

UDS

LIBRO

FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA I

LICENCIATURA EN ENFERMERIA

Ier CUATRIMESTRE

SEPTIEMBRE-DICIEMBRE

Marco Estratégico de Referencia

ANTECEDENTES HISTORICOS

Nuestra Universidad tiene sus antecedentes de formación en el año de 1979 con el inicio de actividades de la normal de educadoras “Edgar Robledo Santiago”, que en su momento marcó un nuevo rumbo para la educación de Comitán y del estado de Chiapas. Nuestra escuela fue fundada por el Profesor de Primaria Manuel Albores Salazar con la idea de traer Educación a Comitán, ya que esto representaba una forma de apoyar a muchas familias de la región para que siguieran estudiando.

En el año 1984 inicia actividades el CBTiS Moctezuma Ilhuicamina, que fue el primer bachillerato tecnológico particular del estado de Chiapas, manteniendo con esto la visión en grande de traer Educación a nuestro municipio, esta institución fue creada para que la gente que trabajaba por la mañana tuviera la opción de estudiar por las tarde.

La Maestra Martha Ruth Alcázar Mellanes es la madre de los tres integrantes de la familia Albores Alcázar que se fueron integrando poco a poco a la escuela formada por su padre, el Profesor Manuel Albores Salazar; Víctor Manuel Albores Alcázar en septiembre de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró como Profesora en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de finanzas en 1999.

En el año 2002, Víctor Manuel Albores Alcázar formó el Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. para darle un nuevo rumbo y sentido empresarial al negocio familiar y en el año 2004 funda la Universidad Del Sureste.

La formación de nuestra Universidad se da principalmente porque en Comitán y en toda la región no existía una verdadera oferta Educativa, por lo que se veía urgente la creación de una institución de Educación superior, pero que estuviera a la altura de las exigencias de los jóvenes que tenían intención de seguir estudiando o de los profesionistas para seguir preparándose a través de estudios de posgrado.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta

alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzimol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el Corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y Educativos de los diferentes Campus, Sedes y Centros de Enlace Educativo, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca a nivel nacional e internacional.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzimol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y educativos de los diferentes campus, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca.

MISIÓN

Satisfacer la necesidad de Educación que promueva el espíritu emprendedor, aplicando altos estándares de calidad Académica, que propicien el desarrollo de nuestros alumnos, Profesores, colaboradores y la sociedad, a través de la incorporación de tecnologías en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

VISIÓN

Ser la mejor oferta académica en cada región de influencia, y a través de nuestra Plataforma Virtual tener una cobertura Global, con un crecimiento sostenible y las ofertas académicas innovadoras con pertinencia para la sociedad.

VALORES

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad
- Libertad

ESCUDO



El escudo de la UDS, está constituido por tres líneas curvas que nacen de izquierda a derecha formando los escalones al éxito. En la parte superior está situado un cuadro motivo de la abstracción de la forma de un libro abierto.

ESLOGAN

“Mi Universidad”

ALBORES



Es nuestra mascota, un Jaguar. Su piel es negra y se distingue por ser líder, trabaja en equipo y obtiene lo que desea. El ímpetu, extremo valor y fortaleza son los rasgos que distinguen.

FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA

Objetivo de la materia:

Planificar y ejecutar cuidados básicos al paciente, fundamentándolos en una correcta valoración de las necesidades básicas y en el diagnóstico de enfermería de los problemas del paciente. Ejecutando las técnicas con sólidas bases teóricas y con las destrezas y habilidades exigidas para ello.

Contenido temático

UNIDAD I FUNDAMENTOS HISTORICOS Y TEORICOS DE LA PROFESION DE ENFERMERIA.

- 1.1 HITOS HISTÓRICOS DE LA ENFERMERÍA; **Error! Marcador no definido.**
- 1.2 CONTEXTO ACTUAL DE LA ENFERMERÍA
- 1.3 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN Y DISCIPLINA
- 1.4 FORMACIÓN Y PRÁCTICA DE ENFERMERÍA
- 1.5 METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA
- 1.6 CUIDADO DE ENFERMERÍA
- 1.7 TEORÍA DE ENFERMERÍA
- 1.8 TEORÍAS ENFERMERAS SELECCIONADAS

UNIDAD II PROCESO DE ENFERMERÍA

- 2.1 PROCESO DE ENFERMERÍA
- 2.2 PRIMERA ETAPA. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA
- 2.3 SEGUNDA ETAPA. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
- 2.4 TERCERA ETAPA. PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS
- 2.5 CUARTA ETAPA. EJECUCIÓN
- 2.6 QUINTA ETAPA. EVALUACIÓN
- 2.7 ENTREVISTA CLÍNICA
- 2.8 EXPLORACIÓN FÍSICA
- 2.9 SIGNOS VITALES
- 2.10 RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

UNIDAD III BASES FISIOLÓGICAS DE LA PRACTICA DE ENFERMERIA

- 3.1 ACTIVIDAD Y EJERCICIO
- 3.2 HIGIENE
- 3.3 OXIGENACIÓN
- 3.4 EQUILIBRIO DE LÍQUIDOS, ELECTROLITOS Y ACIDO-BASE.
- 3.5 SUEÑO
- 3.6 NUTRICIÓN **¡Error! Marcador no definido.**
- 3.7 ELIMINACIÓN URINARIA
- 3.8 ELIMINACIÓN INTESTINAL
- 3.9 INTEGRIDAD DE LA PIEL Y CUIDADO DE HERIDAS

UNIDAD IV CUIDADOS BASICOS DE ENFERMERIA

- 4.1 ASEPSIA
- 4.2 SANITACIÓN
- 4.3 ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS
- 4.4 TRATAMIENTO Y CUIDADOS DEL DOLOR.
- 4.5 TÉCNICAS DE ALIMENTACIÓN
- 4.6 HIGIENE DEL PACIENTE
- 4.7 PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN
- 4.8 DRENAJES
- 4.9 MECÁNICA CORPORAL
- 4.10 NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO
- 4.11 VENDAJES

INDICE PAGINADO

UNIDAD I FUNDAMENTOS HISTORICOS Y TEORICOS DE LA PROFESION DE ENFERMERIA.	10
1.1 HITOS HISTÓRICOS DE LA ENFERMERÍA	10
1.2 CONTEXTO ACTUAL DE LA ENFERMERÍA	13
1.3 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN Y DISCIPLINA	15
1.4 FORMACIÓN Y PRÁCTICA DE ENFERMERÍA	18
1.5 METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA	23
1. 6 CUIDADO DE ENFERMERÍA	25
1.7 TEORÍA DE ENFERMERÍA	28
1.8 TEORÍAS ENFERMERAS SELECCIONADAS	31
UNIDAD II PROCESO DE ENFERMERÍA	35
2.1 PROCESO DE ENFERMERÍA.	35
2.2 PRIMERA ETAPA. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.	38
2.3 SEGUNDA ETAPA. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.	41
2.4 TERCERA ETAPA. PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS.	46
2.5 CUARTA ETAPA. EJECUCIÓN.	48
2.6 QUINTA ETAPA. EVALUACIÓN.	51
2.7 ENTREVISTA CLÍNICA.	53
2.8 EXPLORACIÓN FÍSICA.	57
2.9 SIGNOS VITALES.	60
2.10 RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS.	67
UNIDAD III BASES FISIOLÓGICAS DE LA PRACTICA DE ENFERMERIA.	69
3.1 ACTIVIDAD Y EJERCICIO.	69
3.2 HIGIENE.	72
3.3 OXIGENACIÓN.	74
3.4 EQUILIBRIO DE LÍQUIDOS, ELECTROLITOS Y ACIDO-BASE	77
3.5 SUEÑO.	81
3.6 NUTRICIÓN.	84
3.7 ELIMINACIÓN URINARIA.	85
3.8 ELIMINACIÓN INTESTINAL.	87

3.9 INTEGRIDAD DE LA PIEL Y CUIDADO DE HERIDAS.....	89
UNIDAD IV CUIDADOS BASICOS DE ENFERMERIA.....	91
4.1 ASEPSIA.....	91
4.2 SANITACIÓN	93
4.3 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.....	97
4.4 TRATAMIENTO Y CUIDADOS DEL DOLOR.....	100
4.5 TÉCNICAS DE ALIMENTACIÓN.....	103
4.6 HIGIENE DEL PACIENTE.	106
4.7 PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN.....	108
4.8 DRENAJES.....	113
4.9 MECÁNICA CORPORAL.....	116
4.10 NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.....	117
4.11 VENDAJES.....	119

UNIDAD I FUNDAMENTOS HISTORICOS Y TEORICOS DE LA PROFESION DE ENFERMERIA.

I. HITOS HISTÓRICOS DE LA ENFERMERÍA

La enfermería ha respondido y siempre responderá a las necesidades de sus pacientes. En tiempo de guerra la respuesta enfermera fue satisfacer las necesidades de los heridos en zonas de combate y en los hospitales militares en los Estados Unidos y en el extranjero. Desde el comienzo de la profesión, las enfermeras han estudiado y probado nuevas y mejores maneras de ayudar a sus pacientes. Un artículo clásico describió el trabajo de Florence Nightingale durante la guerra de Crimea. Ella estudió e implementó métodos para mejorar la higiene sanitaria en el campo de batalla, los cuales redujeron en última instancia enfermedades, infecciones y mortalidad. Ella sentó las bases para utilizar la evidencia como motor de la práctica.

Las enfermeras investigadoras son líderes en ampliar los conocimientos en enfermería y otras disciplinas sanitarias. Su trabajo proporciona evidencia para la práctica con el fin de asegurar que las enfermeras tengan la mejor evidencia disponible para apoyar su práctica. La enfermería es una combinación de conocimientos de las ciencias físicas, las humanidades y las ciencias sociales, junto con las competencias clínicas necesarias para los cuidados seguros y de calidad centrados en el paciente. Continuamente responde y se adapta a nuevos retos. Las enfermeras están en una posición única para perfeccionar y dar forma al futuro de la atención sanitaria.

El conocimiento de la historia de nuestra profesión aumenta la capacidad para comprender los orígenes sociales e intelectuales de la disciplina. Con esta finalidad, se describen algunos de los hitos más significativos de la historia de la profesionalización de la enfermería.

FLORENCE NIGHTINGALE

Florence Nightingale estableció la primera filosofía de la enfermería basada en el mantenimiento y la restauración de la salud. Vio el papel de la enfermería como estar «encargada de la salud de alguien», basado en el conocimiento de «cómo mantener el cuerpo en un estado libre de enfermedad o recuperarse de la enfermedad». Durante el mismo año desarrolló el primer programa organizado para formar enfermeras, en el

Hospital St. Thomas de Londres. Nightingale fue la primera enfermera epidemióloga en activo. Sus análisis estadísticos relacionaron la higiene deficiente con el cólera y la disentería. Se ofreció voluntaria durante la guerra de Crimea en 1853 y recorrió los hospitales de campaña por la noche llevando su lámpara; por eso fue conocida como la «dama de la lámpara». La higiene, la nutrición y las instalaciones básicas en los hospitales de campaña eran pésimas. Finalmente se le ofreció la tarea de organizar y mejorar la calidad de las instalaciones sanitarias. Como resultado, el índice de mortalidad en el Hospital Barracks en Scutari, Turquía, se redujo del 42,7% al 2,2% en 6 meses.

DE LA GUERRA CIVIL AL COMIENZO DEL SIGLO XX

La Guerra Civil (de 1860 a 1865) estimuló el crecimiento de la enfermería en los Estados Unidos. Clara Barton, fundadora de la Cruz Roja Americana, atendió a soldados en los campos de batalla, limpiando sus heridas, satisfaciendo sus necesidades básicas y confortándolos en su muerte. Dorothea Lynde Dix, Mary Ann Ball (Madre Bickerdyke) y Harriet Tubman influyeron también en la enfermería durante la Guerra Civil. Como superintendente de las mujeres enfermeras del Ejército de la Unión, Dix organizó hospitales, reclutó enfermeras y supervisó y reguló provisiones para las tropas. La Madre Bickerdyke organizó servicios de ambulancias y andaba de noche por campos de batalla abandonados buscando soldados heridos. Harriet Tubman fue activa en el movimiento del Underground Railroad y ayudó a liberar a más de 300 esclavos.

La primera enfermera afroamericana formada profesionalmente fue Mary Mahoney. Se preocupó de las relaciones entre culturas y razas y como notable líder enfermera dio luz a una conciencia de la diversidad cultural y respeto por la persona, sin tener en cuenta su procedencia, raza, color o religión. Isabel Hampton Robb ayudó a fundar la Nurses' Associated Alumnae de los Estados Unidos y Canadá en 1896. Esta organización se convirtió en la ANA en 1911. Fue autora de muchos libros de texto de enfermería, y fue una de las fundadoras de la American Journal of Nursing (AJN). La enfermería en los hospitales se expandió a finales del siglo XIX. Sin embargo, la enfermería en la comunidad no aumentó significativamente hasta 1893, cuando Lillian Wald y Mary Brewster abrieron el Henry Street Settlement, que se centró en las necesidades de salud de los pobres que vivían en pisos viejos y pobres de la ciudad de Nueva York. Las enfermeras que trabajaban en este

lugar fueron algunas de las primeras en mostrar la autonomía en la práctica porque se encontraron con frecuencia en situaciones que requerían resolver problemas rápidamente y de manera innovadora y tener pensamiento crítico sin la supervisión o dirección de otro profesional sanitario.

SIGLO XX

A principios del siglo XX fue emergiendo un movimiento para desarrollar un cuerpo definido de conocimiento y práctica de la enfermería de tipo científico y basado en la investigación. Las enfermeras comenzaron a asumir papeles más amplios y de práctica avanzada. Mary Adelaide Nutting fue fundamental en la asociación de la formación de enfermería con las universidades. Llegó a ser la primera profesora de enfermería en Columbia University Teachers College en 1906. Además, se concluyó que la formación de profesionales de enfermería necesitaba mayor ayuda económica y sugirió que las escuelas universitarias de enfermería recibieran más dinero. A medida que se desarrollaba la formación enfermera, también se extendió la práctica enfermera. Al llegar los años veinte se estaba desarrollando la especialización enfermera. Se iniciaron los programas de posgrado de matronas y en la última mitad del siglo se crearon las organizaciones de enfermería especializada.

SIGLO XXI

La práctica y la formación enfermeras continúan evolucionando para satisfacer las necesidades de la sociedad. Actualmente, la profesión se enfrenta a múltiples retos. Las enfermeras en el ámbito asistencial y las enfermeras docentes están revisando la práctica enfermera y los currículos de formación para satisfacer las siempre cambiantes necesidades de la sociedad, incluido el bioterrorismo, las infecciones emergentes y la gestión de catástrofes. Los avances en tecnología e informática (v. cap. 26), el alto nivel de cuidados especializados de los pacientes hospitalizados y las altas precoces en los centros sanitarios requieren que las enfermeras en todos los entornos tengan una base de conocimiento sólido y actual para la práctica.

1.2 CONTEXTO ACTUAL DE LA ENFERMERÍA

La Enfermería en el siglo XX enfrentó grandes retos y desafíos que marcaron el camino a seguir no solo desde el punto de vista práctico sino también ético. Diversos sucesos históricos, políticos, demográficos, culturales, económicos y tecnológicos han condicionado la práctica profesional de Enfermería hasta la actualidad. Por solo recordar algunos de estos relevantes sucesos donde los enfermeros han estado presentes, recordamos los enfrentamientos para conseguir justicia y conciencia social en las dos guerras mundiales donde las enfermeras de hospitales de campañas desempeñaron un papel crucial en la salvaguarda de millones de vidas gracias a su dedicación y cuidados. Se le añade a ello, los conflictos raciales, los movimientos de liberación nacional en Latinoamérica y África.

Otro desafío asumido por los enfermeros fueron los cambios en las políticas sanitarias, la introducción de mejoras en hospitales, en las tecnologías sanitarias, el redireccionamiento de la Medicina enfocada en el diagnóstico hacia las prácticas preventivas y con ello, el fortalecimiento de las destrezas de Enfermería en la comunidad dirigiendo los cuidados hacia grupos humanos vulnerables.

Una función esencial ha desempeñado, en este cambio de políticas sanitarias, el desarrollo de las nuevas tecnologías para la información y las comunicaciones (NTIC), particularmente, en la creación de capacidades para la innovación y el aprovechamiento de los registros de Enfermería como fuentes de datos para estudios sistemáticos más rigurosos que ofrezcan los sustratos para la construcción de nuevos conocimientos sobre la salud humana a través de la relación que establece con el entorno donde vive o trabaja. Todos estos eventos han insertado a la Enfermería en un mundo globalizado con grandes retos desde la teoría hasta la práctica, al hacerse esta una profesión que se ejerce en un entorno multidisciplinario y socialmente complejo.

En tal sentido, se plantea que las condiciones de la práctica profesional se transforman a diario por los efectos del desarrollo tecnológico, los sistemas de comunicación, la situación epidemiológica con la aparición de enfermedades reemergentes, los cambios demográficos de la población y otros problemas relacionados con la pobreza. Se le añaden las costumbres, creencias, valores, actitudes e historias de vida de las personas que están rodeadas de

símbolos que han de tenerse en cuenta durante la interacción, puesto que estos elementos forman parte de la cultura.

Siguiendo esta lógica, el cuidado profesional de Enfermería centra su atención en el diagnóstico y el tratamiento de problemas de salud mediante el empleo de conocimientos de estudios sistemáticos. Es así como el cuidado de calidad debe contemplar el conocimiento científico y este debe analizarse desde una perspectiva holística de forma que el escenario de la atención pueda articularse con el contexto social, económico y legal, y favorecer la adopción de la mejor decisión sobre el cuidado que se brinda a las personas.

Ese cuidado ético, profesional y de calidad está muy relacionado con la formación de enfermeros con un enfoque humanista. Los enfermeros en el actual tejido global deben ser excelentes cuidadores, perceptivos ante los estados de bienestar y problemas de salud de las personas y suficientemente capaces para ofrecer cuidados en diferentes contextos socioculturales empleando el pensamiento crítico, las competencias para la comunicación y el uso de las NTIC. Tedros Adhamon Ghebreyesus, Director General de la OMS, en el informe llamado “Enfermería y Partería en la historia de la OMS 1948-2017”, declaró que las enfermeras y las parteras constituyen la columna vertebral del nivel primario de atención del sistema sanitario, afirma que son profesionales invaluable y héroes invisibles del sector de la salud.

En tal sentido, el Concilio Internacional de Enfermeras ha lanzado la campaña internacional *Nursing Now 2020*, cuyo propósito se centra en visibilizar a los técnicos y profesionales de la salud resaltar su liderazgo y contribución a la mejora de los cuidados de salud que brinda a la población. El programa señala que los avances en el gremio de Enfermería (estatus y perfil profesional) influyen positivamente en la salud, la igualdad de género y el desarrollo económico. Se reconoce a las enfermeras como factor decisivo de cambio para mejorar la calidad de vida de la sociedad y motor hacia la cobertura sanitaria universal y la salud para todos.

La Enfermería es una ciencia, disciplina que coexiste en los espacios asistenciales de salud con otras profesiones sanitarias donde el trabajo en equipo resulta vital, pues requiere la colaboración entre profesionales ya bien en su práctica o su cultura; de ahí que haya diferencias sustanciales entre la práctica Médica y de Enfermería; con frecuencia se suele

decir que los médicos curan y las enfermeras cuidan, aun cuando las investigaciones aportan información que refuta lo anterior y defiende que las enfermeras no solo emplean la experiencia acumulada de su praxis, también incorporan las evidencias científicas en la solución de problemas de salud de los pacientes. Por ello es trascendental que se derriben las murallas que limitan la participación de la Enfermería donde se deciden las políticas sanitarias de los países.

Estas valoraciones apoyan el reconocimiento de la existencia de dos áreas fundamentales de desarrollo profesional en Enfermería: la asistencial y la docente investigativa; ámbitos donde no deberían existir barreras o limitaciones, pues es precisamente en la práctica clínica donde se concretan los datos que emergen como evidencias científicas. La evidencia nace en y de la práctica asistencial y a ella retorna nuevamente.

Por otra parte, los recursos humanos del gremio enfrentan otras problemáticas que afectan a la Enfermería en la contemporaneidad: largas jornadas, salarios que no se corresponden con las actividades laborales, insuficiente estimulación, inadecuadas condiciones laborales, poco tiempo para la superación y escaso reconocimiento social de los practicantes de la Enfermería, aspectos que contribuyen al desgaste físico y emocional de los profesionales y, por ende, al abandono de la profesión. La OMS calcula que para alcanzar en 2030 el Objetivo Tercero del Desarrollo Sostenible relacionado con la Salud y el Bienestar, se requerirán al menos nueve millones de enfermeras y parteras. Consideración que parte del reconocimiento de que uno de los retos de la Enfermería es cubrir o satisfacer la necesidad del personal.

I.3 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN Y DISCIPLINA

La enfermería a través del tiempo ha evolucionado al margen del contexto histórico por el que ha transitado, predominando en todo momento el cuidado de una persona a otra, convirtiéndose en una práctica social, que en la actualidad se conceptualiza como una disciplina profesional, que enfrenta una función cambiante en busca de su propia identidad.

La finalidad central de esta disciplina es contribuir al logro de un nivel mayor de salud y bienestar social en un mundo que clama por satisfacer sus necesidades biopsicosociales y espirituales. Por lo tanto, la enfermería en relación con su evolución, ha sido una actividad que ha transitado de oficio a profesión y de profesión a disciplina.

DE OFICIO A PROFESIÓN

Si bien la enfermería comenzó como un oficio, como una actividad que no respondió a preparación o instrucción formal alguna, meramente artesanal, otorgando una práctica, en esencia empírica, y un ejercicio no regulado por normatividad alguna; fue ante todo, una actividad necesaria y primordial para asegurar la continuidad de vida en la persona, familia y comunidad, para así contribuir a la preservación de la especie, a través de fortalecer el cuidado orientado a enriquecer las necesidades básicas y fundamentales de vida.

La construcción profesional de enfermería surge de manera formal de 1900 a 1907, con la inauguración del Hospital General con la intención de formar enfermeras, por lo que, a partir de la creación y servicio de la primera escuela de enfermería en el Hospital General de México en el año de 1907, da su primer paso hacia la profesionalización, fecha en la que toma un carácter de profesión.

La enfermería como profesión, se ubica como una actividad específica que posee un campo de práctica orientado hacia el beneficio de las personas a través del cuidado, se rige por un código ético, una legislación y una formación sistematizada y validada de forma institucional, su ejercicio es remunerado y posee reconocimiento social. Cabe mencionar que en el contexto mundial, la enfermería surge como profesión incipiente con Florence Nightingale, quien establece las bases de una formación formal para enfermeras.

DE PROFESIÓN A PROFESIÓN DISCIPLINAR

En la actualidad, la enfermería se define como una profesión disciplinar del cuidado a la persona, dicha definición lleva identificar en ella dos componentes: uno profesional y otro disciplinar, lo cual no implica una fragmentación real en la práctica, con ello se pretende evidenciar el avance, desarrollo y la profesionalización de enfermería, ya que aunque sigue cumpliendo con las características de profesión, ahora apoya y fundamenta su práctica

profesional no sólo con conocimiento y dominio tecnológico, sino con el perfeccionamiento de éste, a partir de reconocer y trascender en el dominio de su objeto y sujeto de estudio. En lo disciplinar, la enfermería está justificada debido a que posee un cuerpo de conocimientos propios que evolucionan de manera independiente; asimismo tiene una forma individual de interpretar los fenómenos de su competencia, consta de sustentos científicos propios y otras disciplinas, que están relacionados con el arte y la tecnología de cuidado.

La disciplina profesional de enfermería dirige sus metas hacia el logro y utilidad práctica, por lo tanto sus teorías deben mantenerse en los ámbitos descriptivos y prescriptivos, esto es, la enfermería lleva el conocimiento directo hacia la práctica, utilizando teorías que le competen y le permitan resolver necesidades humanas de salud, permitiéndole también crear nuevos conocimientos para el cuidado, lo cual posibilita la autonomía e identidad profesional. Del mismo modo, su práctica es guiada bajo principios éticos y morales que le permiten desarrollarse de manera efectiva y elocuente dentro de los principios de vida y respeto que demanda la práctica del cuidado a la persona

La enfermería como disciplina tiene como finalidad facilitar el conocimiento necesario y suficiente que deben utilizar los profesionales en la práctica. Lo cual compromete a quien la ejerce a construir o reconstruir conocimientos propios que contribuyan cada día más a su consolidación como ciencia del cuidado. La disciplina de enfermería apoya y fundamenta la práctica profesional, no existe una separación, ya que ésta debe gobernar la práctica profesional y no ser definida por ella; debe aportar el sustento teórico-metodológico y tecnológico necesario para el buen desempeño de los profesionales en el cuidado del individuo, familia y comunidad, base indispensable para la consolidación de una disciplina que, aunque vieja como arte, en la actualidad demanda su construcción y consolidación como ciencia.

Sin embargo, cabe enfatizar que la consideración de enfermería como una profesión disciplinar del cuidado a la persona, se sintetiza y se significa como profesión; por poseer la característica de integrar el aspecto técnico en el hacer y el aspecto ciencia o disciplina en el ser, logrando que durante el ejercicio profesional, se brinde cuidado sin perder de vista el ser-hacer lo cual permite a la enfermería tener una identidad propia, conociendo la

dirección en que debe dirigir el cuidado y sobre todo defender el cuidado que brinda. El impacto que genera al profesional de enfermería tener una identidad profesional dentro de un ambiente institucional, determina el crecimiento como disciplina, al ser generadora de conocimientos y realizar en la persona actividades independientes que generen cuidados de vida mejorando el bienestar de la persona, plantear estrategias de cambio que mejoren el cuidado; interactuando con ella, logrando que el individuo desarrolle todo el potencial de sus capacidades en su autocuidado, con el objetivo de mantener y preservar la vida, logrando de esta manera un bienestar mutuo.

Es cierto que la enfermería como disciplina requiere de actualización y reconstrucción permanente, de ahí que algunos autores se refieran a ella como disciplina o ciencia en construcción; sin embargo, el sentido estricto de esta referencia es en relación con todas las disciplinas y en general, la ciencia misma no es estática ni se considera terminada, es dialéctica, requiere de un dinamismo que la actualice, la renueve y la haga vigente para el servicio y bien de la humanidad. Al respecto, la disciplina de enfermería posee una estructura instruida, que apoya la comprensión y conocimiento de su esencia como ciencia del cuidado y sirve como base para direccionar su formación académica, su práctica profesional e investigación.

I.4 FORMACIÓN Y PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

FORMACIÓN ENFERMERA

La enfermería requiere una cantidad significativa de educación formal. Las cuestiones de la estandarización de la formación enfermera y el comienzo de la práctica siguen generando controversia. La mayor parte de las enfermeras están de acuerdo en que la formación enfermera es importante para la práctica y que la formación necesita responder a los cambios en la atención sanitaria ocasionados por los avances científicos y tecnológicos. Existen varias vías educativas para una persona que quiera ser enfermera. Además, existe formación enfermera universitaria y formación continua, y en el servicio para las enfermeras que ejercen.

Formación de la enfermera titulada profesional

Actualmente en Estados Unidos la vía más frecuente para llegar a ser enfermera titulada es realizando un programa de grado asociado o de licenciatura. El programa del grado asociado en Estados Unidos es un programa de 2 años que se ofrece generalmente por una universidad o colegio universitario de la comunidad. Este programa se centra en las ciencias básicas y en cursos teóricos y clínicos relacionados con la práctica de la enfermería. El programa de licenciatura incluye generalmente 4 años de estudio en una escuela universitaria o universidad. El programa se centra en ciencias básicas, cursos teóricos y clínicos y cursos en Ciencias Sociales, Arte y Humanidades que apoyan la teoría de la enfermería.

Estudios de posgrado

Después de obtener un título de licenciatura en enfermería, se puede continuar la formación universitaria con un máster o doctorado en muchos campos de titulación, incluida la enfermería. Una enfermera que termina un programa de posgrado puede obtener un título de máster en enfermería. El título de posgrado proporciona a la enfermera asistencial avanzadas sólidas habilidades en la ciencia y teoría de la enfermería, poniendo énfasis en las ciencias básicas y la práctica clínica basada en la investigación. Un título de máster en enfermería es importante para las funciones de una enfermera docente y una enfermera gestora y es necesario para una enfermera de práctica avanzada (EPA).

Los programas profesionales de doctorado en enfermería preparan a los titulados universitarios para aplicar los avances de la investigación a la enfermería clínica. Otros programas de doctorado insisten en la investigación y la teoría más básicas y otorgan el título, orientado a la investigación en enfermería. La necesidad de enfermeras con títulos de doctorado está aumentando. El aumento de los roles clínicos y la continua demanda de una facultad de enfermería bien formada, de enfermeras gestoras y de EPA en entornos clínicos y las nuevas áreas de las especialidades de enfermería tales como la enfermera informática son sólo algunas de las razones para aumentar el número de enfermeras con preparación doctoral.

