



ANTOLOGIA

FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA III

LICENCIATURA EN ENFERMERIA

3er CUATRIMESTRE

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 Enfermería III

Objetivo de la materia:

Conocer y aplicar los principios que sustentan los cuidados integrales de enfermería. Proporcionar cuidados integrales de enfermería, desarrollando planes de cuidados y evaluando la calidad de los mismos.

INDICE

UNIDAD I	9
PRACTICA CONTEMPORANEA DE LA ENFERMERIA	9
1.1 INTRODUCCIÓN A LA ENFERMERÍA.....	9
1.2 ÁMBITO DE LA ENFERMERÍA.....	12
1.2.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EL BIENESTAR.....	14
1.2.2 PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD.....	16
1.2.3 RECUPERACIÓN DE LA SALUD.....	18
1.2.4 CUIDADOS DE LOS ENFERMOS TERMINALES.....	20
1.2.5 EJERCICIO DE ENFERMERÍA.....	23
1.2.6 FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN.....	28
1.3 INVESTIGACIÓN	29
1.4 TECNOLOGÍA PARA EL CUIDADO	31
1.5 ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD (APS)	34
UNIDAD II	38
LA ENFERMERA COMO UNA PROFESION EN EVOLUCION, ELEMENTOS DE LOS CUIDADOS HOLISTICOS	38
2.1 BIENESTAR, SALUD Y ENFERMEDAD	38
2.2 INDIVIDUOS Y FAMILIA EN EL LUGAR Y EN LA COMUNIDAD.....	42
2.2.1 ETNIA Y CULTURA.....	45
2.2.2 ESPIRITUALIDAD Y RELIGIÓN.....	47
2.2.3 SEXUALIDAD.....	50
2.2.4 LIDERAR, DIRIGIR E INFLUIR EN EL CAMBIO DE PACIENTE.....	53
2.2.5 FILOSOFÍA DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA. POSTULADOS Y PRINCIPIOS CIENTÍFICOS.....	54
UNIDAD III	57
PROMOCIÓN DE LA SALUD FISICA	57
___3.1 Patrón 1: percepción de la salud y manejo de la salud.....	58
___3.2 PATRÓN 2: NUTRICIONAL-METABÓLICO.....	60
___3.3 PATRÓN 3: ELIMINACIÓN.....	63
___3.4 PATRÓN 4: ACTIVIDAD Y EJERCICIO.....	64
3.5 PATRÓN 5: SUEÑO- DESCANSO.....	66
3.6 PATRÓN 6: COGNITIVO-PERCEPTIVO	67

3.7 PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO	69
3.8 PATRÓN 8: ROL – RELACIONES	71
3.9 PATRÓN 9: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN.....	73
3.10 PATRÓN 10: ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS.	75
3.11 PATRÓN 11: VALORES Y CREENCIAS	76
UNIDAD IV.....	77
VALORACION DE LA SALUD	78
4.1 TÉCNICAS ESPECIALES DE ENFERMERÍA.	78
4.1.2 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ORAL.	83
4.1.3 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRADÉRMICA.	85
4.1.4 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA SUBCUTÁNEA.....	88
4.1.5 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA INTRAMUSCULAR.	91
4.1.6 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRAVENOSA	94
4.2 VALORACIÓN DE LA SALUD EN EL ADULTO	97
4.3 TIPOS DE BAÑOS EN EL PACIENTE.....	99
4.4 SUCCIÓN GÁSTRICA.	103
4.5 LAVADO GENITAL	106
4.6 ENEMAS.....	108
BIBLIOGRAFIA.....	111

UNIDAD I

PRACTICA CONTEMPORANEA DE LA ENFERMERIA

I.1 INTRODUCCIÓN A LA ENFERMERÍA

Para comprender la enfermería en el momento actual y a la enfermería que se quiere para el futuro, es necesario revisar los hechos del pasado, pues esta profesión ha experimentado cambios drásticos como respuesta a las necesidades y a la influencia de la sociedad. Si se observan los hechos desde inicios de la profesión, la enfermería revela una lucha continua por su autonomía y profesionalización, eventos que le han llevado a crecer, desde el punto de vista, profesional en estudios de especialización, maestrías y doctorados, así como agruparse en asociaciones u organizaciones profesionales, gremiales o sindicales, que le han permitido en forma paulatina, pero segura, la toma de decisiones en las políticas de salud y gestión del cuidado en varios países del mundo.

En el presente siglo y en un mundo globalizado, la profesión de enfermería en América Latina enfrenta grandes desafíos. Por un lado, la consolidación de un modelo profesional autónomo en lo científico técnico y en lo administrativo. En la clínica, deberá reasumir su función de cuidador, pero su presencia en la atención de los pacientes deberá caracterizarse por intervenciones que demuestren la calidad científica y humanización del cuidado profesional. Asumir el ejercicio independiente o autónomo, en particular el dirigido a los cuidados en el hogar. Redefinir en teoría y práctica la dimensión de los cuidados prolongados y de los cuidados paliativos, para sociedades donde el perfil demográfico de

los viejos está en aumento, con sus características epidemiológicas de demencias, discapacidades y enfermedades crónicas.

“Hoy no es suficiente con aceptar que el cuidado es el objeto de la disciplina y de la praxis en enfermería. Es preciso asumir una nueva manera de contextualizar y conceptualizar el cuidado para ejercerlo profesionalmente. Esto significa, modificar de manera sustancial nuestra manera de pensar, de ser y de hacer enfermería. Para ser profesionales autónomos, responsables de nuestros actos, con una praxis fundamentada tanto en evidencias científicas como en la sensibilidad y la creatividad comprometida, con la construcción de condiciones de vida favorables a los pueblos latinoamericanos, por lo tanto, actores políticos. Demanda



comprender el significado de las necesidades de bienestar de los colectivos sociales y de sus satisfactores, conocer las transformaciones que están sucediendo en su perfil demográfico y epidemiológico y en los sistemas y servicios de salud, para diseñar

modelos de atención de enfermería fundamentados en un serio trabajo investigativo, en la sistematización y socialización de nuestras experiencias como comunidad científica, para desarrollar la disciplina y cualificar el servicio que ofrecemos”.

