi total.



Puede igualmente darse el caso de un problema potencial que se desea prevenir; en este caso el cliente no siempre puede manifestar el mismo grado de implicación.

Entonces el objetivo adquiere un carácter más pasivo; en todo caso, el cliente es siempre el sujeto.

Se expresa en función de la urgencia o de las necesidades de la situación.

### **Ejemplos:**

Carmen será vigilada cada hora en relación con los signos y síntomas de hipo o hiperglucemia.

El señor Antonio (cliente con tendencia suicida) será vigilado constantemente por un miembro del personal.

Aquí el objetivo ha de responder a la pregunta:

### **¿Qué se ha de hacer para el cliente?**

No hay que olvidar, sin embargo, que incluso en estos casos, el objetivo debe ser evaluable y expresado con toda precisión.

### **Elementos descriptivos de la acción.**

El objetivo debe igualmente expresar de qué forma se realiza la acción del cliente. Con o sin asistencia, con qué medios.

- ❖ Ejemplos. El cliente caminará con ayuda.
  
- ❖ El objetivo responderá a la pregunta:

### **¿Cómo se hace la acción?**



### **Criterios de observación.**

El objetivo debe expresar también criterios precisos de observación, es decir debe determinar en que momento y en qué medida debe realizarse la acción.

**Ejemplo:** El cliente caminará con ayuda, tres veces al día, durante cinco minutos.

El objetivo deberá responder también a la pregunta:

**¿En qué medida se realiza la acción?**

### **CAMPOS A LOS QUE PUEDEN PERTENECER LOS OBJETIVOS DE CUIDADOS**

Los objetivos de cuidados pueden pertenecer a campos muy diferentes. Pueden ser:

- ❖ **De naturaleza psicomotriz**, cuando lo que está implicado es el movimiento (por ejemplo, ejecutar rotaciones de espalda, girarse con ayuda, pronunciar consonantes, etc.).
- ❖ **De naturaleza cognitiva**, cuando se refiere al conocimiento. (Por ejemplo: enumerar cuatro frutas que contengan potasio; describir dos posibles complicaciones derivadas de una comprensión de escayola, etc.).
- ❖ **De naturaleza afectiva**, cuando están interesadas las sensaciones, las emociones y los sentimientos. (por ejemplo: expresar su inquietud frente al estado en que se encuentra, aceptar el tratamiento. Etc.)

Para un mismo problema de cuidados pueden elaborarse objetivos relacionados con distintos campos.

Por ejemplo, para un cliente al que se quiere preparar para una intervención quirúrgica, un objetivo puede ser que esta persona verbalice sus sentimientos; otro, ofrecer información sobre la intervención a que se va a ser sometido, un tercero, explicarle los ejercicios posteriores que tendrá que practicar.



## OBJETIVOS A CORTO, MEDIO Y LARGO PLAZO

Los objetivos describen cambios esperados en el comportamiento del cliente, pero el plazo previsto para que se lleven a cabo no tiene por qué ser necesariamente el mismo para todos.

Algunos de ellos se podrán conseguir a corto plazo, en horas o en pocos días.

### **Ejemplo:**

La señora María permanecerá sentada en el sillón durante una hora tres veces al día.

Se trata de un objetivo que la cliente debe ejecutar con cierta prematura y que, dentro de unos días tendrá que ser evaluado y probablemente modificado.

Se trata de un objetivo a corto plazo.

Es evidente que un objetivo a largo plazo requiere otros a corto y medio plazo que le permitan conseguirlo.

### **Ejemplo:**

La señora Norma deberá hacer cada día tres veces, ejercicios de flexión de los dedos y de las muñecas (corto plazo).

De aquí a una semana, será capaz de presionar una pelota de goma de forma alternativa con ambas manos (mediano plazo).

Los objetivos acumulados conducen poco a poco al objetivo a largo plazo fijando previamente.

Probablemente en un mes esta persona podrá ponerse a tricotar un poco.



## **OBJETIVOS CONSTANTES.**

Otro tipo de objetivos que la enfermera debe elaborar con frecuencia son los que deben mantenerse constantemente en el plan de cuidados, porque las intervenciones que originan tienen que proseguir sin descanso durante largo tiempo. Se trata de los objetivos constantes.

**Ejemplo:** El señor Salvador mantendrá siempre su pierna derecha bien alineada.

Estos objetivos no siempre dan lugar a intervenciones de la misma naturaleza.<sup>25</sup>

## **INTERVENCIONES: SEGUNDO PASO DE LA PLANEACIÓN.**

### **ACTUACIONES DE ENFERMERÍA:**

“Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al cliente al logro de los resultados esperados”.

Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema (Iyer 1989).<sup>26</sup>

El cliente 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 cliente y sus familiares, como se explicó anteriormente.

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

---

<sup>25</sup> Opus citem.

<sup>26</sup> Opus citem, [www.terra.es/personal/duenas/pae.htm](http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm) . CITADO 11-09-2006.



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

La enfermera/o toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios.

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, también influyen los recursos financieros.

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.

Recordaremos 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 cliente 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 siendo las siguientes:
- ❖ 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.

La determinación de las actuaciones de enfermería que son necesarias para resolver o disminuir el problema, requiere de un método.

Los pasos a seguir son los que siguen:

1. Definir el problema (diagnóstico).
2. identificar las acciones alternativas posibles.
3. Seleccionar las alternativas factibles.

El segundo paso de este método consiste en desarrollar todas las soluciones o alternativas posibles.

El éxito de las actuaciones de enfermería dependerá de la capacidad del profesional para elegir actividades y posteriormente desarrollar las más adecuadas para obtener los resultados esperados, solución del problema / diagnóstico posibles.

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



Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problema / diagnósticos de enfermería.

Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.

Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.

Consulta y remisión a otros profesionales.

Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería.

Ayudar a los clientes a realizar las actividades por sí mismos.

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

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

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

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



Las actuaciones de enfermería son aquellas actividades que necesariamente deben hacerse, para obtener los resultados esperados, y deben definirse para cada diagnóstico de enfermería y problema interdependiente.

## **DOCUMENTACIÓN EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

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

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

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

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

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

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

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

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:



- ❖ Diagnósticos de enfermería / problemas interdependientes.
- ❖ Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- ❖ Ordenes de enfermería (actividades),
- ❖ Evaluación (informe de evolución).

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

- ❖ Hoja de admisión que recolecta la información de la valoración.
- ❖ Documento donde se registra: Los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- ❖ Documento de evaluación.
- ❖ De una manera u otra, en la actualidad, todos los planes de cuidados utilizan estos documentos.

### **TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS:**

Son: 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.

Kahl et al (1991) nos indican que con la informatización de los servicios de salud, la documentación tiende a disminuir.

Veamos cuales son los objetivos de la informatización de los planes de cuidados, mediante la revisión de autores que hace Serrano Sastre, M.R. (1994), recolecta de autores como Hannah (1988), Hoy (1990), Kahl (1991) y otros, los objetivos para informatizar los planes de cuidados de enfermería, y estos son:

- ❖ Registrar la información de manera rápida, clara y concisa
- ❖ Recabar la información precisa sobre el estado de salud, que permite una óptima planificación de los cuidados, su revisión y la mejora del plan,
- ❖ Facilitar la continuidad de los cuidados, tanto en el hospital como la comunicación con otros servicios de salud.
- ❖ Evitar la repetición de los datos.
- ❖ Facilitar datos a la investigación y a la educación.
- ❖ Posibilitar el cálculo del coste-beneficio del servicio hospitalario.
- ❖ Los beneficios que se obtienen tras la informatización de la documentación enfermera son según Kahl et al (1991):
- ❖ Eliminación del papeleo.
- ❖ Los planes de cuidados mantienen su flexibilidad y son personalizados.
- ❖ Los datos incluidos son más relevantes y más exactos.



## COMPRENSIÓN DE LOS PROBLEMAS INTERDISCIPLINARIOS.

### **TIENE 3 NIVELES**

#### ENFERMERA

- ❖ **SUSTITUTA:** Compensa lo que falta.
- ❖ **AYUDANTE:** Establece cuidados.
- ❖ **COMPAÑERA:** Entender, escuchar y comprender.

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

Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.

Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico- analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.

Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.

Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.  
Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.  
Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> J Hernández Conesa, M. Esteban Albert, “Fundamentos de Enfermería, teorías y Métodos”. Ed. McGraw-Hill Interamericana, 1era Edición, España, 199. Pp. 131-140.



#### **4.1.4 ETAPA CUATRO: EJECUCIÓN**

La fase de ejecución comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados.

**La ejecución se lleva a acabo en tres etapas:**

1. Preparación
2. Intervención
3. Documentación

#### **Etapa 1: Preparación**

La primera etapa de la fase de ejecución le exige que se prepare para comenzar las intervenciones de enfermería. Esta preparación consiste en una serie de actividades:

Revisión de las intervenciones de enfermería para asegurarse de que son compatibles con el plan de cuidados establecido.

Antes de la prestación de la asistencia, revise el plan de cuidados. Esto le permitirá determinar si las intervenciones son suficientes para el cliente y si son compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria.

Análisis del conocimiento de enfermería y de las habilidades necesarias.

Después de revisar las intervenciones en el plan de cuidados, debe identificar el nivel de conocimientos y tipos de habilidades exigidas para la ejecución. Determine si tiene el conocimiento necesario y si puede poner en práctica las habilidades o los recursos que necesitará para prestar los cuidados.



Reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a actividades de enfermería concretas.

El inicio de determinados procedimientos de enfermería puede llevar consigo riesgos potenciales para el cliente. Se necesita conocer las complicaciones más habituales asociadas a las actividades especificadas en las intervenciones de enfermería del cliente.

Proporcionar los recursos necesarios.

En el momento de prepararse para iniciar una intervención de enfermería, hay que tener en cuenta algunas cuestiones acerca de los recursos, como son el tiempo, el profesional y el material.

Preparación de un entorno seguro que conduzca a los tipos de actividades necesarios.

La ejecución con éxito de las intervenciones de enfermería exige un entorno en el que el cliente se sienta cómodo y seguro siendo:

Bienestar. La creación de un ambiente agradable debe tener en cuenta tanto componentes físicos como psicosociales. Entre las preocupaciones físicas se encuentran el entorno inmediato, intimidad, ruido, olor, iluminación y temperatura.

Seguridad.

Grado de movilidad. El grado de movilidad del cliente puede verse afectado por una enfermedad o un traumatismo, por limitaciones externas como la tracción o las escayolas o por la necesidad de conservar la energía o el equilibrio.

Déficit sensorial. El cliente que tiene una disminución de la percepción visual, auditiva, olfativa o táctil puede presentar riesgo de lesión.



Nivel de conciencia/ orientación. Los clientes con niveles de conciencia reducido o desorientados, a menudo requieren una atención especial o intervenciones que fomenten su salud. Ciertas respuestas exigen la realización de adaptaciones de su entorno para evitar las lesiones.

### **Etapas 2: Intervención.**

Refuerzo de las cualidades. Se estudian las cualidades del cliente, sus problemas y las relaciones con los demás.

Ayuda en las actividades de la vida diaria. El baño, el uso del W.C. el acicalamiento, el vestido la alimentación y la deambulacion son consideradas actividades de la vida diaria. Muchos clientes necesitan la atención de enfermería porque existe algún problema que interfiere con su capacidad de cuidar de sí mismos.

Supervisión del trabajo de otros miembros del equipo de enfermería. Como coordinador del equipo de enfermería, el profesional titulado es legalmente responsable de la prestación de los cuidados de enfermería.

Comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria. El profesional de enfermería titulado es responsable de coordinar la atención del paciente para asegurar la continuidad y un enfoque organizado que resuelva los problemas del cliente.

El proceso de enseñanza-aprendizaje para el cliente, incluye la adquisición de nuevos conocimientos, actitudes y habilidades y cambios de conducta relacionados. Prestación de cuidados para conseguir los objetivos del cliente.

### **Etapas 3: Documentación.**

La ejecución de intervenciones de enfermería debe ir seguida de una documentación completa y exacta de los acontecimientos que tienen lugar en esta etapa del proceso de enfermería.



## SITUACIONES O REACCIONES DEL CLIENTE DURANTE LA EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS.

**El estrés** es un sentimiento de incomodidad de tensión que experimenta a persona frente a la vida.

Se presenta en forma aguda ante el dolor, el miedo, la inquietud, etc.

Sus manifestaciones físicas son importantes.

Puede ir desde una modificación ligera del pulso, de la respiración o de la tensión arterial, hasta una elevación muy significativa de los signos vitales.

La enfermera aprende a descubrir y evaluar el grado de intensidad de dichas manifestaciones, su presencia debe ofrecer seguridad al cliente, y su relación de ayuda puede ser un apoyo importante para la persona que tiene ansiedad.

**El miedo** se trata de un sentimiento que experimenta el sujeto ante el peligro de un daño físico o psicológico.

**El dolor** es un fenómeno con el que la enfermera se encuentra casi a diario en su trabajo.

Se trata de una sensación penosa percibida en uno o varios puntos del organismo.

Viene acompañado de reacciones psicológicas, de preocupaciones sociológicas e incluso, de interrogantes de carácter religioso o filosófico que pueda aumentar su intensidad.

**La soledad** es otro de los sentimientos que la enfermera encuentra en sus clientes.

El padecimiento, la enfermedad y la vejez no siempre son atractivos para los demás.

Los parientes y amigos de los enfermos se olvidan con demasiada frecuencia de la importancia que tiene su presencia para ellos.



**La inmovilidad** o la disminución de la actividad normal, puede ser muy difícil de aceptar y tolerar por una persona.

Este estado conduce, según su gravedad, a ciertos grados de dependencia que, además de múltiples repercusiones físicas, pueden afectar la percepción de la propia imagen y de la estima de si mismo.

Así como estas dificultades la enfermera se puede encontrar con muchas más y ante todas, la enfermera cuenta con medios para actuar.

Naturalmente debe aplicar los tratamientos y los cuidados que puedan aliviar a la persona enferma y aportarle un poco más de confort y de bienestar.<sup>28</sup>

#### **4.1.5 ETAPA CINCO: EVALUACIÓN.**

La evaluación es la fase final del proceso de enfermería, se considera siempre en relación con la respuesta del cliente a la acción planificada.

Puesto que las actuaciones enfermeras específicas, se planearon para resolver problemas del cliente, cualquier juicio relativo a la forma en que tales problemas se están resolviendo debe basarse en la situación presente del aquél.

En esta fase, el diagnóstico y los objetivos propuestos para la resolución de problemas se utilizarán como marco teórico para la evaluación, así pues, las consecuencias que producen en el cliente todas las acciones intelectuales interpersonales y técnicas, así como los cambios que se derivan de ellas, constituyen el objetivo de la evaluación.

Por tanto, se ha de considerar la evaluación como la actividad intelectual que completa las otras fases del proceso, pues, indica el grado en el diagnóstico y la intervención enfermera correspondiente han sido correctos.

---

<sup>28</sup> Opus citem. <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm> CITADO 11-09-2006.



En este sentido, como objetivo de esta actividad, el profesional de enfermería determina si el plan de cuidados es adecuado, realista, actual, o si necesita revisión.

Si el cliente no ha conseguido los objetivos, se dedicara a la resolución del problema para determinar cómo revisar el plan de cuidados.