Formación continua y en el servicio

Los programas de formación continua son una vía para promocionar y mantener al día las habilidades enfermeras, obtener nuevo conocimiento y formación teórica y conseguir

nuevas habilidades que reflejan los cambios en el sistema de prestación de atención sanitaria. La formación continua implica programas educativos formales y organizados ofrecidos por las universidades, los hospitales, las asociaciones estatales de enfermeras, las organizaciones profesionales de enfermería y las instituciones educativas y de atención sanitaria. Los programas de formación continua son una vía para promocionar y mantener al día las habilidades enfermeras, obtener nuevo conocimiento y formación teórica y conseguir nuevas habilidades que reflejan los cambios en el sistema de prestación de atención sanitaria. La formación continua implica programas educativos formales y organizados ofrecidos por las universidades, los hospitales, las asociaciones estatales de enfermeras, las organizaciones profesionales de enfermería y las instituciones educativas y de atención sanitaria.

Los programas de formación en el servicio son la instrucción o el entrenamiento proporcionado por un organismo o una institución de atención sanitaria. Un programa en el servicio tiene lugar en la institución y está diseñado para aumentar el conocimiento, las habilidades y las competencias de las enfermeras y otros profesionales sanitarios empleados por la institución. A menudo los programas en el servicio están centrados en nuevas tecnologías.

LA PRÁCTICA ENFERMERA

La enfermera tiene oportunidad de ejercer en diversos entornos, con muchos roles dentro de esos entornos y con cuidadores de otras profesiones sanitarias. La ANA se preocupa por los aspectos legales de la práctica enfermera, el reconocimiento público de la importancia de la práctica enfermera para la atención sanitaria y las implicaciones para la práctica enfermera respecto a la atención sanitaria. La definición de enfermería de la ANA ilustra la coherente orientación de las enfermeras en proporcionar cuidados para promocionar el bienestar de sus pacientes individualmente o en grupos y comunidades.

Ciencia y arte de la práctica enfermera

Debido a que la enfermería es a la vez arte y ciencia, la práctica enfermera requiere una combinación del conocimiento y los estándares de práctica más actuales con un acercamiento profundo y compasivo al cuidado del paciente. Las necesidades de cuidados sanitarios de los pacientes son multidimensionales. Así los cuidados reflejarán las

necesidades y los valores de la sociedad y los estándares profesionales de la atención y el desempeño, cumplirán las necesidades de cada paciente e integrarán los hallazgos basados en la evidencia para proporcionar el más alto nivel de cuidados. La enfermería tiene un cuerpo específico de conocimiento; sin embargo, es esencial la socialización dentro de la profesión y el desarrollo de la pericia profesional, que precisa de tiempo y compromiso. Según Benner y cois una enfermera experta pasa a través de cinco niveles de competencia cuando adquiere y desarrolla habilidades enfermeras generalistas o especializadas. (cuadro 1-1).

Utilice las competencias del pensamiento crítico en la práctica. Esto incluye integrar el conocimiento de la ciencia básica y las bases del conocimiento enfermero, aplicando el conocimiento de las experiencias pasadas y presentes, aplicando las actitudes del pensamiento crítico a la situación clínica e implementando los estándares intelectuales y profesionales. Cuando proporciona cuidados bien planificados con compasión y afecto, proporciona a cada uno de los pacientes lo mejor de la ciencia y del arte de la atención enfermera

CUADRO 1-1 BENNER: DE PRINCIPIANTE A EXPERTA

Principiante: Estudiante de enfermería principiante o cualquier enfermera que se encuentra en una situación en la que no hay un nivel previo de experiencia (p. ej., una enfermera de quirófano con experiencia elige ahora ejercer en atención domiciliaria). La aprendiz aprende por medio de un conjunto determinado de normas o procedimientos, que son generalmente paso a paso y lineales.

Principiante avanzada: Una enfermera que ha tenido algún tipo de experiencia con la situación. Esta experiencia puede ser sólo de naturaleza observacional, pero la enfermera es capaz de identificar aspectos significativos o principios de los cuidados enfermeros.

Competente: Una enfermera que ha estado en el mismo puesto clínico durante 2 o 3 años. Esta enfermera comprende la organización y los cuidados específicos necesarios según el tipo de pacientes (p. ej., pacientes de cirugía, oncológicos o de ortopedia). Esta enfermera es una practicante competente que puede anticipar los cuidados enfermeros y establecer objetivos a largo plazo. Generalmente, en esta fase la enfermera ha tenido experiencia con todo tipo de habilidades psicomotoras necesarias para este grupo específico de pacientes.

Avanzada: Una enfermera con más de 2-3 años de experiencia en el mismo puesto clínico. Esta enfermera percibe la situación clínica del paciente como un conjunto, puede valorar una situación completa y puede transferir rápidamente a la situación los conocimientos obtenidos de las múltiples experiencias previas. Esta enfermera se centra en la gestión de los cuidados a diferencia de la que gestiona y realiza técnicas.

Experta: Una enfermera con experiencia variada que tiene una comprensión intuitiva de un problema clínico existente o potencial. Esta enfermera es capaz de centrarse en el problema y en las dimensiones múltiples de la situación. Es hábil en identificar a la vez problemas centrados en el paciente y problemas relacionados con el sistema de atención sanitaria o quizás las necesidades de la enfermera novata.

I.5 METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA

La mayor parte de las disciplinas desarrollan una idea e imagen propia representada a través de conceptos específicos y característicos, los cuales determinan su pensamiento, toma de decisiones, guían sus acciones y también participan en la construcción de teorías que respaldan el quehacer de diferentes disciplinas. En enfermería, Nightingale en el año de 1859 propuso por primera vez sus ideas acerca de esta disciplina, en 1974 Torres y Yura tras el análisis de un estudio, en donde toman una muestra de 50 programas de enfermería estadounidenses, concluyen que los elementos de: cuidado de enfermería, salud, humano y sociedad eran fundamentales para todos los programas educativos. A continuación, en 1989 Jacqueline Fawcett utiliza el término metaparadigma para expresar los conceptos que deben abarcar a la disciplina: persona, salud, entorno y enfermería.

El metaparadigma representa la perspectiva global de cualquier disciplina, actúa como una estructura que encapsula y al interior del cual se desarrollan los marcos de referencia conceptuales; de él se derivan los diversos modelos basados en los mismos conceptos. Cabe destacar que en la actualidad, cuando se habla de metaparadigma, se hace referencia a los conceptos o fenómenos de estudio básicos de la profesión. Los fenómenos de interés particular para la disciplina de enfermería se representan con cuatro conceptos o núcleos básicos: persona, salud, entorno y cuidado



Persona se refiere a los receptores de cuidado de enfermería, incluyendo a los individuos, las familias, las comunidades y otros grupos. Entorno se refiere a las personas significativas y al ambiente físico donde se desenvuelven, así como el lugar en donde ocurre el cuidado. Salud es el estado de bienestar de la persona que puede variar desde el bienestar de alto nivel hasta la enfermedad terminal. Cuidado se refiere a las acciones o intervenciones emprendidas por las enfermeras en nombre de la persona o junto con ella, y las metas o resultados de sus acciones, que son vistas como un proceso sistemático organizado e individualizado que las sustentan.

Las relaciones entre los conceptos del metaparadigma se describen en cuatro proposiciones. La primera proposición se enfoca en la persona y la salud; enuncia que la disciplina de enfermería se ocupa de los principios y leyes que gobiernan el proceso de vida, el bienestar y el funcionamiento óptimo de los seres humanos, enfermos o sanos. La segunda proposición enfatiza la interacción entre la persona y el entorno; enuncia que la disciplina de enfermería se ocupa del patrón de conducta humana en interacción con su entorno en los eventos normales de la vida y en las situaciones críticas de la vida. La tercera proposición se enfoca en la salud y el cuidado; declara que la disciplina de enfermería se ocupa de las acciones o procesos de cuidado de enfermería, por medio de los cuales se efectúan cambios positivos en el estado de salud y bienestar de la persona. La cuarta proposición relaciona a la persona, el entorno y la salud; afirma que la disciplina de enfermería se ocupa de la totalidad o la salud de los seres humanos, reconociendo que están en continúa interacción con sus ambientes donde se desenvuelven y desarrollan.

Función del metaparadigma

El metaparadigma constituye así, un elemento importante de la dimensión filosófica de la disciplina, cuya naturaleza se justifica de forma específica como base de construcción de su conocimiento (epistemología) estableciendo así, los límites de formación académica, ejercicio profesional, docencia e investigación, lo que le confiere a esta disciplina el cuidado especificidad, dominio, autonomía e identidad.

I. 6 CUIDADO DE ENFERMERÍA

CUIDAR EN LA PRÁCTICA ENFERMERA

Es imposible preceptuar los mecanismos que permiten saber si o cuándo una enfermera llega a ser una profesional del cuidado. Los expertos no están de acuerdo en si cuidar puede ser enseñado o es, más fundamentalmente, una manera de estar en el mundo. Para los que encuentran que cuidar es una parte normal de sus vidas, cuidar es un producto de su cultura, sus valores, experiencias y de relaciones con los otros. Las personas que no experimentan el cuidado en sus vidas encuentran, a menudo, dificultad en actuar de manera afectiva. A medida que se trata en la práctica con la salud y la enfermedad.

PROPORCIONAR PRESENCIA

Proporcionar presencia es un encuentro persona a persona que expresa cercanía y sentido de cuidar. Fredriksson explica que la presencia implica «estar ahí» y «estar con». «Estar ahí» es no sólo una presencia física; también incluye comunicación y comprensión. La presencia es un proceso interpersonal que está caracterizado por la sensibilidad, el holismo, la intimidad, la vulnerabilidad y la adaptación a circunstancias únicas. Tiene como consecuencia una mejora del bienestar mental en enfermeras y pacientes y una mejora del bienestar físico en los pacientes. La relación interpersonal de «estar ahí» depende del hecho de que una enfermera sea atenta con el paciente. La presencia puede ser trasladada a un arte de cuidar real que afecta, a la vez, a la curación y al bienestar de la enfermera y el paciente. Se usa, a menudo, en conjunción con otras intervenciones de enfermería, tales como establecer la relación enfermera-paciente, proporcionar medidas de confort, proporcionar educación al paciente y escuchar. Los resultados de la presencia de la enfermera incluyen aliviar el sufrimiento, disminuir el sentido de aislamiento, vulnerabilidad y el crecimiento personal. «Estar con» es también interpersonal. La enfermera se da a sí misma, lo que significa estar disponible y a disposición del paciente. Si los pacientes aceptan a la enfermera, la invitarán a ver, compartir y tocar su vulnerabilidad y sufrimiento. La presencia humana de una persona nunca deja a uno inafectado. La enfermera entra, entonces, en el mundo del paciente. En esta presencia el paciente puede poner palabras a sus sentimientos y comprenderse a sí mismo de una manera que lleva a identificar soluciones, ver nuevas direcciones y elegir. Cuando una enfermera establece presencia, el contacto visual, el lenguaje corporal, el tono de voz, la escucha y una actitud positiva y alentadora actúan

conjuntamente para crear sinceridad y comprensión. El mensaje expresado es que la experiencia del otro importa al que está cuidando. Establecer presencia mejora la capacidad de la enfermera de aprender del paciente. Esto fortalece la capacidad de la enfermera de proporcionar cuidados adecuados y apropiados

TACTO

Los pacientes se enfrentan a situaciones que son embarazosas, temibles y dolorosas. Cualquiera que sea el sentimiento o síntoma, los pacientes buscan a las enfermeras para que les proporcionen confort. El uso del tacto es una técnica reconfortante que llega a los pacientes para comunicarles preocupación y apoyo. El tacto es relacional y conduce a una conexión entre enfermera y paciente. Implica tacto con contacto y sin contacto. El tacto con contacto implica el contacto obvio piel con piel, mientras que el tacto sin contacto se refiere al contacto visual. Es difícil separar los dos. Cada uno a su vez es descrito dentro de tres categorías: tacto orientado a la tarea, tacto afectivo y tacto protector.

Las enfermeras utilizan el tacto orientado a la tarea cuando realizan una tarea o un procedimiento. La actuación habilidosa y delicada de un procedimiento de enfermería expresa seguridad y un sentido de competencia. Una enfermera experta sabe que cualquier procedimiento es más efectivo cuando se administra cuidadosamente y con consideración a cualquier preocupación del paciente.

El tacto afectivo es una forma de comunicación no verbal, que influye satisfactoriamente en el confort y la seguridad del paciente, mejora su autoestima, aumenta la confianza de los cuidadores y mejora el bienestar mental. Esto se expresa en la manera en que se coge la mano del paciente, se da un masaje en la espalda, se posiciona al paciente suavemente o se participa en una conversación. Cuando se utiliza el tacto afectivo, se conecta con el paciente física y emocionalmente.

El tacto protector es una forma de tacto que protege a la enfermera y/o al paciente. El paciente lo considera positivo o negativo. La forma más clara de tacto protector es prevenir un accidente. El tacto protector es también un tipo de tacto que protege emocionalmente a la enfermera. Una enfermera se retira o distancia de un paciente cuando es incapaz de aguantar el sufrimiento o necesita escapar de una situación que está causando tensión. Cuando se usa de esta forma, el tacto protector saca sentimientos negativos en un paciente.

ESCUCHAR

Cuidar implica una interacción personal que es mucho más que dos personas simplemente charlando. Escuchar es un componente fundamental de los cuidados de enfermería y es necesario para las interacciones significativas con los pacientes. Es un acto planificado y deliberado en el que el oyente está presente e involucra al paciente de una manera no crítica y aprobatoria. Incluye «enterarse» de lo que un paciente dice, interpretando y comprendiendo lo que el paciente está diciendo y luego devolviendo esa comprensión al paciente. Escuchar el significado de lo que un paciente dice ayuda a crear una relación mutua. La verdadera escucha lleva a conocer verdaderamente y a responder a lo que realmente importa al paciente y su familia.

El cuidar implica desde la perspectiva de lo humano un acto individual y cultural, ya que los seres humanos perciben y experimentan comportamientos y creencias de cuidado o no cuidado, según su contexto cultural familiar, por lo que el profesional de enfermería debe reconocer la diversidad cultural de la persona cuidada para planear un cuidado congruente que logre mantener o recuperar su salud, bienestar o bien enfrentar de manera conveniente la muerte. Retomando lo mencionado por Colliere, el cuidado que proporciona enfermería no es homogéneo, depende de las condiciones de los sujetos, de los recursos con que cuentan y de los conocimientos que poseen para que la enfermera determine el tipo y características de los cuidados. La misma autora, establece la diferenciación de la naturaleza de los cuidados de acuerdo con las funciones de la vida, éstos son:

- ✓ Care: cuidados de costumbre y habituales, relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida, representan todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida, reaprovisionándola de energía, en forma de alimentos o de agua, calor, luz o naturaleza afectiva o psicosocial.
- ✓ Cure: cuidados de curación, relacionados con la necesidad de curar todo aquello que interfiere con la vida, eliminar los obstáculos, limitar la enfermedad, asistir en la estabilización de los procesos degenerativos, viendo a la persona como un ente integrado, con un estilo de vida propio determinado por su grupo, su cultura y su entorno.

I.7 TEORÍA DE ENFERMERÍA

Chinn y Jacobs, Chinn y Kramer, pueden identificar varios tipos de definición de teoría de enfermería: por su estructura, por sus metas, por su naturaleza e integrativa:

1. En lo referente a su estructura, la teoría se define como “un conjunto de hipótesis relacionadas”. Esta definición incorpora a la investigación como una parte significativa en el proceso teórico, descartando en su concepto el proceso mental.
2. Esta definición tiene un enfoque derivado de las metas en las que se basa la teoría, definiéndola como “un sistema conceptual o marco de referencia inventado con un propósito definitivo”. Dicho propósito está dirigido a prescribir y dirigir acciones de enfermería.
3. Dicha definición hace alusión a la naturaleza tentativa de la teoría, definiéndola como una declaración que tiene como propósito explicar y caracterizar un fenómeno, agregando que la esencia de enfermería no es lo que es, sino lo que debe ser.
4. Esta definición se enfoca en integrar las tres anteriores, por lo que define a la teoría como un grupo de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, designándoles relaciones específicas.

En la actualidad se declara que la teoría de enfermería “es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones, que proyectan una visión sistematizada de los fenómenos mediante el diseño de interrelaciones específicas entre los conceptos, con el fin de describir, explicar y predecir el fenómeno del cuidado”.

Es importante enfatizar que cada teoría estudia un aspecto limitado de la realidad, de ahí la importancia y necesidad de generar cada vez más teorías que logren estudiar, abarcar y aportar explicaciones a todos los fenómenos relacionados con el cuidado de enfermería. Sin embargo, es importante aclarar que una sola teoría no es suficiente para atender la totalidad y complejidad de la persona en cuanto a cuidado, de ahí que la mayoría de las veces se debe recurrir a utilizar varias de ellas para entender y ayudar al paciente a resolver sus necesidades de cuidado según su condición y contexto

APLICACIÓN Y UTILIDAD DE LA TEORÍA

Los modelos y teorías de enfermería se aplican para facilitar la práctica de enfermería en la investigación, educación, administración y práctica clínica. En relación con la educación, los modelos y teorías guían el proceso general para elaborar un plan de estudios, los programas y las actividades de enseñanza aprendizaje. En la administración, proveen una

estructura sistemática para observar e interpretar las situaciones administrativas del cuidado de enfermería de manera muy particular. En la práctica clínica, proveen guías generales para la práctica con un enfoque y organización basada en los conceptos propuestos por el modelo teórico-práctico y en el método de trabajo de enfermería o proceso atención enfermería (PAE). Es fundamental enmarcar, que los modelos y teorías de enfermería deben apoyar y sustentar al método del cuidado de trabajo de enfermería o PAE.

Características de las teorías de enfermería: Las teorías de enfermería deben ser lógicas, relativamente simples y generalizables, estar compuestas por conceptos y proposiciones, relacionar conceptos entre sí, proporcionar bases de hipótesis verificables, ser consistentes con otras teorías, leyes y principios válidos, describir un fenómeno particular, explicar las relaciones entre los fenómenos, predecir o provocar un fenómeno deseado, ser útiles para orientar y mejorar la práctica profesional.

Relación entre teoría y práctica de enfermería: La teoría es o debe ser inherente a la práctica, ya que ésta apoya y fundamenta al proceso de enfermería, debido a que ayuda a la enfermera a ubicar y organizar los datos en la etapa de valoración y diagnóstico de enfermería, apoyando también a una interpretación y análisis comprensivo, delimitado y propio de los mismos. Establece también las condiciones necesarias para la toma de decisiones sobre las intervenciones de cuidado de enfermería, posibilitando así la predicción de los resultados de cuidado esperado a la persona.

CLASIFICACIÓN DE LAS TEORÍAS

a) Según el enfoque:

Teoría de necesidades: se enfoca en lo que las enfermeras hacen. Sus principales exponentes son Dorotea Orem, Abdellah et al., y Virginia Henderson.

Teoría de interacción: se dirige a ver cómo la enfermera realiza o conduce el cuidado. Sus principales exponentes son Imogene King, Paterson y Zedral.

Teoría de resultados: se centra en los resultados del cuidado y en la naturaleza del receptor del cuidado. Sus principales exponentes son Doroty Jon.

b) Según la visión del ser:

Organicista: aquellas teorías que buscan la persistencia y son representadas por un enfoque centrado en sistemas.

Mecanicista: teorías que están ubicadas en la búsqueda de cambio, dinamismo y totalidad, representadas por el enfoque de interacción.

c) Según su complejidad y nivel de abstracción:

Filosofías: son amplias y abstractas, difíciles de ser demostrables y generalizables en la práctica, pues especifican las definiciones de los conceptos del metaparadigma en todos los modelos conceptuales de la enfermería. Como ejemplo de ellas está la teoría de Nightingale, Wiedenbach, Henderson, Abdellah, Hall, Watson y Benner.

Grandes teorías: son casi tan amplias como los modelos y las filosofías de enfermería de la cual se derivan; sin embargo, éstas proponen algo que es verdad o demostrable, como la Teoría de Adaptación de Roy, la cual ve a la persona como un sistema de adaptación, otro ejemplo es la desarrollada por King sobre consecución de objetivos.

Teorías de nivel medio: éstas se centran en un tema más concreto, ubicando de manera especial en la atención de aspectos como el estado de salud, grupo o edad de la persona sujeta a cuidado, ámbito en el cual se desenvuelve la práctica y las intervenciones de enfermería. Ejemplos de estas teorías son las desarrolladas por Peplau, Orland, Travelbee, Leininger, Pender, Parse, Adam, Newman, entre otras.



I.8 TEORÍAS ENFERMERAS SELECCIONADAS

TEORÍA DE NIGHTINGALE

El trabajo de Florence Nightingale fue un modelo inicial para la enfermería. El concepto de Nightingale de entorno fue el centro del cuidado enfermero y su sugerencia de que las enfermeras no tienen que saber todo acerca del proceso de enfermedad diferenció la enfermería de la medicina. El foco de la enfermería es cuidar mediante el entorno y ayudar al paciente a tratar con los síntomas y cambios en función relacionados con una enfermedad. Nightingale no contemplaba la enfermería como algo limitado a la administración de medicamentos y tratamientos, sino como algo orientado a proporcionar aire fresco, luz, calor, limpieza, tranquilidad y una alimentación adecuada.

La «teoría descriptiva» de Nightingale proporciona a las enfermeras una forma de pensar sobre los pacientes y su entorno. Sus cartas y escritos guían a la enfermera a actuar de parte del paciente. Sus principios visionarios abarcan las áreas de la práctica, la investigación y la educación. Y lo que es más importante, sus conceptos y principios perfilaron y definieron la práctica enfermera. Nightingale enseñó y utilizó el proceso enfermero, señalando que la «observación vital [valoración] no tiene como finalidad acumular una información diversa o hechos curiosos, sino salvar vidas y aumentar la salud y la comodidad».

TEORÍA DE PEPLAU

La teoría de Hildegard Peplau se centra en las relaciones entre la enfermera, el paciente, la familia del paciente y el desarrollo de la relación enfermera-paciente. El paciente es una persona con una necesidad y la enfermería es un proceso interpersonal y terapéutico. Esta relación enfermera-paciente está influida, a la vez, por la enfermera y por las percepciones e ideas preconcebidas del paciente. Al desarrollar la relación enfermera-paciente, la enfermera puede actuar como una persona de recursos, consejera y suplente.

La teoría de Peplau es única: la relación de colaboración enfermera-paciente crea una «fuerza de maduración» a través de la cual la efectividad interpersonal satisface las necesidades del paciente. Esta teoría es útil para establecer una comunicación eficaz entre enfermera y paciente cuando se obtiene una historia de enfermería, cuando se proporciona

educación al paciente y cuando se aconseja a los pacientes y sus familias. Cuando las necesidades originales del paciente son resueltas, emergen, algunas veces, necesidades nuevas. Según Peplau, las siguientes fases caracterizan la relación interpersonal entre enfermera-paciente: orientación, fase de trabajo y finalización.

TEORÍA DE HENDERSON

Virginia Henderson define la enfermería como «ayudar a la persona, enferma o sana, en la realización de aquellas actividades que contribuirán a su salud, recuperación o muerte en paz, y que la persona realizaría sin ayuda si ella tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios». Henderson organizó su teoría sobre 14 necesidades básicas de la persona como un todo, e incluyó fenómenos de los siguientes campos del paciente: fisiológico, psicológico, sociocultural, espiritual y de desarrollo. La relación interpersonal entre enfermera y paciente crea un entorno afectivo para identificar las necesidades del paciente, planificar los objetivos de los cuidados y proporcionar cuidados enfermeros centrados en el paciente.

TEORÍA DE OREM

La teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem se centra en las necesidades de autocuidado del paciente. Orem define el autocuidado como una actividad aprendida, orientada a un objetivo, dirigida hacia el propio interés por mantener la vida, la salud, el desarrollo y el bienestar. El objetivo de la teoría de Orem es ayudar al paciente a realizar el autocuidado y gestionar sus problemas de salud. El cuidado enfermero es necesario cuando el paciente es incapaz de satisfacer las necesidades biológicas, psicológicas, de desarrollo o sociales.

Esta teoría funciona bien en todas las etapas del proceso enfermero. La enfermera valora y determina por qué un paciente es incapaz de satisfacer estas necesidades, identifica los objetivos para ayudar al paciente, interviene para ayudar al paciente a realizar el autocuidado y evalúa cuánto autocuidado es capaz de realizar el paciente. De acuerdo con la teoría de Orem, el objetivo de la enfermería es aumentar la capacidad del paciente para satisfacer esas necesidades de una manera independiente.

TEORÍA DE LEININGER

Leininger utilizó su formación en antropología para forjar su teoría sobre la diversidad y universalidad del cuidado en diferentes culturas. El cuidado humano varía entre culturas en sus manifestaciones, procesos y modelos. Los factores de la estructura social, tales como la religión del paciente, la política, la cultura y las tradiciones, son fuerzas significativas que afectan al cuidado e influyen en los patrones de salud y enfermedad del paciente. El concepto más importante de la teoría de Leininger es la diversidad cultural, y el objetivo del cuidado enfermero es proporcionar al paciente cuidados enfermeros específicos culturalmente.

Para proporcionar cuidados a pacientes de culturas singulares, la enfermera integra sin riesgo las tradiciones culturales, los valores y las creencias del paciente en el plan de cuidados. La teoría de Leininger reconoce la importancia de la cultura y su influencia en todo lo que rodea al paciente y a los profesionales sanitarios.

TEORÍA DE BETTY NEUMAN

El modelo de sistemas de Neuman está basado en el estrés y en la reacción del paciente al elemento estresante. En este modelo el paciente es la persona, el grupo, la familia o la comunidad. El sistema está compuesto de cinco conceptos que interactúan entre sí: fisiológico, psicológico, sociocultural, de desarrollo y espiritual. Estos conceptos interactúan a la vez con los factores internos y externos del entorno y con todos los niveles de prevención (primario, secundario y terciario) para lograr un bienestar óptimo. Neuman considera cualquiera de los factores internos y externos que afectan a la estabilidad del paciente, y cualquiera de los cinco conceptos del sistema, como elementos estresantes. El papel de la enfermería es estabilizar al paciente o la situación. Cuando se aplica el modelo de sistemas de Neuman, se valora el elemento estresante y la respuesta del paciente a este elemento, se identifican los diagnósticos enfermeros, se planifican los cuidados centrados en el paciente, se implementan las intervenciones, se evalúa la respuesta del paciente y se determina si el elemento estresante está resuelto.

TEORÍA DE ROY

El modelo de adaptación de Roy contempla al paciente como un sistema adaptable. De acuerdo con el modelo de Roy, el objetivo de la enfermería es ayudar a una persona a adaptarse a los cambios de sus necesidades fisiológicas, al concepto de sí mismo, a la función

de su papel y a las relaciones interdependientes durante la salud y la enfermedad. La necesidad de los cuidados enfermeros surge cuando el paciente no puede adaptarse a las exigencias internas y externas del entorno. Todos los individuos deben adaptarse a las siguientes demandas: satisfacer las necesidades fisiológicas básicas, desarrollar un autoconcepto positivo, realizar roles sociales y lograr un equilibrio entre dependencia e independencia. La enfermera determina qué demandas están causando problemas al paciente y valora hasta qué punto el paciente se está adaptando a ellas. Las enfermeras dirigen los cuidados a ayudar al paciente a adaptarse a los cambios.

TEORÍA DE WATSON

La teoría de los cuidados transpersonales de Jean Watson define el resultado de la actividad enfermera con respecto a los aspectos humanísticos de la vida. El propósito de la acción enfermera es comprender la interrelación entre salud, enfermedad y conducta humana. Así, la enfermería se ocupa de promocionar y restablecer la salud, y prevenir la enfermedad. Watson diseñó su modelo sobre el proceso de cuidados, ayudando a los pacientes a alcanzar o mantener la salud o a morir en paz. Este proceso de cuidados requiere que la enfermera tenga conocimientos acerca del comportamiento humano y las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales. La enfermera también necesita conocer las necesidades individuales del paciente, cómo responder a los demás y las fortalezas y limitaciones del paciente y la familia, así como las de la enfermera. Además, la enfermera reconforta y ofrece compasión y empatía a los pacientes y las familias. El cuidado representa todos los factores que emplea la enfermera para la atención al paciente.

TEORÍA DE BENNER Y WRUBEL

La primacía de los cuidados es un modelo propuesto por Patricia Benner y Judith Wrubel. El cuidado es central para la enfermería y crea las posibilidades para el afrontamiento, permite posibilidades para conectar y preocuparse por los demás, y permite dar y recibir ayuda. Benner y Wrubel entienden la preocupación personal como una característica inherente a la práctica enfermera.