A través del tiempo, los organismos internacionales: la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) entre otros, han reconocido siempre la importancia del trabajo de enfermería en el campo de la salud, y se han pronunciado sobre sus conocimientos y funciones. En marzo de 2001, la OPS y la OMS, plantearon que los servicios de enfermería tienen como misión prestar atención de salud a los individuos, a las familias y a las comunidades, en todas las etapas del ciclo vital y en los aspectos relacionados con la prevención de enfermedades, promoción de la salud, recuperación y rehabilitación, con un enfoque holístico e interdisciplinario, con el fin de contribuir a un mayor bienestar de la población. Destacan que las intervenciones de enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad humana. Se reconoce que los modelos de enfermería, son esquemas mentales que orientan

la práctica, y constituyen un aspecto esencial de su pensamiento lógico para la toma de decisiones relacionadas con el cuidado de las personas. Sin embargo, hay factores que influyen de forma definitiva en el cuidado de las personas, es que las enfermeras cada día y con mayor frecuencia, desarrollan actividades de carácter administrativo, que ocupan buena parte de su tiempo.

El panorama de la situación de enfermería en México, no es muy diferente a algunas



situaciones que se viven en otros países del mundo, pero en especial en los países en desarrollo. Como se sabe, hasta finales del siglo XIX, la enfermería evolucionó a partir de antecedentes religiosos, militares y sociales, fue desde principios del siglo XX, quien más influyó en la enfermería para que ésta se considerara una profesión fue Florencia Nightingale, ya

que a través de la creación de escuelas para formar enfermeras se les dotaba de experiencia práctica y de un acervo importante de conocimientos. Mencionaba que las escuelas de enfermería deberían estar dirigidas por enfermeras y estar separadas de los hospitales como instituciones de enseñanza y no de servicio.

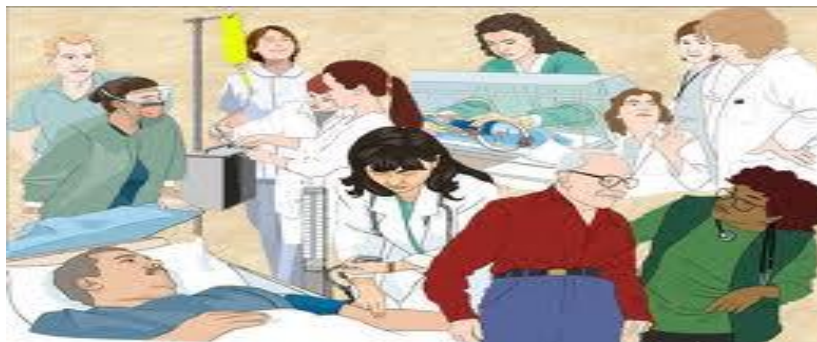
Con relación a la profesión de enfermería, en los últimos cuatro decenios del siglo pasado ha experimentado algunas transformaciones; por un lado, se deben a los cambios en las políticas de salud en donde se han realizado reformas al sector salud y la incorporación a los hospitales los criterios de calidad y productividad para la atención a los usuarios; sin embargo, estos cambios no han ido a la par de la mejora de las condiciones de trabajo y el entorno donde se brinda dicha atención o cuidado a las personas, aunado a bajos salarios, escasez de profesionales, largas jornadas de trabajo, rotación de turnos, flexibilidad laboral, exposición a riesgos y exigencias, violencia laboral, falta de oportunidades para el crecimiento académico, así como falta de toma de decisiones para el diseño y evaluación de las políticas públicas en materia de salud, para un verdadero cambio en la calidad del cuidado

Otro cambio que vive la profesión, es la re conceptualización de la enfermería y la reflexión teórica, metodológica y filosófica iniciada en algunas escuelas de enfermería de nivel superior, en donde la inquietud mayor de las enfermeras es transformar su práctica, cambiando el cuidado de la enfermedad por el cuidado a la salud. Sin embargo, hoy en día, el modelo hegemónico de “atención a la salud” sigue siendo el modelo biomédico con un predominio eminentemente hospitalario, para dejar de lado la atención primaria a la salud que es una prioridad para la población de escasos recursos económicos o en extrema pobreza.

1.2 ÁMBITO DE LA ENFERMERÍA.

La enfermería no es simplemente una colección de habilidades específicas y la enfermera no es simplemente una persona formada para realizar tareas específicas. La enfermería es una profesión. Ningún factor específico diferencia completamente un trabajo de una profesión, pero la diferencia es importante en términos de cómo se ejerce. Para actuar profesionalmente se debe administrar una atención de calidad centrada en el paciente, de manera segura, meticulosa y experta. Se es responsable y se responde ante uno mismo y ante los pacientes e iguales. Una profesión tiene las siguientes características principales:

- Precisa de unos fundamentos liberales básicos y una amplia formación de sus miembros.
- Tiene un cuerpo de conocimientos teóricos que conduce a habilidades, capacidades y normas definidas.
- Proporciona un servicio específico.
- Los miembros de una profesión tienen autonomía para tomar decisiones y para ejercer.
- La profesión en conjunto tiene un código ético para la práctica.



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.

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.