1. Se consiguió el objetivo establecido en el plan de cuidados.
2. Si la respuesta es no, eran adecuados los objetivos.
3. Se resolvió el diagnóstico de enfermería.
4. Si la respuesta es no, eran exactas las respuestas humanas y los factores relacionados del diagnóstico de enfermería.
5. Eran adecuadas las actuaciones.
6. Si la respuesta es no será necesario revisar el plan de cuidados.

En ocasiones ocurre que el objetivo definido puede no ser ya aplicable debido a que los cambios en las circunstancias o el estado del paciente exigen un cambio en el plan de cuidados. En otros momentos, el cliente no consigue el objetivo porque el diagnóstico de enfermería no es exacto, aplicable o adecuado.

Ante esta situación se debe revisar si dicho diagnóstico describe con precisión el estado del cliente, comparando las características definitorias asociadas al diagnóstico con los síntomas del cliente, que podremos comprobar utilizando las habilidades de valoración para obtener más datos.

Cuando el diagnóstico de enfermería no se resuelve y se han revisado los objetivos, el profesional de enfermería debería revisar las actuaciones especificadas en el plan de cuidados y determinar por qué no fueron eficaces en el cuidado del cliente. El análisis meticuloso de los enfoques utilizados puede indicar estrategias alternativas que ayudarán al cliente a conseguir el objetivo.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> Opus citem.



## 4.2 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

### ANTECEDENTES PERSONALES.

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas (Missouri). Henderson estudio en virginia, se graduó en la Army School of Nursing en 1921 y se especializó como enfermera docente.

Su interés por la enfermería surgió de la asistencia al personal militar enfermo y herido durante la Primera Guerra Mundial. En 1922, Henderson empezó a dar clases de enfermería en Norfolk Prostetant Hospital De Virginia. En 1929, trabajo como supervisora del profesorado en las clínicas de Strong al Teachers Colle como profesora en 1930.

Henderson tuvo una larga carrera como autora y investigadora escribió la cuarta edición del libro de Berta Harmer 1939 Textrook of the principle and practice of nursing. La quinta edición de este libro de texto fue publicada en 1955 publicó su "Definición de Enfermería", en 1966 perfiló su Definición en el libro: "The Nature of Nursing".

En la convención de la America Nurse Association (ANA) de 1988, recibió una mención honorífica especial por sus contribuciones a la investigación, la educación y la profesionalización de la enfermería.

La última vez que Henderson reviso su definición de enfermería fue en 1966, aunque continuó escribiendo y reflexionando sobre la práctica enfermera durante toda su vida.

En 1991, afirmó que el cuidado del paciente era el elemento esencial de servicio enfermero. Puso énfasis en la valoración continua de las necesidades del paciente a medida que el estado del paciente y los objetivos cambian.



La investigación en enfermería es esencial para la práctica en la era de los avances tecnológicos.

Henderson murió en marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su definición e enfermería es conocida en todo el mundo y su trabajo continuo influyendo en la práctica, la enseñanza y la investigación enfermeras en todo el mundo.

### **UTILIZACIÓN DE PRUEBAS EMPÍRICAS.**

Henderson incorporó principios fisiológicos y psicológicos en su concepto personal de enfermería.

Sus conocimientos en estas áreas se basan en la enseñanza de Stackpole y Thorndike durante la época que estudió en el Teacher Collage.

Henderson no especificó las teorías que Thorndike defendía; sólo dijo trataban sobre las necesidades básicas de los seres humanos.

A pesar de ello, en las 14 necesidades básicas de Henderson, que van desde las necesidades físicas hasta las psicológicas, puede observarse una correlación con la jerarquía establecida por Abraham Maslow.

Henderson no cita a este autor como fuente de influencia, pero describió su teoría de la motivación humana en la sexta edición de The Principales and Practice of Nursing en 1978.

### **LOS ELEMENTOS MÁS IMPORTANTES DE SU TEORÍA SON:**

La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.



Introduce y/o desarrolla el criterio de independiente del paciente en la valoración de salud.

Identificar 14 necesidades humanas básicas que componen “los cuidados enfermeros”, esferas en las que se desarrollan los cuidados.

Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la fisiología, de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de eso falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencias pueden aparecer por tres causas: por la falta de fuerza, falta de conocimientos o falta de voluntad.

Virginia Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:



❖ Permanentes: Edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidades física.

❖ Variables: Estado patológicos:

Falta aguda de oxígeno.

Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).

Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).

Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.

Estados febriles agudos debidos a toda causa.

Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.

Una enfermedad transmisible.

Estado preoperatorio.

Estado postoperatorio.

Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.

Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

#### **4.2.1 VIRGINIA HENDERSON DEFINE CATORCE NECESIDADES FUNDAMENTALES, QUE SON LAS SIGUIENTES:**

1. Respirar.
2. Alimentarse e hidratarse.
3. Eliminar.
4. Moverse, mantener buena postura (y mantener una circulación adecuada).
5. Dormir y reposar y conservar un estado de bienestar aceptable).
6. Vestir y desnudarse.
7. Mantener la temperatura corporal en los límites normales.
8. Estar limpio, aseado y proteger los tegumentos.



9. Evitar los peligros (y mantener la integridad física y mental).
10. Comunicar con sus semejantes (desarrollarse como ser humano y asumir su sexualidad).
11. Actuar de acuerdo a sus creencias y valores.
12. Preocuparse de su propia realización (y en conservar su propia estima).
13. Recrearse.
14. Aprender.

Cada una de estas necesidades está relacionada con las distintas dimensiones del ser humano. En cada una de ellas puede descubrirse las dimensiones biológicas, psicológicas, sociológicas, cultura y espiritual.

Así como las catorce necesidades que plantea Henderson. La NANDA en el año 1986 ordenó los diagnósticos en un marco de patrones de respuesta humana, cada dos años se revisan y se añaden grupos de ellos al sistema de clasificación denominado Taxonomía.

En los 90's se continúa trabajando sobre el perfeccionamiento de los diagnósticos, el desarrollo de otros y la investigación continúa para convalidar los existentes.

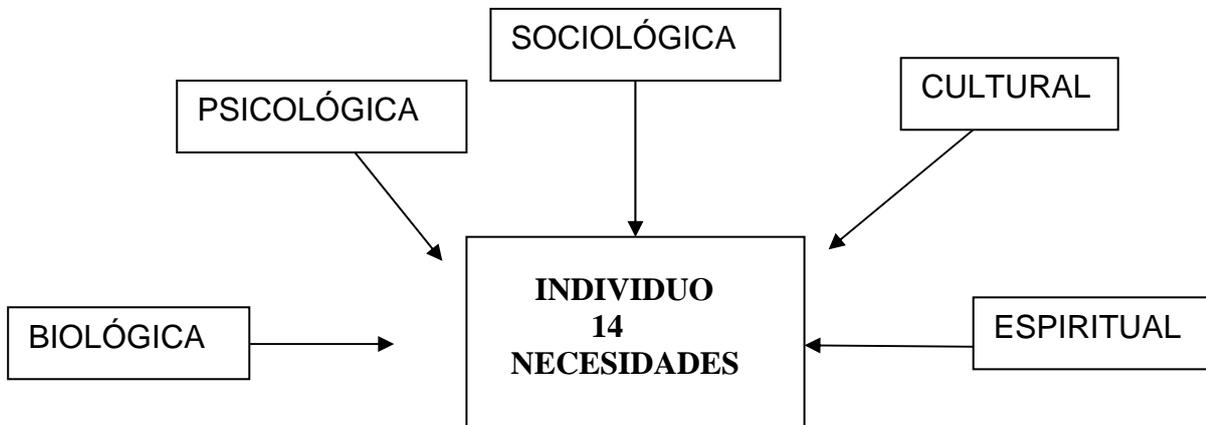
Actualmente la NANDA, ha aceptado aproximadamente 140 diagnósticos para ser probados y refinados en clínica.<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> [www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm](http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm) CITADO 6-03-2006.



## DIMENSIONES QUE PUEDEN MODIFICAR LA MANIFESTACIÓN Y LA SATISFACCIÓN DE CADA UNA DE LAS NECESIDADES



### Enfermería

La función principal de la enfermera es la de ayudas a los individuos sanos o enfermos.

La enfermera forma parte del equipo de salud.

El trabajo de la enfermera es independiente del trabajo del médico, pero debe colocar con él cuando este atiende al paciente. La enfermera puede y debe diagnosticar y tratar al individuo si la situación lo requiere.

La enfermera puede evaluar las necesidades humanas básicas. Los 14 elementos del cuidado enfermero incluyen todas las funciones posibles de la enfermera.

### Persona (paciente).

La persona debe mantener el equilibrio emocional y fisiológico. La mente y el cuerpo de una persona son indispensables.



El paciente requiere ayuda para conseguir su independencia.

El paciente y su familia son una unidad.

Las necesidades del paciente están representadas en los 14 elementos del cuidado enfermero.

### **Salud.**

La salud es la calidad de vida.

La salud es esencial para el funcionamiento humano.

La salud precisa independencia e interdependencia.

La promoción de la salud es más importante que el cuidado del enfermero.

Los individuos se mantendrán sanos si poseen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

### **Entorno.**

Los individuos son capaces de controlar el entorno, pero la enfermedad puede afectar esta capacidad.

Las enfermeras deben recibir enseñanza sobre seguridad.

Las enfermeras deben proteger a los pacientes de las lesiones mecánicas.

Los médicos utilizan las observaciones y opiniones de las enfermeras como base para las prescripciones sobre dispositivos de protección.

Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para evaluar los peligros que pueden derivarse de éstas.

### **AFIRMACIONES TEÓRICAS.**

La relación enfermera paciente.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Virginia Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.



Describe la relación enfermera – paciente, destacando tres niveles de intervención:

Como sustituta, como ayuda o como compañera.

- ❖ **Sustituta:** Compensa lo que le falta al paciente.
- ❖ **Ayudante:** Establecer las intervenciones clínicas.
- ❖ **Compañera:** fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud.

Durante las situaciones de convalencia, la enfermera ayuda a los pacientes a adquirir su independencia o recuperarla. Henderson afirma "la independencia es un término relativo". Todos dependemos de los demás, pero luchamos por conseguir una interdependencia saludable y evitar una dependencia enfermiza.

Como colaboradoras, la enfermera y el paciente elaboran juntos el plan de cuidados.

Independientemente del diagnóstico, existen unas necesidades básicas, pero varían según su patología y sus características como la edad, el carácter y las capacidades físicas e intelectuales.

Henderson señaló que 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.

Otro objetivo es debe mantener la rutina diaria del paciente tan normal como sea posible: La promoción de la salud es otro objetivo importante de enfermería. Henderson afirma:



Es más provechoso enseñar a la gente a llevar una vida sana que preparar a los mejores terapeutas para que atiendan a los enfermos.

### **La relación enfermera – médico.**

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

### **La enfermera como miembro del equipo sanitario.**

La enfermera trabaja en coordinación con otros profesionales de salud. Todos los miembros del equipo colaboran los unos con los otros para llevar a cabo el programa completo de cuidados, pero deben intercambiar tareas. Henderson afirmó: Ningún miembro del equipo deberá hacer petición demasiado exigente a otro miembro, de modo que éste no pueda realizar sus propias tareas.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería basándose en las catorce necesidades humanas básicas.<sup>31</sup>

### **CAUSAS DE DEPENDENCIA.**

Cuando una necesidad fundamental se encuentre insatisfecha o consecuencia de la aparición de alguna fuente de dificultad, surge una o varias manifestaciones de dependencia. Constituyendo signos observables de la incapacidad del sujeto para responder por sí mismo a esta necesidad.

---

<sup>31</sup> [http://html.rincondelvago.com/fundamentos-de-enfermeria\\_1.html](http://html.rincondelvago.com/fundamentos-de-enfermeria_1.html) CITADO 10-01-07.



Son en sí misma una demostración de la existencia de una debilidad o carencia a este nivel. Por ejemplo:

La ineptitud de una persona para proteger sus tegumentos puede conducir a que se produzca manchas rojas o llagas, que manifiestan su dependencia frente a esa necesidad.

Una alimentación inadecuada origina con frecuencia trastornos gastrointestinales o problemas de obesidad. La falta de habilidad del cliente para amoverse o la incapacidad para comunicarse produce también manifestaciones de dependencia que pueden adoptar la forma de aislamiento social.

### **INDEPENDENCIA - DEPENDENCIA.**

La noción de satisfacción a un nivel aceptable es muy importante en este punto.

Significa que existen en la satisfacción de las necesidades vitales de la persona y en la dependencia que una carencia desencadena. Sin embargo, puede darse un cierto grado de insatisfacción, sin que suponga necesariamente la dependencia del sujeto.

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

### **SEIS NIVELES ENTRE LA INDEPENDENCIA Y LA DEPENDENCIA.**

- ❖ El cliente es independiente si responde por sí misma sus necesidades de una manera aceptable que permite la persistencia de una buena homeostasis física y psíquica, manteniendo de un estado satisfactorio o bienestar.



- ❖ Es independiente si utiliza sin ayuda, de la forma adecuada un aparato, dispositivo de apoyo o prótesis (bastón, andador, muletas, prótesis dental) y, de este modo, logra satisfacer sus necesidades.
- ❖ Empieza a ser dependiente, si debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe hacer y controlar si lo hace bien.
- ❖ Muestra una dependencia más marcada cuando ha de recurrir a la asistencia de otra persona para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis.
- ❖ Su dependencia es aún mayor cuando ha de contar con otra persona para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades, aunque sea capaz de participar en estas acciones.
- ❖ Llegar a ser completamente dependiente cuando ha, de ponerse totalmente en las manos de otra persona, porque es incapaz de realizar por si mismo las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades <sup>32</sup>

Para el enunciado del diagnóstico de enfermería es conveniente utilizar la siguiente clasificación de los diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA ordenados según las 14 necesidades fundamentales.

---

<sup>32</sup> Opus citem MARTÍNEZ, T. Ann y Raile A. Martha. “Modelos y teorías en enfermería”. Ed. Mosby/Doyna, 5ta Edición, España. Pp. 98-107.



<b>NECESIDAD</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b>
1.- Respirar	Deterioro en el intercambio gaseoso. Incapacidad para mantener la respiración espontánea. Limpieza ineficaz de las vías aéreas. Patrón respiratorio ineficaz. Potencial de asfixia. Respuesta ventilatoria disfuncional al destete.
2.- Alimentación e hidratarse.	Alteración de la nutrición: por defecto. Alteración de la nutrición: por exceso. Alteración potencial de la nutrición por exceso. Déficit del volumen de líquidos. Déficit potencial del volumen de líquidos. Deterioro de la deglución. Exceso del volumen de líquidos. Interrupción de la lactancia materna. Lactancia materna ineficaz. Patrón de la alimentación ineficaz del lactante. Potencial de aspiración.
3.- Eliminar	Alteración de la eliminación urinaria. Déficit de autocuidados: uso del WC. Diarrea. Estreñimiento. Estreñimiento crónico. Estreñimiento subjetivo. Incontinencia fecal. Incontinencia urinaria de urgencia. Incontinencia urinaria funcional. Incontinencia urinaria refleja. Incontinencia urinaria total. Retención urinaria.
4.- Moverse, conservar una buena postura	Alteración de la perfusión mística (especificar el tipo: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica). Alto riesgo de disfunción neurovascular periférica. Deterioro de la movilidad física. Disminución del gasto cardiaco.
5.- Dormir y reposar.	Alteración del patrón del sueño. Fatiga. Intolerancia a la actividad. Potencial intolerancia a la actividad.
6.- Vestir y desnudarse	Déficit de autocuidado: Vestido/acicalamiento.