UNIDAD II PROCESO DE ENFERMERÍA

2.1 PROCESO DE ENFERMERÍA.

Kozier, plantea la evolución de las etapas del proceso de enfermería. En el año de 1953, Fry propuso que la enfermería podría ser más creativa mediante la formulación de diagnósticos y un plan de cuidados individualizado para favorecer una práctica más independiente y no estar guiada a una práctica sujeta a las indicaciones médicas. No apoyaron su propuesta en aquel tiempo, hasta muchos años después.

El proceso de enfermería lo conceptualiza Alfaro “como una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. 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 de forma continua lo que hacen y a plantearse cómo pueden mejorarlos”.

En la actualidad Berman A, Snyder S, Kozier B, Erb G, mencionan que:

- ✓ “El proceso de enfermería es un método racional y sistemático de planificación y proporción de asistencia de enfermería. Su propósito es identificar el estado de salud del paciente y sus problemas de salud reales y potenciales para establecer planes que aborden las necesidades identificadas y aplicar intervenciones de enfermería específicas que cubran tales necesidades. El proceso de enfermería es cíclico; es decir, que sus componentes siguen una secuencia lógica, pero puede intervenir más de un componente a la vez. Al final del primer ciclo puede continuar con una reevaluación o el plan de asistencia puede modificarse”.

Por lo anterior, el proceso de enfermería en la actualidad hace que se adapte a cada circunstancia específica del individuo, familia y comunidad, se sustenta en un marco teórico que le da una amplia base de conocimientos, tanto de la disciplina como aquellas que le son afines; además favorece el pensamiento crítico, sólidas habilidades interpersonales y técnicas, y sobre todo la capacidad para cuidar, así como el deseo de hacerlo.

El propósito principal es construir una estructura teórica que pueda cubrir las necesidades del individuo, la familia y la comunidad. Es decir, garantizar la calidad en los cuidados y la calidad de vida.

Las ventajas son las oportunidades generadas por la aplicación del proceso de enfermería en el campo profesional de la enfermera o enfermero como a continuación se especifican:

- La satisfacción por el trabajo y potencia el desarrollo profesional.
- La satisfacción profesional; planes escritos de manera perfecta ahorran tiempo y energía, evitando la frustración generada por los ensayos y errores de la práctica de la enfermería.
- Favorece la continuidad de los cuidados, lo que da lugar a un ambiente seguro y terapéutico.
- Proporciona cuidados individualizados porque la persona participa de forma activa, proporciona datos para la valoración, valida el diagnóstico de enfermería, confirma los resultados y las actuaciones, ayuda en su ejecución y proporciona antecedentes para la evaluación.
- El proceso de enfermería demuestra el alcance de la práctica de enfermería, basándose en su formación y marco de actuación y rol profesional.
- Potencia el desarrollo profesional, el proceso de enfermería favorece el desarrollo de las capacidades cognitiva, técnica e interpersonal. Este proceso proporciona el sistema para la ejecución de las conductas del rol profesional de enfermería.
- La utilización de un método sistemático para la prestación de cuidados de enfermería mejora también la calidad de los cuidados.

El proceso de enfermería tiene cualidades esenciales que lo caracterizan lo cual le dan un carácter propio a este método de cuidado:

- ✓ **Sistemático:** cada una de las etapas con fines didácticos se separan para su comprensión, pero en la implementación cada una de ellas se interrelaciona para el logro del objetivo del proceso de enfermería.
- ✓ **Dinámico:** el ser humano por naturaleza puede cambiar, en un instante, en lo emocional, físico y social, por tal motivo cada etapa se adecuará a las necesidades de la persona, familia o comunidad.
- ✓ **Interactivo:** es fundamental durante la implementación del método del cuidado, donde el profesional de enfermería se relaciona con la persona, la familia y la comunidad, lo cual es esencial para la individualización de dichos cuidados.
- ✓ **Flexible:** los escenarios de práctica del profesional de enfermería en la actualidad se centran en cuatro ámbitos: asistencial, educativo, administrativo e investigación,

y el proceso de enfermería se puede adaptar a cada uno de ellos, siempre y cuando se den cuidados al individuo, familia, comunidad o ambos. Asimismo, sus etapas se pueden dar de manera consecutiva y concurrente, es decir, que puede la enfermera (o) utilizar más de una etapa a la vez.

- ✓ **Sustentarse teóricamente:** por las características propias del proceso de enfermería y sus etapas, tiene la cualidad de adaptarse con base en un modelo teórico de la enfermería.

ETAPAS

Las etapas son la propuesta del método de cuidado, ya que se requiere de medios y procedimientos para actuar; es decir, mientras el método sería el elemento conceptual utilizable para la coordinación de las operaciones, las etapas serían los elementos concretos para aplicar el proceso. Las etapas son cíclicas, dinámicas e inseparables, pero estructuradas en secuencia lógica para ser una guía que orientará al profesional de enfermería la forma en que actuará considerando la situación de salud muy particular de cada persona, familia y comunidad.

En la actualidad, las etapas del proceso de enfermería son cinco. Se sabe que se inicia con la valoración, pero de forma paralela se diagnostica, planifica, ejecuta, evalúa, y cada una de ellas se sobrepone porque la persona como ser humano es cambiante dependiendo del entorno y las relaciones interpersonales que tenga con la familia, amigos y equipo de salud. No cabe duda que cuando la enfermera inicia un proceso enfermero para el cuidado de una persona, está sintetizando de manera simultánea conocimientos de pensamiento crítico, experiencia, estándares y actitudes.

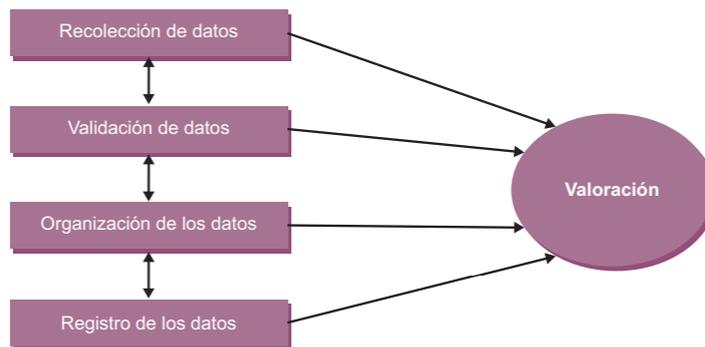


2.2 PRIMERA ETAPA. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.

La valoración, primera etapa del proceso, debe organizarse y sistematizarse para la recopilación de información sobre la situación de salud de la persona y su entorno mediante diversas fuentes. Se considera un paso muy importante porque todas las decisiones e intervenciones se basan en la información obtenida de esta etapa.

Definición: Consiste en reunir toda la información necesaria para obtener una imagen, lo más clara y completa posible de las necesidades de la persona, sus problemas y sus capacidades. Permite a la enfermera conocer a la persona que va a cuidar y determinar cuales es su situación actual.

Fases: La etapa para su interpretación e implementación requiere de fases: es importante considerar, que al igual que las etapas, las fases se separan para profundizar en los aspectos teóricos de la valoración y medios para su aplicación, pero en la práctica se dan de manera simultánea.



RECOLECCIÓN DE DATOS

Es esencial porque se inicia el primer contacto con la persona, familia o comunidad, es un proceso dinámico y continuo.

¿Qué es un dato? Es información que la persona, familia, comunidad o ambos vierten sobre su estado de salud.

La recolección de datos es la obtención de la información referente a las condiciones, desde el punto de vista holístico, de la salud de la persona, familia o comunidad. Debe reunir las siguientes características: ser completa, sistemática y ordenada, seguir el modelo teórico (necesidades, patrones funcionales, requerimientos universales que plantea Orem, por mencionar algunos) bajo el cual se sustenta el proceso de enfermería, porque con base en

él permitirá tener una secuencia para la obtención de datos, el análisis de los datos y facilitando con ello la implementación de las demás fases.

Se clasifica en inicial y focalizada. La inicial se da en la primera entrevista con la persona y constituye el punto de partida para determinar el problema o necesidad prioritario (a) del individuo, sus hábitos y comportamiento, tratando siempre de ver al ser humano de una manera holística. La focalizada consiste en identificar de manera concreta el problema; es decir, es la búsqueda de la información en una dirección determinada, a través de ella se confirma o descarta un problema sobre un punto específico de la persona (cabeza, abdomen, hábitos, sueño, entre otros).

Clasificación de los datos. En el cuadro se muestra cómo pueden clasificarse los datos, según sus características.

Clasificación de los datos	
Datos	
Subjetivos	Objetivos
Se obtienen de la opinión y percepción de la persona sobre sí misma y su situación de salud, por ejemplo, ideas, síntomas, sentimientos, acontecimientos o ambos, de los cuales la enfermera no tiene la seguridad de confirmar en el momento, pero que son esenciales para confirmar o descartar un diagnóstico de enfermería	Como su nombre lo indica, es información observable y medible, la enfermera tiene la garantía que están sucediendo en el momento y los puede confirmar a través de la observación, exploración física o ambas. En este caso como ejemplo están los signos (cianosis, ictericia, tumoración en el cuadrante superior derecho)

Fuentes para la obtención de los datos. Significa de dónde se puede originar la información y se pueden obtener de diferentes formas: primaria o directa y secundaria o indirecta. La fuente directa es la persona a la que se va a cuidar, es quien proporciona los datos principales referente a su condición de salud y su entorno. La fuente indirecta se considera la familia (cuando el individuo está incapacitado para responder), el equipo de salud y el expediente (se recaban datos históricos, actuales de estudios de laboratorio, diagnóstico, pronóstico, indicaciones médicas, entre otros, esenciales para comprender la situación actual de la persona), esta información verifica, clarifica o incrementa la información obtenida de la fuente primaria.

Medios y técnicas para la recolección de los datos. Son los apoyos para el profesional de enfermería, mediante los cuales podrá obtener la información:

- Observación.
- Entrevista.

- Exploración física.

La observación es un proceso deliberado, que incluye atención voluntaria y la inteligencia, orientadas por un objetivo, para obtener información. Es la percepción intencionada, orientada al estudio de los fenómenos de la realidad. Es un sistema lógico, se realiza a través de los órganos de los sentidos, debe ser selectiva, objetiva, ilustrada y ordenada, pero además, son fundamentales el conocimiento y la experiencia de la enfermera para una observación estructurada.

Entrevista y exploración física serán vistas mas adelante.

VALIDACIÓN DE LOS DATOS

Validar es verificar y confirmar los datos para determinar si responden a los hechos. Consiste, también en analizar la información con el fin de identificar posibles vacíos o incongruencias. Es fundamental para evitar la omisión de información relevante, realizar interpretación incorrecta, llegar a conclusiones precipitadas o ambas, a través de:

- Revisar los propios datos (escala de medición).
- Solicitar que otra persona recolecte el mismo dato.
- Identificar que no existen factores transitorios.
- Revisar los datos críticos.
- Comprobar congruencia entre los datos

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

Consiste en la agrupación de los datos en categorías de información de forma que tengan sentido, puedan verse las relaciones entre ellos e identificar las capacidades del paciente, y sus problemas de salud reales y potenciales. Es importante considerar también el marco teórico que está sustentando el proceso de enfermería; por ejemplo, si es el Modelo Conceptual de Virginia Henderson, dicha agrupación será por necesidades.

REGISTRO DE LOS DATOS

Consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la observación, entrevista y exploración física. Las ventajas que ofrece el registro de los datos se centran en: “Favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria,

facilitar la prestación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería”:

- Cumplir normas.
- Evitar juicios de valor.
- Escribir de forma textual lo que el usuario expresa mediante entrecomillado (“ ”).
- Acompañar las interferencias con la evidencia respectiva.
- Evitar tachaduras o aplicación de corrector y especificar como error/correcto.
- Informar situaciones relevantes e importantes.
- Realizar anotaciones claras, completas y concisas.

En este sentido se sugiere seguir las siguientes recomendaciones para el registro de los datos:

- Escribir con letra clara y con tinta indeleble.
- Evitar dejar espacios en blanco.
- Cuidar la ortografía y evitar abreviaturas.
- Anotar siempre la fecha y hora en que se realiza el registro.
- Escribir toda la información que proporcionó el equipo de salud.
- Registrar cuando un usuario o su familia rechazan determinado cuidado o medida terapéutica.

2.3 SEGUNDA ETAPA. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Antecedentes Es la segunda etapa del proceso de enfermería, el término diagnóstico de enfermería fue introducido en 1953 por Vera Fry, donde afirmaba que una vez identificadas las necesidades del paciente se pasa al siguiente apartado: formular un diagnóstico de enfermería. Años más tarde Johnson, Abdellah y otros autores escriben y definen el diagnóstico de enfermería como una función independiente.

En el decenio 1970-79 la Asociación Norteamericana de Enfermeras (ANA, por sus siglas en inglés), reconoce de manera oficial los diagnósticos de enfermería, ya que los incluye en los “Estándares de la Práctica de Enfermería”. En 1982 se crea la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) que proporciona la estructura organizativa y estable para

el desarrollo de los diagnósticos de enfermería. Convoca cada dos años al gremio a través de una Conferencia Internacional para la revisión de la clasificación de los diagnósticos de enfermería.

En 1996 en la duodécima conferencia NANDA, se planteó el sistema de clasificación: NIC: Sistema de Clasificación de Intervenciones de Enfermería. NOC: Sistema de Clasificación de Resultados. EJE: Para el propósito de la taxonomía NANDA-I, se define operacionalmente como la dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico.

Definición: Enunciado de un juicio clínico sobre las reacciones a los problemas de salud reales y potenciales, a los procesos vitales de una persona, de una familia o de una colectividad. Los diagnósticos enfermeros sirven de base para pasar a la etapa de planeación. El 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.

Ventajas: Las ventajas del diagnóstico de enfermería son:

- Adoptar un vocabulario común.
- Identificar los problemas de las personas.
- Centrar los cuidados en aspectos de enfermería.
- Ofrecer a la persona cuidados de calidad, personalizados, humanizados.
- Facilitar la coordinación del trabajo en equipo.
- Dar mayor prevención.
- Proporcionar elementos de información.
- Establecer una base para la evaluación.
- Dar al trabajo de enfermería un carácter más científico y profesional.
- Acentuar la importancia del rol de la enfermera.
- Desarrollar el saber enfermero.

TAXONOMÍA NANDA/NOC/NIC

Kozier cita a Rash, quién refiere que la taxonomía es la ciencia que identifica y clasifica. También estudia teoría de clasificaciones sistemáticas incluyendo sus bases, principios,

procedimientos y reglas. Un sistema de clasificación de los grupos, clases o conjuntos. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable.

El diagnóstico enfermería es un referente metodológico de los cuidados dentro del proceso de atención de enfermería, tiene una importancia fundamental por representar la identificación del problema que atenderá el personal de enfermería, el que servirá de base para elegir las intervenciones de enfermería que permitan conseguir los resultados esperados; es un juicio clínico sobre las respuestas de la persona, familia o comunidad a problemas de salud o de procesos vitales reales o potenciales.

NOC (por su nombre en inglés Nursing Outcomes Classification). En 1991 se creó un equipo de investigación, conducido por Marion Johnson y Merodean Maas, en la Universidad de Iowa, para desarrollar una clasificación de los resultados de pacientes que se correlacionan con los cuidados enfermeros.

Los resultados representan el nivel más concreto de la clasificación y expresan los cambios modificados o sostenidos que se quieren alcanzar en las personas, familia o comunidad, como consecuencia de los cuidados de enfermería. Cada resultado NOC tiene una etiqueta, una definición, una lista de indicadores para evaluar el estado del paciente en relación al resultado, una escala de Likert de cinco puntos para medir el estado del paciente, y una breve lista de referencias utilizadas en el desarrollo del resultado. El indicador se refiere a los criterios que permiten medir y valorar los resultados de las intervenciones de enfermería utilizando las escalas, éstas permiten medir el estado del resultado en cada punto de un continuo, desde el más negativo al más positivo, así como la identificación de cambios en el estado del paciente en diferentes puntos.

NIC (por su nombre en inglés Nursing Interventions Classification). A diferencia de los diagnósticos de enfermería o del resultado del paciente, donde éste es la temática principal, en las intervenciones de enfermería y el centro de interés es la conducta enfermera, todo aquello que los profesionales de enfermería realizan para ayudar al paciente a avanzar hacia un resultado deseado. Esta taxonomía está compuesta por dos elementos sustanciales: las intervenciones y las actividades de enfermería.

Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar a la persona, familia o comunidad a conseguir los resultados esperados, son genéricas y cada una de ellas incluye varias actividades. Las intervenciones de enfermería pueden ser:

- **Interdependientes:** actividades que el personal de enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud; pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, entre otros.
- **Independientes:** acciones que ejecuta el personal de enfermería dirigidas a la atención de las respuestas humanas, para las cuales está legalmente autorizada a realizar gracias a su formación académica y experiencia profesional. Son actividades que no requieren la indicación médica previa.

Las actividades de enfermería son todas las acciones que realiza la enfermera para llevar a cabo la intervención y que le permitirá avanzar hacia el resultado esperado. También una intervención se define como “cualquier tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer los resultados esperados del paciente. Las intervenciones enfermeras incluyen todas las mediaciones ejecutadas por las enfermeras, tanto los cuidados directos como los indirectos, dirigidos a los individuos, las familias o la comunidad, ya sean tratamientos iniciados por las enfermeras, médicos o por otros profesionales”.

FASES

Análisis de datos: El análisis de los datos tiene como finalidad la identificación del problema e inicia con la clasificación de la información. Este proceso comienza después de la valoración de enfermería y permite al personal desarrollar clases de información más manejables. También estimula la discriminación entre datos, lo cual ayuda al profesional de enfermería a centrarse en los datos que están relacionados con las necesidades concretas de la persona.

Formulación del diagnóstico de enfermería: La formulación del diagnóstico de enfermería va a depender del tipo de diagnóstico que se haya identificado a partir del análisis realizado. La NANDA-I 2012- 2014, plantea cuatro formas distintas:

1. Diagnóstico de enfermería de promoción de la salud. Comportamiento motivado por el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial humano en relación con la salud.
2. Diagnóstico de enfermería de riesgo. Vulnerabilidad, en especial como resultado de estar expuesto a factores que incrementan la posibilidad de lesión o pérdida.
3. Diagnóstico de enfermería real. Existente en realidad, que está en ese momento
4. Síndrome es un juicio clínico que describe un conglomerado específico de diagnósticos enfermeros que ocurren juntos y que se tratan mejor en conjunto a través de intervenciones similares.

Validación del diagnóstico de enfermería: Es el procesamiento de datos, en esta fase el profesional de enfermería intenta confirmar la exactitud de la interpretación de los datos. Esto se consigue con mayor frecuencia mediante la interacción directa con la persona, familia o comunidad y consultando con otros profesionales del equipo de salud, a fin de comparar los datos con una referencia autorizada.

Registro del diagnóstico de enfermería: El registro va a depender de las recomendaciones que se hicieron en la etapa de valoración y también del tipo de diagnóstico de enfermería, es importante considerar que en el momento que se plantea un diagnóstico de enfermería es porque el profesional tiene injerencia en el cuidado de la persona, familia y comunidad y de sí mismo será líder ante otros profesionales del área de la salud. Si es un diagnóstico de enfermería real, éste se estructura por tres enunciados: el primero indica el problema (P), el segundo la etiología o causa del problemas (E) y el tercer enunciado muestra la sintomatología y los signos (S); en su conjunto a esta estructura se le ha denominado formato PES.

El diagnóstico de enfermería de riesgo, sólo se conforma por dos enunciados: el primero es el problema y el segundo la posible causa que probablemente lo está generando y esto permite al profesional plantear intervenciones de prevención para que no se manifieste el problema. El diagnóstico de enfermería de salud y promoción de la salud es un enunciado que indica las fortalezas que la persona, familia o comunidad tienen para seguir estilos de vida saludables.

2.4 TERCERA ETAPA. PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS.

Definición: Es considerada la tercera etapa del proceso de enfermería y es la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar, evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona.

FASES

Las fases de la planeación son las siguientes:

Establecer prioridades: Las prioridades en las intervenciones de enfermería dependen del diagnóstico de enfermería, es donde se concluye la identificación del problema, en el cual se debe centrar el cuidado, y realizar acciones inmediatas en aquellas manifestaciones que representan una amenaza para la vida de la persona o según las circunstancias, determinar medidas de prevención de riesgos que la comunidad, familia o individuo presentan. La clasificación de las prioridades son altas, intermedias o bajas, según el escenario donde se encuentre la persona y las condiciones de salud en las que esté.

Elaborar objetivos El establecimiento de diagnósticos de enfermería y prioridades individualizadas ayuda a determinar los objetivos de cuidados, que se definen como pautas para la selección de las intervenciones enfermeras y los criterios para su evaluación. El propósito de registrar los objetivos y los resultados esperados se centra en proporcionar una guía para las intervenciones enfermeras individualizadas y en formular estándares para determinar la eficacia de las intervenciones.

Cada formulación de objetivos y resultados esperados debe tener un tiempo para la evaluación. Según Alfaro, el objetivo describe lo que se espera observar de la persona, familia y comunidad respecto a las fortalezas o debilidades de los cuidados enfermeros.

Los objetivos identifican los beneficios que espera ver en la persona (progenitor o el cuidador) después de brindar cuidados enfermeros.

1.-Los objetivos a corto plazo describen los beneficios tempranos que se esperan de las intervenciones enfermeras (minutos, horas, día, entre otros).

a) Los objetivos a largo plazo describen las ventajas que se esperan ver en cierto momento después de haber puesto en marcha el plan (semanas, meses, entre otros).

b) El sujeto del objetivo es la persona o una parte de ella misma.

2.-Los objetivos se diseñan a partir de los problemas identificados.

3.-El registro de los objetivos se anota usando términos mensurables (son verbos que describen exactamente lo que se espera ver u oír cuando haya alcanzado el objetivo),

identificar, describir, hacer, relatar, explicar, hacer un listado, comentar, argumentar, demostrar, compartir, expresar, perder, aumentar, mostrar, ejercitar, comunicar, toser, andar, estar de pie, estar sentado, debatir.

4.-Los verbos que se deben evitar por ser no mensurables son: saber, comprender, apreciar, pensar, aceptar, sentir.

5.-Verificar que los objetivos y los indicadores sean medibles, considerando los siguientes componentes para formular objetivos muy específicos que puedan usarse para identificar las intervenciones, controlar los progresos, ser realistas respecto a las capacidades actuales y potenciales de la persona, y asimismo estén escritos en forma tal que especifiquen el momento en que se espera alcanzarlos y proporcionen las directrices para la continuidad de los cuidados:

Sujeto: ¿Quién es la persona que se espera logre el objetivo?

Verbo: ¿Qué acciones debe hacer la persona para demostrar que ha logrado el objetivo?

Condición: ¿Bajo qué circunstancia tiene que realizar la persona las acciones?

Criterio: ¿En qué medida tiene que realizar la persona la acción?

Momentos específicos: ¿Cuándo se espera que la persona realice la acción?

Considerar los resultados cognitivos, psicomotores y afectivos, tal como se describe en la siguiente lista:

1.-Dominio afectivo. Objetivos asociados con el cambio de actitudes, sentimientos o valores (expresar, compartir, escuchar, comunicar, relacionar).

2.-Dominio cognitivo. Objetivos relacionados con la adquisición de conocimientos o habilidades intelectuales (enseñar, exponer, identificar, describir hacer un listado, explorar).

3.-Dominio psicomotor. Objetivos que tratan del desarrollo de habilidades psicomotoras (demostrar, practicar, hacer, andar, administrar, producir)

Determinar los cuidados de enfermería: Cuidados, intervenciones, estrategias o acciones de enfermería se seleccionan después de haber establecido los objetivos y los resultados esperados. Los cuidados son las acciones pensadas para ayudar al individuo a progresar del estado presente de salud al que se describe en el objetivo y se mide en los resultados esperados. Las intervenciones las clasifican en independientes y de colaboración. Las independientes son todas aquellas acciones que son competencia exclusiva del profesional de enfermería, y es quien, con base en sus conocimientos y experiencia, toma

decisiones que contribuyan a la solución del diagnóstico de enfermería o en un momento dado replantearlo.

Las de colaboración o interdependientes son las intervenciones que la enfermera ha identificado requiere la persona de cuidado y donde a través de la toma de decisiones, la enfermera se coordina con el equipo de salud u otros profesionales para mejorar las condiciones de salud o estilos de vida saludables del individuo, familia o comunidad.

Documentar el plan de cuidados: Posterior a la identificación de las intervenciones se procede a conformar el plan de cuidados, el cual integra tanto el diagnóstico, objetivos, resultados esperados, actividades o estrategias y evaluación específica de enfermería. La documentación también es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados. Y de acuerdo a su registro los planes de cuidados pueden ser individualizados. El formato del plan de cuidados varía según los entornos: planes de cuidados institucionales o estandarizados, planes de cuidados computarizados, planes de cuidados de los estudiantes, planes de cuidados en entornos comunitarios.

De acuerdo con Potter y Perry, el plan de cuidados:

1. Al ser escrito documenta las necesidades de cuidados del individuo, comunica a las otras enfermeras y profesionales. Un plan de cuidados escrito está diseñado para disminuir el riesgo de que produzca un cuidado incompleto, incorrecto o inexacto.
2. Está organizado de manera que cualquier enfermera puede identificar rápidamente las acciones enfermeras que se deben llevar a cabo.
3. Identifica y coordina los recursos utilizados para proporcionar cuidados enfermeros.
4. Favorece la continuidad de cuidados por medio de listas de acciones necesarias para alcanzar los objetivos del cuidado.
5. Establece la intervención de la persona y la familia.
6. Proporciona criterios para la puesta en práctica del plan y un entorno de evaluación de la respuesta del individuo, familia y comunidad a las acciones enfermeras.

2.5 CUARTA ETAPA. EJECUCIÓN.

Es la cuarta etapa del proceso de enfermería, que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados “y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería

que ayudan al paciente a conseguir los objetivos deseados”. Etapa en la que se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. “Realizar las intervenciones enfermeras significa estar preparada, ejecutar las intervenciones, determinar la respuesta y hacer los cambios necesarios”. De acuerdo con Potter y Perry, la enfermera debe contar con habilidades cognitivas, afectivas y psicomotoras que la profesión demanda antes de llevar a cabo un plan de cuidados. Esta preparación asegura un cuidado enfermero seguro, eficiente y eficaz. La implementación del proceso enfermero tiene cinco pasos: reevaluación de la persona, revisión y modificación del plan de cuidados urgente, organización de los recursos y de la prestación de cuidados, anticipación y prevención de las complicaciones e implementación de las intervenciones de enfermería.

FASES

En seguida se explican las fases de la ejecución.

Preparación: Según Alfaro, prepararse para actuar implica asegurarse de que sabe qué va hacer, por qué va a hacerlo, cómo lo hará y cómo reducirá los riesgos de lesiones. Implica realizar las intervenciones enfermeras con pleno conocimiento de las razones y principios implicados, observando con cuidado las respuestas. Si no obtiene la respuesta deseada, se formularán preguntas para averiguar qué va mal antes de continuar. Cuando se sepa qué es lo que no funciona, hacer los cambios requeridos y anotarlos en el plan de cuidados según sea necesario. La revaloración consiste en analizar las acciones, características del paciente y compatibles con las intervenciones de otros profesionales, proporciona un mecanismo que permite a la enfermera determinar si la acción propuesta resulta adecuada debido a los cambios en el estado de la persona, puede necesitar una modificación del cuidado enfermero planificado. La fase de preparación requiere de: conocimientos y habilidades, tener en mente las complicaciones, reunir el material y equipo, crear un ambiente confortable y seguro para el paciente y delegar cuidados enfermeros que se apeguen a tareas correctas, persona correcta, comunicación correcta y evaluación correcta.

Intervención: Es la implementación del plan de cuidados, y también describe una categoría de conductas enfermeras en las que se ha iniciado y completado las acciones necesarias para conseguir los objetivos y los resultados esperados del cuidado enfermero. La implementación convierte el plan de cuidados en una acción.

Kozier, sugiere que el profesional de enfermería considere las siguientes estrategias durante la implementación de los cuidados de enfermería:

1. La enfermera debe estar actualizada de los fundamentos teóricos, metodológicos y técnicos de las actuaciones y de cualquier posible efecto secundario de las complicaciones de las actividades.
2. Las acciones de enfermería están adaptadas al individuo, es fundamental considerar las creencias de la persona, sus valores, edad, estado de salud y entorno, factores que pueden afectar a la acción de enfermería.
3. Las acciones de enfermería deben ser siempre seguras. Las enfermeras y las personas necesitan tomar precauciones para prevenir la lesión.
4. Las acciones de enfermería a menudo requieren componentes de educación, apoyo y bienestar. Estas actividades de enfermería independientes a menudo pueden aumentar la eficacia de una acción de enfermería específica.
5. Las acciones de enfermería deben ser siempre holísticas.
6. Las acciones de enfermería deben respetar la dignidad del paciente y favorecer su autoestima, a través de darle intimidad y fomentar que tome sus propias decisiones.
7. La participación activa del individuo en la ejecución de las acciones de enfermería debe fomentarse según lo permita su salud. La participación activa fomenta la sensación de independencia y control de la persona.