La enfermera es responsable de conseguir y mantener un conocimiento y unas habilidades específicos para diversas funciones y responsabilidades profesionales. Las enfermeras proporcionan cuidados y confort a los pacientes en todos los entornos de la atención sanitaria. La preocupación de las enfermeras por satisfacer las necesidades del paciente es la misma ya sea centrando los cuidados en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, el manejo de la enfermedad y sus síntomas, el apoyo de la familia o los cuidados paliativos.

Autonomía y responsabilidad: La autonomía es un elemento esencial para la enfermería profesional que implica el inicio de las intervenciones enfermeras independientes sin órdenes médicas. Con el aumento de la autonomía hay más responsabilidad y más necesidad de rendir cuentas. Rendir cuentas significa ser responsable, profesional y legalmente, del tipo y la calidad de la atención enfermera proporcionada.

Cuidadora: Como cuidadora la enfermera ayuda a los pacientes a mantener y recuperar la salud, a manejar la enfermedad y sus síntomas y a alcanzar un máximo nivel de función e independencia mediante el proceso de curación. Proporciona curación por medio de

habilidades físicas e interpersonales a la vez. Tiene que satisfacer todas las necesidades de atención sanitaria del paciente proporcionando medidas que recuperen el bienestar emocional, espiritual y social del paciente. Como cuidadora, ayuda al paciente y a la familia a establecer objetivos y los ayuda a cumplir esos objetivos con el mínimo coste económico, de tiempo y energía.

Defensora: Como defensora del paciente, la enfermera protege los derechos humanos y legales del paciente y le proporciona ayuda para reivindicar esos derechos en caso necesario. Como defensora actúa de parte de los pacientes, asegura sus derechos de atención sanitaria y sale en defensa de ellos.

Educadora Como educadora, la enfermera explica a los pacientes conceptos y hechos sobre la salud, describe el motivo de las actividades de cuidados habituales, muestra procedimientos como las actividades de autocuidado, refuerza el aprendizaje o la conducta del paciente y evalúa el progreso del paciente en el aprendizaje.

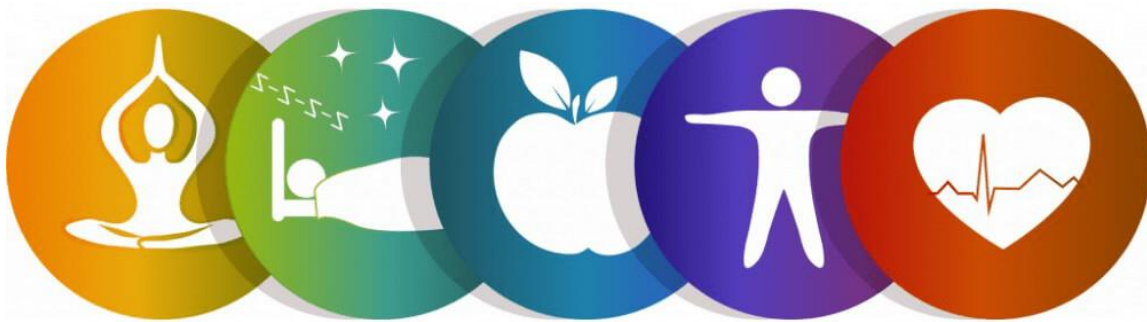
Comunicadora: La eficacia como comunicadora es fundamental para la relación enfermera-paciente. Permite el conocimiento de los pacientes, incluyendo sus fortalezas y debilidades, y sus necesidades. La comunicación es esencial para todas las funciones y actividades enfermeras.

Desarrollo profesional: Las innovaciones en la atención sanitaria, la expansión de los sistemas y los entornos de práctica y el aumento de las necesidades de los pacientes han sido estímulos para nuevos roles enfermeros. Hoy en día la mayoría de las enfermeras ejercen en entornos hospitalarios, seguido por la atención comunitaria, la atención ambulatoria y las residencias/entornos de larga estancia. Debe aprovechar las diferentes prácticas clínicas y las oportunidades profesionales. Estas oportunidades profesionales incluyen EPA, enfermeras investigadoras, enfermeras gestoras de riesgos, enfermeras de mejora de la calidad, consultoras e incluso propietarias de negocios.

1.2.1 **PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EL BIENESTAR**

Los conceptos de promoción de la salud, bienestar y prevención de enfermedades están íntimamente relacionados y en la práctica se superponen hasta cierto punto. Todos están centrados en el futuro; la diferencia entre ellos está en las motivaciones y los objetivos. Las actividades de promoción de la salud, como el ejercicio habitual y la buena alimentación,

ayudan a los pacientes a mantener o mejorar sus actuales niveles de salud. Motivan a las personas a actuar positivamente para alcanzar niveles más estables de salud. La educación del bienestar enseña a las personas cómo cuidar de ellas mismas de una manera saludable e incluye temas como el conocimiento físico, el manejo del estrés y la autorresponsabilidad. Las estrategias del bienestar ayudan a las personas a lograr una nueva comprensión y control de sus vidas. Las actividades de prevención de enfermedades, como los programas de inmunización, protegen a los pacientes de las amenazas a su salud, reales o potenciales. Motivan a las personas para evitar deterioros en la salud o en los niveles funcionales.



La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa, el día 21 de noviembre de 1986 (Almeida de Jara, 2005), emitió una carta dirigida a la consecución del objetivo “Salud para todos en el año 2000” que, por razones de espacio, sólo se mencionarán algunos datos relevantes de las resoluciones tomadas:

- Concepto de promoción a la salud. Consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social. Un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al ambiente.
- La salud. Se percibe, como el objetivo y fuente de riqueza de la vida cotidiana.
- Es un concepto positivo. Que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Trasciende la idea de formas de vida sana y no concierne solo al sector sanitario.
- Una buena salud. Es el mejor recurso para el progreso personal, económico, social y una dimensión importante en la calidad de vida.