7.- Mantener la temperatura corporal en los límites normales.	Alteración potencial de la temperatura corporal. Hipertermia. Hipotermia. Termorregulación.
8.- Estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.	Alteración de la membrana mucosa oral. Déficit de autocuidado: Baño/higiene. Deterioro de la integridad cutánea. Deterioro de la integridad mística. Deterioro potencial de la integridad cutánea.
9.- Evitar peligros.	Afrontamiento defensivo. Afrontamiento individual inefectivo. Alto riesgo de automutilación. Ansiedad. Baja autoestima crónica. Baja autoestima situacional. Desatención unilateral. Deterioro de la adaptación Dolor. Dolor crónico. Duelo disfuncional. Negación ineficaz. No seguimiento del tratamiento (Especificar). Potencial de infección. Potencial de intoxicación. Potencial de lesión. Potencial de traumatismo. Potencial de violencia: Autolesiones, lesiones a otros... Respuesta postraumática. Síndrome traumático de la violación. Temor. Trastorno de la autoestima Trastorno de la identidad personal. Trastorno de la imagen corporal.
10.- Comunicarse con sus semejantes.	Alteración de los procesos familiares. Afrontamiento familiar inefectivo: comprometido. Afrontamiento familiar inefectivo: incapacitante. Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo. Aislamiento social. Alteración sensoperceptivas. Deterioro de la comunicación verbal. Deterioro de la interacción social. Síndrome de estrés del traslado.



11.- Actuar de acuerdo a creencias y valores.	Desesperanza. Impotencia. Sufrimiento espiritual.
12.- Preocuparse por ser útil y por realizarse	Alteración del crecimiento, desarrollo. Alteración de los patrones de la sexualidad. Alteración en el desempeño del rol. Alteración parenteral. Alto riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador. Cansancio en el desempeño del rol del cuidador. Conductas generadoras de salud. Conflicto de decisiones. Conflicto del rol parenteral. Dificultad en el mantenimiento de la salud. Dificultad para el mantenimiento del hogar. Disfunción sexual. Manejo inefectivo del régimen terapéutico. Potencial de alteración parenteral.
13.- Recrearse	Déficit de actividades recreativas
14.- Aprender	Alteración de los procesos del pensamiento. Déficit de conocimientos ( especificar)

33

<sup>33</sup> BESORA, T. Inmaculada. "Diagnósticos Enfermería" un instrumento para la práctica asistencial". 3era Edición, Barcelona. Pp. 39-41, 76-78, 140-142, 162-168, 182,183.



### 4.3 MARCO TEÓRICO DE ENFISEMA PULMONAR.

El enfisema es una condición crónica de los pulmones en la que los alvéolos o sacos de aire pueden estar:

- ❖ Destruídos.
- ❖ Estrechados.
- ❖ Colapsados: Dificulta la salida del aire retenida en el alveolo.
- ❖ Dilatados: Causa destrucción de las paredes alveolares produciendo una disminución de la función respiratoria, pérdida de elasticidad pulmonar y falta de aire.
- ❖ Demasiado inflados.

La superinflación de los sacos de aire es el resultado de la desintegración en las paredes del alvéolo, y causa una disminución de la función respiratoria y dificultad al respirar. El daño en los sacos de aire es irreversible, y produce como resultado “agujeros” permanentes en los tejidos de la parte baja de los pulmones.

A medida que los sacos aéreos se van destruyendo, los pulmones van perdiendo la capacidad de transferir oxígeno al torrente sanguíneo, causando falta de aire.

Los pulmones también pierden su elasticidad. Al paciente le cuesta mucho trabajo exhalar.

La integridad de las paredes alveolares se mantiene gracias al balance entre dos sustancias: la elastasa y la a1 antitripsina:

- ❖ La elastasa contribuye a la degradación de las paredes alveolares alterando su estructura.
- ❖ A1 antitripsina es un factor protector de la pared que permite mantener la tensión superficial de la misma, necesaria para la entrada de aire y el posterior intercambio de gases.



En el fumador crónico, el mencionado balance se encuentra alterado a favor de la elastasa.<sup>34</sup>

El enfisema no ocurre de manera repentina, sino muy gradualmente. En general, el enfisema está precedido por años de exposición a la irritación del humo del cigarrillo.

Inicialmente, es posible que una persona vaya al médico porque ha comenzado a sentir que le falta el aire cuando está activa o hace ejercicio físico, a medida que la enfermedad progresa, una caminata corta puede ser suficiente para que al paciente le cueste respirar. Algunas personas tienen bronquitis crónica antes de tener enfisema.

### **SINTOMAS.**

A continuación, se enumeran los síntomas más comunes del enfisema pulmonar. Sin embargo, cada persona puede experimentarlos de una forma diferente.

Los síntomas precoces del enfisema pulmonar pueden incluir los siguientes:

- ❖ Dificultad al respirar.
- ❖ Tos crónica, con o sin producción de esputo.
- ❖ Sibilancias.
- ❖ Capacidad reducida para hacer ejercicio.

Otros síntomas pueden incluir los siguientes:

- ❖ Fatiga.
- ❖ Ansiedad.
- ❖ Problemas al dormir.
- ❖ Problemas cardíacos.
- ❖ Edema de tobillos, pies y piernas.
- ❖ Pérdida de peso involuntaria.
- ❖ Depresión.

---

<sup>34</sup> Tortora J. G Anagnostakos y P. Nicholas "Principios de anatomía y fisiología", Ed. Harla, 6ta Edición, México 1991 P. 896.



## CAUSAS DEL ENFISEMA PULMONAR.

El enfisema no se desarrolla repentinamente, sino que ocurre gradualmente. El pulmón tiene un sistema de fibras elásticas que permiten a los pulmones expandirse y contraerse.

El enfisema pulmonar aparece cuando se produce una anomalía en el equilibrio químico que protege a los pulmones contra la destrucción de las fibras elásticas.

Los principales afectados por la enfermedad son las personas expuestas a los dos factores externos que contribuyen en mayor medida a su desarrollo: fumar y trabajar en ambientes contaminados.

La mayoría de las personas que sufren obstrucción crónica de las vías aéreas son fumadores y el cigarrillo es la causa más importante que produce el 90% de los de Enfermedad pulmonar obstructiva Crónica. El 10% restante es secundario a la polución ambiental, la profesión, las infecciones y la herencia genética.

- ❖ **Polución del aire:** Existen más bronquíticos crónicos y enfisematosos en áreas urbanas muy industrializadas. Además, los empeoramientos de la bronquitis guardan relación con períodos de mayor contaminación.

La contaminación atmosférica y el consumo de tabaco tienen un efecto sinérgico nocivo sobre las vías aéreas y todo parece indicar que la primera incrementa el riesgo de los fumadores a desarrollar una EPOC.

Aunque su importancia es muy inferior al tabaco, vivir en zonas donde existe un incremento en la atmósfera de partículas o gases anómalos, especialmente de dióxidos de azufre o nitrógeno, hidrocarburos y monóxidos de carbono generados por combustión de los automóviles, calefacciones o la industria, produce un efecto irritativo bronquial que aumenta la aparición de síntomas respiratorios y de bronquitis crónica.

- ❖ **Profesión:** La bronquitis crónica es más frecuente en los trabajadores expuestos a polvos orgánicos o inorgánicos y gases nocivos.



Los trabajadores expuestos a polvo inorgánico (minas de carbón, oro, cadmio, sílice, fundiciones o trabajos con metales a temperaturas elevadas) o vegetal (algodón) muestran una mayor prevalencia de bronquitis crónica, que se incrementa en los trabajadores que también son fumadores.

- ❖ **Infecciones:** Los fumadores pueden presentar o empeorar transitoriamente la obstrucción de las vías respiratorias incluso con infecciones respiratorias leves virósicas.
  
- ❖ **Factores familiares:** EPOC puede encontrarse hasta un 40% más en individuos que proceden de familias con enfermedades respiratorias.

Aunque al estar expuesto al mismo ambiente pudiera ser un factor determinante, está bien demostrado que la susceptibilidad persiste después de corregir los factores del medio ambiente. La única deficiencia genética bien definida es el déficit de alfa-1antitripsina, una sustancia que evita la ruptura de los tabiques alveolares en las infecciones pulmonares. También suele encontrarse antecedentes de hiperreactividad bronquial.<sup>35</sup>

## **SIGNOS Y EXAMENES PARA DIAGNOSTICAR EL ENFISEMA PULMONAR.**

Un examen físico puede mostrar sibilancias, disminución de los ruidos respiratorios o exhalación prolongada (la exhalación toma más del doble que la inspiración). El tórax puede presentar forma de tonel. Se puede presentar signos de la insuficiencia crónica de los niveles de oxígeno en la sangre.

Historia médica completa, el médico puede ordenar los siguientes exámenes:

**Exámenes de funcionamiento pulmonar** – exámenes de diagnóstico que ayudan a medir la habilidad de los pulmones para realizar correctamente el intercambio de oxígeno y de dióxido de carbono. Estos exámenes suelen hacerse con aparatos especiales en los que la persona debe respirar.

---

<sup>35</sup> HARRISÓN. “Principios de Medicina Interna”. Ed.McGraw-Hill interamericana, Volumen II, España, 2003. Pp. 238-243.



**Espirometría:** Es un examen en que el individuo respira a través de una boquilla, la cual esta conectada a un computador, que mide el paso del aire realizado en los diferentes movimientos respiratorios, su velocidad y el tiempo que ella dura, mide los flujos respiratorios, De esta manera, por medio de unos parámetros establecidos previamente se identifica la severidad de la obstrucción aérea y causa. Este procedimiento es pilar para el diagnóstico y seguimiento de la entidad.

La espirometría es el único medio para detectar la EPOC cuando está aún en fases poco evolucionadas, antes de que haya dado síntomas, es, por ello, de gran importancia para realizar el diagnóstico precoz, única forma de poder prevenir el desarrollo de la enfermedad.

El espirómetro es un aparato que utiliza su médico para evaluar el funcionamiento del pulmón. La espirometría, la evaluación de la función pulmonar con un espirómetro, es uno de los exámenes más sencillos y más comunes de la función pulmonar y puede ser necesaria por cualquier o todas las razones siguientes:

- ❖ Para determinar la eficacia con la que los pulmones reciben, mantienen y utilizan el aire.
- ❖ Para monitorizar una enfermedad de los pulmones.
- ❖ Para monitorizar la eficacia del tratamiento.
- ❖ Para determinar la severidad de una enfermedad de los pulmones.
- ❖ Para determinar si la enfermedad de los pulmones es restrictiva (disminución del flujo del aire) u obstructiva (disrupción del flujo de aire).
- ❖ Medidor del flujo máximo (su sigla en inglés es PFM). Es un aparato utilizado para medir la velocidad máxima con que una persona puede expulsar el aire de los pulmones. Durante un ataque de asma u otra enfermedad respiratoria, las vías respiratorias grandes de los pulmones empiezan a estrecharse lentamente, esto disminuye la cantidad de aire que sale de los pulmones y puede medirse mediante un PFM. Esta medición es muy importante para evaluar lo bien o mal que está controlado la enfermedad.



- ❖ **Gasometría arterial** con bajos niveles de oxígeno en sangre (hipoxemia) y altos niveles de dióxido de carbono (acidosis respiratoria).
- ❖ **Rayos X del pecho.** Examen de diagnóstico que utilizan rayos de energía electromagnética invisible para producir imágenes de los tejidos internos, los huesos y los órganos en una placa.
- ❖ **Cultivo de esputo.** Examen de diagnóstico que se realiza con las flemas que los pulmones expulsan hacia la boca. El cultivo de esputo suele hacerse para determinar si hay una infección.
- ❖ **Electrocardiograma** (su acrónimo en inglés es ECG o EKG). Examen que registra la actividad eléctrica del corazón, muestra los ritmos anormales (arritmias o disritmias) y detecta lesiones en el músculo del corazón.

## TRATAMIENTO DEL ENFISEMA PULMONAR.

El tratamiento específico será determinado por su médico basándose en lo siguiente:

- ❖ Su edad, su estado general de salud y su historia médica.
- ❖ Qué tan avanzada está la enfermedad.
- ❖ Su tolerancia a ciertos medicamentos, procedimientos o terapias.
- ❖ Sus expectativas para la trayectoria de la enfermedad.
- ❖ Su opinión o preferencia.

El objetivo del tratamiento es que los pacientes con enfisema pulmonar vivan con su enfermedad en una forma más cómoda, aliviando sus síntomas y evitando el progreso de la enfermedad con los mínimos efectos secundarios posibles. El tratamiento puede incluir:



- ❖ Deje de fumar- es el factor más importante para mantener los pulmones sanos.
- ❖ Antibióticos para las infecciones bacterianas.
- ❖ Medicamentos orales.
- ❖ Broncodilatadores y otros medicamentos inhalados.
- ❖ Ejercicio- Incluyendo ejercicios respiratorios para fortalecer los músculos que se utilizan en la respiración, como parte del programa de rehabilitación pulmonar y para mantener en forma el resto del cuerpo.
- ❖ Suplementación de oxígeno mediante botellas portátiles.
- ❖ Cirugía de reducción para eliminar una zona de pulmón dañada.
- ❖ Transplante de pulmón.
- ❖ A las personas que presenta esta enfermedad se les recomiendan las vacunas para la influenza (gripe) y el pneumovax (vacuna para la neumonía).<sup>36</sup>

### **EXPECTATIVAS (pronósticos).**

El resultado es mejor para los pacientes con menos daño pulmonar. El pronóstico depende, de gran parte, del grado de falta de aire y de tolerancia a ejercicio iniciales, y de los resultados de las pruebas de función pulmonar (espirometría). La muerte puede presentarse debido a insuficiencia respiratoria, neumonía u otras complicaciones.

### **COMPLICACIONES.**

- ❖ Infecciones respiratorias recurrentes.
- ❖ Hipertensión pulmonar
- ❖ Cor pulmonale (aumento del tamaño y tensión del lado derecho del corazón).
- ❖ Eritrocitosis (aumento en el número de glóbulos rojos).
- ❖ Muerte.

---

<sup>36</sup> <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000136.htm> CITADO 10-02-2007.



## PREVENCIÓN.

La atención primaria es el mejor nivel para la prevención de la enfermedad en todos sus niveles; prevención primaria, difundiendo el mensaje de la importancia de no comenzar a fumar, y también en prevención secundaria y terciaria evitando que los pacientes fumadores presenten la enfermedad o, en aquellos con EPOC, las complicaciones.

Las medidas preventivas principales son el abandono del tabaquismo, el control de la polución ambiental, la vacunación anual en otoño de la gripe y la vacunación antineumocócica cada 5 años.

**DEJAR DE FUMAR:** Es la indicación fundamental, prioritaria y la única manera de evitar el desarrollo y detener el progreso de la enfermedad. Sin embargo, cuando la enfermedad esta avanzada, aunque dejes de fumar evita mayor deterioro, el daño ocurrido en los pulmones no es reversible.

En los fumadores realizando espirometrías de control puede observarse la pérdida más acentuada de VEMS y de la relación VEMS/CVF, lo cual permite llegar a identificar al subgrupo de los llamados fumadores susceptibles, individuos que desarrollarán un deterioro más rápido de la función pulmonar. La eliminación del tabaco no mejora los valores del VEMS, pero logra que la caída anual se aproxime a la de los no fumadores, lo que sirve para frenar la evolución de la enfermedad.