Es importante que el profesional de enfermería tenga presente la revisión y modificación del plan de cuidados vigente durante su ejecución, porque el estado de salud de la persona cambia de forma continua.

Documentación: Es el registro que realiza la enfermera en las notas de enfermería, documento legal permanente del paciente y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud. Posterior a los cuidados enfermeros y evaluar las respuestas, en el registro se debe considerar lo siguiente: las valoraciones, intervenciones y respuestas. Alfaro hace referencia a que la documentación tiene los siguientes propósitos:

- a) Comunicar los cuidados a otros profesionales de la salud que tienen necesidad de saber qué es lo que ha hecho y cómo está evolucionado el usuario.
- b) Ayudar a identificar patrones de respuesta y cambios en la situación.

- c) Proporcionar una base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados.
- d) Crear un documento legal que más tarde pueda usarse en los tribunales para evaluar el tipo de cuidados brindados. Sus registros pueden ser su mejor aliado o su peor enemigo. La mejor defensa de que realmente se observó o hizo algo es el hecho de tomar nota de ello.
- e) Proporciona validación para el pago de los servicios.
- f) El registro debe especificar: fecha y hora, datos de valoración, intervenciones de enfermería, resultados y nombre/firma del profesional de enfermería responsable directo del cuidado de la persona, familia o comunidad.

2.6 QUINTA ETAPA. EVALUACIÓN.

Se considera una etapa que con fines didácticos se revisa como la quinta, pretende determinar el logro de los objetivos, las interferencias y obstáculos para la realización del plan de cuidados que evitaron el logro de los propósitos. La evaluación es compleja, se inicia en el momento que el profesional de enfermería interacciona con la persona, la familia o la comunidad. La evaluación mide la respuesta de la persona a las acciones enfermeras con los resultados esperados establecidos durante la planificación.

La evaluación crítica (evaluación cuidadosa, deliberada y detallada de diversos aspectos de los cuidados de la persona) es la clave para la excelencia en la provisión de los cuidados. Puede marcar la diferencia entre las prácticas de cuidados predestinadas a repetir los errores y prácticas de cuidados seguras, eficientes y en constante mejora. También la evaluación proporciona retroalimentación necesaria para valorar la satisfacción del individuo y maximizar el valor de la provisión de cuidados.

FASES

La etapa de evaluación se compone de tres fases

Establecimiento de criterios de resultados: Se expresan en términos de conducta para describir los efectos deseados de las acciones de enfermería. Los resultados esperados

son afirmaciones de las respuestas graduales y progresivas o de la conducta de una persona que necesita seguir y conseguir. Cuando se consigue el objetivo (resultados esperados), los factores relacionados de un diagnóstico de enfermería han dejado de existir. Se deben conseguir los resultados en un espacio corto de tiempo (en función del entorno en que se preste la atención).

Una vez concluido el intervalo especificado de la implementación de las intervenciones o completadas todas las intervenciones en el plan de cuidados, la enfermera evalúa la capacidad de la persona para demostrar su conducta o respuesta establecida en los resultados. Si la persona consigue los resultados esperados, la enfermera puede o bien continuar con el plan de cuidados o finalizar sus intervenciones porque el objetivo del cuidado ya se ha cumplido, en caso contrario los resultados hayan sido parciales o no cumplidos, la enfermera tendrá que revalorar y revisar el plan de cuidados.

Evaluación del logro de objetivos: El objetivo especifica la conducta o la respuesta esperada que indica la resolución de un diagnóstico de enfermería o el mantenimiento del estado de salud. La enfermera evalúa los objetivos tras comparar los datos de la evaluación con los resultados esperados. Cuando un objetivo se ha cumplido, la enfermera sabe que las intervenciones han tenido éxito en cuanto a la mejora del bienestar del individuo, familia o comunidad. Los datos nuevos o las respuestas de la persona se comparan con los criterios de resultados para determinar si se han producido los cambios previstos.

Para evaluar de forma objetiva el grado de éxito en la consecución de un objetivo, la enfermera debe seguir los siguientes pasos, que sugiere Alfaro

¿Los objetivos e intervenciones eran realistas y apropiados para este individuo?

¿Las intervenciones se llevaron a cabo tal como estaban prescritas?

¿Los nuevos problemas o las reacciones adversas se detectaron tempranamente y se hicieron los cambios apropiados?

¿Cuál es la opinión de la persona respecto al logro de los objetivos y el plan de cuidados?

¿Qué factores impidieron el progreso?

¿Qué factores potenciaron el progreso?

Medidas y fuentes de evaluación: Son las habilidades de valoración y las técnicas empleadas para recoger los datos de la evaluación. Mientras el propósito de la valoración es identificar si existe algún problema, la intención de la evaluación trata de determinar si los problemas conocidos han mejorado, empeorado o experimentado algún tipo de cambio. La valoración consiste en la recolección de datos.

La evaluación se produce cuando compara los datos con los objetivos y realiza un juicio sobre el progreso de la persona. Los objetivos de este juicio, el cual se basa en la capacidad de analizar de forma crítica la información presentada, pueden llevar a la revisión del plan de cuidados. Es decir, cuando se ordenan los datos y se determina qué otros hechos se necesitan para evaluar el progreso de la persona, se utiliza el razonamiento crítico y la habilidad analítica: identificación de las variables que afectan el logro de los objetivos y modificación/finalización del plan de cuidados. Por último, si el paciente ha logrado todos los objetivos establecidos y no se han identificado nuevos problemas, es que se ha logrado el propósito de los cuidados de enfermería.



2.7 ENTREVISTA CLÍNICA.

La entrevista es una conversación dirigida entre dos personas con dos finalidades: dar y obtener información a través de:

- Recoger información para identificar problemas.
- Iniciar la relación enfermera-persona, creando un clima de confianza y respeto.
- Disminuir la ansiedad del paciente proporcionando la información necesaria.

- Motivar al paciente a participar de manera activa en todo el proceso de cuidado.

La entrevista clínica es una técnica de recogida de información que utilizamos constantemente en nuestra profesión. Se podría decir para valorar necesidades y cuidar a las personas a las que atendemos. Para llevarla a cabo no sólo se precisan conocimientos teóricos y técnicos sobre el proceso de entrevista, sino también habilidades y destrezas sociales y comunicativas para abordar la faceta interpersonal. Estas estrategias y habilidades se adquieren con conocimientos específicos, esfuerzo diario y uso por parte de los profesionales que la utilizan, destrezas que se empiezan a adquirir en la formación básica. Sin embargo, en ocasiones se recurre a la intuición a la hora de entrevistar a nuestros pacientes/clientes, con los errores que ello comporta, en otras se rechaza o evita alegando "falta de tiempo para entrevistar y comunicarnos".

La finalidad de la entrevista dependerá de los objetivos planteados por el/la entrevistador/a y del enfoque, así vemos que esta técnica no es exclusiva de ningún profesional, ya que la emplean todos aquellos profesionales de la salud que atienden a personas en problemas diversos. La finalidad de la entrevista clínica desde la perspectiva de la enfermera es:

- ✓ Adquirir información específica y necesaria, tanto a nivel verbal como no verbal, para identificar los problemas de salud. Se realiza durante todo el proceso de cuidados, pero sobre todo al inicio de la relación interpersonal (fase de orientación de la relación de ayuda), permitiendo conocer al paciente/cliente y familia con la que vamos a interactuar.
- ✓ Facilitar la administración de cuidados de calidad, ya que el profesional de enfermería y el alumno/a tras recoger los datos y convertirlos en información, puede formular diagnósticos enfermeros y planificar las actividades en base a ellos,
- ✓ Garantizar con la recogida de información continua la valoración de los cuidados individuales y su documentación.

ETAPAS DE LA ENTREVISTA CLÍNICA

El proceso de entrevista clínica se puede dividir en diferentes etapas: la preparación del proceso, la fase inicial, el cuerpo o fase intermedia, cierre, posdata y análisis de la información recogida.

Consideraciones a la hora de formular la guía de preguntas:

- Evitar frases u oraciones muy largas, se debe conseguir que sean claras y precisas.
- Evitar preguntas con doble intención, que contengan dos ideas o conceptos distintos, puede causar conflicto de opinión en la persona, ya que puede ser que sólo esté de acuerdo con una parte.
- Adaptar las preguntas a las capacidades del entrevistado/a.
- Evitar términos técnicos si hay palabras sencillas y habituales adecuadas. En el caso de que se utilicen, siempre se debe explicar su significado concreto.
- Formular preguntas de forma afirmativa y no negativa.
- Respecto a preguntas en relación a actitudes o comportamientos inaceptables socialmente (Ej.: hábito de beber en exceso, consumo de drogas, promiscuidad sexual, etc.) el profesional de enfermería que realiza la entrevista obtendrá respuestas más francas y sinceras si la atmósfera es permisiva y no se emiten juicios de valor. Conviene emplear preguntas cerradas con diversas alternativas de respuesta, porque es más fácil colocar una cruz en una de las respuestas alternativas, que expresarlo verbalmente respondiendo a una pregunta abierta.
- Se aconseja el uso de preguntas de forma impersonal para tratar temas íntimos o delicados. Así se reduce al mínimo la incomodidad y las respuestas que se dan son más sinceras.

FASE INICIAL La fase inicial de la entrevista clínica es aquella que se produce cuando el entrevistador/a interacciona "cara a cara" con el/la entrevistado/a, con el objetivo de recoger información sobre el estado y problema/s del paciente/cliente. Las actividades a realizar durante esta etapa son las siguientes:

- Presentación del profesional y/o alumno/a que va a realizar la entrevista clínica.
- Confirmar la identidad del entrevistado/a.
- Preguntarle por sus preocupaciones en este momento.

- Informarle sobre la duración de la entrevista.
- Remarcar la confidencialidad de la información revelada.
- Aclarar la finalidad de la entrevista (encuadre).
- Interpretación de las señales verbales del paciente/cliente.

Para ello nos debemos centrar en el contenido cognitivo del mensaje verbal del paciente/cliente. El cual hace referencia a las circunstancias, hechos, acontecimientos y situaciones referidas al problema actual. El contenido afectivo y emocional del mensaje verbal hace referencia a la expresión de pensamientos, deseos, preocupaciones, temores, sentimientos, etc...Que nos comunica el paciente/cliente. - Interpretación de las señales no verbales. Las emociones se transmiten por la postura, gestos, expresión facial, contacto ocular y tono de voz.

FASE INTERMEDIA: Se entiende por Cuerpo o fase Intermedia la realización de la entrevista propiamente dicha, donde se abordan las diferentes áreas temáticas a las cuales nos queremos dirigir. Hay una serie de consideraciones a tener en cuenta:

- Recoger primero la información de lo general a lo específico.
- Anotar los datos recogidos brevemente y de forma inteligible. Apuntando cifras, fechas, algunos datos de interés, pero sin pretender transcribir toda la información verbal revelada por el paciente/cliente en este momento.
- Atender a las reglas básicas de las habilidades de comunicación efectiva, tanto a nivel verbal como no verbal.
- Ser flexible en cuanto al orden en la presentación de las preguntas.

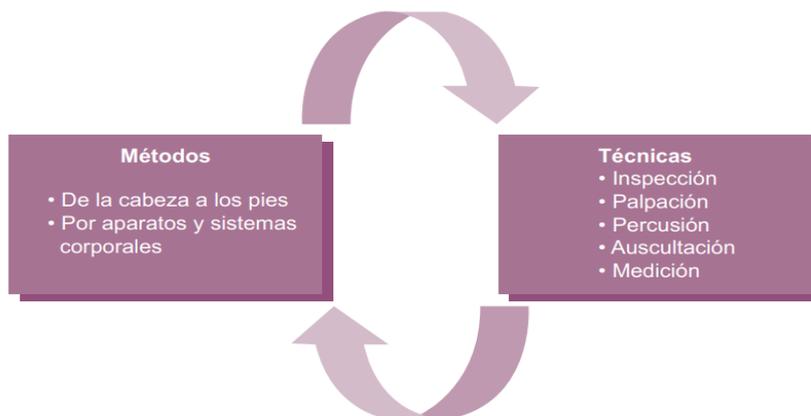
FASE FINAL: Se denomina Cierre a la fase final de la entrevista. Las actividades que comprende son:

- Comunicar la finalización próxima de la misma.
- Agradecer la colaboración y atención prestada.
- Preguntar si desea comunicar algo más.
- Presentar un resumen de los contenidos tratados.
- Aportar prescripciones, es decir, tareas a realizar por parte del paciente/cliente en casa o bien hasta el próximo encuentro (durante la hospitalización). Serían por ejemplo, una serie de cuidados o recomendaciones a seguir.

- Despedirse, atendiendo a los rituales sociales habituales de cualquier despedida. Es aconsejable que se desarrolle de forma breve, respetuosa y cálida, de manera que haya lugar para el reconocimiento del esfuerzo realizado y manifestación de gratitud y afecto.

2.8 EXPLORACIÓN FÍSICA.

La exploración física es el estudio sistemático del paciente para encontrar evidencias físicas de capacidad o incapacidad funcional. Antes de iniciar la valoración, es importante preparar el entorno en cuanto a iluminación, temperatura, limpieza, así como contar con el material y equipo necesario para su realización. Además es indispensable crear una atmósfera de confianza y cordialidad para que comunique sus temores ante el procedimiento. Se le proporciona una bata y se le indica que vacíe la vejiga para sentirse más relajado. Sus objetivos son: confirmar los datos obtenidos a través del interrogatorio y detectar nuevos signos y determinar el estado de un problema real o potencial. La exploración física para que se proporcione de manera sistemática y concreta debe seguir métodos y técnicas específicas como a continuación se especifican.



Objetivos:

- Detectar características físicas y datos anormales en relación con el crecimiento y desarrollo normales.
- Descartar o confirmar datos obtenidos en la historia de enfermería.
- Obtener datos que ayuden a establecer diagnósticos de enfermería y un plan de cuidados.
- Identificar áreas para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Equipo, material y mobiliario. El mobiliario y equipo en un consultorio varía de acuerdo con la especialidad médica. Es fundamental contar con mesa de exploración, báscula con estadiómetro, vitrina para guardar material y equipo, escritorio, lámpara de pie, sillas, mesa de Pasteur, lavabo y cesto para basura. Así como equipo de diagnóstico (otoscopio, oftalmoscopio, rinoscopio, laringoscopio, entre otros), equipo para toma de signos vitales (termometría, presión arterial), equipo de exploración (vaginal, proctológica, urológica, entre otros.) y curaciones. Además, debe existir material de curación, batas, sábanas, soluciones antisépticas, recipientes para muestras de laboratorio y papelería relacionada con el expediente clínico.

Las técnicas son esenciales para examinar de forma exhaustiva a la persona. Cada técnica requiere que se sigan ciertos principios para asegurar la recopilación de la información.

La inspección

Método de exploración física que se efectúa por medio de la vista, para realizarla de manera directa la enfermera hace uso de los sentidos, en específico la vista y de manera indirecta utiliza instrumentos como otoscopio, rinoscopio, entre otros, para la exploración visual de la persona y a través de ella se obtienen datos como el tamaño, forma, posición, localización anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría.

Con fines didácticos, la inspección se divide de acuerdo a los siguientes criterios:

Según la región a explorar:

- Local: inspección por segmentos.
- General: registro de conformación, actitud, movimientos, marcha, entre otros.

Según la forma en que se realiza:

- Directa: simple e inmediata. Se efectúa mediante la vista (observación).
- Indirecta: instrumental, armada o indirecta.

Por el estado de reposo o movimiento:

- Estática: o de reposo de un órgano o cuerpo.
- Dinámica: mediante movimientos voluntarios e involuntarios.

La palpación

Es el proceso de examinar el cuerpo, se utiliza el sentido del tacto, sus objetivos son: Detectar la presencia o ausencia de masas, dolor, temperatura, tono muscular y movimiento. Corroborar los datos obtenidos durante el interrogatorio e inspección.

Igual que en el método anterior, la palpación se divide en:

Según la forma en que se realiza:

- Directa o inmediata: por medio del tacto y la presión.
- Indirecta: armada o instrumental, mediante instrumentos que permiten explorar conductos o cavidades naturales o accidentales (sondas acanaladas, catéteres, estiletes, entre otros).

Según el grado de presión:

- Superficial: con presión suave para obtener discriminaciones táctiles finas (textura de piel, tamaño de ganglios linfáticos, entre otros).
- Profunda: con presión interna para producir depresión y así percibir órganos profundos.
- Unidigital o bidigital: para investigar puntos dolorosos, medir panículo adiposo, estudiar movilidad de piel y otros.

Según el tipo de exploración:

- Tacto: mediante uno o dos dedos. Se utiliza para exploración de cavidades rectal y vaginal.
- Manual: sencilla o bimanual; en esta última se emplean ambas manos, una para sentir (se coloca contra el abdomen) y la otra como mano activa aplicando presión mediante las protuberancias blandas de la palma de mano pasiva

La percusión

Es el método de exploración física que consiste en golpear con suavidad la mano o instrumentos cualquier segmento del cuerpo. Consiste en golpear la superficie del cuerpo con el dedo o los dedos para provocar sonidos. A través de esta técnica se tienen el tamaño, densidad, límites de un órgano y localización. Los sonidos producidos por la percusión se pueden describir como mates, sordos, resonantes o timpánicos.

Sus objetivos: Producir movimientos, dolor y obtener sonidos para determinar la posición, tamaño y densidad de una estructura subyacente. Determinar la cantidad de aire o material sólidos de un órgano.

La percusión se divide en:

- Directa o inmediata: se golpea de forma directa la superficie del cuerpo con los dedos de manera suave, breve y poco intensa.

- **Digitodigital:** se realiza percutiendo con un dedo de la mano derecha sobre otro dedo de la mano izquierda, sobre la región a explorar.
- **Indirecta:** armada o instrumental, mediante golpes sobre cualquier superficie osteomusculoarticular.

La percusión debe ser suave, superficial y de igual intensidad.

La auscultación

Es el método de exploración física que se efectúa por medio del oído, consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se puede realizar de manera directa utilizando el sentido del oído, y para realizar la técnica indirecta se utilizan instrumentos como el estetoscopio. Con la técnica se recolecta información como las características de los ruidos pulmonares, cardíacos e intestinales. Le permitirá identificar frecuencia, intensidad, calidad y duración de los sonidos auscultados.

Sus Objetivos: Valorar ruidos o sonidos producidos en los órganos (contracción cardíaca, soplos cardíacos, peristaltismo intestinal, sonidos pulmonares, entre otros). Detectar anomalías en los ruidos o sonidos fisiológicos mencionados.



2.9 SIGNOS VITALES.

Los signos vitales son los fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo en una forma constante, como la temperatura, respiración, pulso y presión arterial o presión sanguínea. Recién se ha añadido al dolor como el quinto signo vital, que debe evaluarse al mismo tiempo que los cuatro cardinales.

En personas sanas los signos vitales no varían, pero en deportistas de alto rendimiento o enfermos, pueden variar en forma considerable. Estas variaciones se consideran como factores importantes para formular un diagnóstico, conocer la evolución del padecimiento y la eficacia del tratamiento que se está utilizando. El conocimiento de los signos vitales en un individuo permite valorar el estado de salud o enfermedad y ayudar a establecer un diagnóstico. Deben tomarse en conjunto sin importar el orden en que se realice. Pero se recomienda que durante el tiempo asignado a la toma de temperatura, se realice de forma simultánea la valoración del pulso y la respiración, debido a que el paciente puede alterar ésta última si se toma en otro momento.

Valoración de la temperatura corporal

La temperatura en los organismos vivos varía según las especies. En el hombre se mantiene constante por la capacidad que tiene para regular, con independencia de las variaciones climatológicas o estacionales. Su centro termorregulador se encuentra en el hipotálamo. La temperatura corporal en estado normal permanece constante por acción del equilibrio entre el calor producido o termogénesis y el calor perdido o termólisis. Lo anterior permite conceptualizar a la temperatura como el grado de calor mantenido en el cuerpo por equilibrio entre termogénesis y termólisis.

Concepto. La valoración de la temperatura corporal es el procedimiento que se realiza para medir el grado de calor del organismo humano en las cavidades oral o rectal, en región axilar o inguinal y membrana del tímpano.

En la actualidad la temperatura se puede medir con termómetro digital, electrónico, timpánico (infrarrojo) y químico. Existen algunos termómetros electrónicos que pueden ser utilizados para tomar la temperatura oral o axilar, pero no son más exactos que los termómetros de cristal. La ventaja de éstos es que las lecturas se realizan en segundos. La temperatura corporal en estado normal permanece constante por el equilibrio entre la termogénesis y la termólisis, pero el desequilibrio de estos factores ocasionan estados febriles o fiebre (pirexia). La representación gráfica de la temperatura indica su evolución, y es útil para establecer un diagnóstico al observarla. Dichas representación comprende tres etapas:

- Comienzo o invasión: suele caracterizarse por una sensación de escalofríos y malestar general. El inicio suele ser gradual o brusco, dependiendo del padecimiento o trastorno que la cause.
- Acmé o estadio: tiempo en el que la temperatura alcanza su máximo valor. Permanece más o menos constante durante horas o días.
- Defervescencia o declinación: tiempo en que la temperatura regresa a la normalidad, ya sea de forma brusca o por crisis, o bien, en forma gradual o por lisis.

Conforme las variaciones sufridas en el periodo de estadio, la fiebre puede ser constante o continua (con variaciones menores de 1 °C en 24 h o días), remitente (con variaciones de 1. 5 °C durante el día pero sin llegar al valor normal) e intermitente (con elevación o declinación súbita al valor normal en 24 h.

Por último, las recomendaciones generales que se deben considerar para la realización de este procedimiento son las siguientes:

- ✓ Utilizar termómetro individual si se trata de un paciente con un padecimiento transmisible.
- ✓ Está contraindicado tomar la temperatura oral a niños, pacientes inconscientes, con problemas mentales o que padecen alguna infección bucal.
- ✓ En pacientes que han ingerido alimentos calientes o fríos, dejar que pasen por lo menos 15 min antes de realizar la medición.
- ✓ No tomar temperatura rectal en aquellos con diarrea, infecciones rectales, tumoraciones, estenosis u otros padecimientos.
- ✓ Evitar tomar la temperatura axilar en individuos muy delgados, desnutridos o durante el puerperio al iniciarse la lactancia.

Valoración del pulso

El pulso es una onda sanguínea generada por la contracción del ventrículo izquierdo del corazón. Esta onda pulsátil corresponde a la expulsión del volumen de eyección y a la cantidad de sangre que pasa a las arterias en cada contracción ventricular. Con cada contracción ventricular, entran en la aorta en promedio 60 a 70 mL de sangre (volumen

sistólico). Con cada eyección de volumen sistólico, las paredes de la aorta se distienden, creando una onda del pulso que se desplaza con rapidez hacia el extremo distal de las arterias. Cuando esa onda alcanza una arteria periférica puede notarse palpando de forma ligera la arteria contra el hueso o el músculo que hay debajo de ella a través de un “salto”.

Cuando en algunos pacientes no es posible valorar el pulso en arterias distales, éste se toma en la zona apical, localizado entre el IV y V espacio intercostal, justo en el centro de la línea medio clavicular izquierda en los adultos. En los niños se toma como referencia el III y IV espacio intercostal hasta la edad de siete años.



Valoración de la respiración

Cada célula del organismo necesita oxígeno y nutrientes para mantener la vida y su función normal. Los fenómenos químicos del metabolismo se efectúan dentro de las células, por tanto tienen un aporte de oxígeno y alimentos suficiente; es por esto que se dice que la respiración es una función metabólica de los organismos en condiciones de aerobiosis.

Ningún ser viviente puede vivir más allá de unos minutos si no respira. La supervivencia humana depende de la capacidad del oxígeno (O₂) para alcanzar las células del organismo y eliminar el bióxido de carbono (CO₂) de las células.

Es entonces que la respiración implica tres procesos; ventilación, difusión y perfusión. De acuerdo con lo anterior, se puede conceptualizar la respiración como un proceso mediante

el que se inspira y expira aire de los pulmones para introducir oxígeno y eliminar bióxido de carbono, agua y otros productos de oxidación, a través de los mismos.

Valoración de la presión arterial o presión sanguínea

La presión arterial depende de la fuerza de la actividad cardíaca, elasticidad de las paredes arteriales, resistencia capilar, tensión venosa de retorno y del volumen y viscosidad sanguínea. Por tal razón, es necesario considerar este signo vital tanto en el estado de salud como de enfermedad. Para su medición se requiere un esfigmomanómetro (baumanómetro) y un estetoscopio; el primero puede ser de mercurio o aneroide y el segundo tiene un sistema de amplificación y control de tono. El esfigmomanómetro consta de un manómetro de presión, un brazalete de compresión consistente en una bolsa de caucho insuflable protegida con cubierta no elástica, una perilla de presión fabricada de goma o caucho y con una válvula de tornillo para controlar la presión del aire insuflado. Para medir la presión arterial se puede recurrir a los métodos palpatorio, auscultatorio u oscilométrico. Por el método palpatorio se obtiene sólo la medición de la presión sistólica; por el auscultatorio o mediato, las presiones sistólicas o diastólicas debido a la interposición de un estetoscopio; y por el método oscilométrico se mide la presión arterial con un manómetro aneroide y las oscilaciones de la pared arterial originadas por diferentes presiones, de esta manera se transmiten en los tejidos subyacentes del punto donde se realiza la compresión.



RUIDOS DE KOROTKOFF

Fase 1 Al desinflar el manguito aparece un ruido sordo que nos indica la presión arterial sistólica

PAS

Fase 2 El ruido pierde intensidad y se escucha como un soplo
Ruido sin importancia clínica

Fase 3 Se escucha un ruido sordo más suave
Ruido sin importancia clínica

Fase 4 El ruido se va apagando
En algunas situaciones como fiebre, anemia, hipertiroidismo, embarazadas, niños, insuficiencia valvular aórtica y hipertensos tratados con vasodilatadores la 5 está a menudo ausente. En este caso la fase 4 nos indicara el valor PAD.

Fase 5 Desaparece el ruido. Indica la presión arterial diastólica

PAD



ft. osiris

Cuadro 9-8

Valores normales de signos vitales

Edad	Temperatura	Respiración	Pulso	Presión arterial
	Grado de calor mantenido en el cuerpo por equilibrio entre termogénesis y termólisis	Proceso donde se capta O ₂ y se elimina CO ₂ en el ambiente que rodea a la célula viva	Expansión rítmica de una arteria producida por el aumento de sangre impulsada en cada contracción del ventrículo izquierdo	Fuerza que ejerce la sangre contra las paredes arteriales, a medida que pasa por ellas
Antes de nacer	Similar a la materna	Irregular	140 a 160/min (frecuencia fetal)	40 a 60 mm Hg en los espacios intervellosos centrales
Recién nacido	37.6 a 37.8 °C	30 a 60/min	130 a 140/min	(3 000 g [6.6 lb]) 40 media

Valores normales de signos vitales (Continuación)

Edad	Temperatura	Respiración	Pulso	Presión arterial
Primer año	37.0 a 37.5 °C	30 a 40/min	120 a 130/min	95/65 mm Hg
Segundo año	36.8 a 37.2 °C	25 a 32/min	100 a 120/min	De 2 a 10 años Sistólica: número de años x 2 + 80 Diastólica: mitad de lo calculado en la sistólica + 10
Tercer año	36.8 a 37.2 °C	25/min	90 a 100/min	
4 a 8 años	36.5 a 37 °C	20 a 25/min	86 a 90/min	
8 a 15 años	36.5 a 37 °C	18 a 20/min	80 a 86/min	De 10 a 14 años Sistólica: número de años + 100 Diastólica: mitad de lo calculado en la sistólica + 10
Edad adulta	36.5 °C	16 a 20/min	72 a 80/min	150/80 mm Hg 120/80 mm Hg
Vejez	36 °C	14 a 16/min	60 a 70/min	140/90 mm Hg

Inmunología	Detección cuantitativa de anticuerpos y antígenos Pruebas serológicas de enfermedades bacterianas, virales, micóticas y parasitarias Pruebas inmunológicas: inmunoelectroforesis, inmunohemoglobinas, anticuerpos Inmunohematología: prueba de hipersensibilidad e histocompatibilidad, y pruebas cruzadas Marcadores tumorales
Estudios especiales	Monitoreo de fármacos (antimicóticos, quimioterapéuticos, glucósidos cardiacos, antiarrítmicos, antiepilépticos, xantinas, entre otros.) Pruebas de funcionamiento hepático Pruebas de funcionamiento renal Valores hormonales Pruebas serológicas Pruebas citoquímicas Estudios genéticos

2.10 RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS.

Existen técnicas para la obtención de muestras de los productos orgánicos, que el personal de enfermería debe conocer para tener una correcta participación con el laboratorio clínico a fin de complementar el diagnóstico de la persona o paciente. Se denomina producto, muestra o espécimen de laboratorio, a todo líquido vital, secreción o sección de un tejido orgánico que se toma con el propósito de analizarlo.