- La promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria.
- La promoción de la salud exige la acción coordinada de gobiernos, sectores sanitarios, organizaciones benéficas, autoridades locales, industrias, medios de comunicación y otras organizaciones sociales y económicas.
- El personal sanitario. Le corresponde asumir la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud.
- Las estrategias y programas de promoción de la salud. Deben adaptarse a las necesidades locales y posibilidades específicas de cada país y región, considerando los diversos sistemas sociales, culturales y económicos.
- La participación activa en la promoción de la salud implica: elaboración de una política pública sana, creación de ambientes favorables, reforzamiento de la acción comunitaria, desarrollo de las aptitudes personales y la reorientación de los servicios sanitarios.

1.2.2 PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD

Los conceptos de promoción de salud, bienestar y prevención de enfermedades cada vez más están relacionados entre sí. La enfermera debe estar familiarizada con estos términos, comprenderlos mejor y llevarlos a la práctica en su diario quehacer, como formas de atención a la salud de la población, de mantener y mejorar su propia salud (autocuidado). Las acciones de promoción de salud motivan a las personas a actuar de manera positiva para alcanzar estados de salud más estables. Las acciones de bienestar están diseñadas para ayudar a las personas a conseguir una comprensión y un control nuevo de su vida. Las actividades de prevención ayudan a las personas a protegerlas de amenazas reales y potenciales de la salud; un ejemplo, de esto son los programas de vacunación.

Uno de los modelos que hasta hoy se acepta en la promoción de la salud, bienestar y prevención de las enfermedades es el modelo de Leavell y Clark, por lo que el cuidado de enfermería se centra en los términos de prevención primaria, secundaria y terciaria cuando se aborda la enfermedad con un enfoque eminentemente ecologista-biológico. La prevención primaria incluye el fomento de la salud y la protección específica. La prevención

secundaria incluye el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y limitación del daño o incapacidad. La prevención terciaria incluye la rehabilitación o el restablecimiento.

La prevención primaria es aquella verdaderamente auténtica, debido a que ésta se realiza antes de que aparezca la enfermedad, se concibe como la acción de salud más importante para mantener a las personas o comunidades saludables. Esta prevención abarca todos los esfuerzos de promoción de la salud, así como actividades de bienestar centradas en la mejora o satisfacción.

La prevención secundaria se centra en personas que ya tienen la enfermedad y que están en riesgo de desarrollar complicaciones o secuelas. Una gran cantidad de intervenciones de enfermería se concentran en el hospital, pero esto ha ido cambiando de forma paulatina en los dos últimos decenios, debido a que las personas que padecen una enfermedad crónica o degenerativa, los cuidados se prodigan en su hogar o en centros especializados. Es muy importante dejar sentado, que aun si la persona está enferma, también debe realizarse actividades de prevención y no seguir privilegian.

La prevención terciaria es cuando se produce en la persona una discapacidad permanente e irreversible y que requiere de rehabilitación, para ayudar a conseguir un grado de funcionamiento lo más óptimo como sea posible, y prevenir de secuelas o daños mayores e inclusive la muerte. A continuación, el cuadro presenta en forma esquemática estas categorías y el propósito que se persigue en cada una de ellas.

Modelo de Leavell y Clark		
Prevención primaria	Prevención secundaria	Prevención terciaria
<i>Promoción de la salud:</i> • Educación sanitaria • Nutrición acorde con la edad • Atención al desarrollo de la personalidad • Actividades recreativas y seguridad laboral • Educación sexual • Investigación genética • Valoraciones periódicas <i>Protección específica:</i> • Inmunizaciones • Higiene personal • Saneamiento ambiental • Protección de riesgos laborales • Protección de accidentes • Ingestión de nutrimentos específicos • Protección contra carcinógenos • Evitación de alérgenos	<i>Diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y limitación de la incapacidad:</i> • Medidas de hallazgo del caso • Estudios de investigación • Exploraciones selectivas para: cura y prevención, prevención de propagación de enfermedades transmisibles, prevención de complicaciones y secuelas, reducción del periodo de incapacidad <i>Limitaciones de la incapacidad:</i> • Tratamiento certero para detener la enfermedad y prevenir complicaciones y secuelas • Proporcionar facilidades para limitar la incapacidad y prevenir la muerte	<i>Rehabilitación:</i> • Proporción de instalaciones hospitalarias y comunitarias • Educación del sector público e industrial para emplear personas • rehabilitadas como sea posible • Terapia de colaboración en hospitales • Utilización de asentamientos de refugio

Dentro de las tecnologías de información para el cuidado, la enfermera puede utilizar una gran diversidad de programas para la promoción de la salud como: difusión de la información, apreciación de la salud y valoración del bienestar, cambio en el estilo de vida y hábitos de la población, programas de bienestar en el lugar de trabajo, programas de control ambiental. Difusión de la información: es el método por antonomasia del programa de promoción de la salud, es una estrategia útil para elevar el nivel de conocimientos y toma de conciencia de las personas y grupos sobre hábitos de salud. Esta actividad se realiza a través de los medios de difusión, anuncios, carteles, folletos, libros, ferias de la salud y de manera directa a través de pláticas o demostraciones directas en el hogar, la comunidad o centros de trabajo, escuelas y centros de desarrollo infantil. Apreciación de la salud y valoración del bienestar: este tema se utiliza para hacer conocer a los individuos los factores de riesgo que le afectan y la forma de apegarse a los programas que disponen de una diversidad de instrumentos para facilitar las valoraciones de estos factores de riesgo a los que está expuesto y a costos que estén a su alcance. Programas de cambio en el estilo de vida y los hábitos: varias instituciones gubernamentales y no gubernamentales, bajo el rubro de programas básicos que emite la Secretaría de Salud como el control de estrés, conocimientos sobre nutrición, control de peso, ejercicio, dejar de fumar y otros, informan a la población sobre estos temas para el cambio en los estilos de vida.