Es también una medida principal, además de no fumar, el evitar a toda costa el humo del tabaco ambiental, impidiendo que otros fumen en la vivienda y ambientes de trabajo o reunión. De no conseguir esto debe retirarse del lugar.

**Contaminación ambiental:** Evitar sitios con aire contaminado que presentan otros factores de riesgo, como el humo de leña, carbón, polvo, etc.



**Infecciones respiratorias:** Evitar los contactos de personas con infecciones respiratorias y prevenir gripes y catarrros, mediante vacunación, entre ellas esta el neumococo, bacteria que produce de manera más frecuente neumonías y, contra diferentes virus. Es recomendable aplicarlas cuando se avecinan los cambios de estación para la prevención de infecciones recurrentes de los bronquios y de neumonía.

**Ejercicio:** Actividades al aire libre de acuerdo a las características clínicas.

**Exposición laboral:** Exigiendo los medios de protección colectiva e individual adecuados en los trabajos de riesgo.<sup>37</sup>

### **FISIOPATOGENIA.**

El humo del tabaco favorece la presencia de radicales libres y oxidantes dentro del pulmón y la formación de peróxido, lo cual puede producir una lesión celular que conduzca al enfisema.

Esto debido a que los radicales libres toman electrones de los lípidos y proteínas de la membrana celular, que al ser dañada no puede desempeñar funciones como el intercambio de nutrientes y la eliminación de materiales de desecho, lo que impide el proceso de regeneración y reproducción celular.

También el humo del tabaco estimula la formación y el aumento de los macrófagos alveolares lo que origina inflamación pulmonar que va a lesionar la matriz del pulmón. La proteasas puede llegar a destruirla, pero suele haber un proceso de cicatrización que contribuye a retraer el parénquima con destrucción de la elastina y hace que las cavidades alveolares se agranden.

El humo del cigarrillo produce liberación de factores que promueven la inflamación y la destrucción de tejido pulmonar.

---

<sup>37</sup> [http://www.contusalud.com/sepa\\_enfermedades\\_enfisema.htm](http://www.contusalud.com/sepa_enfermedades_enfisema.htm) CITADO 29-04-2007



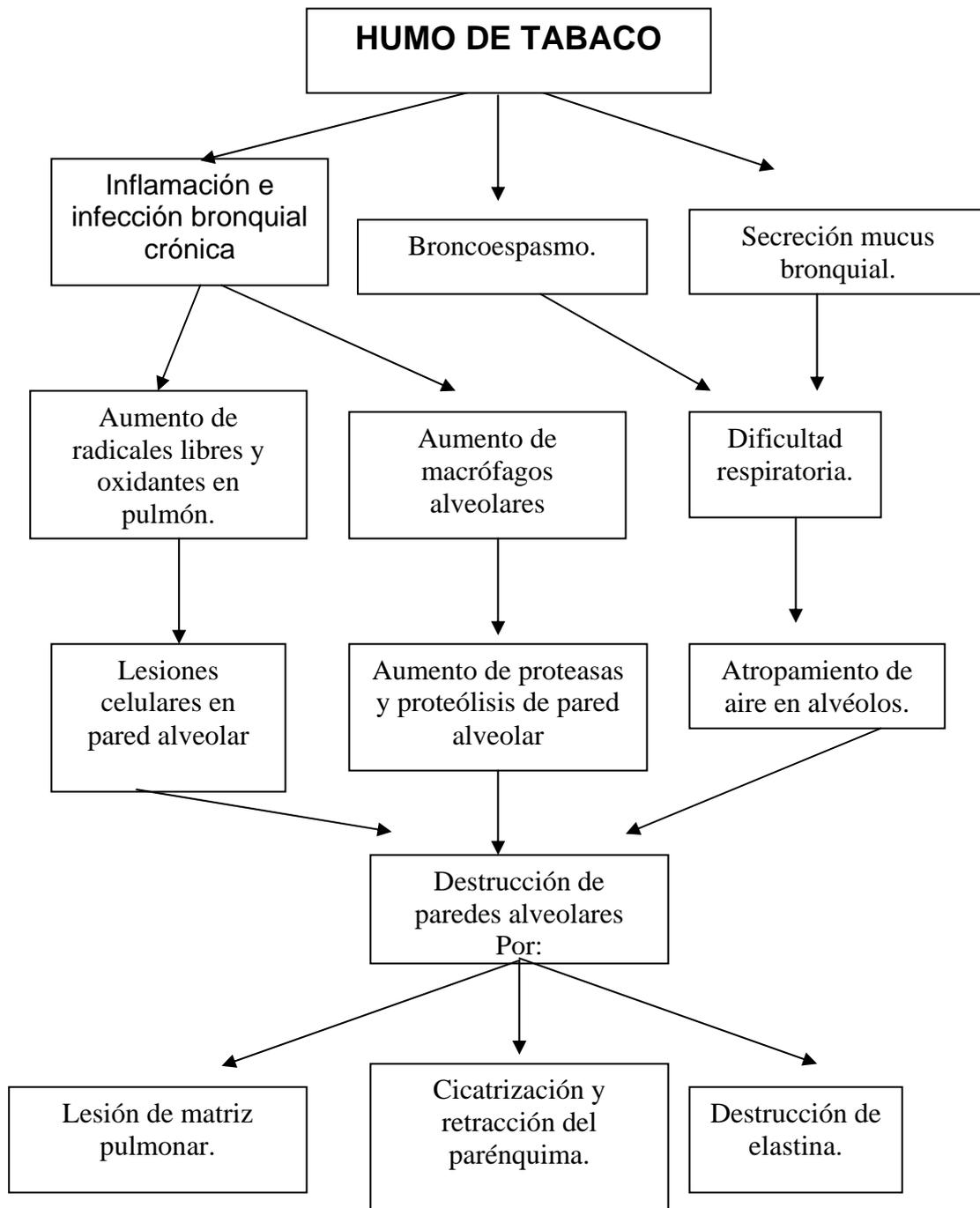
Entre estos factores se encuentra la elastasa y de los neutrófilos, y los factores quimotáticos de los neutrófilos producidos por los macrófagos alveolares.

La actividad de la elastasa es contrarrestada por una proteína de la sangre el  $\alpha_1$  antitripsina que se sintetiza en el hígado y llega transportada por la sangre hasta los alvéolos. Normalmente hay un balance entre elastasa y  $\alpha_1$ -antitripsina, que consiste en que cuando a nivel de la vía aérea se produce algún efecto irritante y se desencadena un proceso inflamatorio (infeccioso o no infeccioso), se produce una cadena de liberación de la inflamación especialmente interleuquinas, factores quimiotáticos, se activan los neutrófilos, y también los macrófagos.

De todo este proceso inflamatorio activo se produce liberación principalmente por parte de los neutrófilos de elastasa que en condiciones normales su efecto es contrarrestando por una antielastasa, la  $\alpha_1$  antitripsina, que como el suero sanguíneo entre la fracción a la de electroforesis ( $\alpha$  globulinas) y es producida por el hígado.

Cuando hay un desbalance en este sistema de equilibrio se produce el daño de las fibras elásticas y el enfisema pulmonar.

El humo del tabaco no solo produce un estímulo para la activación de macrófagos, liberación de sustancias, atracción de neutrófilos, liberación de elastasa por éstos sino que además se produce una inhibición directa por parte de algunos elementos del humo sobre la antiproteasa produciendo un rebalance a favor de la elastasa.



Humo del tabaco en la patógena de EPOC.

<sup>38</sup>

<sup>38</sup> <http://www.tabaquismo.freehosting.net/EpoC/EPOCENFISEMA.htm> CITADO 16-05-2007.



#### 4.4 CASO CLÍNICO.

Se trata de un usuario de género masculino de 80 años de edad, originario de Morelia Michoacán y residente de esta misma ciudad, casado, con 13 hijos. Le realizaron una operación de maxilares hace aproximadamente 50 años al caerse de un toro en el jaripeo no teniendo secuelas; como dato importante para su problema actual, es que cocinaba con leña durante 50 años.

Actualmente vive en una casa de material, que cuenta con todos los servicios necesarios, vive con su esposa, 1 hijo, 1 hija, el esposo de ella y dos nietos, estando con ellos por sus problemas de salud.

Se atiende en el Hospital Dr. Miguel Silva y en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud. Presenta Enfisema pulmonar desde hace aproximadamente 2 años de evolución, la respiración tiene un ritmo y amplitud normal. Frecuencia respiratoria 19 resp/min. Frecuencia cardíaca 70 Por minuto; al realizar la auscultación presenta ruidos respiratorios y sibilancias, no fuma, presión arterial. 130/90mm Hg.

Mide 1.57 y pesa 65 Kg, realiza 3 comidas al día su dieta incluye poca fruta, verduras, lácteos, leguminosas y carnes, toma diariamente café y refresco, refiere tomar menos de un litro de agua diarios; menciona que evacua en poca cantidad una vez al día, teniendo molestias al defecar, su hábito urinario es de 18 veces al día siendo de color amarillo oscuro; tiene dificultad al caminar, ya que lo hace de manera lenta y decaído. Duerme 9:30hrs diarias, teniendo sienta de 3 horas al día, su sueño es interrumpido ya que se despierta por la noche al orinar, posteriormente tiene problemas para volver a conciliar el sueño.

Tiene autonomía al vestirse, aunque le da poca importancia en la forma de vestir; su temperatura corporal es de 36 grados centígrados; se observa la piel reseca, con buena coloración, se ducha dos veces por semana, no se cepilla los dientes ninguna vez., sus uñas son largas y descuidadas.



Está orientado en espacio y tiempo, reconoce a las personas de su entorno. No es alérgico a ningún medicamento. Es capaz de establecer una conversación, se expresa de manera organizada, su lenguaje es lento y escaso mostrando durante toda la entrevista un tono tranquilo. Su humor es generalmente apático, mantiene buena relación con los miembros de la familia. Es católico, aunque afirma asistir muy poco a misa por los problemas que tiene de salud, no trabaja por su edad y por sus enfermedades; su situación económicamente es regular.

Por si mismo puede tomar decisiones; su diversión favorita es escuchar música, ver la televisión y jugar con sus nietos. Muestra interés en aprender; presenta alteración de la capacidad de retención y dificultad para aprender conceptos nuevos.

#### **4.5 APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERÍA A UN USUARIO CON ENFISEMA PULMONAR.**

##### **EXPLORACIÓN FÍSICA.**

Buen aspecto general, su función motora es buena.  
Presión arterial 130/90 milímetros de mercurio (mm Hg); Frecuencia cardiaca 70 Latidos / minuto; Temperatura: 36.0 Grados Celsius; Frecuencia respiratoria. 19 respiraciones / minuto; peso: 65 kilogramos; talla 1.57 metros. Estado de la piel deshidratada, No tiene alergias conocidas.

##### **VALORACIÓN POR NECESIDADES SEGÚN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON:**

###### **1.- Necesidad de oxigenación.**

La respiración tiene un ritmo y amplitud normal. F.R: 19 respiraciones/minuto. Presenta tos productiva con secreciones desde hace aproximadamente 2 año, con ruidos a la auscultación y sibilancias, refiere no haber fumado, utilizó leña en la preparación de sus alimentos durante 50 años o más, piel deshidratada y mucosa con coloración normales.



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

Peso: 65 Kilogramos (kg).

Talla: 1.57 Metros (mt).

Realiza 3 comidas en desayuno, comida y cena algunas veces come entre comidas, “afirma ingerir más refresco y café que agua”, refiere beber menos de un litro de agua al día. No suele tomar bebidas alcohólicas.

Habitualmente come con su esposa, 1 hijo, 1 hija, el esposo de ella y 2 nietos.

Posee placa dentaria tanto superior como inferior.

## **3.- Necesidad de eliminación.**

Su hábito intestinal es 1 deposición diaria día (consistencia dura). Hábito urinario: 18 veces al día “color amarillo oscuro, se levanta por las noches para orinar”.

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

Tiene dificultad al caminar, su modo de andar es lento y decaído.

Su expresión facial es inadecuada. Presenta coordinación de movimientos.

No hace ejercicio, No sale a caminar porque se agita mucho y le va vértigo.

Tiene problemas musculoesqueléticos.

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

Duerme 9:30 horas, sienta de 3 horas .El sueño es interrumpido, se despierta por varias veces durante la noche (3 o 4) y después tiene dificultad para quedarse dormido.

## **6.- Necesidad de vestirse adecuadamente.**

Presenta autonomía parcial para vestirse.

Poca importancia le da en la forma de vestir.



### **7.- Necesidad de termorregulación.**

Temperatura corporal y sudoración cutánea son normales. Temperatura: 36.0 grados Celsius.

Refiere no adaptarse a los cambios de temperatura del ambiente.

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

Tiene deshidratada la piel teniendo resequedad en la misma, con buena coloración, se ducha dos veces por semana, no se cepilla los dientes ninguna vez. Sus uñas largas y descuidadas.

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

Está orientado en espacio y tiempo, reconoce a las personas de su entorno. No es alérgico a ningún medicamento. Ningún otro dato de interés.

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

Es capaz de establecer una conversación. Se expresa de manera organizada su lenguaje lento y escaso mostrando durante toda la entrevista un tono tranquilo. Su humor es generalmente apático.

Vive acompañado de su esposa, 1 hijo, 1 hija, el esposo de ella, y 2 nietos, mantiene buena relación con los miembros de la familia.

### **11.- Necesidad de vivir según creencias y valores.**

Católico, aun que afirma asistir muy poco a misa por los problemas que tiene de salud.

### **12.- Necesidad de trabajar y realizarse.**

No trabaja por su edad y estado de salud, su situación económicamente es regular.

Por si mismo puede tomar decisiones.



**13.- Necesidad de jugar/ participar en actividades recreativas.**

Su diversión favorita es escuchar música, ver la televisión Y jugar con sus nietos

**14.- Necesidad de aprendizaje.**

Muestra interés en aprender. Presenta alteración de la capacidad de retención y dificultad para aprender conceptos nuevos.

**4.6 PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES REAL.**

1) Enfisema pulmonar secundario a la inhalación frecuente de anhídrido carbónico manifestado por sibilancias, estertores y tos.

2) Hipertrofia de próstata secundario a la edad, manifestado por nicturia y polaquiuria.

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA REAL.**

3) Estreñimiento relacionado con ingesta insuficiente de líquidos y fibra manifestado por heces duras y secas.

**DEFINICIÓN.**

**Estreñimiento.**

“Estado en que la persona experimenta un cambio en su hábito intestinales normales, caracterizado por una disminución en la frecuencia y/o por la eliminación de heces duras y secas”.

4) Alteración del patrón del sueño relacionado con estrés psicológico manifestado por dificultad para conciliar el sueño y sueño interrumpido.



## **DEFINICIÓN.**

### **Alteración del patrón del sueño**

“Alteración de las horas de sueño que causa malestar o interfiere con el estilo de vida deseado”.

5) Déficit de autocuidado relacionado con deterioro perceptivo, ansiedad y motivación para participar en su propio cuidado, manifestado por halitosis y mala higiene bucal.

## **DEFINICIÓN.**

### **Déficit de autocuidado: baño/ higiene.**

“Estado en que la persona experimenta un deterioro de la habilidad para realizar o completar por si misma las actividades de baño/ higiene”.

6) Baja autoestima situacional relacionado con cambios en sus actividades diarias manifestado cambios en su alimentación, sueño, higiene, arreglo personal y sexualidad.