Tipo de estudios en laboratorio clínico	
Servicio	Estudios
Hematología	Cuantificación de elementos celulares Medidas de coagulación, sangrado y protrombina Prueba pretransfusionales Factores plasmáticos Tipificación Rh y grupos sanguíneos
Química clínica	Análisis de elementos químicos y compuestos resultantes de su combinación Concentración de iones y electrólitos Glucosa Lípidos Proteínas Enzimas Productos terminales del metabolismo Pigmentos Gasometría arterial y venosa Ácidos orgánicos e inorgánicos
Microbiología	Estudios de microorganismos y sus interacciones con otros organismos y con el ambiente Bacterioscopia Cultivos de secreciones, líquidos, jugos y exudados Búsqueda de bacterias, microbacterias, rickettsias, parasitosis, micosis, espiroquetas, virus Estudio micrográfico Caracterización bioquímica Pruebas febriles Resistencia y susceptibilidad de bacterias aisladas a antimicrobianos

Obtención de sangre

Concepto. Serie de maniobras para obtener sangre a través de una venopunción.

Objetivos:

- Valorar las características físicas y los componentes sanguíneos.
- Detectar elementos anormales en la sangre.

Obtención de orina

Concepto. Serie de maniobras para obtener una muestra de orina para analizar sus características y realizar pruebas químicas.

Objetivos:

- Valorar el funcionamiento renal.
- Investigar la alteración y presencia de componentes normales en la orina.

Obtención de materia fecal

Concepto. Maniobras para obtener una muestra de materia fecal.

Objetivos:

- Valorar características físicas de las heces.
- Detectar elementos anormales o parásitos en ellas.

Obtención de exudado faríngeo

Concepto. Es la obtención de una muestra de exudado faríngeo para realizar el cultivo.

Objetivo: Identificar microorganismos patógenos que produzcan un proceso infeccioso en las vías respiratorias altas.

Obtención de esputo

Concepto: es el procedimiento que se realiza para la obtención de esputo.

Objetivo: Valorar caracteres físicos y el tipo de proceso anormal broncopulmonar.

Obtención de exudado vaginal

Concepto. Procedimiento que se efectúa para obtener exudado vaginal (cuadro 9-25).

Objetivo: Investigar la presencia de microorganismos y células neoplásicas.

UNIDAD III BASES FISIOLÓGICAS DE LA PRACTICA DE ENFERMERIA

3.1 ACTIVIDAD Y EJERCICIO.

Ejercicio y actividad. El ejercicio es una actividad física destinada a condicionar el cuerpo, mejorar la salud y mantener la forma física. A veces, se puede usar como una medida terapéutica. El programa individualizado de ejercicio para un paciente depende en gran medida de la tolerancia a la actividad del paciente, o la clase y cantidad de ejercicio o actividad que la persona es capaz de realizar. El grado de tolerancia a la actividad del paciente está influido por factores fisiológicos, emocionales y del desarrollo. Un estilo de vida activo es importante para mantener y promover la salud; también es esencial para el tratamiento de enfermedades crónicas. Un plan de actividad física y ejercicio regular favorece el funcionamiento de todos los sistemas corporales, incluyendo la función cardiopulmonar (resistencia), la forma musculoesquelética (flexibilidad e integridad ósea), el control del peso y mantenimiento (imagen corporal) y el bienestar psicológico.

La aplicación del conocimiento de enfermería permite a la enfermera pensar de forma crítica sobre las necesidades holísticas de los pacientes. El conocimiento de enfermería que tiene que ver con la actividad y el ejercicio ayuda a la enfermera a analizar, identificar e intervenir cuando el paciente tiene una tolerancia disminuida al ejercicio o limitaciones físicas que afectan a su capacidad de hacer ejercicio.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACTIVIDAD Y EL EJERCICIO

Los factores que influyen en la actividad y el ejercicio incluyen cambios del desarrollo, aspectos conductuales, apoyo social y de la familia, origen cultural y étnico, y problemas del entorno. La enfermera debe tener en cuenta estas áreas de conocimiento e incorporarlas en el plan de cuidados tanto si el paciente está buscando promover su salud, como si recibe cuidados agudos o cuidados de rehabilitación y continuados.

Cambios del desarrollo. A lo largo de la vida el aspecto y el funcionamiento del organismo se ven sometidos a cambios. El mayor cambio e impacto sobre el proceso de maduración se observa en la niñez y en la vejez.

Niños desde la lactancia hasta la edad escolar. La columna vertebral del recién nacido está flexionada y carece de las curvaturas anteroposteriores propias del adulto. La primera curvatura espinal aparece cuando el niño extiende el cuello desde la posición decúbito prono. A medida que aumenta el crecimiento y la estabilidad, la columna dorsal se endereza y aparece la curva lumbar que permite la sedestación y la bipedestación. La postura del niño que empieza a caminar es torpe debido a que está ligeramente inclinado hacia atrás y tiene un abdomen protuberante. Cuando el niño camina, las piernas y los pies suelen estar muy separados y los pies ligeramente evertidos (girados hacia fuera). Hacia el final de este período, la postura parece menos torpe, las curvas de las vértebras cervicales y lumbares se acentúan y desaparece la eversión del pie. Hacia el tercer año, el cuerpo es más delgado, más alto y está mejor equilibrado. Desde el tercer año hasta el comienzo de la adolescencia, el sistema musculoesquelético continúa creciendo y desarrollándose.

Adolescencia. El período de la adolescencia suele iniciarse con un tremendo esfuerzo de crecimiento. El crecimiento suele ser desigual. Como resultado, el adolescente parece torpe y poco coordinado. Las chicas adolescentes crecen y se desarrollan más temprano que los chicos. Se ensanchan las caderas y la grasa se deposita en la parte superior de los brazos, en los muslos y en las nalgas. Los cambios del muchacho adolescente en cuanto a forma suelen ser consecuencia del crecimiento de los huesos largos y el incremento de la masa muscular.

Adultos jóvenes hasta la edad media. Un adulto que tenga una postura y una alineación corporal correctas se siente bien, tiene buen aspecto y, en general, parece tener autoconfianza. Los cambios normales en cuanto a la postura y la alineación corporal en la edad adulta tienen lugar principalmente en la mujer embarazada. Estos cambios son consecuencia de la respuesta adaptativa del cuerpo al aumento de peso y al desarrollo del feto. La mujer embarazada se inclina hacia atrás y se balancea ligeramente al caminar; como consecuencia, suele quejarse de dolor de espalda.

Ancianos. En el anciano se produce una pérdida progresiva de masa ósea total. Algunas de las causas de esta pérdida incluyen la inactividad física, los cambios hormonales y el aumento de la actividad osteoclástica. El efecto de la pérdida de hueso es el debilitamiento óseo que provoca que las vértebras sean más blandas y los huesos largos menos resistentes al doblarse. Además, los ancianos pueden caminar más lentamente y parecer menos

coordinados. De este modo, el equilibrio corporal es inestable y corren un riesgo mayor de sufrir caídas y lesiones.

Aspectos conductuales. Los pacientes son más proclives a incorporar un plan de ejercicio en su vida cotidiana si para ello cuentan con el apoyo de sus familias, amigos, enfermeras, proveedores de atención sanitaria y otros miembros del equipo de salud. La enfermera debe tener en consideración el conocimiento que tiene el paciente del ejercicio y la actividad, y las barreras impuestas a dicho plan de ejercicio y actividad física y los hábitos de actividad que tiene. Los pacientes están más abiertos a desarrollar un plan de ejercicio si se encuentran en el estadio de disposición para cambiar su comportamiento. La información sobre los beneficios del ejercicio regular puede ser útil para el paciente que no se encuentra en este estado de disposición para actuar. Las decisiones de los pacientes para cambiar su conducta e incluir una rutina diaria de ejercicio en sus vidas pueden ir apareciendo gradualmente a causa de información individualizada repetida que se ajuste a sus necesidades y estilo de vida.

Problemas del entorno: Lugar de trabajo. Una barrera común para muchos pacientes es la falta de tiempo necesario para poner en práctica un plan de ejercicio diario.

Escuelas. Los niños hoy en día son menos activos, lo cual resulta en un incremento de la obesidad infantil. Las escuelas pueden convertirse en excelentes facilitadoras de la forma física y el ejercicio. Las estrategias de actividad física incorporadas precozmente en la vida diaria del niño pueden proporcionar el fundamento para una dedicación de por vida al ejercicio y la forma física.

Comunidad. El apoyo que la comunidad otorga a la forma física puede ser instrumental en la promoción de la salud de sus miembros (p. ej., la adecuación de caminos y pistas para caminar en parques comunitarios y clases de gimnasia). El éxito de la implementación de planes destinados a mantener la forma física depende del esfuerzo colaborativo realizado por instituciones de salud pública, asociaciones recreativas y de mantenimiento de parques, instituciones gubernamentales locales y estatales, centros de atención sanitaria y miembros de la comunidad.

Influencias culturales y étnicas. El ejercicio y la buena forma física son beneficiosos para todo el mundo. Cuando se planifica un programa de condicionamiento físico para

poblaciones culturalmente diversas, la enfermera debe tener en cuenta qué es lo que motiva y qué es lo que resulta apropiado y agradable.

Apoyo familiar y social. El apoyo social se puede emplear como instrumento motivador para animar y favorecer la realización de ejercicio y el mantenimiento de la condición física. Esta compañía favorece la socialización e incrementa el disfrute para algunos pacientes, que a su vez pueden iniciar una dedicación al ejercicio de por vida. Los padres pueden prestar apoyo a sus hijos en la práctica de deportes y realización de actividades físicas alentándoles, alabándoles y facilitándoles el transporte. Además, los padres pueden incluir a sus hijos en las salidas familiares que incluyan actividades como el ciclismo o la práctica de baloncesto en una instalación de la vecindad.

3.2 HIGIENE.

La higiene personal es importante para la comodidad, la seguridad y el bienestar del paciente. El cuidado higiénico incluye actividades de aseo y limpieza que ayudan a mantener un aspecto acicalado y limpio del cuerpo del individuo. Las actividades de higiene personal, como darse una ducha o un baño, lavarse los dientes con cepillo o hilo dental, lavarse y asearse el pelo, así como cuidarse las uñas, promueven la comodidad y la relajación del paciente y fomentan una autoimagen positiva, ayudan a mantener la piel sana y prevenir infecciones y enfermedades. Mientras las personas sanas son capaces de satisfacer sus propias necesidades higiénicas, las personas enfermas o con impedimentos físicos o emocionales pueden requerir algún tipo de ayuda con su higiene personal. Existen varios factores personales y socioculturales que influyen en las prácticas higiénicas. Tanto en un entorno sanitario como en el domiciliario, la enfermera debe determinar la capacidad del paciente para llevar a cabo su autocuidado y proporcionarle cuidados higiénicos según sus necesidades y preferencias. Además, en el contexto domiciliario, se debe ayudar al paciente y a la familia a adaptar sus técnicas y enfoques higiénicos. Como el cuidado higiénico implica un contacto estrecho con el paciente, es necesario emplear actividades de comunicación para promover una relación terapéutica en el cuidado e intentar emplear el tiempo que se pasa con el paciente en educarle y aconsejarle.

Existen múltiples factores que influyen en las preferencias personales en lo que se refiere a la higiene y a la capacidad de llevar a cabo prácticas higiénicas con regularidad.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA HIGIENE

Prácticas sociales. Los grupos sociales influyen en las preferencias y las prácticas higiénicas, incluyendo el tipo de productos de higiene empleados y la naturaleza y frecuencia del cuidado personal. Los padres y los cuidadores llevan a cabo los cuidados higiénicos de bebés y niños. Durante la infancia, la higiene está influenciada por las costumbres familiares. Cuando los niños entran en la adolescencia, la higiene personal puede estar influida por la conducta de su grupo de compañeros y los medios de comunicación. Durante los años adultos, el contacto con grupos de amigos y de trabajo conforma las expectativas que las personas tienen de su aspecto personal. Las prácticas higiénicas de los ancianos pueden cambiar a causa de las condiciones de vida y los recursos disponibles.

Preferencias personales. Cada paciente tiene deseos y preferencias individuales sobre cuándo llevar a cabo sus cuidados higiénicos y de aseo personal. Los pacientes seleccionan diferentes productos de higiene y cuidado personal según sus preferencias individuales, por lo que conocer estas preferencias fomenta un cuidado más personalizado. El cuidado seguro y efectivo centrado en el paciente pone de relieve las preferencias individuales, permite a los pacientes tomar decisiones cuando sea posible y fomenta la implicación y la independencia del paciente.

Imagen corporal. La imagen corporal de una persona es la concepción subjetiva de su cuerpo, lo que incluye su aspecto físico, estructura o función. La imagen corporal afecta al modo en que se mantiene la higiene. Si un paciente está perfectamente limpio y arreglado, se deben considerar los detalles cuando se prestan cuidados, además de consultar con el paciente antes de tomar decisiones sobre el modo en que se deben llevar a cabo los cuidados higiénicos. Los pacientes con aspecto desaliñado o no interesados en la higiene pueden requerir educación relativa a la importancia de la higiene o una mayor valoración en lo que concierne a su capacidad para participar en la higiene diaria.

Estado socioeconómico. Los recursos económicos de una persona influyen en el tipo y el grado de prácticas higiénicas empleadas. Así, se debe determinar si el estado económico del paciente influye en su capacidad para mantener una higiene regular.

Creencias y motivación de salud. El conocimiento de la importancia de la higiene y sus implicaciones en el bienestar influyen en las prácticas higiénicas. Sin embargo, el

conocimiento por sí solo no es suficiente. El paciente también tiene que estar motivado para mantener el autocuidado. La enfermera debe aportarle información que haga hincapié en cuestiones de salud del paciente que sean relevantes para que adopte el comportamiento higiénico deseado. Las percepciones del paciente sobre los beneficios del cuidado higiénico y de la susceptibilidad a padecer un problema grave motivan al paciente a cambiar de comportamiento.

VARIABLES CULTURALES. Las creencias culturales y los valores personales de un paciente pueden influir en su cuidado higiénico. Las personas procedentes de distintos orígenes culturales siguen diferentes prácticas de autocuidado. El mantenimiento de la limpieza puede no tener tanta importancia para algunos grupos étnicos como la tiene para otros. La enfermera no debe transmitir sentimientos de desaprobación cuando está cuidando de pacientes cuyas prácticas higiénicas son distintas de las suyas y deberá evitar forzar cambios en prácticas higiénicas, a no ser que éstas afecten directamente a la salud del paciente. En estas situaciones, se debe ir con tacto, informando y permitiendo que el paciente tome sus decisiones.

FASE DEL DESARROLLO. El proceso normal de envejecimiento influye en el estado de los tejidos y las estructuras corporales y, por consiguiente, en la forma en que se llevan a cabo las medidas higiénicas y el tipo de medidas que se necesitan. Se deben aplicar los conocimientos sobre cambios del desarrollo mientras se valora al paciente y se programa, implementa y valora el cuidado higiénico. Piel, pies y uñas, boca, pelo, ojos, oído y nariz.

CONDICIÓN FÍSICA. Los pacientes con ciertos tipos de limitaciones físicas o minusvalías carecen de la energía física y la destreza necesarias para llevar a cabo sus cuidados higiénicos.

3.3 OXIGENACIÓN.

El oxígeno es necesario para el mantenimiento de la vida. La función de los sistemas cardíaco y respiratorio es satisfacer las necesidades orgánicas corporales de oxígeno. La sangre se oxigena por medio de mecanismos de ventilación, perfusión y transporte de gases respiratorios. La regulación neurológica y química controla la frecuencia y profundidad de la respiración en respuesta a los cambios en la demanda tisular de oxígeno. El sistema

cardiovascular proporciona los mecanismos de transporte para distribuir oxígeno a las células y los tejidos del cuerpo.

FACTORES QUE AFECTAN A LA OXIGENACIÓN

Además de los factores fisiológicos, también hay factores múltiples del desarrollo, del estilo de vida y del medio ambiente que afectan el estado de oxigenación del paciente. Es importante reconocer éstos como posibles riesgos o factores que influyen en los objetivos de salud.

Factores de desarrollo. El estadio de desarrollo del paciente y el proceso normal de envejecimiento pueden afectar a la oxigenación de los tejidos.

Lactantes y preescolares. Los lactantes y preescolares están expuestos a enfermedades de las vías respiratorias altas debido a la frecuente exposición a otros niños, un sistema inmune inmaduro y exposición al humo del tabaco. Además, durante el período de dentición, algunos lactantes desarrollan congestión nasal, lo que favorece el crecimiento bacteriano y aumenta la posibilidad de infección de las vías respiratorias altas.

Escolares y adolescentes. Los escolares y adolescentes están expuestos a infecciones respiratorias y factores ambientales de riesgo, como fumadores pasivos o activos. Un niño sano generalmente no tiene efectos pulmonares adversos por infecciones respiratorias. Una persona que comienza a fumar en la adolescencia y continúa hasta la edad media de la vida tiene un riesgo aumentado de enfermedad cardiopulmonar y cáncer de pulmón.

Adultos jóvenes y de mediana edad. Los adultos jóvenes y de mediana edad están expuestos a múltiples factores de riesgo cardiopulmonar: una dieta poco saludable, falta de ejercicio, estrés, medicinas sin y con receta usadas incorrectamente, drogas y tabaco. Reduciendo estos factores modificables se puede disminuir el riesgo de enfermedades cardíacas o pulmonares. También éste es el momento en que se establecen los hábitos y estilos de vida a largo plazo.

Adultos de edad avanzada. Los sistemas cardíaco y respiratorio están sometidos a cambios a lo largo del proceso de envejecimiento. Estos cambios se asocian a la calcificación de la válvulas cardíacas, el nódulo SA y los cartílagos costales. En el sistema arterial se desarrollan placas ateroscleróticas. El tamaño y la forma del tórax cambian como consecuencia de la osteoporosis. La tráquea y los grandes bronquios se ensanchan por la calcificación de las vías respiratorias y los alvéolos también se ensanchan, disminuyendo la superficie disponible

para el intercambio de gases. Además, se reduce el número de cilios funcionantes, lo que provoca una disminución de la efectividad de los mecanismos de la tos y pone al adulto de edad avanzada en una situación de mayor riesgo de infecciones respiratorias.

Factores de estilo de vida. Las modificaciones del estilo de vida son difíciles para los pacientes ya que suelen tener que cambiar hábitos que disfrutaban, como fumar tabaco o comer ciertas comidas. La modificación de factores de riesgo es importante e incluye el abandono del hábito de fumar, la reducción del peso, u n a dieta baja en colesterol y sodio, el control de la hipertensión y el ejercicio moderado.

Nutrición. La nutrición afecta la función cardiopulmonar de varias maneras. La obesidad grave disminuye la expansión pulmonar y el aumento del peso corporal aumenta las demandas de oxígeno para satisfacer las necesidades metabólicas. El paciente malnutrido puede experimentar pérdida de masa de los músculos respiratorios, lo que produce una disminución de la fuerza muscular y la excursión respiratoria. La eficiencia de la tos está reducida como consecuencia de la debilidad de los músculos respiratorios, lo que pone al paciente en situación de riesgo de retención de secreciones pulmonares. Los hábitos dietéticos también influyen en la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares. La nutrición cardioprotectora incluye dietas ricas en fibra, cereales integrales, frutas y verduras frescas, frutos secos, antioxidantes, carnes magras, pescado y pollo, y ácidos grasos omega 3.

Ejercicio. El ejercicio aumenta la actividad metabólica y la demanda de oxígeno del organismo. El ritmo y la profundidad respiratorios aumentan, permitiendo que el paciente inspire más oxígeno y espire más anhídrido carbónico. Un programa de ejercicio físico es muy beneficioso. Las personas que se ejercitan durante 30 a 60 minutos diarios tienen una disminución de la frecuencia del pulso, la tensión arterial y el valor de colesterol, y un aumento del flujo sanguíneo y de la extracción de oxígeno al ejercitar los músculos. Las personas en buena forma pueden aumentar el consumo de oxígeno del 10% al 20% debido al aumento del gasto cardíaco y de la eficiencia del músculo miocárdico.

Tabaquismo. El tabaquismo y la exposición al humo de otros fumadores van asociados a muchas enfermedades, como la enfermedad coronaria, la enfermedad pulmonar obstructiva

crónica y el cáncer de pulmón. El consumo de tabaco puede empeorar las arteriopatías periféricas y coronarias. La inspiración de nicotina causa vasoconstricción de los vasos sanguíneos periféricos y coronarios, lo que aumenta la tensión arterial y disminuye el flujo sanguíneo a los vasos periféricos.

Abuso de drogas. El abuso de alcohol y otras drogas deteriora la oxigenación tisular de dos maneras. En primer lugar, las personas que abusan crónicamente de drogas amenudo tienen una ingesta nutricional deficiente. Con la disminución resultante en ingesta de alimentos ricos en hierro, desciende la producción de hemoglobina. En segundo lugar, el abuso de alcohol y algunas otras drogas deprime el centro respiratorio, reduciendo la frecuencia y la profundidad de la respiración y la cantidad de oxígeno inspirado.

Estrés. Un estado continuo de estrés o ansiedad grave aumenta el ritmo metabólico y la demanda de oxígeno del organismo. El organismo responde a la ansiedad y al estrés con un aumento de la frecuencia y la profundidad respiratorias.

Factores ambientales. El ambiente también puede influir en la oxigenación. La incidencia de enfermedades pulmonares es mayor en las áreas urbanas con aire contaminado que en las áreas rurales. Además, el puesto de trabajo del paciente puede aumentar el riesgo de enfermedad pulmonar. Entre los contaminantes laborales, está el asbesto (amianto), el polvo de talco, el polvo y las fibras transportadas por el aire

3.4 EQUILIBRIO DE LÍQUIDOS, ELECTROLITOS Y ACIDO-BASE.

El líquido rodea todas las células en el cuerpo y está también dentro de las células. Los líquidos corporales contienen electrólitos tales como sodio y potasio, y también tienen un cierto grado de acidez. Los equilibrios de líquidos, electrólitos y ácido-base dentro del cuerpo son necesarios para mantener la salud y la función de todos los sistemas corporales. Las características de los líquidos corporales influyen en la función del sistema corporal debido a sus efectos sobre la función celular. Estas características incluyen la cantidad de líquido (volumen), su concentración (osmolalidad), composición (concentración de

electrólitos) y grado de acidez (pH). Todas estas características tienen mecanismos de regulación, que los mantienen en equilibrio para una función normal.

EQUILIBRIO DE LÍQUIDOS

La homeostasis de líquidos es la interacción dinámica de tres procesos: la ingesta y absorción de líquidos, la distribución de líquidos y la eliminación de líquidos. La eliminación de líquido total diaria humana consiste en líquido hipotónico que contiene sodio. Las personas deben tener una ingesta de una cantidad equivalente de líquido hipotónico que contiene sodio para mantener el equilibrio de líquidos.

Ingesta de líquidos. La ingesta de líquidos se produce por vía oral al beber, pero también al comer, puesto que la mayoría de alimentos contienen algo de agua. El metabolismo alimenticio crea más agua. La ingesta de líquidos promedio de estas vías para adultos sanos es de aproximadamente 2.300 ml, aunque varía ampliamente.

Distribución de líquidos. El término distribución de líquidos significa el movimiento de líquidos entre los diferentes compartimentos. La distribución de líquidos entre los compartimentos extracelulares e intracelulares se produce por ósmosis. reduce por filtración.

Eliminación de líquidos. La eliminación de líquidos se produce normalmente a través de cuatro órganos: la piel, los pulmones, el tracto gastrointestinal (GI) y los riñones. Ejemplos de eliminación anormal de líquidos incluyen el vómito, el drenaje de heridas o la hemorragia

EQUILIBRIO DE ELECTRÓLITOS

Se puede entender mejor el equilibrio de electrólitos considerando los tres procesos que intervienen en la homeostasis de electrólitos: ingesta y absorción de electrólitos, distribución de electrólitos y eliminación de electrólitos. La eliminación de electrólitos se produce a través de la excreción normal en la orina, las heces y el sudor. También se produce eliminación a través de vómitos, tubos de drenaje o fístulas. Cuando aumenta la eliminación de electrólitos, debe aumentar la ingesta de electrólitos para mantener el equilibrio de electrólitos. Del mismo modo, si disminuye la eliminación de electrólitos, como ocurre con la oliguria, también debe disminuir la ingesta de electrólitos para mantener el equilibrio.

TABLA 41-4 Ingesta y absorción, distribución y eliminación de electrólitos

ELECTRÓLITO	INGESTA Y ABSORCIÓN	DISTRIBUCIÓN	ELIMINACIÓN/PÉRDIDA	FUNCIÓN IMPORTANTE
Potasio (K ⁺)	Frutas Patatas Café instantáneo Melaza Nueces de Brasil Se absorbe fácilmente	Baja en LEC, alta en LIC. La insulina, la adrenalina, y la alcalosis desplazan K ⁺ en las células. Algunos tipos de acidosis desplazan K ⁺ fuera de las células.	La aldosterona, el regaliz negro, la hipermagnesemia y la poliuria aumentan la excreción renal; la oliguria disminuye la excreción renal. La diarrea aguda o crónica aumenta la excreción fecal.	Mantiene el potencial de reposo de membrana de músculo esquelético, liso y cardíaco, lo que permite la función muscular normal
Calcio (Ca ²⁺)	Productos lácteos Pescado enlatado con espinas Brócoli Naranjas Requiere vitamina D para una mejor absorción La grasa indigesta impide la absorción	Ca ²⁺ es bajo en LEC, sobre todo en los huesos e intracelular. Algo de Ca ²⁺ en la sangre está unido e inactivo; sólo Ca ²⁺ ionizado está activo. La hormona paratiroidea desplaza Ca ²⁺ fuera del hueso; la calcitonina desplaza Ca ²⁺ al hueso. Ca ²⁺ disminuye en la sangre si se eleva el fosfato y viceversa.	Los diuréticos tiazídicos reducen la excreción renal. La diarrea crónica y la grasa sin digerir aumentan la excreción fecal.	Influye en la excitabilidad de células nerviosas y musculares; es necesario para la contracción muscular
Magnesio (Mg ²⁺)	Verduras de hoja verde oscuro Granos enteros Laxantes y antiácidos que contienen Mg ²⁺ La grasa indigesta impide la absorción	Mg ²⁺ es bajo en LEC, sobre todo en los huesos e intracelular. Algo de Mg ²⁺ en la sangre está unido e inactivo; sólo Mg ²⁺ libre está activo.	El aumento de etanol sanguíneo aumenta la excreción renal; la oliguria disminuye la excreción renal. La diarrea crónica y la grasa sin digerir aumentan la excreción fecal.	Influye en la función de las uniones neuromusculares y es un cofactor para numerosas enzimas
Fosfato (PO ₄)	Leche Alimentos procesados Los antiácidos de aluminio previenen la absorción	PO ₄ es bajo en LEC; es mayor en LIC y en los huesos. La insulina y la epinefrina desplazan fosfato en las células. Disminuye en la sangre si el calcio aumenta y viceversa.	La oliguria disminuye la excreción renal.	Es necesario para la producción de ATP, la fuente de energía del metabolismo celular

EQUILIBRIO ÁCIDO-BASE

Para una función celular óptima, el cuerpo mantiene un equilibrio entre ácidos y bases. La homeostasis ácido-base es la interacción dinámica de tres procesos: producción de ácido, regulación de ácido y excreción de ácido. El equilibrio ácido-base normal se mantiene con la excreción de ácido que es igual a la producción de ácido. Los ácidos liberan iones de hidrógeno (H⁺); las bases (sustancias alcalinas) toman iones H⁺. Cuantos más iones H⁺ haya presentes, más ácida es la solución. El grado de acidez en la sangre y otros líquidos corporales se notifica desde el laboratorio clínico como pH. La escala de pH va de 1,0 (muy ácido) a 14,0 (muy alcalino; básico). Un pH de 7,0 se considera neutral. El rango de pH normal de la sangre arterial en personas adultas es de 7,35 a 7,45. Para una función celular óptima, es muy importante mantener el pH dentro de este rango normal para una función celular óptima. Si el pH sale del rango normal, las enzimas dentro de las células no funcionan correctamente; la hemoglobina no administra oxígeno correctamente, y se producen graves problemas fisiológicos, incluyendo la muerte. Las pruebas de laboratorio de una muestra de sangre arterial llamada gasometría arterial (GSA) se utilizan para controlar el equilibrio ácido-base del paciente.

TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO ÁCIDO-BASE

n-enfermería
Activa la prevención

	PH	Alteración primaria	Alteración compensatoria
Acidosis metabólica	Disminuye ↓	HCO ₃ Disminuye ↓	pCO ₂ Disminuye ↓
Alcalosis metabólica	Aumenta ↑	HCO ₃ Aumenta ↑	pCO ₂ Aumenta ↑
Acidosis respiratoria	Disminuye ↓	pCO ₂ Aumenta ↑	HCO ₃ Aumenta ↑
Alcalosis respiratoria	Aumenta ↑	pCO ₂ Disminuye ↓	HCO ₃ Disminuye ↓

La enfermera aplicará sus conocimientos sobre desequilibrios de líquidos, electrolitos y ácido-base en muchos contextos clínicos. Usará la base de conocimientos científicos en la toma de decisiones clínicas para proporcionar una terapia de líquidos segura y óptima. Los conocimientos de enfermería incluyen hacer preguntas para obtener los factores de riesgo para desequilibrios de líquidos, electrolitos y ácido-base; evaluaciones clínicas específicas en busca de signos y síntomas de estos desequilibrios; e intervenciones de enfermería y colaboración para mantener o restablecer el equilibrio de líquidos y electrolitos. Las habilidades y técnicas para una terapia intravenosa segura son un área vital de la base de conocimientos de enfermería y el foco de gran parte de la investigación de enfermería para dar soporte a la práctica basada en evidencia.

3.5 SUEÑO.

Un descanso y un sueño adecuados son tan importantes para la salud como una buena nutrición o el ejercicio apropiado. La salud física y emocional depende de la capacidad para satisfacer estas necesidades humanas básicas. Los individuos necesitan diferente cantidad de sueño y descanso. Sin la cantidad apropiada de sueño y descanso, se reduce la capacidad para concentrarse, razonar y participar en las actividades diarias, y la irritabilidad aumenta. Identificar y tratar las alteraciones de los patrones de sueño de los pacientes es un objetivo importante. Para ayudar a los pacientes, la enfermera debe entender la naturaleza del sueño, los factores que inciden en él y los hábitos de sueño del paciente. Los pacientes necesitan enfoques individualizados basados en sus hábitos personales, patrones de sueño y problemas particulares que influyen en el sueño. Las intervenciones de enfermería deben ser efectivas para resolver los trastornos del sueño, tanto los de corta como los de larga evolución. El sueño promueve la curación y la recuperación. Conseguir la mejor calidad de sueño posible es importante para la promoción de una buena salud y de la recuperación de la enfermedad. Las personas enfermas suelen requerir más horas de sueño y descanso que las sanas. Sin embargo, la naturaleza de la enfermedad a menudo impide a algunos pacientes descansar y dormir lo suficiente. El entorno de un hospital o centro de larga estancia y las actividades de los profesionales de la salud dificultan el sueño. Algunos pacientes tienen trastornos del sueño previos; otros los desarrollan como consecuencia de la enfermedad o de la hospitalización.

Cuando una persona logra el descanso se siente relajada mentalmente, sin ansiedad, y también físicamente. El descanso no implica inactividad, aunque las personas suelen

relacionarlo con sentarse en una silla cómoda o echarse en la cama. Cuando una persona está descansada se encuentra en un estado de actividad mental, física y espiritual que la lleva a sentirse revitalizada, rejuvenecida y preparada para reanudar las actividades del día.

Los patrones de sueño y descanso de las personas que ingresan en un hospital u otras instituciones sanitarias pueden verse fácilmente afectados por la enfermedad o por hábitos de cuidados que les resultan extraños. Las enfermeras deben cuidar con frecuencia de pacientes que deben guardar reposo en cama para reducir las demandas físicas y psicológicas del organismo en una gran variedad de contextos de cuidados. Sin embargo, estas personas no se sienten necesariamente descansadas. Por ejemplo, la preocupación por las limitaciones físicas o el temor de no poder volver a su estilo de vida habitual hace que estos pacientes se estresen y no puedan relajarse. La enfermera debe ser siempre consciente de la necesidad del paciente de descansar. La falta de descanso durante largos períodos puede causar enfermedades o empeorar las ya existentes.

FACTORES QUE INCIDEN EN EL SUEÑO

Muchos son los factores que inciden en la cantidad y calidad del sueño. A menudo, un trastorno del sueño no está causado únicamente por un solo factor. Los factores fisiológicos, psicológicos y ambientales pueden alterar la cantidad y la calidad del sueño.

Medicamentos y sustancias. La somnolencia, el insomnio y la fatiga son efectos adversos comunes de medicamentos prescritos con frecuencia. Los medicamentos prescritos para dormir pueden causar más problemas que beneficios. Los ancianos, a menudo, toman gran variedad de fármacos para controlar o tratar enfermedades crónicas. Los efectos combinados de varios de estos medicamentos pueden alterar seriamente el sueño.

Estilos de vida. Los hábitos diarios de una persona pueden influir en los patrones de sueño. Un individuo que trabaja a turnos (p. ej., 2 semanas en turno de día seguidas de 2 semanas de noche) suele tener dificultades para adaptarse al cambio en los horarios de sueño. El reloj biológico del organismo está programado para dormirse a las 11 de la noche, pero el horario de trabajo fuerza al cuerpo a acostarse a las 9 de la mañana. El individuo sólo será capaz de dormir de 3 a 4 horas, porque el reloj biológico cree que es hora de despertarse y estar activo.

Patrones de sueño normales. En el siglo pasado, la cantidad de sueño de los estadounidenses disminuyó aproximadamente a 6,7 horas por noche, lo que indica que muchos de ellos tienen privación del sueño y somnolencia excesiva durante el día.

Estrés emocional. Las preocupaciones por problemas o circunstancias personales pueden alterar el sueño. El estrés emocional hace que una persona se tense, lo que a menudo lleva a la frustración cuando no se consigue dormir. El estrés también puede hacer que la persona intente quedarse dormida con demasiada intensidad, se despierte con frecuencia durante el ciclo de sueño o duerma demasiado. Un estrés continuado puede causar malos hábitos de sueño.

Entorno. El entorno físico en el que duerme una persona tiene una influencia significativa sobre la capacidad de conciliar el sueño y permanecer dormido. Una buena ventilación es esencial para un sueño reparador. El tamaño, la firmeza del colchón y la posición de la cama pueden incidir en la calidad del sueño. Si la persona está acostumbrada normalmente a dormir con alguien, dormir sola puede hacer que se desvele. Por otro lado, dormir con un compañero de cama inquieto o que ronque también puede alterar el sueño. En los hospitales y otros centros sanitarios, el ruido genera problemas a los pacientes. Los sonidos que hay en un hospital son desconocidos para el paciente y, con frecuencia, son de volumen elevado. Por tanto, los pacientes se despiertan fácilmente. Este problema es mayor la primera noche de hospitalización, en la cual se incrementa el tiempo total de vigilia, hay más despertares, se reduce el sueño REM y el tiempo total de sueño. Los sonidos producidos por las personas son fuente de un incremento en los niveles de ruido. El ruido produce agitación, retrasa la curación, altera la función inmune e incrementa la tensión arterial, las pulsaciones y el estrés. Los niveles de luz inciden en la capacidad para conciliar el sueño. Mientras algunos pacientes prefieren una habitación oscura para dormir, otros, como niños o personas mayores, prefieren dejar una luz tenue durante el sueño. Los pacientes también pueden tener problemas para dormir por la temperatura de la habitación. Una habitación demasiado cálida o demasiado fría puede hacer que el paciente no descanse.

Ejercicio y fatiga. Una persona que está moderadamente cansada, habitualmente, consigue tener un sueño reparador, especialmente si la fatiga es resultado de una tarea o un ejercicio placentero. Hacer ejercicio 2 horas o más antes de acostarse permite al cuerpo sosearse y mantener un estado de cansancio que favorece la relajación. Sin embargo, un

cansancio excesivo resultado de una tarea extenuante y estresante puede dificultar la conciliación del sueño. Éste es un problema común en niños en edad escolar y adolescentes que están estresados, tienen horarios escolares prolongados, actividades sociales y trabajo.

Alimentos e ingesta calórica. Es importante para dormir bien tener unos hábitos dietéticos saludables. Hacer una cena abundante, pesada y/o picante puede producir una mala digestión que interfiere con el sueño. Consumir cafeína, alcohol o nicotina por la noche produce insomnio.

3.6 NUTRICIÓN.

La nutrición es un componente básico de salud y es indispensable para el crecimiento y el desarrollo normales, para mantener y reparar los tejidos, el metabolismo y la función de los órganos. El cuerpo humano necesita un suministro adecuado de nutrientes para el funcionamiento óptimo de las células. La seguridad alimentaria es de suma importancia para todos los miembros de un hogar. Eso significa que todos los miembros que vivan en ese hogar tengan acceso a comida nutritiva, segura y suficiente para mantener un estilo de vida saludable; que la comida suficiente esté disponible de forma constante; y que haya recursos en el hogar para obtener una comida apropiada para una dieta nutritiva. Florence Nightingale comprendió la importancia de la nutrición y resaltó el papel de la enfermera en la ciencia y el arte de dar de comer a mediados del siglo XIX. Desde entonces, el papel de la enfermera en la nutrición y la terapia dietética ha cambiado. La terapia nutricional médica (TNM) plantea un manejo de las enfermedades basado en terapia nutricional y asesoramiento.

Se asocian factores sociológicos, culturales, psicológicos y emocionales con las actividades de comer y beber en todas las sociedades. La enfermera debe entender los valores, las creencias y las actitudes del paciente sobre la comida y cómo estos valores afectan la compra, la preparación y la ingesta de comida que influyen en los patrones alimentarios. Las necesidades nutricionales dependen de muchos factores. Los requisitos calóricos y de nutrientes varían dependiendo del estado de desarrollo, la composición corporal, los niveles de actividad, el embarazo y la lactancia, y la presencia de enfermedad. Los dietistas usan ecuaciones de predicción que tienen en cuenta algunos de estos factores para estimar los requisitos nutricionales de un paciente.

3.7 ELIMINACIÓN URINARIA.

La eliminación normal de los residuos urinarios es una función básica que, la mayor parte de las veces, se da por asumida. Cuando el sistema urinario no funciona adecuadamente, los órganos se ven afectados. Los pacientes con alteraciones en la eliminación urinaria a menudo sufren en el plano emocional, ya que la imagen corporal cambia. Es importante conocer las causas de los problemas de eliminación urinaria, para que puedan encontrarse soluciones aceptables y proporcionar comprensión y sensibilidad a las necesidades de todos los pacientes.

La eliminación urinaria es una función básica y suele ser un proceso privado. Muchos pacientes necesitan asistencia fisiológica y psicológica por parte de la enfermera. Si un paciente tiene un problema urinario, real o potencial, se debe ser sensible a sus necesidades de eliminación. Es necesario tener conocimientos de los conceptos más allá de la anatomía y fisiología del sistema urinario para dar la atención adecuada. Además, es necesario comprender y aplicar los conocimientos sobre los principios de control de infecciones.

Control de infecciones e higiene El tracto urinario es estéril. Se deben utilizar los principios de control de infecciones para ayudar a prevenir el desarrollo y la propagación de las ITU y tratar las existentes. La E. coli, una bacteria común que se encuentra en las heces, causa muchas ITUAC. La infección puede ocurrir en cualquier parte del tracto urinario. Es necesario aplicar los conocimientos sobre asepsia médica y quirúrgica cuando se prestan cuidados que afectan las vías urinarias o los genitales externos. Cualquier procedimiento invasivo de las vías urinarias, como un sondaje, requiere una técnica estéril. Los procedimientos como el cuidado perineal o el examen de los genitales requieren de asepsia médica, lo que incluye una higiene de las manos adecuada. Se debe utilizar la asepsia médica cuando se cambie de una bolsa de orina de gran volumen a una bolsa de pierna de pequeño volumen frotando el tubo con toallitas antisépticas.

Factores que influyen en la micción: Los factores de la historia de un paciente que, normalmente, afectan a la micción son la edad, los factores ambientales, la historia farmacológica, los factores psicológicos, el tono muscular, el equilibrio de líquidos, los procedimientos quirúrgicos o de diagnóstico actuales y la presencia de patologías. Es necesario prestar atención a las necesidades individuales relacionadas con los cambios normales del envejecimiento que predisponen a los ancianos a ciertos problemas de

eliminación. Además, se debe evaluar el patrón de eliminación intestinal ya que el estreñimiento suele interferir con la eliminación urinaria normal. Los problemas para orinar también pueden ser resultado de la deshidratación.

Crecimiento y desarrollo . Los factores de crecimiento y desarrollo determinan la capacidad del paciente para controlar el acto de miccionar a lo largo de la vida. Los bebés y niños pequeños no pueden concentrar la orina de manera efectiva por lo que es de color amarillo claro o transparente. Los bebés y los niños excretan grandes cantidades de orina en relación a su pequeño tamaño corporal.

El sistema neurológico no está bien desarrollado hasta los 2 o 3 años de edad en un niño normal. Hasta esta edad no es capaz de asociar la sensación de llenado vesical con la micción. Un niño debe ser capaz de reconocer la sensación de tener la vejiga llena, de retener la orina durante 1-2 horas y comunicar el sentido de urgencia. Muchos niños son capaces de controlar el esfínter externo y se inicia en la enseñanza para ir al baño. El control diurno de la micción es más fácil de lograr que el control nocturno y se da antes en el desarrollo del niño, por lo general a los 2 o 3 años de edad. Algunos niños no consiguen el control total hasta los 4 o 5 años. La enuresis nocturna (micción nocturna sin despertarse) a veces continúa hasta los 5 años.

Durante el embarazo es común orinar frecuentemente y el aumento de la susceptibilidad a la ITU. Los cambios temporales o permanentes derivados de partos repetidos o cambios hormonales a menudo dan como resultado la disminución del tono muscular perineal, llevando a la incontinencia de urgencia y de esfuerzo. El envejecimiento afecta la micción. En los hombres, el aumento de próstata comienza generalmente a los 40 años y continúa durante toda la vida, lo que se manifiesta en la frecuencia de la micción y en la posible retención urinaria. En las mujeres, los cambios en la mucosa uretral asociados con la pérdida de estrógeno durante la menopausia y después de ésta contribuyen a una mayor susceptibilidad a las ITU. Con el envejecimiento también se producen cambios en la función renal y vesical. La capacidad del riñón para concentrar la orina descende. El anciano con frecuencia experimenta nicturia. La vejiga pierde el tono muscular y la capacidad disminuye, lo que provoca un aumento de la frecuencia urinaria. Debido a que la vejiga no puede contraerse de manera efectiva, el anciano suele retener orina en ella después de la micción. Estos cambios aumentan el riesgo de crecimiento bacteriano y de desarrollo de ITU.

Tono muscular. La debilidad en los músculos abdominales y del suelo pélvico deteriora la capacidad del esfínter urinario para mantener el tono durante el aumento de la presión abdominal. El control deficiente de la micción o incontinencia resulta del desgaste muscular causado por la inmovilidad prolongada, el daño muscular durante el parto vaginal, el sobrepeso, el consumo de cafeína que relaja el músculo liso del esfínter, la atrofia muscular secundaria a la menopausia o cualquier otro daño traumático a los nervios y músculos pélvicos.

3.8 ELIMINACIÓN INTESTINAL.

La eliminación regular de los productos de desecho del intestino es esencial para el funcionamiento normal del cuerpo. Las alteraciones en la eliminación intestinal son, con frecuencia, signos o síntomas tempranos de problemas del tracto gastrointestinal (GI) u otros sistemas corporales. Debido a que la función intestinal depende del equilibrio de varios factores, los patrones y hábitos de eliminación varían entre los individuos. Entender la eliminación intestinal normal y los factores que promueven, dificultan o causan alteraciones de la eliminación, ayuda a manejar los problemas de eliminación de los pacientes. Los cuidados enfermeros deben respetar la intimidad y las necesidades emocionales del paciente. Las medidas diseñadas para promover la eliminación normal tienen que minimizar también la incomodidad en el paciente.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ELIMINACIÓN INTESTINAL

En el proceso de la eliminación intestinal influyen muchos factores. El conocimiento de estos factores ayuda a anticipar las medidas requeridas para mantener un patrón de eliminación normal.

Edad. Los cambios en el desarrollo que afectan a la eliminación se producen a lo largo de toda la vida. Un lactante tiene poca capacidad del estómago y una menor secreción de enzimas digestivas. Los alimentos pasan rápido a través del tracto intestinal de un lactante porque tienen una peristalsis rápida. El lactante es incapaz de controlar la defecación por falta de desarrollo neuromuscular. Este desarrollo neuromuscular, por lo general, no tiene lugar hasta los 2 o 3 años. Los cambios en los sistemas cardiovascular y neurológico de los pacientes ancianos, en lugar de los del sistema G I, producen cambios sistémicos en la

función de la digestión y la absorción de nutrientes. Los ancianos también pierden tono muscular en el suelo perineal y el esfínter anal. Aunque la integridad del esfínter permanezca intacta, a menudo tienen dificultad para controlar la evacuación intestinal y presentan riesgo de sufrir incontinencia. Además, se enlentecen los impulsos nerviosos hacia la región anal por lo que algunos individuos llegan a tener menos consciencia de la necesidad de defecar.

Dieta. Una ingesta de comida regular a diario ayuda a mantener un patrón regular de peristalsis en el colon. La fibra, el residuo no digerible de la dieta, proporciona la masa a la materia fecal. Los alimentos formadores de masa, como los granos enteros, las frutas frescas y las verduras, ayudan a eliminar las grasas y los productos de desecho del cuerpo con mayor eficiencia. Las paredes del intestino se distienden, produciendo la peristalsis e iniciando el reflejo de defecación. Con la estimulación de la peristalsis, la mayor parte de los alimentos pasan rápidamente a través de los intestinos, manteniendo las heces blandas. La ingesta de una dieta alta en fibra mejora la probabilidad de tener un patrón de eliminación normal, si los otros factores son normales. Se han relacionado las dietas ricas en verduras y frutas con un menor riesgo de padecer cáncer colorrectal. La intolerancia alimentaria no es una alergia, sino más bien un alimento en concreto que causa malestar en el cuerpo pocas horas después de ingerirlo. Da lugar a diarrea, retortijones o flatulencia.

Ingesta de líquidos. Una ingesta inadecuada de líquidos o las alteraciones que dan lugar a la pérdida de líquido (como vomitar) afectan a las características de las heces. El líquido diluye el contenido intestinal, facilitando su paso a través del colon. La reducción del consumo de líquidos hace más lento el paso de los alimentos a través del intestino y da lugar al endurecimiento del contenido de la deposición.

Actividad física. La actividad física promueve la peristalsis, mientras que la inmovilización la disminuye. Se debe fomentar la deambulación precoz, en cuanto el paciente empiece a recuperarse de la enfermedad o tan pronto como sea posible después de la cirugía, para promover el mantenimiento de la peristalsis y la eliminación normal. Es importante mantener el tono de los músculos esqueléticos utilizados en la defecación. Si los músculos abdominales y del suelo pélvico están debilitados se deteriora la capacidad de aumentar la presión intraabdominal y de controlar el esfínter externo.

Factores psicológicos. El estrés emocional mantenido deteriora la función de casi todos los sistemas corporales. Cuando se sufre estrés emocional el proceso digestivo se acelera

y la peristalsis aumenta. Los efectos secundarios del aumento de la peristalsis son la diarrea y la distensión gaseosa. Un gran número de enfermedades del tracto GI se asocian con el estrés incluyendo la colitis ulcerosa, el síndrome del intestino irritable, ciertas úlceras gástricas y duodenales y la enfermedad de Crohn. Si una persona está deprimida, el sistema nervioso autónomo ralentiza los impulsos, disminuyendo la peristalsis y originando estreñimiento.

Hábitos personales. Los hábitos personales de eliminación influyen en la función intestinal. Para la mayoría de las personas es mejor poder utilizar su propio inodoro en el momento en que es más adecuado y conveniente para ellos. Un horario de trabajo muy prolongado a veces impide que la persona responda adecuadamente al impulso de defecar, trastornando la regularidad de los hábitos y causando posibles alteraciones como el estreñimiento. Las personas tienen que reconocer cuál es el mejor momento para la eliminación. Los enfermos crónicos y los pacientes hospitalizados no siempre pueden tener intimidad durante la defecación. En un entorno hospitalario o de larga estancia, los pacientes suelen compartir el cuarto de baño con un compañero de habitación que tiene hábitos de higiene diferentes.

Dolor. Normalmente, el acto de la defecación es indoloro. Sin embargo, una serie de situaciones, como las hemorroides, la cirugía rectal, las fístulas rectales y la cirugía abdominal, producen molestias. En estos casos, el paciente reprime el deseo de defecar para evitar el dolor, lo que contribuye al desarrollo de estreñimiento.

Embarazo. A medida que avanza el embarazo, el tamaño del feto aumenta y ejerce presión sobre el recto. Una obstrucción temporal causada por el feto impide el paso de las heces. El enlentecimiento de la peristalsis durante el tercer trimestre lleva a menudo al estreñimiento. Es frecuente que la mujer embarazada tenga que realizar esfuerzo durante la defecación o el parto, lo que origina la formación de hemorroides permanentes.

3.9 INTEGRIDAD DE LA PIEL Y CUIDADO DE HERIDAS.

La piel es el órgano más grande del organismo y constituye el 15% del peso total de un adulto. Es una barrera protectora contra microorganismos patógenos y un órgano sensorial del dolor, la temperatura y el tacto. Además, se encarga de la síntesis de vitamina D. Una

lesión en la piel supone un riesgo para la seguridad y desencadena una respuesta de cicatrización compleja. Una de las responsabilidades más importantes de la enfermera es la valoración y el seguimiento de la integridad de la piel, la identificación de problemas y la planificación, implementación y evaluación de intervenciones para mantener dicha integridad. Una vez que se produce una herida, es fundamental conocer el proceso de cicatrización normal para identificar las intervenciones de enfermería más apropiadas.

Una herida es una alteración de la integridad y la función de los tejidos en el organismo. Es imprescindible que sepamos que todas las heridas no se producen de la misma forma. La comprensión de la etiología de una herida es importante porque el tratamiento va a variar dependiendo de la patología subyacente. Hay muchas formas de clasificar heridas. Los diferentes sistemas de clasificación de las heridas describen el estado de integridad de la piel, la causa de la herida, la gravedad o la extensión de la lesión del tejido o daño, la limpieza de la herida o cualidades descriptivas del tejido de la herida, como el color. La clasificación de las heridas nos permite entender los riesgos asociados a una herida y las implicaciones para su curación.

La cicatrización de heridas implica diferentes procesos fisiológicos. Las capas de tejido implicadas y su capacidad de regeneración determinan el mecanismo de reparación de cualquier herida. Hay dos tipos de heridas: aquellas que tienen pérdida de tejido y las que no. Una incisión quirúrgica limpia es un ejemplo de una herida con poca pérdida de tejido. La incisión quirúrgica cura por primera intención. Los bordes de la piel se aproximan, o cierran, y el riesgo de infección es bajo. La curación se produce rápidamente, con la mínima formación de cicatriz, siempre y cuando se prevenga la infección y rotura secundaria. Por el contrario, las heridas que conllevan pérdida de tejido, como una quemadura, las úlceras por presión o una laceración grave, cicatrizan por segunda intención. La herida se deja abierta hasta que se rellena por el tejido cicatrizal. Una herida tarda más en cicatrizar por segunda intención, por lo que el riesgo de infección es mayor. Si la cicatrización por segunda intención es extensa, la pérdida de la función del tejido a menudo es permanente.

TABLA 48-1 Clasificación de las heridas

DESCRIPCIÓN	CAUSAS	IMPLICACIONES PARA LA CICATRIZACIÓN
Inicio y duración		
Aguda		
Herida que procede a través de un proceso de reparación ordenado y oportuno que resulta en la restauración sostenida de la integridad anatómica y funcional	Traumatismo, incisión quirúrgica	Heridas que se suelen limpiar y reparar fácilmente. Los bordes de la herida están limpios e intactos.
Crónica		
Heridas que no siguen el proceso ordinario y el tiempo estimado para recuperar la integridad anatómica y funcional	Compromiso vascular, inflamación crónica o agresiones repetidas a los tejidos (Doughty y Sparks-DeFriese, 2012)	La exposición continua a agresiones impide la cicatrización de la herida.
Proceso de cicatrización		
Primera intención		
La herida está cerrada	Incisión quirúrgica, herida que se sutura o grapa	La cicatrización se produce por epitelización; cicatriza rápidamente con mínima formación de cicatriz.
Segunda intención		
Los bordes de la herida no se aproximan	Úlceras por presión, heridas quirúrgicas que tienen pérdida de tejido	La herida se cura por formación de tejido de granulación, contracción de la herida y epitelización.
Tercera intención		
La herida permanece abierta durante varios días, entonces los bordes de la herida se aproximan (v. fig. 48-4, C)	Heridas que están contaminadas y requieren la observación de los signos de inflamación	El cierre de la herida se retrasa hasta que se resuelve el riesgo de infección (Doughty y Sparks-DeFriese, 2012).

El oxígeno es el combustible para las funciones celulares esenciales del proceso de cicatrización; por tanto, la capacidad para la perfusión de los tejidos con cantidades adecuadas de sangre oxigenada es fundamental para la curación de heridas. Los pacientes con enfermedad vascular periférica tienen riesgo de mala perfusión tisular debido a la mala circulación. Los requerimientos de oxígeno dependen de la fase de curación de la herida.

UNIDAD IV CUIDADOS BASICOS DE ENFERMERIA

4.1 ASEPSIA

Dentro de las intervenciones de enfermería como parte de la etapa de ejecución del proceso de enfermería, se abordan las bases de los principios de asepsia, para minimizar la aparición y propagación de la infección en las personas. La asepsia es la ausencia de microorganismos patógenos que producen enfermedad. Los tipos de asepsia son médicos y quirúrgicos.

La asepsia médica incluye métodos utilizados para reducir y evitar la propagación de microorganismos; son ejemplos, lavado de manos, utilización de guantes limpios y limpieza habitual del entorno.

La asepsia quirúrgica incluye métodos para destruir toda clase de vida microbiana incluyendo sus esporas; ejemplos, esterilización, lavado de manos quirúrgico, uso de guantes estériles.

PROCESO DE CONTROL O DESTRUCCIÓN DE LOS MICROORGANISMOS A TRAVÉS DE LA ASEPSIA MÉDICA Y QUIRÚRGICA.

La elección del proceso de control o destrucción de los microorganismos puede darse a través de la sanitización, descontaminación y esterilización. Dependiendo del uso que se pretenda dar a un objeto concreto, se decidirá si sólo se tiene que limpiar o, limpiar y desinfectar, o esterilizar. Existen tres categorías de clasificación de objetos: críticos, semicríticos y no críticos.

Clasificación de objetos:

Objetos críticos: son los que entran en los tejidos estériles o el sistema vascular, presentan un elevado riesgo de infección si se contaminan con microorganismos, sobre todo esporas. Estos objetos deben estar estériles. Ejemplo, instrumentos quirúrgicos, catéteres intravasculares, agujas, catéteres urinarios.

Objetos semicríticos: los que entran en contacto con las membranas mucosas o la piel no intactas y también presentan riesgos. Éstos tienen que estar libres de todo tipo de microorganismos (excepto esporas bacterianas). Los objetos deben estar desinfectados o esterilizados como tubos y catéteres de succión respiratoria, tubos intratraqueales, endoscopios gastrointestinales, termómetros de cristal.

Objetos no críticos: los que entran en contacto con la piel intacta, pero no con las mucosas. Tienen que estar limpios y desinfectados como orinales, brazaletes para toma de presión arterial, ropa de cama, estetoscopio, loza para comer.

A través del tiempo se han utilizado una serie de sustancias químicas que sirven para destruir o exterminar poblaciones microbianas denominadas antisépticos o descontaminantes; los primeros, son compuestos químicos que se usan en la piel o mucosas de los seres vivos para limitar la colonización o reproducción de los microorganismos; y los segundos, se consideran productos capaces de exterminar o erradicar los microorganismos, excepto esporas que se encuentran en enseres, objetos, equipo, material o superficies que se utilizan en el cuidado del paciente.

Tipos de agente destructor

- Capacidad de destrucción.
 - Nivel alto: los que destruyen todos los microorganismos, con excepción de un gran número de esporas bacterianas (glutaraldehído, formaldehído, ácido

paracético, peróxido de hidrógeno) siempre y cuando se empleen de manera adecuada las concentraciones o en tiempos prolongados de exposición.

- Nivel intermedio: por ejemplo, aquellos que eliminan bacterias vegetativas, y la mayor parte de virus, hongos (alcohol, clorhexidina, biguanidina, fenol, sustancias liberadoras de halógenos).
- Nivel bajo: los que destruyen casi todas las bacterias y algunos hongos o virus (como compuestos de amonio cuaternario, fenol).
- Componentes químicos que poseen: aldehídos (formaldehído, glutaraldehído), peroxígenos (peróxido de hidrógeno, ácido paracético), alcoholes (etílico, isopropílico), biguanidina (clorhexidina), compuestos de amonio cuaternario, fenoles (hexaclorofeno), sustancias liberadoras de halógenos (compuestos clorados, compuestos de yodo y yodóforos).
- Acción específica: si estos químicos son bactericidas, esporicidas, fungicidas, parasitocidas o virucidas.