1.2.3 RECUPERACIÓN DE LA SALUD.

La recuperación es un proceso de cambio mediante el cual los individuos mejoran su salud y bienestar, conducen sus vidas de forma autónoma y se esfuerzan por alcanzar su máximo potencial.

Se dice con frecuencia que el papel y funciones de la enfermera han sido y siguen siendo variables; que siempre que se encuentra sola para atender a un paciente, debe prestarle los cuidados que necesite, lo que la obliga a asumir el papel de médico, de trabajadora social, de fisioterapeuta, o de cualquier otro especialista ausente en el momento. A veces tiene que desempeñar hasta la función de cocinera o de plomero. Se ha dicho que la enfermera es la “madre profesional” que, como la verdadera, atiende a las necesidades del niño en momentos críticos realizando tareas que pueden ser muy ajenas a su papel habitual.

“La enfermería consiste fundamentalmente en ayudar al individuo (enfermo o sano) a realizar aquello que conduce a mantener su salud, o a recuperarla (o a morir de una manera tranquila), y que llevaría a cabo por sí solo si tuviera la fortaleza, la voluntad o el conocimiento que ello requiere. De igual modo, representa una contribución única de la enfermería contribuir a que el individuo se independice de dicha ayuda lo antes posible.

“La enfermería participa en otras actividades que contribuyen al logro de lo que Goodrich denomina ‘ciudadanos sanos’, del mismo modo que la medicina, cuya función propia es el diagnóstico y la terapéutica, puede participar en todas las actividades relacionadas con la salud en su más amplia acepción. De igual modo, su función consiste en ayudar al individuo a valerse por sí mismo lo antes posible.

La atención de enfermería al individuo en cualquier grado de salud o enfermedad, está enfocada a la satisfacción de necesidades básicas y a la solución de problemas. La atención al individuo por parte del personal de enfermería tiene como finalidad satisfacer sus necesidades y disminuir o solucionar sus problemas mediante medidas o acciones específicas. El ser humano requiere de una homeostasia para conservar un estado óptimo de salud, en caso contrario, se desencadenan alteraciones que afectan su estructura y funcionamiento corporal. Para evitarlo, deben satisfacerse las necesidades básicas y de crecimiento, considerando la sociedad en que vive, procesos de transición vital y proceso de salud-enfermedad.

La persona enferma suele ser poco resistente a infecciones, por lo que la presencia de ciertos microorganismos a su alrededor representa una amenaza constante para su salud; para que los pacientes se sientan más cómodos y descansados tanto física como mentalmente, debe realizar prácticas higiénicas relativas a la limpieza. Mantener o fomentar los buenos hábitos de limpieza en los pacientes es una de las funciones primordiales del equipo de salud, pues se sabe que en algunos individuos el aseo depende en gran parte de los patrones culturales que practica el grupo del que procede; por tal razón, algunos pacientes ingresan al hospital con buenos hábitos de higiene y otros necesitan ser instruidos.

La nutrición es uno de los indicadores de la salud, tanto a nivel individual como colectivo, en el que juegan un papel importante algunos factores externos, como disponibilidad de alimentos, cultura, conocimientos sobre valores nutritivos y poder adquisitivo. La nutrición, como se ha mencionado en varias ocasiones, tiene una relación con el desarrollo

socioeconómico del país. La diferencia entre alimentación y nutrición es que la primera estriba en el acto de seleccionar, preparar e ingerir los alimentos, y la segunda se refiere al conjunto de cambios que se establecen entre un organismo vivo y el ambiente. Los conocimientos acerca del aparato digestivo orientan hacia la forma de participar con el equipo de atención a la salud en la satisfacción de las necesidades nutricionales del paciente hospitalizado.

El ambiente que un individuo requiere desde su ingreso a un medio hospitalario, ya sea para diagnóstico o tratamiento debe, como parte de un sistema, estar formado por una serie de elementos que en forma coordinada tiendan a lograr un máximo de eficacia en su atención, a través de recursos humanos, materiales y físicos. El ambiente terapéutico es el conjunto de elementos físicos y humanos que comprenden la interacción del personal de la institución de salud con el paciente y familiares para estimular al primero, hacia su salud o rehabilitación.

Objetivos:

- ✓ Satisfacer necesidades y problemas de salud.
- ✓ Desarrollar relaciones interpersonales y de comunicación.
- ✓ Ayudar al paciente a integrarse al medio hospitalario.
- ✓ Prevenir infecciones intrahospitalarias.
- ✓ Reintegrarlo a su hogar en condiciones óptimas posibles de vida, estudio y trabajo.

I.2.4 CUIDADOS DE LOS ENFERMOS TERMINALES.

El paciente es una persona con valores, deseos, necesidades, y en circunstancias particulares como una enfermedad, hospitalización o cercanía a la muerte, se altera generando reacciones como ansiedad, miedo o angustia por esa pérdida de la salud. Por lo general cuando una persona ingresa al hospital, no sabe si retornará de nuevo a su hogar con su familia, o si volverá a reincorporarse a su ámbito laboral y círculo de amistades, en las mismas condiciones de productividad, antes de perder su salud. El reconocimiento de las necesidades especiales de los pacientes en fase terminal, debe incluir atención integral, dependiendo de los signos y síntomas que presente para brindarle tranquilidad, seguridad y

mitigar en gran medida los problemas presentados. La intención es llevar al máximo la calidad de vida, mientras se acepta el tiempo de sobrevivencia determinado por su enfermedad, más que por cualquier tratamiento médico; así el interés debe estar, en controlar los síntomas de la enfermedad.