## **DEFINICIÓN.**

### **Baja autoestima situacional.**

“Autoevaluación negativa/ sentimientos negativos sobre sí mismo que se desarrolla como respuesta a una pérdida o cambio en un individuo que previamente tenía una evaluación positiva”.

7) Deterioro de la movilidad física relacionada con disminución de la fuerza, resistencia, edad y deterioro musculoesquelético, manifestado por deambulación lenta y limitación de la amplitud de movimientos.



## **DEFINICIÓN.**

### **Deterioro de la movilidad física.**

“Estado en que la persona experimenta una limitación de la habilidad para el movimiento físico independiente”.

## **DIAGNÓSTICO DE RIESGO.**

**8)** Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con resequedad de la piel y prurito.

## **DEFINICIÓN.**

### **Deterioro de la integridad cutánea.**

“Alteración en que la piel de la persona está adversamente afectada”.

**9)** Riesgo de infección de vías urinarias secundaria a hipertrofia de próstata.

## **DEFINICIÓN.**

### **Riesgo de infección.**

Estado en que la persona presenta un aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.



## **PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES REAL.**

1) Enfisema pulmonar secundario a la inhalación frecuente de anhídrido carbónico manifestado por sibilancias, estertores y tos.

### **OBJETIVOS.**

El usuario mejorará su función pulmonar.

### **PLAN DE INTERVENCIONES.**

- ❖ Enseñar las técnicas de ejercicios respiratorios de 17 a 17:15 horas, lunes martes y sábado.
- ❖ Demostrar la correcta realización de los ejercicios de tos y expectoración.
- ❖ Aplicar nebulizaciones de combivent (salbutamol más bromuro de ipratropio) 8, 14 y 20 horas.
- ❖ Enseñar la forma de aspirar el broncodilatador.
- ❖ Realizar fisioterapia pulmonar a fin de facilitar la expulsión de secreciones diariamente, tres veces al día 8, 14 y 20 horas.
- ❖ Evitar cambios de temperatura.
- ❖ Aumentar la hidratación para favorecer la expectoración.
- ❖ Recomendar que no esté en ambientes contaminados sino que sean sitios bien ventilados.
- ❖ Aplicación de la vacuna anti-influenza y neumocócica en periodo invernal.

### **CRITERIOS DE RESULTADO.**

El usuario en el transcurso de 15 días mejorará su función pulmonar.

### **EJECUCIÓN.**

- ❖ Técnica de ejercicios respiratorios lunes, martes y sábado de 17:00 a 17:15 horas.
- ❖ Se aplicaron nebulizaciones de combivent (salbutamol más bromuro de ipratropio) 8, 14 y 20 horas.
- ❖ Realizó la forma de aspirar el broncodilatador.



- ❖ Se realizó en conjunto con familiares la fisioterapia (palmopercusión) explicando de los beneficios, diariamente, tres veces al día.
- ❖ Evitó los cambios de temperatura.
- ❖ Aumentó paulatinamente la ingesta de líquidos.
- ❖ No estuvo en ambientes contaminados.
- ❖ Se aplicó la vacuna anti-influenza y neumocócica en periodo invernal.

### **OBSERVACIONES:**

El usuario desde el primer día tomo mucho interés por realizar las actividades, realizamos los ejercicios respiratorios, aun que al principio si con mucha dificultad pero al pasos de los días ya fue tomando mas experiencia y practica al realizarlos, también se enseñó la forma de aspirar el broncodilatador, pero como se cansaba mucho se opto por comprar uno mecánico.

### **EVALUACIÓN:**

El objetivo se cumplió totalmente se continúa con el mismo plan.

2) Hipertrofia de próstata secundario a la edad, manifestado por nicturia y polaquiuria.

### **OBJETIVO.**

El usuario mejorará el patrón de eliminación adecuada.

### **PLAN DE INTERVENCIONES.**

- ❖ Por medio de rotafolios explicar la función que realiza los riñones en su organismo. Sábado 13 a 13:20 horas.
- ❖ Explicar como realizar los ejercicios vesicales y que los realice cada vez que va a orinar. Lunes y martes de 8:50 a 9:00 de la mañana.
- ❖ Recomendar no ingerir agua antes de las 19 horas.
- ❖ Canalizarlo con algún urólogo para que le de un tratamiento adecuado.



### **CRITERIOS DE RESULTADOS:**

En 8 días el usuario mejorará su patrón de eliminación urinaria.

### **EJECUCIÓN.**

- ❖ Charla sobre la importancia que tiene los riñones en el organismo Sábado 13 hrs a 13:20 horas.
- ❖ Se explicó la forma de realizar los ejercicios vesicales y que el lo realizara en casa cada vez que sintiera la necesidad de orinar.
- ❖ No ingirió agua después de las 19 horas.
- ❖ Se canalizó con un urólogo.

### **OBSERVACIÓN:**

Cuando se comenzó con la charla por un instante el usuario se observa distraído pero posterior a ello concentró su atención, mostrando interés en lo que le explicaba, y haciendo reflexión de que el agua es indispensable para la vida.

### **EVALUACIÓN:**

El objetivo se logró parcialmente y continúa sin cambiar el plan.

### **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA REALES.**

3) Estreñimiento relacionado con ingesta insuficiente de líquidos y fibra manifestado por heces duras y secas.

### **OBJETIVO.**

El usuario mejorará su función gastrointestinal



### **PLAN DE INTERVENCIONES.**

- ❖ Identificar alimentos de su agrado que contengan fibra. (piña, naranja, pera, manzana, papaya, pan integral, ciruela pasa, cereales y verduras).
- ❖ Charla de 30 minutos explicando el beneficio de los alimentos ricos en fibra a las 12 (lunes, miércoles y viernes) e integrarlos a la dieta.
- ❖ Caminar 10 minutos al día de 9 a 9:20 de la mañana tres veces por semana (martes, jueves y sábado)
- ❖ Explicar el beneficio en la evacuación el tomar un vaso con agua tibia 30 minutos antes de desayunar.
- ❖ Recomendar programar la rutina del patrón de eliminación a la misma hora aprovechando el reflejo gástrico.
- ❖ Ingerir mínimo de dos litros de agua al día.
- ❖ Realizar masajes abdominales 20 minutos de 10 a 10:20 de la mañana diario.

### **CRITERIOS DE RESULTADOS:**

El usuario conocerá y comprenderá la importancia que tiene el ingerir fibra en su dieta al igual que tomar agua durante el día.

### **EJECUCIÓN.**

- ❖ Identificó los alimentos de su agrado ricos en fibra.
- ❖ Charla de 30 minutos explicando el beneficio de los alimentos ricos en fibra a las 12 de la mañana (lunes, miércoles y viernes) y los integró los alimentos a su dieta.
- ❖ Camino 10 minutos al día de 9 a 9:20 de la mañana tres veces por semana (martes, jueves y sábado)
- ❖ Ingerió un vaso de tomar agua tibia 30 minutos antes de desayunar.
- ❖ Aprovecho el reflejo gástrico no dejando pasar las ganas, evitando el menos sentado.
- ❖ Ingerió por lo menos 2000 ml de agua de la cual fue pura 1000 ml y lo restante se seleccionó las frutas de su preferencia.



- ❖ Se realizó masajes abdominales haciendo movimientos circulares en el abdomen haciendo movimientos circulares durante 20 minutos para activar y estimular los movimientos peristálticos y remover heces del intestino grueso.

### **OBSERVACIÓN:**

Al principio al usuario no le agradaba mucho comer esos tipos de alimentos de fibra por que no estaba acostumbrado a ingerirlos, pero con el paso de los días al tomarlos se sintió muy agusto. Tomando agua de sabor y pura durante el día.

### **EVALUACIÓN:**

El objetivo se logró completamente y continúa el plan sin cambios.

- 4) Alteración del patrón del sueño relacionado con estrés psicológico manifestado por dificultad para conciliar el sueño y sueño interrumpido.

### **OBJETIVO.**

El usuario mejorará su patrón de sueño.

### **PLAN DE INTERVENCIONES.**

- ❖ Identificar la causa de interrupción del sueño.
- ❖ Recomendar la ingesta de agua hasta las 19 horas. Aconsejar que vacíe la vejiga antes de dormir.
- ❖ Establecer un horario para dormir y descansar.
- ❖ Evitar tomar siestas.
- ❖ Informar que las necesidades cambian con la edad; las personas mayores se despiertan con frecuencia por la noche.
- ❖ Orientar sobre la no ingesta de consumir alimentos que contengan cafeína como el té, café, chocolate, por los efectos que tiene en el organismo, dando una charla de 17 a 17:20 horas día lunes.
- ❖ Animar a la persona a expresar sus sentimientos pensamientos, ansiedad, preocupaciones y temor que dificultan el sueño.



- ❖ Aconsejar técnicas de relajación como: ejercicios respiratorios, musicoterapia, aromaterapia, e informar que puede combinar las técnicas, es decir escuchar música tranquila y realizar ejercicios de respiración profunda ya que estos le ayudarán a relajarse. En caso de despertar durante la noche leer unos minutos hasta volver a conciliar el sueño.
- ❖ Reducir el ruido.
- ❖ Charla con el usuario y los familiares de las causas del trastorno del sueño y las formas de evitarlo. Martes de 13 a 13:20 horas.

### **CRITERIOS DE RESULTADO:**

El usuario en el transcurso de 5 días podrá identificar los factores que alteran su sueño, durmiendo tranquilamente por la noche.

### **EJECUCIÓN**

- ❖ Se identificó la causa de interrupción del sueño.
- ❖ Tomó agua antes de las 19 horas y vació la vejiga antes de dormir.
- ❖ Se establecieron horarios para dormir y descansar.
- ❖ No tomó siestas.
- ❖ Se informó que las necesidades cambian con la edad; las personas mayores se despiertan con frecuencia por la noche.
- ❖ Charla sobre la no ingesta de consumir alimentos que contengan cafeína como el té, café, chocolate, por los efectos que tiene en el organismo, de 17 a 17:20 horas día lunes.
- ❖ Expresó sus sentimientos, pensamientos, ansiedad, preocupaciones y temor que dificultan el sueño.
- ❖ Realizó técnicas de relajación como: ejercicios respiratorios, musicoterapia, aromaterapia, se informó que puede combinar las técnicas, es decir escuchar música tranquila y realizar ejercicios de respiración profunda ya que estos le ayudarán a relajarse. Si despertara durante la noche se aconsejó leer unos minutos hasta volver a conciliar el sueño.
- ❖ Redujo el ruido.
- ❖ Charla con el usuario y los familiares de las causas del trastorno del sueño y las formas de evitarlo. Martes de 13 a 13:20 horas.



**OBSERVACIÓN:**

Al principio era muy difícil para el cambiar sus hábitos como tomar café y refresco. Con el paso de los días pudo asimilarlo, comprendiendo de que al tomarlos por la noche no podía dormir bien, y refiriendo que cuando toma café por la noche no podía dormirse y se despertaba muchas veces para ir al baño, sintiéndose mas tranquilo y con menos ansiedad cuando no lo tomaba.

**EVALUACIÓN:**

El objetivo se cumplió totalmente y continúa con el mismo plan.

5) Déficit de autocuidado relacionado con deterioro perceptivo, ansiedad y falta de motivación para participar en su propio cuidado, manifestado por halitosis y mala higiene bucal.

**OBJETIVO.**

El usuario mejorará sus hábitos de higiene.

**PLAN DE INTERVENCIÓNES.**

- ❖ Enseñar como cepillar la placa dentaría 2 veces por semana martes y jueves de 11 a 11:10 de la mañana.
- ❖ Charlar sobre la importancia de la higiene bucal y corporal para la salud.  
Martes 11:10 a 11:20 de la mañana
- ❖ Incentivar una participación adecuada por parte del usuario, en todas las actividades relacionadas con el autocuidado.

**CRITERIOS DE RESULTADOS:**

El usuario realizara sin ayuda el cepillado de su placa dentaría en el transcurso de 3 días.



## **EJECUCIÓN**

- ❖ Se explicó la forma de cepillar la placa dentaría proporcionando todo el material necesario para el cepillado de la misma. Martes y jueves de 11 a 11:10 de la mañana.
- ❖ Se hace hincapié de acudir al dentista si tiene algún problema con a placa dentaría.
- ❖ Charlar sobre la importancia de la higiene bucal y corporal para la salud. Martes 11:10 a 11:20 de la mañana.
- ❖ Incentivar una participación adecuada por parte del usuario, en todas las actividades relacionadas con el autocuidado.

## **OBSERVACIÓN:**

El usuario en un inicio no quería lavar su placa, decía que para que, explicándole los beneficios, intento lavarla después de varios días que no lo hacia, y al decirle como cepillarla se sintió motivado y con iniciativa al hacerlo, muy contento cuando se la puse, manifestaba que se sentía muy fresco de la boca al haberla lavado.

## **EVALUACIÓN:**

El objetivo se cumplió totalmente y continúa con el mismo plan.

**6)** Baja autoestima situacional relacionado con cambios en sus actividades diarias manifestado cambios en su alimentación, sueño, higiene y arreglo personal.

## **OBJETIVO.**

El usuario expresará los sentimientos de afrontamiento ante la situación.



### **PLAN DE INTERVENCIÓNES.**

- ❖ Brindarle confianza para expresar sus sentimientos,
- ❖ Ayudar a identificar sus cualidades.
- ❖ Charla con el usuario para afrontar su realidad. Sábado 13 horas.
- ❖ Seleccionar una serie de actividades que sean de mayor agrado para brindarle alegría y distracción por breves momentos. Domingo 11 de la mañana.
- ❖ Incentivar en su higiene y arreglo personal haciendo hincapié que es bueno para su salud.
- ❖ Realizar propuesta para mejorar su alimentación de la cual se hizo una lista de sus alimentos habituales de su agrado y de algunos que contienen fibra. Lunes 16horas.

### **CRITERIOS DE RESULTADOS.**

En una semana el usuario aumentará su autoestima.

### **EJECUCIÓN.**

- ❖ Se brindó confianza y expreso sus sentimientos.
- ❖ Identificó sus cualidades.
- ❖ Charla con el usuario para afrontar su realidad. Sábado 13 horas.
- ❖ Terapia recreativa seleccionando música de su agrado y estuvo con la gente que más le da alegría ver. Domingo 11 de la mañana.
- ❖ Incentivar en su higiene y arreglo personal haciendo hincapié que es bueno para su salud.
- ❖ Se realizó la propuesta para mejorar su alimentación de la cual se hizo una lista de sus alimentos habituales de su agrado y de algunos que contienen fibra. Lunes 16 horas.



### **OBSERVACIÓN:**

Al inicio el usuario se mostraba muy apático, sin ganas de platicar, se sentía triste, pero después platicamos y ya como que tomo confianza, me platico de lo que hacia antes, de sus animales que como le encantan, de antes como vivía y como se sentía. Expresándome sus sentimientos y emociones.

### **EVALUACIÓN:**

El objetivo se cumplió totalmente y continúa con el mismo plan.

7) Deterioro de la movilidad física relacionada con disminución de la fuerza, resistencia, edad y deterioro musculoesquelético, manifestado por deambulación lenta y limitación de la amplitud de movimientos.

### **OBJETIVO.**

El usuario mejorará su capacidad de movilización de acuerdo a sus capacidades.