4.2 SANITACIÓN

Es un proceso aplicado a la limpieza a través del cual el número de contaminantes o microorganismos que se encuentran en una superficie orgánica o inorgánica, se reduce a un nivel de seguridad aceptable. Este método es de gran importancia y es necesario realizarlo antes de una descontaminación o esterilización, debido a que elimina o disminuye restos de material orgánico adherido a la piel, mucosas o superficies inanimadas.

Para los propósitos en el quehacer de enfermería en la prevención, así como cuidados en los procesos infecciosos, se describirán sólo dos métodos: manual y mecánico.

- **Manual:** el mecanismo más importante es el aseo general de las personas, pero en especial el lavado de manos con el uso de agua corriente y jabón neutro o con componente enzimático, como cepillo de cerdas que permita el arrastre mecánico de microorganismos y sustancias orgánicas.

● **Mecánico:** se realiza a través de aparatos para la limpieza de utensilios, ropa, loza u otro material; por este método se obtiene una limpieza superior a la manual, de esta forma disminuye la posibilidad de adquirir infecciones.

Los procedimientos más usuales y efectivos para llevar a cabo la sanitización son: lavado de manos, sanitización mecánica y por energía ultrasónica.

SANITIZACIÓN MANUAL

Lavado de manos: Este método es esencial que se realice en el hogar como parte de la vida diaria, así como en los centros o instituciones de salud, ya que constituye una de las medidas más eficaces para luchar contra las infecciones de los pacientes, pero sobre todo evitar las infecciones cruzadas y hospitalarias.

Es fundamental que tanto el personal de enfermería, médicos, dietistas, estudiantes, familiares y pacientes, se laven las manos en los siguientes momentos para evitar la propagación de los microorganismos: antes de comer, después de utilizar el orinal o retrete, después del contacto manual con cualquier secreción o sustancia corporal (esputo, saliva, drenajes de una herida, secreción purulenta). No está de más mencionar que toda persona integrante del equipo de salud, debe lavarse las manos cuantas veces sea necesario, así como antes y después de prestar cualquier tipo de cuidado, para prevenir infecciones hospitalarias.

Concepto: procedimiento por medio del cual se eliminan y destruyen microorganismos con agua corriente y jabón en forma mecánica.

Objetivos:

- ✓ Disminuir la transmisión de microorganismos y de enfermedades.
- ✓ Eliminar la suciedad y contaminantes potenciales adquiridos durante el cuidado del paciente.
- ✓ Fomentar o mantener hábitos higiénicos.

En octubre de 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, da a conocer el primer reto mundial “una atención

limpia es una atención más segura”, proponiendo una técnica de lavado de manos en cinco momentos esenciales.

¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

 Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



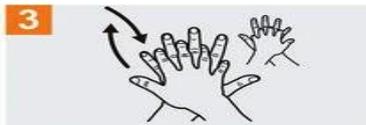
0 Mójese las manos con agua;



1 Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



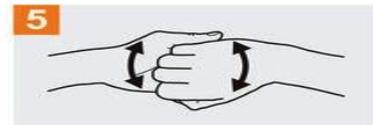
2 Frótese las palmas de las manos entre sí;



3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



4 Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



6 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



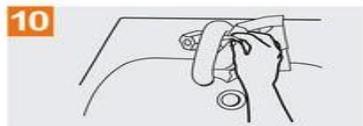
7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



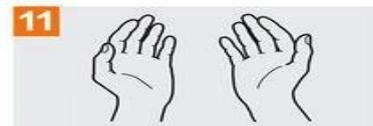
8 Enjuáguese las manos con agua;



9 Séquese con una toalla desechable;

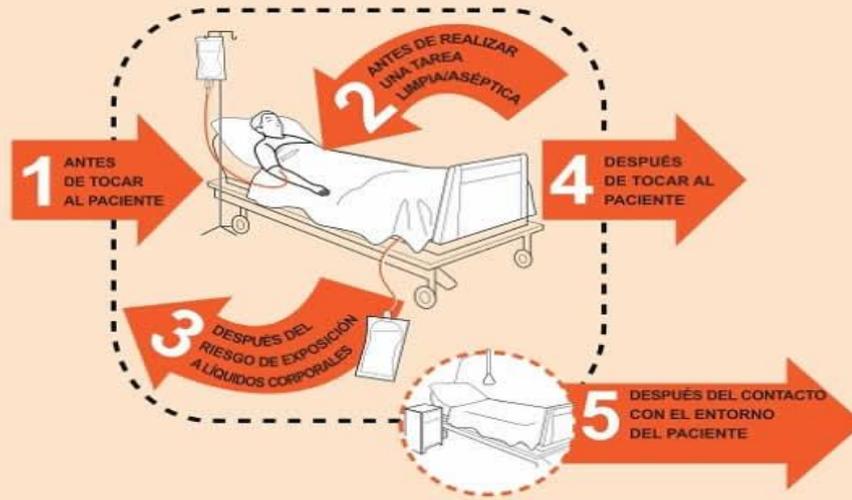


10 Sírvese de la toalla para cerrar el grifo;



11 Sus manos son seguras.

Sus 5 Momentos para la Higiene de las Manos



1 ANTES DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?	Lávese las manos antes de tocar al paciente cuando se acerque a él. Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tiene usted en las manos.
2 ANTES DE REALIZAR UNA TAREA LIMPIA/ASÉPTICA	¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?	Lávese las manos inmediatamente antes de realizar una tarea limpia/aséptica. Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluidos los gérmenes del propio paciente.
3 DESPUÉS DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A LÍQUIDOS CORPORALES	¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?	Lávese las manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales (y tras quitarse los guantes). Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
4 DESPUÉS DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?	Lávese las manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deje la cabecera del paciente. Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
5 DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE	¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?	Lávese las manos después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje (incluso aunque no haya tocado al paciente). Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.

SANITIZACIÓN MECÁNICA

Sanitización mecánica de utensilios: Procedimiento por medio del cual se limpian los enseres o equipo que usa la persona o paciente considerando las normas y principios de asepsia.

Sanitización de enseres por energía ultrasónica Para realizar este procedimiento, se utilizan lavadoras ultrasónicas, cuyo tanque no debe contener paredes lisas y delgadas, ya que éstas se erosionan con facilidad. Éstas ofrecen una reducción microbiana significativa en la sanitización del instrumental

4.3 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.

Es sabido que los medicamentos a pasar de que tienen una serie de investigaciones, antes de lanzarlos al mercado para el uso humano. Un fármaco nuevo se denomina “entidad molecular nueva” y están protegidas por leyes de patente. Esto significa que otros no pueden fabricar el fármaco, hasta que finaliza la protección de la patente. Al terminar la patente, otras compañías pueden fabricarlo utilizando el mismo proceso de producción u otro distinto. Estos productos se denominan fármacos genéricos y se venden a precios menores que los de patente. La enfermera debe ejercer su juicio profesional y aplicar tanto conocimientos como habilidades en toda situación en la administración de medicamentos.

Con independencia del lugar donde el paciente reciba cuidados (hogar, clínica u hospital), la enfermera desempeña una función esencial en la administración de los medicamentos para la recuperación y el mantenimiento de la salud, considerando los aspectos de educación sobre la medicación, la evaluación de los efectos durante el tratamiento y las normas que debe observar para evitar complicaciones por una mala práctica. Los fármacos que se administran a las personas por lo general son para prevenir, diagnosticar o tratar las enfermedades. Para administrarlos con seguridad y exactitud, la enfermera debe contar con herramientas teóricas, tecnológicas y una buena comprensión de las ciencias biológicas, farmacocinética, crecimiento y desarrollo, anatomía humana, nutrición y matemáticas. La administración de medicamentos es una actividad que requiere una preparación eficaz que permita conocer la dinámica general y específica de la aplicación de los mismos.

La farmacoterapia se realiza a través de fármacos y medicamentos. Los primeros, son sustancias de origen vegetal, animal, mineral o sintético, que al penetrar al organismo producen una reacción celular y se emplean en la medicina, la industria y la cosmetología. Los medicamentos son fármacos preparados que se usan con fines terapéuticos. Éstos constan de un principio activo o sustancia medicamentosa y un vehículo o excipiente.

Los objetivos de los medicamentos en el campo de la medicina son de prevención o profilaxis, de diagnóstico y terapéuticos. Dependiendo del tipo de medicamentos, el tratamiento puede ser:

- Curativo, para eliminar el agente causal.
- Paliativo o sintomático, para eliminar o disminuir las manifestaciones clínicas.

- De sostén, para conservar una determinada condición del organismo indispensable para la curación.
- De sustitución, en alguna deficiencia del organismo.

FORMAS DE PRESENTACIÓN

Las formas de presentación dependen del tipo de las preparaciones farmacológicas en cuanto a su estado líquido, sólido o semisólido. Las más comunes son:

- **Aerosoles:** recipientes que permiten la salida del medicamento por presión a través de una válvula.
- **Ampolleta:** recipiente de vidrio que al cerrarse al vacío conserva el medicamento en condiciones estériles.
- **Cápsulas:** envoltura de gelatina para contener el medicamento, pueden ser de diferentes tamaños y colores. Las cápsulas elásticas y las perlas son para preparaciones líquidas y las cápsulas duras para sólidas.
- **Frascos:** recipientes de diferente forma, material, capacidad y transparencia provistos de tapón.
- **Frasco ampola:** frascos con tapa de hule y protector metálico.
- **Inhaladores:** aparato o tubos pequeños utilizados para administrar medicamentos volátiles o vapores por aspiración.
- **Papel:** envolturas que partir de materias fibrosas son utilizadas para polvos, en especial.

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN

Vías de administración	
Vía de administración	Vías principales
1. Enteral	<ul style="list-style-type: none"> • Oral • Sublingual • Bucal
2. Parenteral	<ul style="list-style-type: none"> • Intradérmica • Subcutánea • Intramuscular • Intravenosa • Otras: epidural, intratecal, intraósea, intraperitoneal, intrapleural, intraarterial
3. Tópica (se circunscribe a un área determinada del cuerpo)	<ul style="list-style-type: none"> • Instilación e irrigación: oftálmica, ótica, nasal, rectal y vaginal • Dermatológicas (piel) • Inhalaciones (respiratoria)

15 Correctos para la aplicación de medicamentos

L. E. ALEX SANTIAGO



1. **Higiene de las manos**
2. **Antecedentes Alérgicos**
3. **Tomar S.V**
4. **Medicamento Correcto**
5. **Dosis Correcta**
6. **Vía Correcta**
7. **Hora Correcta**
8. **Paciente Correcto**
9. **Técnica Correcta**
10. **Velocidad de infusión Correcta**
11. **Caducidad Correcta**
12. **Prepare y administre usted mismo**
13. **Registre usted mismo el medicamento**
14. **No admistre bajo órdenes verbales**
15. **Educar al paciente y su familia**

25G	0,5 x 16	
23G	0,6 x 25	
22G	0,7 x 30	
22G	0,7 x 40	
21G	0,8 x 25	
21G	0,8 x 40	
20G	0,9 x 25	
20G	0,9 x 40	
18G	1,2 x 40	
30G	0,3 x 13	

4.4 TRATAMIENTO Y CUIDADOS DEL DOLOR.

Dado que el dolor no es algo estático, sino dinámico, debe realizarse su seguimiento junto con otros signos vitales. Algunas instituciones consideran el dolor como el quinto signo vital. La evaluación del dolor no es simplemente un número, sería imprudente basarse únicamente en esto. La capacidad de establecer un diagnóstico de enfermería, decidir sobre las intervenciones adecuadas y evaluar las respuestas del paciente (resultados) a las intervenciones depende fundamentalmente de la interpretación temprana de los hechos y de la precisión en la valoración del dolor. El núcleo de esta compleja actividad es la exploración de la experiencia de dolor a través de los ojos del paciente. Las enfermeras utilizan una variedad de herramientas para evaluar el dolor nociceptivo y el dolor neuropático. El objetivo del uso de estas herramientas es identificar cuánto dolor existe sin interferir en la función del paciente, no para identificar la cantidad de dolor que el paciente tolera.

CLASIFICACION DEL DOLOR SEGÚN SU LOCALIZACION

LOCALIZACIÓN	CARACTERÍSTICAS	EJEMPLOS DE CAUSAS
Superficial o cutáneo El dolor procede de un estímulo cutáneo	El dolor es de corta duración y localizado. Por lo general, es una sensación aguda.	Pinchazos; pequeño corte o laceración
Profundo o visceral El dolor procede del estímulo de los órganos internos	El dolor es difuso y se irradia en varias direcciones. Su duración puede variar, pero por lo general dura más que el dolor superficial. El dolor es agudo, sordo o exclusivo del órgano afectado.	Sensación de opresión (p. ej., angina de pecho); sensación de quemazón (p. ej., úlcera gástrica)
Referido Fenómeno común en el dolor visceral debido a que muchos órganos no tienen receptores del dolor propios, por lo que las neuronas sensoriales del órgano afectado utilizan el mismo segmento de la médula espinal que otros órganos, provocando la percepción del dolor en áreas no afectadas	El dolor se siente en una parte del organismo separado de la fuente de dolor y puede adquirir cualquier característica.	El infarto de miocardio puede causar dolor referido a la mandíbula, el brazo izquierdo y el hombro izquierdo. Los cálculos renales refieren el dolor en la ingle
Irradiado Sensación de dolor que se extiende desde el lugar inicial de la lesión a otra parte del cuerpo	El dolor se siente como si se desplazara hacia abajo o a lo largo de una parte del cuerpo. Puede ser intermitente o constante.	El dolor lumbar por rotura de un disco intravertebral se acompaña de un dolor que se irradia por la pierna debido a la irritación del nervio ciático

Una de las características más subjetivas, pero más útil para la valoración del dolor, es su gravedad o intensidad. Existen diversas escalas que ayudan a los pacientes a comunicarnos la intensidad del dolor. Algunas de ellas son: la Escala Descriptiva Verbal del dolor (EDV), la Escala de Calificación Numérica (ECN) y la Escala Visual Analógica (EVA). Cuando se utiliza la ECN, el paciente puntúa de 0 a 3 el dolor leve; de 4 a 6, el dolor moderado, y de 7 a 10, el dolor intenso, considerado una emergencia. Estas escalas funcionan mejor cuando se evalúa la intensidad del dolor antes y después de las intervenciones terapéuticas.

Existen herramientas específicas para medir la intensidad del dolor en los niños. La escala «Oucher» utiliza fotografías de la cara de un niño de menor a mayor malestar para ayudar a los niños a comprender su dolor e intensidad. El niño debe señalar una cara en la herramienta, lo que simplifica la tarea de describir el dolor. Hay diferentes versiones de la herramienta según la etnia. La escala FACES evalúa el dolor en niños que hablan. La escala consta de seis caras de dibujos animados que van desde una cara sonriente («sin dolor») a caras cada vez menos alegres, llegando finalmente a una cara triste con lágrimas («dolor intenso»). Esta escala se puede utilizar en niños desde los 3 años de edad.

Numérica											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A	Sin dolor										Dolor grave
Descriptiva											
B	Sin dolor	Dolor leve			Dolor moderado		Dolor grave		Dolor insoportable		
Analógica visual											
C	Sin dolor										Dolor insoportable

Los pacientes indican un punto de la escala que corresponde a su percepción de la gravedad del dolor en el momento de la valoración.

OUCHER!

10 — 

9 — 

8 — 

7 — 

6 — 

5 — 

4 — 

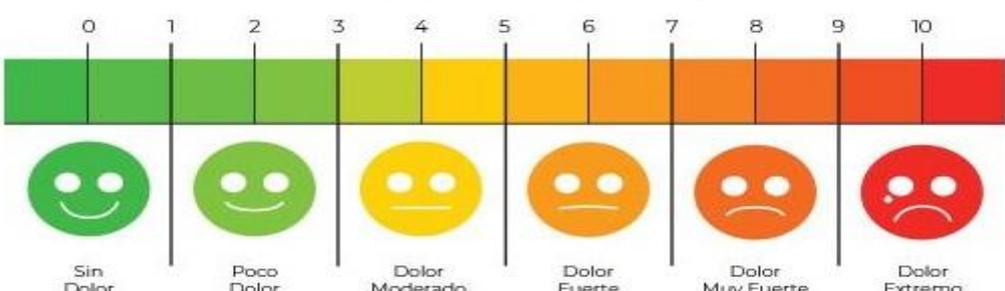
3 — 

2 — 

1 — 

0 — 

Escala de dolor EVA



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sin Dolor Poco Dolor Dolor Moderado Dolor Fuerte Dolor Muy Fuerte Dolor Extremo

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LAS ESTRATEGIAS GENERALES Y ESPECÍFICAS PARA EL DOLOR

Tens (del inglés Transcutaneous electrical nerve stimulation): estimulación eléctrica nerviosa transcutánea. Los tens consisten en un dispositivo que puede ser portátil o fijo; en el caso del dispositivo portátil, o llamado de bolsillo por el tamaño, éste funciona con pilas, de 2 a 4 electrodos conectados a cables del dispositivo, la enfermera lo utiliza en pacientes con dolor en alguna zona muscular del cuerpo y se aplican los electrodos sobre la piel, aplicando estimulación eléctrica de bajo voltaje, activando fibras de gran diámetro que modulan la transmisión del impulso nociceptivo en el sistema nervioso central y periférico. Contraindicados en cardiópatas con problemas de arritmias, marcapasos, heridas expuestas o no cicatrizadas.

Masaje: manipulación y serie de maniobras no invasivas aplicadas a superficies cutáneas, al tejido muscular y conjuntivo para ampliar la función de esos tejidos blandos y promover la relajación y el bienestar. Lo pueden aplicar durante el baño en cama, después del baño en regadera y antes de dormir, usando sólo las manos sin guantes, así como varios objetos como pelotas de gel, plumas, rodillos de madera tallada, piedras, esencias, talco, entre otros, valiéndose de técnicas básicas como rozamiento, presión con deslizamiento, amasamiento solo y con los dedos, así como diferentes palmo-percusiones.

Aplicación de calor y frío: compresas húmedo-calientes, compresas frías, bolsas de gel prefabricadas para sumergir al hielo, al agua caliente o colocarlas en el horno de microondas por algunos segundos para calentarlas; bolsas de hule de calor y frío para llenarlas de agua caliente o de hielo triturado; masajes con hielo, compresas heladas, baños con regadera con agua a diferentes presiones o baños de contrastes de frío y calor (inmersión local); son algunas de las herramientas utilizadas para producir la liberación de endorfinas, bloquean la transmisión de los estímulos dolorosos, estimulan fibras nerviosas sensitivas.

Técnicas de distracción: enfocadas a pacientes para mantener relajada mente-cuerpo y centrar su atención en los sentidos apartados de las sensaciones del dolor. La forma de distraer al paciente está influenciada por el aspecto cognitivo-conductual, donde por un momento el paciente olvida las molestias aquejadas.

Técnicas de relajación: La relajación es efectiva para el dolor crónico, porque capacita al paciente a reducir la ansiedad producida por el dolor o el estrés.

Tratamiento farmacológico para el dolor: La analgesia común es un medicamento que la enfermera administra para disminuir las molestias de éste. Se utilizan fármacos opiáceos (también llamados narcóticos), no opiáceos (fármacos antiinflamatorios no esteroideos) conocidos por lo común como los AINE y fármacos adyuvantes o también llamados coanalgésicos. Se incluyen también analgésicos suaves como paracetamol, analgésicos con fuerza moderada y analgésicos propiamente fuertes como morfina, dependiendo del dolor a manejar.

4.5 TÉCNICAS DE ALIMENTACIÓN.

Además de considerar estas normas generales, la enfermera debe saber que existen técnicas para alimentar al individuo de acuerdo con su etapa de crecimiento y desarrollo o su estado de salud-enfermedad. Estas técnicas por lo general se realizan por las vías enteral o digestiva y parenteral.

Técnicas de alimentación	
Vía	Técnicas
Digestiva o enteral	<ul style="list-style-type: none"> ● Materna ● Biberón ● Gotero ● Alimentador ● Bucal/oral ● Forzada ● Gastroclisis ● Enteroclisis
Parenteral	<ul style="list-style-type: none"> ● Endovenosa

Alimentación por vía oral

Es el conjunto de cuidados que se proporciona al paciente durante la alimentación por vía oral.

Objetivos:

- Proporcionar los nutrimentos necesarios para mantener o recuperar la salud y prevenir enfermedades o complicaciones.
- Enseñar hábitos alimentarios.

Alimentación por sonda

El ingreso de nutrimentos al organismo se efectúa también mediante técnicas de alimentación forzada o por gastroclisis; es necesario considerar que para ambas se debe introducir una sonda nasogástrica al estómago, sin descartar que la alimentación pueda ser duodenal, cuando el paciente no tolera la alimentación gástrica o cuando ésta puede provocar aspiración. La diferencia que existe, entre alimentación forzada y gastroclisis consiste en que la primera, se refiere al conjunto de intervenciones para introducir alimentos en forma líquida al estómago a través de una sonda nasogástrica y jeringa asepto; mientras que en la segunda el procedimiento consiste en introducir alimentación líquida a la cavidad gástrica, gota a gota, mediante una sonda.

INTUBACIÓN NASOGÁSTRICA

Es el procedimiento donde se introduce una sonda nasogástrica por nariz o boca a la cavidad gástrica.

Objetivos:

- Suministrar alimentos a la cavidad gástrica del paciente para nutrirlo.
- Administrar medicamentos a la cavidad gástrica con fines terapéuticos.
- Eliminar líquidos y gases por descomposición del aparato digestivo alto.
- Determinar la cantidad de presión y actividad motora en el tubo digestivo.
- Tratar pacientes con obstrucción mecánica y con hemorragia en el tubo digestivo.
- Obtener muestra de contenido gástrico.

Técnica de intubación:

Intubar de la forma siguiente:

- Calzarse los guantes
- Extraer la sonda del hielo para medir a parte que se va a introducir
- Humedecer la sonda con solución fisiológica
- Introducir con lentitud la sonda a nasofaringe posterior, por la nariz y pedirle que degluta sorbos de agua para facilitar su avance

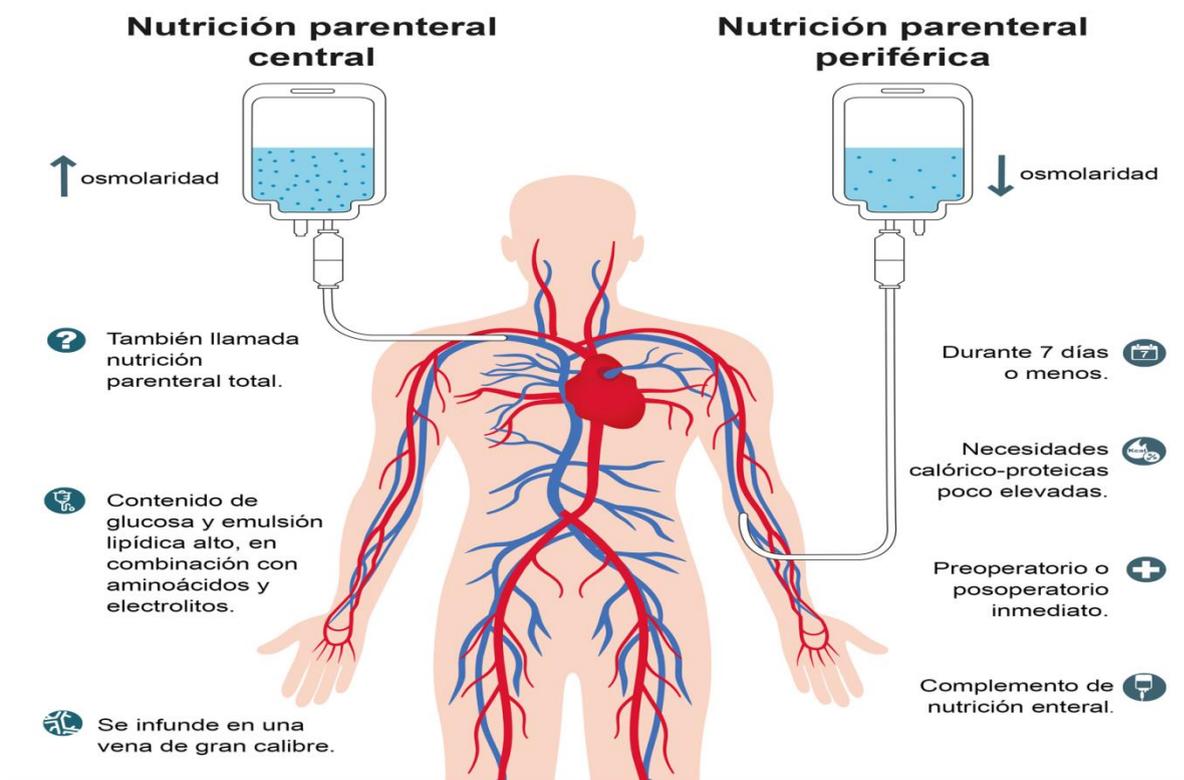
- Indicarle que flexione el cuello sobre el tórax y respirar con profundidad una vez pasados de 7 a 8 cm de longitud de la sonda
- En caso de que no pueda intubarse, retirar la sonda y probar en narina contraria
- Comprobar que la sonda se encuentre en estómago

Alimentación (nutrición) parenteral (NP)

Concepto. Es un método de alimentación por vía intravenosa a través de un catéter venoso central, para pacientes que no pueden o no deben digerir o absorber los nutrientes de forma temporal o permanente.

Objetivos:

- Cubrir necesidades nutricionales y calóricas en pacientes que no pueden digerir o absorber alimentos por vía enteral.
- Proporcionar una nutrición óptima en pacientes con problemas o complicaciones graves, con el fin de aumentar la capacidad del organismo, para metabolizar determinados nutrientes, corregir deficiencias nutricionales y eliminar alimentos para exacerbar la enfermedad.



4.6 HIGIENE DEL PACIENTE.

La higiene física y mental son dos necesidades básicas imprescindibles para que las personas vivan y se desarrollen en armonía con su entorno. Cuando éstas enferman, los cuidados básicos de higiene, por parte de la enfermera, constituyen parte integral del programa total del tratamiento; junto con el apoyo que debe realizarse para aumentar la adaptación del paciente a un nuevo ambiente hospitalario, a costumbres que quizá no tenía en el hogar, o a enseñarle nuevas alternativas para aumentar su autoestima y su auto concepto. La manera en que la enfermera facilite los cuidados higiénicos, influirá sobre la percepción que tendrá el paciente para cubrir esas necesidades, pero también dependerá del estado físico de éste y de la capacidad para proporcionarse o no sus propios cuidados, de manera eficaz.

Uno de los objetivos de la implementación en las prácticas de higiene física o corporal y en la higiene mental, es educar al paciente para que sea capaz de administrar la propia higiene o mejorar los hábitos adquiridos, para prevenir riesgos, complicaciones y fomentar hábitos de limpieza en caso necesario. A continuación se describen las técnicas de aseo prioritarias para mantener la salud.

Aseo parcial y aseo total

Las necesidades de aseo del paciente pueden satisfacerse en forma parcial o total. Dentro del aseo parcial se tiene: cepillado bucal, lavado de cabello, aseo de genitales y pediluvio. En cuanto al aseo total, se encuentran el baño con regadera y el baño a paciente encamado.

ASEO PARCIAL

El aseo matinal se refiere a las prácticas higiénicas de lavado de cara y manos, aseo bucal y afeitado que el paciente realiza con o sin ayuda durante las primeras horas de la mañana. Su objetivo es prepararlo para el desayuno y visita médica.

El aseo vespertino se refiere al de manos y boca realizada por la tarde antes de dormir para obtener bienestar físico y psíquico previo al acto.

El lavado de cabello es la limpieza que se hace del cabello y cuero cabelludo del paciente imposibilitado para realizarlo por sí mismo. Tiene como finalidad mantenerlo limpio.

El aseo de los genitales externos femeninos tiene como objetivo eliminar la secreción para evitar infecciones y preparar a la paciente para cualquier intervención del aparato genitourinario.

El pediluvio es el aseo que se realiza a los pies del paciente para mantenerlos limpios y proporcionar una sensación de bienestar mediante su descanso.

ASEO TOTAL

Baño en regadera Es la limpieza general del cuerpo con jabón y agua corriente

Objetivos:

- Eliminar las células muertas, secreciones, sudor y polvo.
- Reanimar y favorecer el estado emotivo.
- Permitir a la piel realizar sus funciones protectoras.
- Proteger la apariencia exterior.

Baño al paciente encamado. Es la limpieza general que se proporciona a un paciente en su cama, cuando no puede o no le está permitido bañarse en regadera o tina.

Objetivos:

- Eliminar las células muertas, secreciones, sudor y polvo.
- Favorecer la función circulatoria por medio de la movilización y el masaje.
- Lograr comodidad y bienestar.