El ambiente proporcionado con cuidado al paciente terminal es de extrema importancia; esto puede ser en un ámbito hospitalario o en su hogar. Con independencia del lugar, debe tratar de crearse un ambiente terapéutico de apertura y de cuidado, para que el paciente y su familia tengan la libertad de poder expresar sus sentimientos e inconformidades, sentir la comprensión del equipo multidisciplinario y la accesibilidad, así como el tiempo, herramientas terapéuticas muy valiosas. En la actualidad en algunos países, los pacientes terminales que padecen enfermedades crónicas como cáncer, esclerosis múltiple, enfermedades neurológicas y VIH/SIDA, egresan a su hogar o a lugares especiales (albergues, casas de día u hospicios), para tratar su enfermedad con el consentimiento de sus familiares y el equipo de quien los cuida, con el propósito de proporcionarles cuidados paliativos, como son:

- ✓ Control de los síntomas físicos molestos a través de terapéutica medicamentosa específica, y uso de otras terapias complementarias como acupuntura, hipnosis, relajación y otras.
- ✓ Proporcionar facilidades para la rehabilitación, de tal manera que pueda vivir tan pleno como su enfermedad se lo permita.
- ✓ Atención a las necesidades psicosociales, emocionales y espirituales, tanto del paciente como a su familia.
- ✓ Permitir al paciente y a sus familiares elegir el lugar en dónde ocurrirá la fase final de la enfermedad y la muerte.

- ✓ Mantener una buena comunicación entre los miembros del equipo de apoyo o de atención a su salud, del cual se espera que el paciente y su familia formen parte.
- ✓ Proporcionar apoyo profesional y apropiado durante la agonía.

Cualquiera con una enfermedad progresiva e incurable, enfrenta varias pérdidas antes de la muerte; la familia participa también de estas pérdidas, para anticipar su propia agonía. La persona en agonía, lamentará el futuro esperado por que ya no lo verá. Ambos (familia y paciente) pasan por etapas de duelo, donde en algún momento hay negación o la negociación y las reacciones emocionales, como el escepticismo e ira. Los pacientes tienden a hacer uso de distintas estrategias en diferentes momentos, pero no en una secuencia lógica hasta llegar a la aceptación final; más bien, estas estrategias se viven en desorden, dependiendo del estado anímico y emocional. Un paciente con una enfermedad terminal y dependiendo de su edad, signos y síntomas, apoyo farmacológico y otros aspectos, presenta angustia psicológica, debido a una reacción de adaptación a su realidad, también aparece ansiedad y depresión grave. Estos estados emocionales pueden requerir de apoyo farmacológico y psicoterapia; esta última deberá ser con un enfoque orientado hacia intervención en crisis. Aunado a este apoyo, por lo general los pacientes están aislados y temerosos, y otros se refugian en su fe o religión, por ello en ocasiones piden la visita del sacerdote o capellán de la iglesia, para confesarse, comulgar o recibir la unción de los enfermos (santos óleos).

El dolor es una experiencia que cada paciente manifiesta de manera subjetiva, dado que en ocasiones tiene un componente afectivo. En su práctica cotidiana, la enfermera tiene contacto directo con pacientes que presentan dolor agudo o crónico y de diversa magnitud, como en pacientes pos operados, o los sometidos a un estudio invasivo, los que han sufrido una fractura, o con dolor abdominal o cefalea; que se muestra con pérdida del apetito, náuseas o vómito, por ello estos signos objetivos orientan al tipo de tratamiento, que por lo general son medicamentos analgésicos comunes para disminuir el grado de dolor. En pacientes con dolor de muchos años de evolución, se debe administrar tratamiento farmacológico con horarios muy específicos por vías correctas para no esperar que el dolor aparezca, causándole complicaciones irreversibles. Por otro lado, el dolor casi siempre va acompañado de un componente psicológico, por lo que algunos pacientes se observan desmoralizados, apáticos o tristes. Aquí la enfermera debe ser capaz de prodigar cuidado

humanizado e individualizado, ya que los pacientes hospitalizados se encuentran deprimidos, a veces porque los hijos o un familiar querido no se encuentran presentes o no los visitan, y se ven limitados en las actividades de la vida diaria o temerosos por la llegada de la muerte. El aspecto psicológico del dolor del paciente no debe descuidarse nunca; el que está deprimido, solo y temeroso, necesita ayuda y orientación para aceptar su enfermedad. Los medicamentos antidepresivos pueden ser necesarios antes de que el dolor pueda ser controlado

ENFERMO EN FASE TERMINAL Y TERMINAL

El enfermo en fase terminal es aquel cuyas funciones orgánicas están disminuidas y pueden preceder a la muerte y depende de un cuidador primario. En tanto, la agonía es el estado terminal que precede a la muerte en forma gradual. El enfermo terminal es el que sufre una enfermedad irreversible, cuya muerte se espera en cualquier momento y en corto tiempo, a pesar de todos los tratamientos agotados de la medicina. En ambos casos, las funciones vitales van disminuyendo y surgen cambios fisiológicos, psicológicos, emocionales, así como el sufrimiento por el ambiente que le rodea y por la percepción individual sobre su próxima muerte.

Diferencias entre paciente en fase terminal y paciente terminal	
Características paciente fase terminal	Características paciente terminal
• Hay deambulaci3n	• Incapacidad para el autocuidado
• Incapacidad limitada	• Hay dependencia del cuidador primario
• Capacidad limitada para autocuidarse	• Hay p3rdida progresiva en la homeostasia
• Disminuci3n de las actividades de la vida diaria	• Deterioro de su condici3n psicol3gica
• Puede estar internado en hospital o mantenerse en su domicilio	• Dependiente de apoyo mecánico ventilatorio
	• Estancia en terapia intensiva
	• Estancia en hospitalizaci3n por máximo beneficio o en su domicilio
	• Reciben cuidados paliativos por enfermería o familiar

I.2.5 EJERCICIO DE ENFERMERÍA.