### **PLAN DE INTERVENCIONES.**

- ❖ Caminar con ayuda personal. Martes, jueves y sábado de 9:00am a 9:10 de la mañana.
- ❖ Caminar con ayuda mecánica proporcionando sistemas de ayuda para la movilización (andador o bastón). Lunes, miércoles y viernes 9:00am a 9:10 de la mañana.
- ❖ Establecer programas de movilización progresiva.
- ❖ Realizar ejercicios pasivos. Miércoles de 18 a 18:10 horas.
- ❖ Estimular la deambulación.
- ❖ Mantener alineación corporal.
- ❖ Utilizar adecuadamente la mecánica corporal.

### **CRITERIOS DE RESULTADOS.**

El usuario en 15 días aumentara su fuerza y resistencia en su deambulación.



### **EJECUCIÓN.**

- ❖ Caminó con ayuda personal. Martes, jueves y sábado de 9:00 a 9:10 de la mañana.
- ❖ Caminó con ayuda mecánica proporcionando sistema de ayuda para la movilización (bastón). Lunes, miércoles y viernes 9:00 a 9:10 de la mañana.
- ❖ Se establecieron de movilización progresiva.
- ❖ Realizó ejercicios pasivos. Miércoles de 18 a 18:10 horas
- ❖ Se logró estimular la deambulaci3n.
- ❖ Mantuvo la alineaci3n corporal.
- ❖ Utilizó adecuadamente la mecánica corporal.

### **OBSERVACIÓN.**

Al principio no quería aceptar la ayuda mecánica decía que el si podía caminar bien, pero al estar observándolo al caminar se agarraba de las cosas que estaban en su paso para sostenerse y le explique para que era el andador y de que se iba a sentir mas agusto caminando con el mismo, así comprendió de que si le podía hacer falta, intento caminar con el pero como que al principio no podía muy bien, le explique la forma de utilizarlo, así con los días ya pudo caminar bien y sintiéndose agusto con el andador para caminar.

### **EJECUCIÓN:**

El objetivo se cumplió parcialmente y continúa con el mismo plan.

### **DIAGNÓSTICO DE RIESGO.**

**8)** Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con resequead de la piel y prurito.

### **OBJETIVOS.**

El usuario disminuirá el riesgo de la pérdida de la integridad cutánea.



### **PLAN DE INTERVENCIONES.**

- ❖ Aplicación de cremas hidratantes que contengan lanolina cada vez que se bañe.
- ❖ Baño con jabón neutro.
- ❖ Utilizar agua tibia (no caliente).
- ❖ La piel se debe secar completamente pero en forma suave, dando golpecitos y no frotando.
- ❖ Utilizar aceites de baño o humectantes mínimo diariamente. Los humectantes espesos o grasosos son los mejores. Se deben evitar los productos a base de alcohol. Estos productos se aplican justo después del baño o la ducha cuando la piel todavía está húmeda.
- ❖ Se recomienda tomar mucha agua durante todo el día.

### **CRITERIOS DE RESULTADOS.**

El usuario en 5 días disminuirá su resequeidad de la piel.

### **EJECUCIÓN.**

- ❖ Se aplicó cremas hidratantes a base de lanolina cada vez que se baño.
- ❖ Baño con jabón neutro.
- ❖ Utilizó agua tibia al bañarse.
- ❖ Se seco la piel completamente en forma suave, dando golpecitos y no frotando.
- ❖ Utilizó aceites humectantes diariamente o cremas hidratantes.
- ❖ Tomó durante el transcurso del día dos litros de agua.

### **OBSERVACIÓN:**

El usuario en un inicio no quería bañarse con agua tibia por que estaba acostumbrado a bañarse con agua calientita, al explicarle que era para que no se le resecara la piel comprendió de que le hacia mucho mejor bañarse con agua tibia y así también se iba a sentir descansado, ahora muestra inquietud por bañarse con agua tibia.

Terminando de bañarse el se ponía su crema hidratante en todo su cuerpo y en donde tenia las reseco se ponía aceite para hidratar mas su piel.



## **EVALUACIÓN.**

El objetivo se logró totalmente y continúa con el mismo plan.

9) Riesgo de infección de vías urinarias secundaria a hipertrofia de próstata.

## **OBJETIVO**

El usuario disminuirá el riesgo de infección.

## **PLAN DE INTERVENCIONES.**

- ❖ Identificar los factores de riesgo que pueden provocar o contribuir a la infección.
- ❖ Orinar cuando se presenta la necesidad inicial. También, ir al baño cuando el momento y el lugar lo permitan aún si no se siente la necesidad de orinar.
- ❖ Evitar el alcohol y la cafeína, especialmente después de la cena.
- ❖ No beber cantidades excesivas de líquidos de una sola vez. Distribuir el consumo de líquidos durante el día y evitar su ingesta dos horas antes de acostarse.
- ❖ Aprender y practicar los ejercicios de Kegel (ejercicios para fortalecer la pelvis)
- ❖ Reducir el estrés. El nerviosismo y la tensión pueden llevar a orinar más frecuentemente.

## **CRITERIOS DE RESULTADOS.**

El usuario en 7 días disminuirá el riesgo de infección.

## **EJECUCIÓN.**

- ❖ Se identificó los factores de riesgo que pueden provocar o contribuir a la infección.
- ❖ Orinó cuando presentó la necesidad.
- ❖ No ingirió alcohol y la cafeína, especialmente después de la cena.
- ❖ No bebió cantidades excesivas de líquidos de una sola vez. Distribuir el consumo de líquidos durante el día y evitar su ingesta dos horas antes de acostarse.



- ❖ Aprendió y practicó los ejercicios de Kegel (ejercicios para fortalecer la pelvis).
- ❖ Redujo el estrés. El nerviosismo y la tensión pueden llevar a orinar más frecuentemente.

**OBSERVACIÓN:**

El usuario acepto realizar las actividades que le decía, mostrando interés.

**EVALUACIÓN.**

El objetivo se logró totalmente y continúa con el mismo plan.



## 5. CONCLUSIONES.

Al realizar el Proceso de Enfermería fue gratificante para poner en práctica los conocimientos adquiridos durante mi formación.

En la actualidad el Proceso Enfermería está adquiriendo cada día mayor relevancia en nuestro país, es por eso que el profesional de enfermería debe estar preparado para el análisis y la aplicación continua de este, con los conocimientos necesarios para llevarlo a la práctica.

Con la aplicación de la Teoría de Virginia Henderson, permite valorar ampliamente las necesidades humanas a fin de aplicar acciones que favorezcan el bienestar del individuo, brindando una atención de calidad y lograr involucrar en la medida al usuario.

Respecto al caso clínico se lograron los objetivos en el transcurso del proceso de enfermería algunos de manera parcial y otros en su totalidad, con lo que se mejoró la salud del usuario, cumpliendo con el plan de intervenciones establecidas de cada uno de los diagnósticos, además de que se logró involucrar al usuario y su familia para llevar a cabo el plan de cuidados y sobre la importancia que tiene el cuidado para la salud.

Analizando el objetivo del Proceso Enfermería los buenos resultados que se obtuvieron dependen en gran medida de la enfermera, de la valoración realizada, al hacer un buen juicio clínico para emitir los problemas interdependiente y los diagnósticos de enfermería y de esta forma, planear en conjunto con el usuario y su familia, las intervenciones que ayudaron al logro de los objetivos; lo planeado se ejecutó y se evaluaron los resultados.



## 6. SUGERENCIAS.

- ❖ Fomentar la participación de los familiares en el seguimiento del régimen terapéutico por parte del personal de enfermería.
- ❖ Se tengan en cuenta las prioridades del usuario.
- ❖ Comprometer al paciente a colaborar plenamente con la ejecución de los cuidados planeados por enfermería.
- ❖ Una sugerencia probablemente difícil de llevar a cabo en nuestro país, es el promover la cultura de la prevención, pues habría que cambiar ciertos esquemas socio-culturales en el personal de la salud y en general, de toda la comunidad.
- ❖ Promover cursos para conocer todas las filosofías, teorías y modelos de enfermería y esté sea un instrumento base para mejorar y brindar una atención de mejor calidad.
- ❖ El personal de enfermería siga actualizándose, a fin de que al realizar sus acciones conozca los efectos que causará el paciente y evitar tomar una rutina. Sólo así podrá individualizar la atención ya que cada paciente es diferente y requiere una atención personalizada e integral.
- ❖ Que se siga llevando a cabo el Proceso de Enfermería en la Facultad de Enfermería desde el primer semestre para que los alumnos posteriormente mejoren la atención con acciones lógicas y así se consolide el papel intelectual de los profesionales de Enfermería en los procedimientos que realiza.
- ❖ Enfatizar la importancia de la enseñanza y aplicación del proceso de Enfermería en las aulas de clase y con base en casos clínicos antes de realizar la práctica clínica.



## 7. GLOSARIO DE TÉRMINOS.

**ÁRBOL TRAQUEOBRONQUIAL:** Está formado por la tráquea, bronquios primarios, bronquiolos secundarios, bronquiolos terciarios, bronquiolos y bronquiolos terminales.

**ALVEOLOS:** Unidad elemental del tejido pulmonar.

**A1 ANTITRIPSINA:** Sustancia que evita la ruptura de los tabiques alveolares en las infecciones pulmonares.

Es un factor protector de la pared que permite mantener la tensión superficial de la misma, necesaria para la entrada de aire y el posterior intercambio de gases

**ACIDOSIS RESPIRATORIA:** Es una condición que ocurre cuando los pulmones no pueden eliminar todo el dióxido de carbono producido por el cuerpo.

**ANSIEDAD:** Es un estado que tiene por objeto un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de aportar algún elemento que considera normal y que en esos momentos los niveles de los mismos no son los adecuados, o por el contrario, ante el temor de perder un bien preciado.

**ANTIELASTASA:** Consecuencia de una degradación de las fibras elásticas inducida por enzimas elastolíticas endógenas, predominantemente elastasa, producida por polimorfonucleares y en menor grado por macrófagos, se asocia al déficit de antiproteasas normales, como por ejemplo la a 1 inhibidora de proteasa, que es la más importante de las sustancias capaces de neutralizar la actividad de la elastasa pancreática y de la neutrofilia.

**ARRITMIAS:** Es cualquier trastorno del ritmo o frecuencia cardíaca y significa que el corazón palpita demasiado rápido, demasiado lento o con un patrón irregular. Cuando el corazón palpita más rápido de lo normal, se denomina taquicardia y cuando lo hace demasiado lento, se denomina bradicardia.



**BRONCODILATADORES:** Cualquier medicamento, que directa o indirectamente mejora el broncoespasmo.

**BRONCOESPASMO:** Estrechamiento de los bronquios de diversas causas, que dificulta la respiración.

**BRONQUIOLITIS:** Infección de los bronquiólos, esto es, de las últimas ramificaciones de los bronquios.

**COLAPSADO:** Paralización brusca de una actividad cualquiera.

**COR PULMONALE:** Aumento del tamaño y tensión del lado derecho del corazón.

**CVF:** Capacidad vital forzada.

**ECG:** Electrocardiograma.

**EDEMA:** Es el agrandamiento de órganos, piel u otras estructuras corporales causado por la acumulación excesiva de líquidos en los tejidos. Dicha acumulación puede llevar a un aumento rápido de peso durante un período corto (de días a semanas).

**ELASTASA:** contribuye a la degradación de las paredes alveolares alterado su estructura

**ELASTINA:** Es una proteína estructural que forma parte de la matriz extracelular del tejido conjuntivo.

**ELECTROFORESIS:** Es una técnica para la separación de moléculas (proteínas o ácidos nucleicos) sobre la base de su tamaño molecular o carga eléctrica,



**ELECTROMAGNÉTICA:** Es una combinación de campos eléctricos y magnéticos oscilantes, que se propagan a través del espacio transportando energía de un lugar a otro.

**ENFISEMATOSOS:** Es una enfermedad pulmonar que comprende daños a los sacos alveolares de los pulmones, los sacos alveolares no pueden desinflarse completamente y, por lo tanto, son incapaces de llenarse con aire nuevo para garantizar una adecuada provisión de oxígeno al cuerpo.

**EPOC:** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

**ERITROCITOSIS:** Aumento de número de glóbulos rojos.

**ESPIROMETRIA:** Es un examen en que el individuo respira a través de una boquilla, mide el paso del aire, su velocidad, el tiempo que dura y mide los flujos respiratorios.

**ESPIROMETRO:** Es un aparato que se utiliza para evaluar el funcionamiento pulmonar.

**ESTERTORES:** Los sonidos respiratorios son los sonidos producidos por las estructuras de los pulmones durante la respiración.

**ESTRECHO:** Que tiene poca anchura. Ajustado, apretado.

**F.C:** Frecuencia cardiaca.

**F.R:** Frecuencia respiratoria.

**GR:** Gramo.

**H:** Hora.



**HALITOSIS:** Es un síntoma o un signo caracterizado por mal aliento u olor desagradable de la cavidad oral.

**HETEROCIGOTOS:** En genética un individuo diploide que para un gen

**HIDROCARBUROS:** Compuestos bioquímicos formados únicamente por carbón e hidrógeno.

**HIPERPLASIA:** Es el aumento en la producción de células en un órgano o tejido normales. Un exceso de tejido normal.

**HIPERREACTIVIDAD:** Trastorno en que las respuestas a estímulos están exageradas.

**HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL:** Trastorno respiratorio caracterizado por broncoespasmos colinérgicos.

**HIPERTROFIA PROSTÁTICA:** Es el aumento anormal del tamaño de la próstata.

**HIPOXEMIA:** Disminución de la presión parcial de oxígeno en sangre ( $PaO_2$ )

**HIPOXIA:** Disminución de la presión parcial de oxígeno en el espacio pulmonar ( $PaO_2$ ) es decir, donde se lleva a cabo el intercambio gaseoso.

**HOLÍSTICO:** La palabra holístico (integral) es originaria de la palabra griega “holos” y significa la observación de algo desde el punto de vista funcional a partir de todas sus partes e interrelacionarlas unas con otras como un todo.

**HOMOCIGOTOS:** Con respecto a un gen específico, significa que posee dos copias idénticas de ese gen para un rasgo dado en los dos cromosomas correspondientes.

**INMUNOELECTROFORESIS:** Es una prueba que detecta la presencia o ausencia de inmunoglobulinas en la sangre y evalúa su carácter cualitativo



**INSPIRACIÓN:** Es el movimiento de toma de aire y hacia adentro, insistiéndose casi siempre, en que para el medicamento llegue donde se necesita

**INTERLEUQUINAS:** Son un conjunto de proteínas que son expresadas por los leucocitos y por los histiocitos y que tienen como función la intercomunicación (*mensajeros*) entre las distintas subpoblaciones leucocitarias, participando en la respuesta del sistema inmunitario

**IRREVERSIBLE:** Que no se puede regresar.

**Kg:** Kilogramo

**LAT:** Latidos.

**LÍPIDOS:** Son compuestos orgánicos que se componen de carbono, hidrógeno y oxígeno, y son la fuente de energía en los alimentos. Las grasas pertenecen al grupo de las sustancias llamadas lípidos y vienen en forma líquida o sólida.

**MACROFAGOS:** Es un tipo de célula inmunitaria que ingiere sustancias extrañas en un esfuerzo para proteger el cuerpo de una infección

**MIN:** Minuto

**MM. HG:** Milímetros de mercurio.

**MONÓXIDO DE CARBONO:** Es un gas inodoro, incoloro, inflamable y altamente tóxico.

**MT:** Metros.

**N.A.N.D.A:** Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (North American Nursing Diagnosis Association).



**NEUTRÓFILOS:** Denominados también micrófagos son glóbulos blancos del tipo de granulocitos, es el tipo de leucocito más abundante en sangre.