Técnica de baño de paciente encamado	
Intervención	Fundamentación
1. Preparar el equipo en el cuarto de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Un equipo integrado disminuye esfuerzos y optimiza las intervenciones de enfermería
2. Explicar el procedimiento y ofrecerle el cómodo u orinal	<ul style="list-style-type: none"> • Las medidas higiénicas contribuyen a que se sientan cómodos y descansados
3. Cerrar puerta, ventanas, cortinas o colocar un biombo si es necesario	<ul style="list-style-type: none"> • La comunicación favorece las relaciones interpersonales entre los individuos • Una habitación libre de corrientes de aire y con temperatura de 20 a 23 °C, contribuye al bienestar físico del paciente • Las corrientes bruscas de aire influyen en la aparición de problemas respiratorios
4. Retirar los utensilios de la mesa de noche y limpiarla con paño húmedo, al igual que la silla	<ul style="list-style-type: none"> • El orden y la reducción del número de microorganismos aumentan la seguridad del medio
5. Trasladar el equipo a la unidad clínica (unidad del paciente), colocando los artículos para baño en la mesa de noche o mesa puente y sobre la silla, la ropa de cama en orden inverso al que se va a usar	<ul style="list-style-type: none"> • La integración y colocación ordenada del equipo, previa a la realización del procedimiento, evita o disminuye la pérdida de tiempo y energía
6. Aflojar la ropa de la cama, iniciando por la cabecera del lado contrario al que se encuentra el buró y retirar la ropa que lo cubre, excepto la sábana "móvil"	<ul style="list-style-type: none"> • Al mover y sacudir la ropa sucia, se esparcen microorganismos patógenos por el aire
7. Colocar una toalla sobre el tórax del paciente y realizar el cepillado bucal si es el caso, retirar y colocar la dentadura o prótesis dental	<ul style="list-style-type: none"> • El mal aliento, disminuye al retirar los depósitos de placa dentobacteriana blanda y sarro

<p>8. Retirar la ropa al paciente (bata o pijama). Primero quitar la manga del brazo que está libre</p> <ul style="list-style-type: none"> • A continuación retirar la manga del brazo en caso de existir canalización instalada, deslizar la manga por el brazo y el catéter de infusión • Tomar el frasco de la solución, sangre o algún medicamento, y pasarlo a través de la manga 	<ul style="list-style-type: none"> • Una maniobra cuidadosa y posición correcta del frasco, evita lesión en el sitio de canalización y retorno sanguíneo en el catéter de infusión
<p>9. Colocarlo en posición de decúbito dorsal, retirar la almohada, y acercar la cabeza sobre el borde proximal superior de la cama</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar lo más cerca del objeto o paciente reduce el esfuerzo de los músculos y, como consecuencia, la fatiga
<p>10. Colocar una toalla sobre el tórax del paciente e introducir el cojín de Kelly por debajo de los hombros Si no hay cojín, se improvisa con tela ahulada, cuyo borde superior se enrolla hacia adentro y el borde inferior, se introduce en la cubeta que estará colocada sobre una silla o en el banco de altura</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El uso de cojín Kelly o hule protege la ropa de la cama asegurando una corriente constante de agua
<p>11. Indicar al paciente que coloque su cabeza sobre el cojín de Kelly o hule</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Una posición correcta disminuye esfuerzo y previene de lesiones
<p>12. Proteger los conductos auditivos externos con torundas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El oído externo está constituido por el pabellón auricular y el conducto auditivo externo
<p>13. Verter agua templada con la jarra sobre el cabello y cabeza del paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La exposición prolongada al frío produce vasoconstricción periférica importante • La temperatura corporal depende del flujo sanguíneo existente • La respuesta fisiológica al calor o frío aplicado de forma externa, depende de la actividad vasomotora normal

<p>14. Aplicar jabón o champú, friccionar con las yemas de los dedos la superficie del cuero cabelludo y frotar el cabello cuantas veces sea necesario</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A mayor número de microorganismos, mayor cantidad y concentración del agente destructor • Las sustancias tensoactivas o surfactantes producen espuma • Cada cabello se mantiene flexible por virtud de las glándulas sebáceas que secretan sebo en el folículo, cerca de la superficie de la piel • El jabón saponifica las grasas • Los jabones son sales metálicas de los ácidos grasos y en solución acuosa dan una reacción leve básica • El estado físico determina las condiciones del cabello • La estimulación mecánica favorece la circulación sanguínea
--	---

4.7 PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.

Úlcera por presión, úlceras por decúbito o escaras son términos utilizados para describir el deterioro de la integridad cutánea relacionado con la presión continuada. La terminología más habitual es úlceras por presión, de acuerdo con las recomendaciones de las guías de úlceras por presión. Una úlcera por presión es una lesión localizada en la piel y otro tejido subyacente, por lo general, sobre una prominencia del cuerpo, como resultado de la presión o de la presión en combinación con el cizallamiento y/o la fricción.

Todo paciente que presente una disminución de la movilidad, una disminución de la percepción sensorial, incontinencia fecal o urinaria y/o una mala nutrición presenta riesgo de desarrollar úlceras por presión. Hay muchos factores que contribuyen a la formación de este tipo de úlceras, pero la causa principal es la presión. Los tejidos reciben oxígeno y nutrientes y eliminan los desechos metabólicos a través de la sangre. Cualquier factor que interfiera en la circulación de la sangre a su vez interfiere con el metabolismo celular y la

función o la vida de las células. La presión continuada e intensa afecta el metabolismo celular por la disminución u obstrucción del flujo sanguíneo, lo que provoca isquemia y en última instancia la muerte tisular.

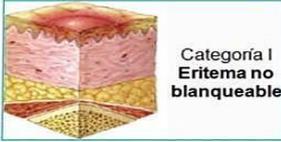
ÚLCERAS POR PRESIÓN

CLASIFICACIÓN DE UPP NPUAP/EPUAP

@tcae_auxiliares

Categoría I ERITEMA NO BLANQUEABLE

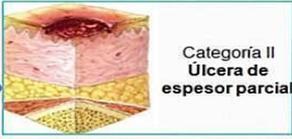
- Piel intacta con enrojecimiento no blanqueable.
- La piel oscura pigmentada pueda no tener palidez visible.
- Área dolorosa, firme, suave, más caliente o fría en comparación con el tejido adyacente.



Categoría I
Eritema no
blanqueable

Categoría II ÚLCERA DE ESPESOR PARCIAL

- Pérdida de espesor parcial de la dermis.
- Úlcera abierta poco profunda, herida roja-rosada, sin esfacelos ni hematomas.
- Posible flictena o blíster intacta llena de suero o rota.
- No describe laceraciones, dermatitis asociada a incontinencia, maceración o excoriación.



Categoría II
Úlcera de
espesor parcial

Categoría III PÉRDIDA TOTAL DEL GROSOR DE LA PIEL

- Pérdida completa del tejido.
- Posible grasa subcutánea visible y esfacelos.
- Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones.
- El hueso o tendón no son visible o directamente palpable.



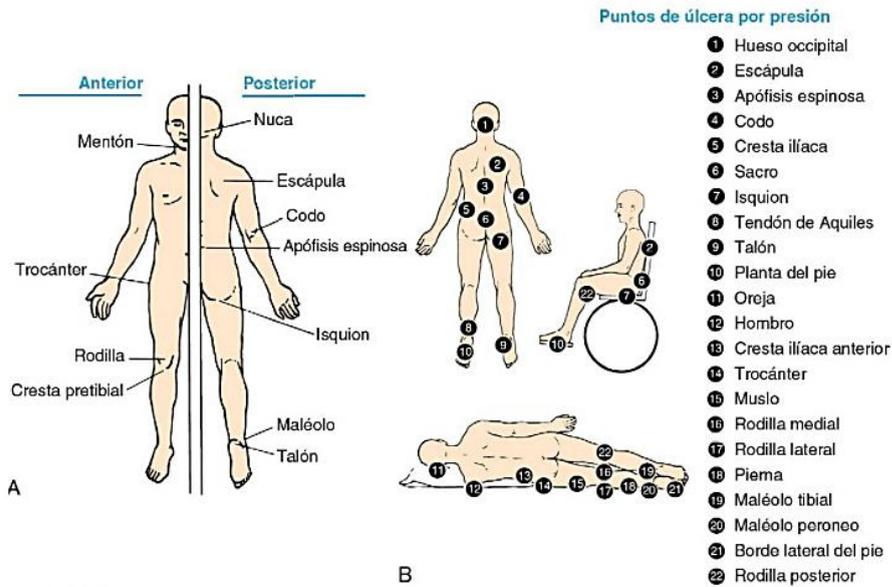
Categoría III
Pérdida total
del grosor
de la piel

Categoría IV PÉRDIDA TOTAL DEL ESPESOR DE LA PIEL

- Tejido con hueso expuesto, tendón o músculo visible.
- Presente esfacelos o escara.
- Incluye cavitaciones y tunelizaciones.
- Riesgo de osteomielitis u osteítis.



Categoría IV
Pérdida total
del espesor de
los tejidos



Cuando existe riesgo de desarrollar úlceras por presión, son prioritarias las intervenciones preventivas como el cuidado de la piel, la reducción del cizallamiento y el posicionamiento del paciente. Favorecer la cicatrización de la herida es una prioridad de enfermería importante; y el tipo de cuidados proporcionados dependerá del tipo, el tamaño y la localización de la herida y los objetivos generales del tratamiento.

En el paciente inmovilizado, el principal riesgo para su piel es la formación de úlceras por presión. Las intervenciones de enfermería se centran en su prevención. El primer paso de la prevención es la valoración de los factores de riesgo del paciente para desarrollar úlceras por presión con el fin de planificar la reducción o eliminación de los factores de riesgo identificados.

TABLA 48-6 Guía rápida para la prevención de úlceras por presión

FACTOR DE RIESGO INTERVENCIONES ENFERMERAS	
Disminución de la percepción sensorial	Valorar los puntos de presión para detectar signos de hiperemia reactiva no blanqueante. Proporcionar una superficie para la redistribución de la presión.
Humedad	Valorar la necesidad de tratamiento para la incontinencia. Después de cada episodio de incontinencia, limpiar el área perineal con un producto sin aclarado y proteger la piel con pomada de barrera a la humedad.
Fricción y cizallamiento	Realizar cambios posturales al paciente utilizando sábana de tracción para la elevación. Proporcionar un trapecio para facilitar el movimiento. Colocar al paciente en posición lateral 30 grados y limitar la elevación de la cabeza a 30 grados.
Disminución de la actividad/movilidad	Establecer y colocar visible el horario individualizado para los cambios posturales.
Desnutrición	Proporcionar la ingesta nutricional y de líquido adecuada; ayudar con la ingesta según sea necesario. Consultar al dietista para evaluación nutricional.

ESCALA DE NORTON MODIFICADA

ESTADO FISICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
BUENO	ALERTA	AMBULANTE	TOTAL	NINGUNA	4
MEDIANO	APATICO	DISMINUIDA	CAMINA CON AYUDA	OCASIONAL	3
REGULAR	CONFUSO	MUY LIMITADA	SENTADO	URINARIA O FECAL	2
MUY MALO	ESTUPOROSO COMATOSO	INMOVIL	ENCAMAD O	URINARIA Y FECAL	1

CLASIFICACION DE RIESGO:
 PUNTUACION DE 5 A 9----- RIESGO MUY ALTO.
 PUNTUACION DE 10 A 12----- RIESGO ALTO
 PUNTUACION 13 A 14 ----- RIESGO MEDIO.
 PUNTUACION MAYOR DE 14 ----- RIESGO MINIMO/ NO RIESGO.

Escala de Braden

Percepción Sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Roce y Peligro de Lesiones
1. Completamente limitada	1. Constantemente limitada	1. Encamado/a	1. Completamente inmóvil	1. Muy pobre	1. Problemas
2. Muy limitada	2. A menudo húmeda	2. En silla	2. Muy limitada	2. Probablemente inadecuada	1. Problema potencial
3. Ligeramente limitada	3. Ocasionalmente húmeda	3. Deambula ocasionalmente	3. Ligeramente limitada	3. Adecuada	3. No existe problema
4. Sin limitaciones	4. Ráramente húmeda	4. Deambula frecuentemente	4. Sin limitaciones	4. Excelente	

Riesgo muy alto: <9
 Alto riesgo: 10-12
 Riesgo moderado: 13-14
 Riesgo leve: 15-18
 Sin Riesgo: 19-23

Las tres áreas principales para la prevención de úlceras por presión son: 1) el cuidado de la piel y el tratamiento de la incontinencia, 2) la carga mecánica y los dispositivos de apoyo, que incluye la posición correcta y el uso de superficies terapéuticas, y 3) la educación sanitaria

Cuidado tópico de la piel y gestión de la incontinencia. Es necesario realizar frecuentemente la valoración de la piel, como mínimo una vez al día. Sin embargo, en los pacientes de alto riesgo se deben realizar evaluaciones cutáneas más continuas, en cada turno, así como asegurar que la piel del paciente permanezca limpia y seca.

Posicionamiento del paciente. Las intervenciones dirigidas al posicionamiento del paciente reducen la presión y fuerza de cizallamiento a la piel. Elevar el cabecero de la cama a 30 grados o menos disminuye el riesgo de aparición de úlceras por presión provocadas por las fuerzas de cizallamiento. Si lo permite el estado general del paciente es necesario el cambio postural al menos cada 2 horas. Cuando se realice el cambio postural, hay que proteger las prominencias óseas mediante dispositivos de protección.

Superficies de apoyo (camas terapéuticas y colchones). Una superficie de apoyo es un dispositivo especializado para la redistribución de la presión diseñado para el tratamiento o manejo de las cargas tisulares, microclimatizado y/o con otras funciones terapéuticas (es decir, colchones, sistemas de cama integrada, colchón de reemplazo, sobrecolchón o cojín de asiento o sobrecojín de asiento).

4.8 DRENAJES.

Los drenajes quirúrgicos son unos tubos que están conectados a un recipiente cerrado con presión negativa. A través de estos tubos se consigue extraer la sangre y otros fluidos que, tras la cirugía, se pueden acumular en el paciente. La ventaja más importante del drenaje es la seguridad. Un drenaje hace una cirugía mucho más segura, ya que disminuye el riesgo de complicaciones, disminuye el dolor postoperatorio puesto que hay menos tensión en la zona y facilita la cicatrización de la herida.

CLASIFICACIÓN DE LOS DRENAJES

A grandes rasgos los drenajes los podemos clasificar en varios tipos:

–Según su forma de drenar:

- Pasivos: actúan por capilaridad o por gravedad o por diferencia de presiones.
- Activos: en este tipo la salida del material se produce mediante un sistema de aspiración.

–Según su mecanismo de acción:

- Profilácticos: su función es evitar la formación de una colección, permitiendo su drenaje al exterior y de esta forma evitar complicaciones.
- Terapéuticos: se utiliza para dar salida a colecciones ya formadas.

–Según su colocación:

- Quirúrgicos: se colocan en la herida quirúrgica tras una cirugía.
- Punción transcutánea: su colocación precisa de la realización de una ecografía o Tomografía Axial Computarizada (TAC) para guiar durante la inserción hacia la colección a drenar.

LOS DRENAJES MÁS CONOCIDOS SON:

- ✓ Drenaje de gasa o dedo de guante: Consiste en una tira de gasa o una gasa enrollada con un extremo se colocado en una herida y actúa por capilaridad, facilitando el fluido de las secreciones. En el caso de dedo de guante se corta un dedo de un guante estéril y se coloca dentro de la herida asomando una parte fuera de esta, la intención de este drenaje es impedir que la herida cierre antes de lo necesario para evitar que se quede material dentro que pueda infectarla.
- ✓ Drenaje de Penrose: Es un tubo de caucho, delgado y aplanado, los hay de varios tamaños más delgado más grueso más largo más corto, etc. que se mantiene colapsado mientras no pasa líquido por su interior. Se coloca a través de una abertura cutánea y actúa por capilaridad. Se coloca al finalizar la intervención quirúrgica, antes de cerrar la pared, a través de una pequeña incisión y se asegura mediante un punto de sutura. Una vez terminada la cirugía se puede colocar una bolsa de colostomía para recoger las secreciones.
- ✓ Drenaje de Jackson Pratt: Es un drenaje activo aspirativo. Es un catéter de silicona blanca, aplastada al principio y circular al final y en su extremo puede conectarse a vacío de baja presión tipo “pera” o a vacío tipo Redón.
- ✓ Drenaje de Redón: Se trata de un sistema de drenaje activo, constituido por un tubo flexible con un extremo en el que hay múltiples perforaciones y que se coloca en la zona a drenar, y el otro extremo se acopla herméticamente a un tubo o alargadera conectado a un recipiente de recolección donde previamente se practica el vacío. Este mecanismo permite un drenaje constante, que puede regularse según sean las necesidades de cada caso.
- ✓ Drenaje de Blake: Tiene un extremo multiperforado, redondo y con rayas de color. Es muy parecido al Jackson Pratt. También existen drenajes utilizados para grandes colecciones y además se pueden hacer irrigaciones con ellos. Podemos clasificarlos en torácicos y abdominales dependiendo de su colocación anatómica. Algunos se necesita para su colocación una cirugía intervencionista.
- ✓ Drenaje de Kehr: Es un tubo blando que tiene forma de T, utilizado en cirugía biliar: los dos extremos cortos de la T se insertan en el colédoco y el conducto hepático, y la vía más larga se saca a través de la pared abdominal. Asegura el paso de bilis al colédoco, y así evita que se produzca un incremento de la presión en las vías biliares

Este drenaje actúa por gravedad; se conecta a un sistema de recolección cerrado y estéril, colocado por debajo del nivel del enfermo, donde se recoge el líquido drenado.

- ✓ Drenaje de Saratoga: Consiste en un tubo multiperforado de silicona o polivinilo con dos luces: la externa permite la entrada de aire y la interna permite la conexión a un sistema de aspiración. Se usa en grandes heridas infectadas, o cuando la cantidad a drenar es muy elevada. Lleva un hilo radio-opaco que permite comprobar su colocación mediante una radiografía.
- ✓ Drenaje de Abramson: Presenta tres luces: una para la entrada de aire, otra que acoplamos al sistema de aspiración y una tercera que nos sirve para la irrigación de la zona.
- ✓ Drenaje de Pleur-evac: Este es el más conocido dentro de los torácicos. El pleurevac es un sistema de drenaje torácico con sello de agua y su finalidad es drenar líquido, aire o sangre del espacio pleural, permitiendo restablecer la presión pleural y que un pulmón colapsado se reexpanda.
- ✓ Drenaje de Pigtail: Para drenar colecciones u orina como por ejemplo en la nefrostomía.

INDICACIONES DE LOS DRENAJES

- ✓ **ABSCESOS:** Un drenaje en un absceso es muy importante ya que evacua todas las sustancias acumuladas evitando el cierre en falso.
- ✓ **LESIONES TRAUMÁTICAS:** Cuando se origina un traumatismo hay mucho líquido extravasado, por lo que es necesario la colocación de un drenaje.
- ✓ **PROFILAXIS DE FUGA TRAS CIRUGÍA GENERAL:** Después de una cirugía siempre hay riesgo de líquido acumulado, por lo que se coloca un drenaje para evitar la presión, el dolor y la sobreinfección. Esto nos indicará también si existe riesgo de hemorragias.
- ✓ **TRAS CIRUGÍA RADICAL:** Cuando se realizan grandes resecciones, se pierde gran cantidad de líquido linfático y sangre, que no debe acumularse. Un drenaje hay que colocarlo cuando sea verdaderamente necesario ya que es una puerta de entrada de bacterias y microorganismos que pueden dar lugar a una complicación innecesaria. Además un drenaje puede obstruirse y el riesgo de infección

aumentaría, también es imprescindible quitar el drenaje tan pronto como sea posible.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Limpieza y desinfección de la zona de inserción del drenaje.
- Revisar periódicamente para detectar posible salida del drenaje o rotura.
- Vaciar el líquido aspirado y apuntar medición en el lugar correspondiente.
- Evaluar el tipo de aspirado su color, aspecto, contenido, etc. y anotarlo todo en historia clínica del paciente.

4.9 MECÁNICA CORPORAL

La información relativa a mecánica corporal es uno de los métodos que se utilizan para la valoración del estado de salud de la persona y como parte de las tecnologías de mantenimiento que la enfermera realiza durante la movilización y traslado o transferencia de la persona o paciente con fines diagnósticos y terapéuticos.

Concepto. Estudia el equilibrio y movimiento de los cuerpos aplicado a los seres humanos, y se conceptualiza como la disciplina que trata del funcionamiento correcto y armónico del aparato musculoesquelético en coordinación con el sistema nervioso.

Objetivos:

- Disminuir el gasto de energía muscular.
- Mantener una actitud funcional y nerviosa.
- Prevenir complicaciones musculoesqueléticas.

La mecánica corporal comprende las normas fundamentales que deben respetarse al realizar la movilización o transporte de un peso, es el uso adecuado de nuestro cuerpo cuando trabajamos o cuando realizamos actividades de la vida diaria. Con una buena mecánica corporal podemos prevenir lesiones o fatigas.

La mecánica corporal está formada por 3 elementos: la postura, el equilibrio y el movimiento coordinado del cuerpo.

- La postura significa tener el cuerpo bien alineado y en equilibrio. Cuidando la postura cuidamos nuestro cuerpo en especial los músculos y los tendones.
- El equilibrio se consigue cuando nuestro cuerpo está estable. Es importante que conozcamos las diferentes posiciones anatómicas para colocar a los pacientes según sus necesidades.
- El movimiento coordinado del cuerpo significa integrar los sistemas músculo esquelético y nervioso, así como la movilidad articular de nuestro cuerpo.

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA MECÁNICA CORPORAL

1. Intentar mantener siempre la espalda recta y buscar el equilibrio de nuestro cuerpo.
2. Mantener la carga tan cerca del cuerpo como sea posible, ya que aumenta la capacidad de levantamiento.
3. Contraer los músculos abdominales y glúteos, y estabilizar la pelvis antes de realizar la movilización.
4. Siempre que podamos deslizar al paciente será mejor que levantarlo.
5. Evitar girar el tronco, ya que se pierde el alineamiento corporal. Siempre es preferible pivotar con los pies.
6. Utilizar el equipamiento adecuado en función del estado y las características del paciente, así como tener en cuenta las dimensiones del espacio de trabajo.

4.10 NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

Junto con la higiene física o hábitos de limpieza, se debe valorar la higiene mental como parte del equilibrio biopsicosocial en su vida, así como la satisfacción de las necesidades de bienestar. Por ello dentro de las actividades diarias realizadas en el trabajo, hogar, escuela y de acuerdo a los roles desempeñados, es fundamental estar tranquilo consigo mismo y con el entorno, a través de la práctica de hábitos de sueño y descanso o reposo, para la liberación de tensiones físicas y emocionales.

El descanso y el sueño son necesidades fisiológicas que han sido manejadas de manera análoga. El descanso es sinónimo de reposo o relajación, y es un estado de quietud que implica la liberación de tensión emocional y molestias físicas. El sueño, principal forma de

descanso, es la suspensión normal periódica de los procesos integrativos (conciencia y vida de relación) por la interrupción de estímulos aferentes sensoriales y eferentes motrices. O también es, un periodo de disminución de la viveza mental y la actividad física forma parte del patrón diario rítmico de todos los seres vivos.

Existen causas que alteran el reposo o el sueño, dentro de las que se pueden considerar las siguientes:

- Contaminación ambiental de agua, suelo, (pesticidas, plaguicidas) y atmósfera (ruidos, gases, ozono).
- Naturales: catástrofes, climas extremos.
- Sociales: farmacodependencia, delincuencia, violencia, desintegración familiar, distribución del tiempo para realizar tareas, ejercicios, meditación o descanso.
- Económicas: salarios bajos, competencia de lujo, costos altos.
- Laborales: presiones, excesos, inconformidad.
- Políticas: injusticias, corrupción, normas, leyes.
- Fisiológicas: transiciones en el desarrollo.
- Psicológicas: estados emocionales, depresión, enfrentamiento a crisis vitales.
- Espirituales y crisis existenciales.
- Patológicas: lesiones, afecciones, que comprometen la salud del individuo.

Estos problemas generan pérdida de energía, displacer y mal funcionamiento físico-mental. El descanso ofrece la posibilidad de convivir con entusiasmo y vitalidad para obtener un desarrollo físico y mental, siempre y cuando se lleve un estilo de vida basado en su valoración como persona con dignidad que le haga autoconsciente, único, responsable y capaz de amar. Algunas formas de descanso estriban en la satisfacción de necesidades biológicas (alimentación, sueño, ejercicio, respiración), emocionales, espirituales o bien, en la observación y participación en actividades deportivas, culturales, ludoterapéuticas, ergoterapéuticas o de esparcimiento, según las características biopsicosociales, ciclo vital o procesos patológicos del individuo.

Sobre los hábitos de sueño o descanso, la enfermera necesita conocer los patrones acostumbrados del sueño, trastornos crónicos, problemas específicos, naturaleza de cualquier alteración, estado actual de comodidad y plan de tratamiento con fármacos y otros. Esta información la complementa con la observación directa del paciente a través de

signos como inquietud, palidez, tensión, rigidez, taquicardia, diaforesis, ojos hundidos, edema palpebral, ojos brillantes y apagados, temblor de manos, irritabilidad, cansancio, letargia, aislamiento, confusión e incoordinación, entre otros.

El trabajo conjunto enfermería-paciente necesita comprensión de la situación del paciente, de la valoración de su estado de salud y de su capacidad para resolver problemas para determinar prioridades y establecer metas tendientes a conservar o fomentar la salud. La sincronización de aspectos racionales, lógicos y deductivos con los intuitivos, artísticos y espirituales en cada una de las actividades, conlleva a adquirir mejores hábitos personales y por consiguiente, un estilo de vida saludable. El sentido de libertad, sensación de bienestar y seguridad, creación de una atmósfera de serenidad y alegría, placer de lo que se hace, satisfacción de necesidades biológicas, perfeccionamiento de actitudes, control de estados emocionales y realización de actividades espirituales, son algunos factores que propician el descanso.

4.11 VENDAJES

Los vendajes continúan siendo insustituibles para ciertas situaciones en los cuidados del paciente, sin perder de vista los propósitos correspondientes, aun cuando la evolución tecnológica ha permitido la adaptación de artículos o aparatos, como soportes de hombro, clavicular o sacroabdominales; inmovilizadores de cuello y rodilla o vendas de materiales diversos.

Los vendajes o la acción de vendar consisten en la aplicación de una venda sobre una parte del cuerpo con fines preventivos o terapéuticos, y tienen como propósito:

- ✓ **Compresión:** para detener hemorragias, fomentar la absorción de líquidos tisulares y prevenir la pérdida de líquidos tisulares.
- ✓ **Contención:** para limitar los movimientos de extremidades o articulaciones en casos de luxación, esguince o fractura, sujetar material de curación y proporcionar calor y protección.
- ✓ **Corrección:** para inmovilizar una parte del cuerpo y corregir deformidades.

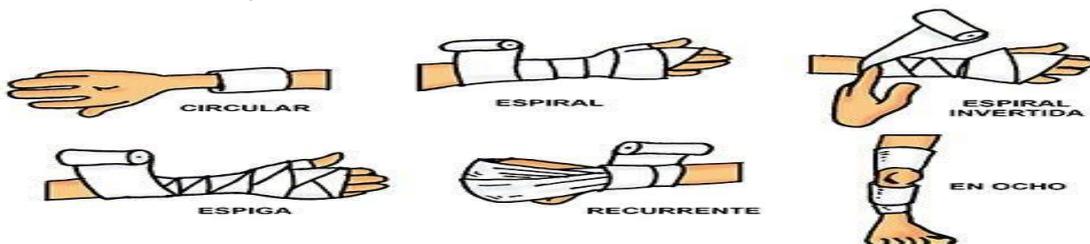
CLASIFICACIÓN DE LOS VENDAJES

Los vendajes se clasifican según su

- Uso clínico: contención, corrección, compresión.
- Método de aplicación: circulares y recurrentes, cabos múltiples, triangulares, llenos o charpas.
- Región en que se aplican: de cabeza, de extremidades superiores, de tórax, de abdomen, de extremidades inferiores.

Vendajes según método de aplicación: Según su método de aplicación se tienen los siguientes tipos de vendajes:

- ✓ Circulares; superpuestas.
- ✓ En espiral e imbricadas.
- ✓ En espiral continua.
- ✓ En espiral rampante.
- ✓ Oblicuas.
- ✓ Con inversos.
- ✓ Oblicuas y cruzadas en "8".
- ✓ Recurrentes.
- ✓ Con vendas de cabos múltiples.
- ✓ Llenos o charpas.



BIBLIOGRAFIA

Gómez, E. R. (2015). Fundamentos de enfermería: ciencia, metodología y tecnología. Editorial El Manual Moderno.

Potter, P. A., Perry, A. G., & Stockert, P. A. (Eds.). (2013). Fundamentos de enfermería. Elsevier Health Sciences.

Barrera, S. R., & Gómez, E. R. (2004). Fundamentos de enfermería. Editorial El Manual Moderno

Aguirre Raya, Dalila Aida. (2020). Retos y desafíos de la Enfermería en el mundo moderno. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(3), e3229. Epub 10 de julio de 2020. Recuperado en 19 de agosto de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SI1729519X2020000300001&lng=es&tlng=es.