La enfermería es una profesi3n que concreta su trabajo en las personas. Desde el punto de vista hist3rico, las enfermeras han tenido como responsabilidad atender, cuidar de los dem3s, cuando sus condiciones o recursos de salud les imposibilitan o dificultad de hacerse cargo de s3 mismos. Por lo tanto, la enfermería debe cimentarse en un discurso ético que encamina su aportaci3n de servicio a la sociedad como un bien de s3 misma, ya que ella, es

parte de la sociedad. Como profesión, siempre ha buscado la forma de desarrollar su trabajo en aras del buen hacer profesional. Hoy en día, al hablar de ética de enfermería, no sólo es introducir el discurso de lo bueno o lo malo en la práctica; más bien, estos conceptos se tratan de rescatar y volverlos a situar, considerando los avances de la ciencia y la tecnología al servicio de las personas. La vida, muerte, relaciones entre las personas y ambiente, la búsqueda de satisfacción, las posibilidades personales y grupales, han cambiado de forma considerable en poco tiempo. Como enfermeras, se deben considerar modificaciones sustanciales tanto en la demanda de cuidados, como en la oferta profesional que hoy en día se puede desarrollar. Pero también la práctica de enfermería implica muchas responsabilidades como los conceptos éticos tales como abogacía, responsabilidad, cooperación y solicitud, que son en sí los cimientos morales de la práctica con individuos, familias y comunidades. Pero, ¿por qué deben estudiar ética las enfermeras?

El estudio de la ética por los profesionales de la salud, pero en particular por las enfermeras, es necesario por los siguientes motivos (Rumbold, 2005): en primer lugar, en su trabajo cotidiano, tienen que afrontar problemas de naturaleza ética o moral. En ocasiones la enfermera decide si debe o no revelar la verdad a un paciente con una enfermedad terminal, o si debe participar o no en un aborto u otros procedimientos. En otras ocasiones deberá tomar decisiones clínicas que estarán influenciadas por las creencias y valores éticos de la persona o paciente. En segundo lugar, a medida que la ciencia y la tecnología han avanzado, así como las técnicas en el trasplante de órganos, amniocentesis, fecundación in vitro, ingeniería genética, entre otras, que plantean problemas éticos, no es fácil encontrar una respuesta a ellos consultando los códigos de moral tradicionales. Un tercer aspecto se debe a que las enfermeras trabajan con personas o pacientes y colaboradores cuyos antecedentes culturales son muy diversos y que quizá tienen valores distintos. En consecuencia, ella debe conocer otros sistemas de creencias para entender por qué sus pacientes, colaboradores o colegas toman determinadas decisiones. El respeto a la autonomía y la función de la enfermera como defensora del paciente son dos elementos esenciales de la ética en enfermería. Para que las enfermeras respeten la autonomía de otras personas y desempeñen su función de defensoras, deben evitar imponer sus propias creencias a los demás.

ASPECTOS ÉTICOS ESPECÍFICOS DEL EJERCICIO DE LA ENFERMERÍA

Los problemas que en la actualidad se encuentra con mayor frecuencia la enfermera en el ejercicio de su profesión, son los temas relacionados con el cuidado de los pacientes con VIH/SIDA, aborto, trasplante de órganos, decisiones sobre el final de la vida, falta de



acceso a los servicios de salud por no contar con recursos económicos, fallas en la confidencialidad del paciente y otros, dependiendo del ámbito donde desarrolle su práctica. Aquí se describen los temas más frecuentes y la forma de abordaje por la enfermera.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). La obligación ética de cuidar a un paciente infectado con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) no se puede obviar a no ser que los riesgos excedan la responsabilidad. La enfermera no sólo debe prodigar cuidados de enfermería a estos pacientes, sino que debe saber los riesgos y las responsabilidades a las que se enfrenta al prestar cuidados. Aunado al cuidado del paciente, otros temas éticos se centran en el hecho de si todos los profesionales de la salud y los pacientes se deben realizar las pruebas del VIH de detección del SIDA de forma obligatoria o voluntaria, y sobre todo si los resultados deben revelarse a las empresas en donde laboran los trabajadores y a los compañeros sexuales.

Aborto. Este tema es en especial delicado. En México, sólo en el Distrito Federal se aprobó la Ley que autoriza el aborto (2007). El debate continúa, oponiendo el principio de la inviolabilidad de la vida frente al principio de autonomía y al derecho de la mujer a controlar su propio cuerpo. A médicos y enfermeras, así como a instituciones sanitarias les está negado asistir o practicar un aborto, ya que al hacerlo violan sus principios morales o religiosos. Sin embargo, el código deontológico de enfermería, apoya el derecho del paciente a la información y al asesoramiento en la toma de decisiones.

Trasplante de órganos. Los aspectos éticos relacionados con este tema, incluyen la distribución de los órganos, venta de órganos, implicación de los niños como posibles donantes, consentimiento, una definición clara de muerte, y el posible conflicto entre donantes y receptores. En algunas situaciones, las creencias religiosas de una persona

también pueden suponer un foco de conflicto. Éste es un dilema ético para la enfermera porque cada vez existe más demanda de pacientes que están en espera de un donador.