**NICTURIA:** El hecho de despertarse varias veces en la noche para orinar

**(NO<sub>2</sub>):** Dióxido de nitrógeno.

**OXIDANTES:** Es un compuesto químico que oxida a otra sustancia en reacciones electroquímicas o redox.

**PARÉNQUIMA PULMONAR:** Es el tejido funcional del pulmón es un tejido q se encuentra formando parte de los pulmones y las vías pulmonares.

**PERÓXIDO:** Son sustancias que presentan un enlace oxígeno-oxígeno en estado de oxidación. Generalmente se comportan con sustancias oxidantes.

**PFM:** (siglas en ingles medidor de flujo máximo).

**PNEUMOVAX:** Vacuna para la neumonía.

**POLAQUIURIA:** Es el aumento del número de micciones (frecuencia miccional) durante el día, que suelen ser de escasa cantidad y que refleja una irritación o inflamación del tracto urinario.

**POLUCIÓN:** Contaminación intensa y perjudicial del aire, agua, con sustancias extrañas, producidas por residuos de procesos industriales o biológicos.

**PROTEASA:** (Peptidasas son enzimas que rompen los enlaces peptídicos de las proteínas).

**PROTEÍNAS:** Las proteínas son compuestos orgánicos complejos, cuya estructura básica es una cadena de aminoácidos.



**PROTEÓLISIS:** Degradación de proteínas ya sea mediante enzimas específicas, llamada proteasa, o por medio de digestión intramolecular.

**PRURITO:** Es un hormigueo o irritación incómoda de la piel que provoca el deseo de rascarse en el área afectada.

**QUIMOTÁCTICOS:** Son una propiedad que tiene las células o fármacos para atraer receptores, o una respuesta inmune

**RESP:** Respiraciones.

**RUPTURA:** Acción y efecto de romper o romperse.

**SIBILANCIAS:** Son un sonido silbante y agudo durante la respiración que ocurre cuando el aire fluye a través de las vías respiratorias estrechas.

**(SO<sub>2</sub>):** Dióxido de azufre

**SR:** Señor.

**T.A:** Tensión arterial.

**TOS:** Es una contracción espasmódica repentina y a veces repetitiva de la cavidad torácica que resulta en una liberación violenta del aire de los pulmones produciendo un sonido característico.

**TRIPSINA:** Enzima secretada por el páncreas.

**VEMS:** Volumen espirado máximo por segundo



## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. BESORA, T. Inmaculada. "Diagnósticos Enfermero". 3era Edición, Barcelona.
2. HARRISÓN. "Principios de Medicina Interna". Ed McGraw-Hill interamericana, Volumen II, España, 2003.
3. J. Hernández Conesa y M. Esteban Albert. "Fundamentos de Enfermería, teoría y método", Ed. McGraw-Hill Interamericana, 1era Edición, España, 1999.
4. KOZIER. B. ERB. G. BLANIS. K WIKILSON. J. M. "Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y practica". Volumen I. Ed. Interamericana MC Graw-Hill. Quinta edición actualizada. México 1999.
5. LINDA Y JUAILI CARPENITO. "Diagnósticos de Enfermería aplicaciones a la práctica clínica". Ed. McGraw-Hill Interamericana, 9 Edición, España, 2002.
6. MARK, H. Beers; Berkow Robert. Et al. "Manual merck", Ed. Centenario, decimal Edición. 1999, Pp. 513-519.
7. MARTÍNEZ, Tomey Ann y Raile. A. Martha. "Modelos y teorías de Enfermería". Ed. Mosby/Doyna, 5ta Edición, España.
8. MARTÍNEZ, V. Carmen. "Proceso y diagnóstico de Enfermería". Ed. McGRAW-Hill interamericana editores, 3era Edición en español, México, 2003.
9. RODRÍGUEZ, S. Bertha A. "Proceso de Atención Enfermero Aplicación actual". Ed. Cuellar, 2da Edición, México 2001.
10. Tortora J. G Anagnostakos y P. Nicholas. "Principios de anatomía y fisiología". Ed. Harla, 6ta Edición, México 1991.



11. U .M. S. N H. Antología de las Necesidades fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson Curso de el proceso de Enfermería, Escuela de Licenciatura en Enfermería, Año 2006.

**CITAS DE INTERNET.**

12. [www.uady.mx/~enfermer/sitioflash/Proceso/planificaci%F3n.html](http://www.uady.mx/~enfermer/sitioflash/Proceso/planificaci%F3n.html)

CITADO 18 -11-2006

13. [www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000136.htm](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000136.htm)

CITADO 10-02-2007

14. [www.tabaquismo.freehosting.net/EpoC/EPOCENFISEMA.htm](http://www.tabaquismo.freehosting.net/EpoC/EPOCENFISEMA.htm)

CITADO 16-05-2007.

15. [www.enfermeria.uady.mx/sitioflash/Proceso/introducci%F3n.html](http://www.enfermeria.uady.mx/sitioflash/Proceso/introducci%F3n.html)

CITADO 13-11-2006

16. [www.terra.es/personal/duenas/pae.htm](http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm) CITADO 17-09-2006

17. [www.enfermeria.udea.edu.comrevista/sep99/proceso.htm](http://www.enfermeria.udea.edu.comrevista/sep99/proceso.htm) CITADO 20-11-2006

18. [http://es.wikipedia.org/wiki/Diagn%C3%B3stico\\_de\\_enfermer%C3%ADa](http://es.wikipedia.org/wiki/Diagn%C3%B3stico_de_enfermer%C3%ADa) CITADO 20-05-2007

19. [http://html.rincondelvago.com/fundamentos-de-enfermeria\\_1.html](http://html.rincondelvago.com/fundamentos-de-enfermeria_1.html)

CITADO 10-01-2007.

20. [http://www.contusalud.com/sepa\\_enfermedades\\_enfisema.htm](http://www.contusalud.com/sepa_enfermedades_enfisema.htm)

CITADO 29-04-2007.

21. <http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/proceso.htm> CITADO 9-06-07

22. <http://www.terra.es/personal//duenas/teorias2.htm> CITADO 9-06-07



## 9. ANEXOS.

### Anexo 1. GUÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.

Valoración de Enfermería de acuerdo al modelo de Virginia Henderson, basado en las 14 necesidades humanas.

#### 1.- VALORACIÓN GENERAL.

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Familiar / persona para contactar: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Tensión arterial: \_\_\_\_\_ Frecuencia cardiaca: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_  
Frecuencia respiratoria: \_\_\_\_\_

Piel:

Color normal: \_\_\_\_\_ pálida: \_\_\_\_\_ cianótica: \_\_\_\_\_ otras: \_\_\_\_\_  
Edemas: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ descripción / localización: \_\_\_\_\_  
Lesiones: sí: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ descripción / localización: \_\_\_\_\_  
Prurito: sí: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ descripción / localización: \_\_\_\_\_  
Sentidos corporales: vista: \_\_\_\_\_ oído: \_\_\_\_\_ olfato: \_\_\_\_\_  
Gusto: \_\_\_\_\_ tacto: \_\_\_\_\_  
Enfermedades graves / operacionales: sí: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ cuales: \_\_\_\_\_  
Secuelas sí: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ especificar: \_\_\_\_\_  
Tabaquismo: \_\_\_\_\_ abuso de alcohol: \_\_\_\_\_ cafetismo: \_\_\_\_\_ uso de sustancias  
tóxicas: \_\_\_\_\_  
Diabetes: \_\_\_\_\_ HTA: \_\_\_\_\_ alergias: \_\_\_\_\_ Especificar: \_\_\_\_\_

#### II.- VALORACIÓN DE OXIGENACIÓN.

##### 1.- Respiración

Frecuencia: \_\_\_\_\_  
Calidad: normal: \_\_\_\_\_ superficial: \_\_\_\_\_ rápida: \_\_\_\_\_ otros: \_\_\_\_\_  
Ruidos a la auscultación: sí: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ descripción / localización: \_\_\_\_\_  
Tos: sí: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ secreciones: sí: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ dolor al respirar: sí: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_  
Tabaco: sí: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ Lo dejo fumar que fecha: \_\_\_\_\_  
Consumo de < de 1 paquete a día \_\_\_\_\_ 1 -2 paquetes al día: \_\_\_\_\_  
>de 2 paquetes al día: \_\_\_\_\_

Otras drogas: sí: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ tipo: \_\_\_\_\_ uso: \_\_\_\_\_  
¿Tiene alguna alergia respiratoria? Sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ ¿ De que  
tipo? \_\_\_\_\_

Tensión arterial: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ Pulso: Fuerte: \_\_\_\_\_ débil: \_\_\_\_\_ regular: \_\_\_\_\_  
irregular: \_\_\_\_\_



## 2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_

Ingesta habitual:

Comida:

Merienda: \_\_\_\_\_

Cena:

Dietas especiales si: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ Tipo de dieta: \_\_\_\_\_

Ingesta de líquidos: < de 1 litro / día  $\sqrt$  1-2 litros / día \_\_\_\_\_ > de 2 litros / día \_\_\_\_\_

Intolerancia a alimentos: si: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ ¿cuáles? \_\_\_\_\_

Apetito: normal: \_\_\_\_\_ disminuido \_\_\_\_\_ aumentado: \_\_\_\_\_ náuseas \_\_\_\_\_

Vómito: \_\_\_\_\_

Fluctuación de peso (últimos 6 meses): si: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ Kg. Ganados/ perdidos:

\_\_\_\_\_ Problemas de: \_\_\_\_\_

Masticación: si: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ Usa prótesis dental: \_\_\_\_\_

Deglución: si: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ sólidos: \_\_\_\_\_ líquidos: \_\_\_\_\_

ambos: \_\_\_\_\_

Prótesis dental: si: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ superior: \_\_\_\_\_ inferior: \_\_\_\_\_

La piel esta hidratada? (¿ cuándo se pellizca, ¿ la marca dura un rato?) si: \_\_\_\_\_

no: \_\_\_\_\_

¿ Come entre comidas?: rara vez: \_\_\_\_\_ con frecuencia: \_\_\_\_\_ con mucha

frecuencia: \_\_\_\_\_

¿ Necesita ayuda?: prepara la comida: \_\_\_\_\_ comer: \_\_\_\_\_ trocear los alimentos: \_\_\_\_\_

## 3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

### Intestinal:

Frecuencia: \_\_\_\_\_

Estreñimiento: \_\_\_\_\_ diarrea: \_\_\_\_\_ incontinencia: \_\_\_\_\_

Ostomía: si \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ tipo: \_\_\_\_\_ autocuidados: si \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_

Problemas de: hemorroides: \_\_\_\_\_ sangrado: no heces negras: \_\_\_\_\_ otros: \_\_\_\_\_

Usa laxantes o rutinas: si: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ ayudas empleadas: \_\_\_\_\_

### Urinaria:

Frecuencia:

Disuria: \_\_\_\_\_ nicturia: \_\_\_\_\_ retención: \_\_\_\_\_ incontinencia: \_\_\_\_\_ pañal: \_\_\_\_\_

Color: amarillo claro: \_\_\_\_\_ amarillo oscuro: \_\_\_\_\_ naranja: \_\_\_\_\_

rojo: \_\_\_\_\_

¿ Ha sufrido alguna enfermedad urinaria? Si: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_

¿ cuál?: \_\_\_\_\_

Sonda vesical: \_\_\_\_\_ fecha de último

sondaje: \_\_\_\_\_



### Cutánea.

Sudoración: si \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ sudoración profusa: si: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_  
Menstruación: regular: \_\_\_\_\_ irregular: \_\_\_\_\_ abundante: \_\_\_\_\_ dolorosa: \_\_\_\_\_  
Secreciones vaginales: aspecto \_\_\_\_\_ ¿son abundantes? Si: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_  
¿Tienes molestias (fuera de la menstruación)? Si: \_\_\_\_\_  
no: \_\_\_\_\_

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

Expresión facial: adecuado \_\_\_\_\_ alerta \_\_\_\_\_ inexpresivo: \_\_\_\_\_ hostil: \_\_\_\_\_  
inadecuado: \_\_\_\_\_  
Comportamiento motor inhibido: inhibición: \_\_\_\_\_ agitación: \_\_\_\_\_ temblores: \_\_\_\_\_  
Rigidez \_\_\_\_\_ incoordinación \_\_\_\_\_ inquietud \_\_\_\_\_ tics: \_\_\_\_\_

Postura: erecto \_\_\_\_\_ decaído: \_\_\_\_\_  
Modo de andar: normal: \_\_\_\_\_ acelerado: \_\_\_\_\_ tambaleante: \_\_\_\_\_ lento: \_\_\_\_\_  
Limitaciones físicas: temporales \_\_\_\_\_ permanentes \_\_\_\_\_ ¿cuáles? \_\_\_\_\_  
Aparatos de ayuda: ninguno: \_\_\_\_\_ bastón: \_\_\_\_\_ muletas: \_\_\_\_\_ andador: \_\_\_\_\_  
otros: \_\_\_\_\_  
Vértigo: si: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ ¿siente dolor o rigidez articular? Si: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_  
¿Hace ejercicio? Si: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_  
tipo: \_\_\_\_\_  
¿Cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ practica algún deporte? Si: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_  
¿Cuál?: \_\_\_\_\_

### 5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

Horas de sueño nocturno: \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_ descansos: \_\_\_\_\_

Problemas de  
sueño: \_\_\_\_\_  
Al inicio \_\_\_\_\_ interrumpido: \_\_\_\_\_ no de veces \_\_\_\_\_ despertar temprano \_\_\_\_\_  
Sueño excesivo \_\_\_\_\_ pesadillas \_\_\_\_\_ (tipo) \_\_\_\_\_  
Sensación después de dormir: descanso: \_\_\_\_\_ cansado: \_\_\_\_\_ confuso: \_\_\_\_\_  
otros: \_\_\_\_\_  
Factores que afectan el sueño: \_\_\_\_\_  
Ayudas 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:\_\_\_\_\_ ¿cuáles?\_\_\_\_\_

¿Qué importancia da a su aspecto? Poca: \_\_\_\_\_ bastante:\_\_\_\_\_ mucha:\_\_\_\_\_

¿Su forma de vestir es adecuada al lugar, estación y circunstancia? Si: \_\_\_\_\_ no:\_\_\_\_\_

Otros datos de interés:\_\_\_\_\_

## 7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.

Temperatura corporal: normal: \_\_\_\_\_ hipotermia:\_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_

Sudoración cutánea: si \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ ¿están fríos sus pies y/o manos? Si: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_

¿Si fuese necesario sería usted capaz de mirarse usted mismo la Tensión arterial?

Si: \_\_\_\_\_ no:\_\_\_\_\_

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

Hábito de higiene corporal: baño: \_\_\_\_\_ ducha:\_\_\_\_\_ frecuencia: \_\_\_\_\_

Cepillado de dientes: si:\_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ frecuencia:\_\_\_\_\_

Autónomo: si:\_\_\_\_\_ no:\_\_\_\_\_ Necesita ayuda. Si \_\_\_\_\_ no:\_\_\_\_\_ especificar:\_\_\_\_\_

Descuidado en: Cabello:\_\_\_\_\_ dientes: \_\_\_\_\_ uñas:\_\_\_\_\_ su piel es: seca: \_\_\_\_\_ grasa \_\_\_\_\_ Normal:\_\_\_\_\_

¿Ha notado alguna lesión? (ulcera, accema)

Descríbalo:\_\_\_\_\_

Sus cabellos son: secos: \_\_\_\_\_ grasos:\_\_\_\_\_ se rompen con facilidad:\_\_\_\_\_

¿Tiene últimamente tendencia a perder el pelo? Si: \_\_\_\_\_ no:\_\_\_\_\_

## 9.- NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS.

Niveles De conciencia y actitud frente al entorno:

Somnoliento:\_\_\_\_\_ confuso:\_\_\_\_\_ apático: \_\_\_\_\_ hipervigilante:\_\_\_\_\_

Distraído:\_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

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 ello inferioridad: \_\_\_\_\_ superioridad: \_\_\_\_\_

tristeza: \_\_\_\_\_

Culpabilidad: \_\_\_\_\_ inutilidad: \_\_\_\_\_ impotencia: \_\_\_\_\_ ansiedad: \_\_\_\_\_

miedo: \_\_\_\_\_ rabia: \_\_\_\_\_ depresión: \_\_\_\_\_

otros: \_\_\_\_\_

Alergias a alguna sustancia o medicamento: si: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_

cuales: \_\_\_\_\_

El estado de la persona puede constituir un peligro para ella: \_\_\_\_\_ o para

otros: \_\_\_\_\_

especificar: \_\_\_\_\_

Precauciones: más vigilancia \_\_\_\_\_ poner barandillas: \_\_\_\_\_ contención

mecánica: \_\_\_\_\_

## 10.- 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: \_\_\_

Humor.

Deprimido: \_\_\_ eufórico: \_\_\_ ansioso: \_\_\_ triste: \_\_\_ fluctuante: \_\_\_  
apático: \_\_\_ otros: \_\_\_

**Lenguaje:**

Velocidad: rápido: \_\_\_ lento: \_\_\_ paroxístico: \_\_\_  
Cantidad: abundante: \_\_\_ escaso: \_\_\_ lacónico: \_\_\_  
verborreico: \_\_\_  
Tono y modulación: alterado: \_\_\_ tranquilo: \_\_\_ hostil: \_\_\_  
Vive: solo: \_\_\_ acompañado: \_\_\_ lugar que ocupa en la familia. Rol:

Persona más significativa:

Principal confidente:

Personas con las que se relaciona a diario

Su relación es: satisfactoria: \_\_\_ insatisfactoria: \_\_\_ indiferente: \_\_\_  
Tiempo que pasa solo y porque: \_\_\_

Tiempo que pasa con amigos y compañeros:

Sexualidad: última regla: \_\_\_ Anticoncepción: si: \_\_\_ no: \_\_\_  
método: \_\_\_

Cambios percibidos en las relaciones sexuales: si: \_\_\_ no: \_\_\_  
motivos: \_\_\_

No de embarazos: \_\_\_ realiza auto examen si: \_\_\_ no: \_\_\_

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

¿Que es lo más importante para usted en la vida: Los animales que tiene.

Religión: católica romana: \_\_\_ protestante: \_\_\_ judía: \_\_\_  
otra: \_\_\_

Desea realizar prácticas religiosas: si: \_\_\_ no: \_\_\_ ¿ visita del capellán?: si: \_\_\_  
no: \_\_\_

En caso de no poder tomar decisiones, ¿qué persona le gustaría que lo hiciera por usted: \_\_\_



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

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

Si la respuesta es si, explíquese:

Problemas laborales: si \_\_\_\_\_ no:\_\_\_\_\_

cuales:\_\_\_\_\_

Tiempo dedicado al trabajo:\_\_\_\_\_ Tiempo dedicatorio al ocio:\_\_\_\_\_

Capacidad de decisión: si: \_\_\_\_no:\_\_\_\_\_ Resolución de problemas: si: \_\_\_\_\_  
no:\_\_\_

Grado de incapacitación personal

atribuida:\_\_\_\_\_

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

¿Reserva algún tiempo para divertirse?: Poco: \_\_\_\_\_mucho:\_\_\_\_\_  
suficiente:\_\_\_\_\_

¿Cuál es su diversión preferida?: \_\_\_\_\_

Perdida de interés por las actividades recreativas: si: \_\_\_\_\_ no:\_\_\_\_\_

Cambios en las habilidades o funciones físicas corporales:\_\_\_\_\_

### 14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

Alteración en la memoria: reciente:\_\_\_\_\_ remota:\_\_\_\_\_

Inteligencia general: adaptado al momento:\_\_\_\_\_ retrasado en el  
desarrollo:\_\_\_\_\_

Comportamientos indicativos de interés en el aprendizaje:

Pregunta:\_\_\_\_\_ escucha: \_\_\_\_\_ interés:\_\_\_\_\_ desinterés:\_\_\_\_\_ propone  
alternativas:\_\_\_\_\_

¿Conoce usted el motivo de su hospitalización? Si:\_\_\_ no\_\_\_\_\_ cual  
es:\_\_\_\_\_

¿Hay algo que usted desearía saber sobre el medio hospitalario en que se  
encuentra?:\_\_\_\_\_



## **Anexo 2. EJERCICIOS RESPIRATORIOS.**

Los ejercicios respiratorios tienen como objetivo disminuir el trabajo respiratorio, mejorar la oxigenación y aumentar la función respiratoria. Se realizarán una vez al día.

### **Respiración con los labios fruncidos.**

1. Inspire lentamente a través de la nariz con la boca cerrada.
2. Ponga los labios como para apagar una vela o silbar.
3. Espire lentamente a través de los labios semicerrados.
4. La espiración debe durar el doble de la inspiración.

### **Respiración diafragmática.**

1. Sentado, con las rodillas flexionadas colocar las manos sobre el abdomen.
2. Inspirar profundamente a través de la nariz manteniendo la boca cerrada. Al inspirar, el abdomen se distiende elevando las manos.
3. Colocar los labios como si fuese a silbar y espirar lento y suave de forma pasiva haciendo un sonido silbante sin hinchar los carrillos. Al ir expulsando el aire, los músculos abdominales se hundirán volviendo a la posición original.

### **Ejercicios de expansión pulmonar.**

1. Colocar las manos sobre la zona del tórax a expandir aplicando una presión moderada.
2. Inspirar profundamente mientras empuja el tórax expandiéndolo contra la presión de las manos.
3. Mantener unos segundos la máxima inspiración posible y comenzar a espirar el aire lentamente.
4. Al final de la espiración las manos realizan una ligera vibración sobre el área.



### **Ejercicios para toser y mantener eficaz y controlada.**

1. Respirar lenta y profundamente mientras se está sentando tan derecho como sea posible.
2. Utilizar la respiración diafragmática.
3. Contener la respiración diafragmática durante 3 – 5 segundos y luego espirar lentamente tanto aire como sea posible a través de la boca (la parte interior de la caja torácica y el abdomen se hundan según se respira).
4. Hacer una segunda inspiración profunda, contenerla y toser con fuerza desde lo profundo del pecho (no desde la garganta). Toser dos veces de forma corta y forzada.

**Educación de la tos:** Esta técnica consiste en enseñar a toser, después de una inspiración profunda durante la espiración, procurando hacerla en dos o tres tiempos para un mejor arrastre de secreciones. Está indicada en el pre y postoperatoria de pacientes con excesivas secreciones, así como las situaciones de producción excesiva de esputo.

### **Descansar después de la sesión.**

Es conveniente que la persona toda de forma controlada 3 – 4 veces al día, media hora antes de las comidas y al acostarse (descansar de 15 a 30 minutos después de cada sesión).



### Anexo 3. EJERCICIOS DE RELAJACIÓN:

La relajación es el proceso mediante el cual se alivian la tensión fisiológica (muscular) y mental. El ejercicio físico beneficia la relajación general ya que la actividad muscular y mental libera la tensión acumulada. Existe una técnica de relajación eficaz que utiliza la teoría de inhibición posterior a la concentración según la cual los músculos se relajan después de contraerse: para practicar esta técnica:

- ❖ Adopte una posición cómoda (reclinado o sentado en una silla).
- ❖ Inspire profundamente dos o tres veces.
- ❖ Contraiga los músculos del pie durante dos o tres segundos y luego relaje dichos músculos. A medida que los contrae y relaja, continúe respirando de forma profunda y relajada. No contenga la respiración.
- ❖ Contraiga los músculos de la pantorrilla durante dos o tres segundos y luego relájelos.
- ❖ Contraiga los músculos del muslo durante dos o tres segundos y luego relájelos. Repita el proceso con la otra pierna.
- ❖ Repita la operación con la mano, el antebrazo, la parte superior del brazo y el hombro.
- ❖ Continúe contrayendo y relajando sistemáticamente los músculos de la parte superior.
- ❖ Contraiga y relaje los músculos de la mandíbula, las mejillas, el contorno de los ojos y la frente.
- ❖ Después de contraer y relajar sistemáticamente todos los músculos del cuerpo, continúe respirando profundamente y sea consciente del estado relajado y todo su cuerpo.

El ejercicio se realiza en diez o veinte minutos. Puede practicarse en una pausa realizada en medio de una jornada de trabajo o como ejercicio para inducir el sueño.



**Una manera excelente de reducir el estrés es someterse a un entrenamiento intenso diario. Los siguientes ejercicios pueden realizarlos sentado de frente a un escritorio o de pie. Estos ejercicios liberan la tensión y revitalizan su cuerpo.**

- ❖ Respire profundamente. Inhale despacio contando hacia diez.
- ❖ Contenga la respiración durante cinco segundos. Ahora exhale lentamente contando hasta diez. Contenga la respiración durante otros cinco segundos. Repita el ejercicio al menos diez veces.
- ❖ Relajación de pies a cabeza. Siéntese en una silla cómoda y concéntrese en relajar los pies y los tobillos. Relaje sistemáticamente las partes adyacentes del cuerpo, desde los pies a la cabeza.
- ❖ Descálcese y luego gire los pies hacia dentro contando hasta diez y luego hacia fuera, contando nuevamente hasta diez. Dirija los pies hacia delante y estire los arcos de los pies durante cinco segundos.
- ❖ Acerque las puntas de los pies a las rodillas y cuente hasta cinco.
- ❖ Repita el ejercicio varias veces.
- ❖ Siéntese con la espalda recta y los hombros hacia atrás. Gírelos hacia delante y hacia atrás y varias veces.
- ❖ Gire la cabeza primero a la derecha y luego a la izquierda varias veces.
- ❖ Cierre los ojos y masajee sienes con las puntas de los dedos.
- ❖ Efectúe movimientos circulares mientras cuenta hasta diez.



#### Anexo 4. TIPOS DE FIBRA Y ALIMENTOS QUE LA CONTIENEN.

**Fibra Insoluble:** Esta se encuentra en el salvado de trigo, cereales y pan integrales. También en las legumbres y verduras fibrosas como el apio, aunque la mayoría de los vegetales contienen ambas fibras (insoluble y soluble). Por otro lado, cuanto menos se haya refinado o procesado el alimento, más fibra tendrá.

**Fibra Soluble:** Se encuentra también en los vegetales, legumbres, frutas, cebada y salvado de avena. A este tipo de fibra se le conoce como la fibra del cascarón, es decir que mayormente está presente en las cáscaras, pulpa y hojas.

#### ALIMENTOS RICOS EN FIBRA.

**Ricos en fibra insoluble:** manzanas, bananas, fresas, frambuesas, cerezas, peras, brócoli, pimiento verde, espinaca, coliflor roja, nueces, semillas de girasol, casi todas las legumbres, arroz integral, pan integral y cereales de trigo.

**Ricos en fibra soluble:** Manzanas, toronja, papaya, piña, mango, naranjas, espárragos, brócoli, zanahorias, nueces, pecanas, almendras, ciruela pasa, casi todas las legumbres, cebada y salvado de avena.

FRUTOS SECOS	
Alimentos	Fibra vegetal/100g
Almendra	10.0
Avellana	7.4
Nuez	4.6



<b>CEREALES</b>	
Alimentos	Fibra vegetal/100g
Salvado de trigo	5.3.g
Pan de trigo integral	5.0
Pan de trigo blanco	3.0

<b>HORTALIZAS</b>	
Alimentos	Fibra vegetal/100g
Col de Brúcelas	4.4
Cebollas	3.1
Judías verdes	3.0
Coliflor	2.9
Acelgas	2.2
Alcachofas	2.0
Lechuga	1.5
Berenjenas	1.4

<b>FRUTAS</b>	
Alimentos	Fibra vegetal/100g
Frambuesa	4.5
Plátano	3.0
Pera	3.0
Naranja	2.0
Manzana, crudas	2.0
Fresa	2.0
Mandarina	2.0
Melocotón	1.4



## **Anexo 5. EJERCICIOS DE KEGEL.**

Ejercicios de fortalecimiento de los músculos pélvicos; ejercicios para el piso pélvico

Los ejercicios de Kegel se desarrollaron en un principio como un método para controlar la incontinencia de las mujeres después del parto. Estos ejercicios hoy día se recomiendan a las mujeres con incontinencia urinaria por estrés, algunos hombres que sufren de incontinencia urinaria después de la cirugía de la próstata y personas que sufren de incontinencia fecal.

El principio detrás de los ejercicios de Kegel es fortalecer los músculos del piso pélvico y mejorar, en consecuencia, la función del esfínter uretral y/o rectal. El éxito de los ejercicios de Kegel depende de la aplicación adecuada de la técnica y del cumplimiento estricto de un programa regular de ejercicios.

Algunas personas tienen dificultad para identificar y aislar los músculos del piso pélvico. Es importante dedicar tiempo para aprender a contraer los músculos correctos. Típicamente, la mayoría de las personas contraen los músculos del abdomen o cadera, sin ni siquiera trabajar los músculos del piso pélvico. Existen varias técnicas para ayudar a que la persona con incontinencia identifique los músculos correctos.

Una de las técnicas consiste en sentarse en el sanitario y comenzar a orinar. La persona entonces trata de retener el flujo de orina contrayendo los músculos del piso pélvico. Esta acción se repite varias veces hasta que la persona reconoce la sensación de contraer el grupo correcto de músculos. No se deben contraer los músculos del abdomen, caderas o nalgas mientras se realiza este ejercicio.



### **EJECUCIÓN DE LOS EJERCICIOS DEL PISO PÉLVICO:**

1. Comenzar vaciando la vejiga.
2. Contraer los músculos del piso pélvico y contar hasta 10.
3. Relajar el músculo completamente y contar hasta 10.
4. Ejecutar 10 ejercicios, tres veces al día (mañana, tarde y noche).

Estos ejercicios pueden realizarse en cualquier momento y lugar. La mayoría de las personas prefiere realizar los ejercicios acostado o sentado en una silla. Después de 4 a 6 semanas se debe observar una mejoría. Puede tomar hasta 3 meses para lograr cambios dramáticos.

Se debe tener en cuenta una precaución importante: algunas personas creen que pueden acelerar el proceso aumentando el número de repeticiones y la frecuencia del ejercicio. Sin embargo, este ejercicio en exceso puede más bien causar fatiga muscular y aumentar el escape de orina.

No se deben sentir molestias en el abdomen o espalda mientras se realizan estos ejercicios. Si se sienten molestias, muy probablemente se están realizando los ejercicios del piso pélvico de forma incorrecta. Algunas personas tienden a contener la respiración o apretar el tórax mientras contraen los músculos del piso pélvico, pero lo correcto es que la persona se relaje y se concentre en los músculos del piso pélvico.