Eutanasia. Durante muchos años, la eutanasia ha sido un tema controvertido, y hay varias ideas erróneas con respecto a su verdadero significado. La palabra eutanasia se deriva de las palabras griegas, eu y thanatos, que literalmente significa muerte fácil, buena o suave, “muerte digna”. Como tal, quizá sea lo que todas o la mayoría de las personas desean o esperan, ante una agonía prolongada o una muerte repentina. Una persona a punto de morir, espera que en el momento en que se presente la muerte ésta sea fácil e indolora como sea posible. En la actualidad, cuando se sabe que la muerte es inminente, esto es factible en la mayoría de los casos; sin embargo, la cuestión de la eutanasia conlleva el problema de si se debe o no prolongar la vida de un paciente aun cuando éste manifieste que no desea seguir viviendo, esté en coma profundo, tenga muchos sufrimientos o parezca que no tiene posibilidades de seguir viviendo de forma “normal”. El problema de la eutanasia pone en juego algunas de las nociones que desempeñan una función básica en otras importantes cuestiones éticas, como la libertad individual, los efectos de una determinada decisión sobre el conjunto de la sociedad o la santidad de la vida humana (Antón P, 2003). Algunos países o estados tienen leyes que permiten el suicidio asistido a enfermos de gravedad, terminales o que desean suicidarse. En cualquier caso, el profesional de enfermería debe recordar que la legalidad y la moralidad no son la misma cosa. Determinar si una acción es legal es sólo un aspecto de la decisión de si es ética.

Acceso a los servicios de salud: Hoy en día, las personas se encuentran con menos recursos para adquirir un seguro de atención a su salud o la vida laboral no les provee de seguro social, por lo que les limita contar con servicios sanitarios, aunado a los altos costos de los tratamientos. También el sistema de salud ha reducido su presupuesto y por lo mismo, la disminución en la contratación de personal de enfermería calificado, lo que conlleva a que la atención de los pacientes sea con menos calidad poniendo en entredicho la ética con que se realizan algunos procedimientos o tratamientos. Un estudio europeo realizado demuestra que las enfermeras tituladas reducen las muertes en los hospitales.

Fallas en la confidencialidad del paciente. Todos los modelos éticos aceptan la confidencialidad como algo fundamental y básico en el ejercicio de la profesión, y consideran que hay que precisar aquellas situaciones o condiciones en las que hay que revelar la

información obtenida. La intimidad del ser humano constituye uno de los valores más preciados, por lo que tiene derecho a que esos valores sean respetados, y las enfermeras preservarán la confidencialidad a través del secreto profesional, el cual se entiende como “la obligación de no revelar lo que se ha conocido en el ejercicio de la profesión” (Antón P, 2003). La discreción ha de ser una virtud moral de la enfermera, por lo que debe observar de forma estricta el secreto profesional. La falla en la confidencialidad es cuando la enfermera o el médico no respetan la privacidad del paciente en cuanto a su historia de vida o de salud, incluyendo los estudios de laboratorio, el diagnóstico o el tratamiento. En la actualidad el secreto de confidencialidad puede verse en peligro, debido a que las historias de

se



salud del
paciente

informatizan y muchas personas tienen acceso a claves para su consulta.

1.2.6 FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN.

La enfermería moderna comenzó a mediados del siglo XIX. Uno de los primeros programas oficiales de formación para las enfermeras comenzó en 1836 en Alemania, a cargo del pastor protestante Theodor Fliedner. Por aquel tiempo otras órdenes religiosas ofrecían también adiestramiento de enfermería de manera regulada en Europa, pero la escuela de Fliedner es digna de mención por haberse formado en ella la reformadora de la enfermería británica y del mundo; Florencia Nightingale. Sus conocimientos y su experiencia le brindaron el ímpetu para organizar la enfermería en los campos de batalla de la guerra de Crimea, y más tarde, establecer el programa de formación de enfermería en el hospital de *Saint Thomas* de Londres. Las escuelas Nightingale y los heroicos esfuerzos de esta mujer transformaron la concepción de enfermería en Europa, establecieron las bases del carácter moderno como profesión formalmente reconocida.

A inicios del presente siglo, la enfermería es muy distinta de cómo se ejercía en el pasado, y se espera que siga cambiando a lo largo del tiempo. El contexto de la formación y la práctica de enfermería debe verse y valorarse en función de su historia, la situación epidemiológica, valores y creencias institucionales y sociales, aspectos éticos, organización y funcionamiento sanitario para la atención de los problemas, conceptos y prácticas dominantes, políticas, leyes y normas reguladoras de la formación y la atención, así como características generales de la profesión que influyen en la práctica propiamente dicha.

Pero también la práctica de enfermería actual implica muchas responsabilidades de carácter técnico, teórico y metodológico; sin embargo, debe ir cada vez más al rescate de los valores éticos y humanísticos, como la abogacía, la cooperación y el cambio de actitudes, que son en sí, los cimientos morales de la práctica con individuos, familias y comunidades, con base en sus respuestas humanas; independiente de la condición social o económica, los atributos personales, o la naturaleza de la necesidad sanitaria. En concreto, debe concebirse a la

profesión como un verdadero arte. En este sentido, la atención de enfermería es parte fundamental de los sistemas de salud en el mundo, y las enfermeras tienen la responsabilidad de participar con otras personas y la comunidad misma, en la toma de decisiones a nivel institucional, local, regional y mundial en la distribución equitativa de los servicios sanitarios a los ciudadanos.

El ámbito de la práctica, no debe limitarse a determinadas tareas que establece el sistema hegemónico de salud de un determinado país, como son las prácticas eminentemente curativas, sino que debe incluir la prestación de cuidados directos y la evaluación de sus resultados, la defensa de los pacientes y de la salud, supervisión y delegación en los otros, dirección, gestión, enseñanza, realización de investigaciones y elaboración de una política de salud para los sistemas de atención de salud. Siendo, además, que el ámbito de esta práctica es dinámico y responde a las necesidades de salud, las enfermeras deben contar con una sólida formación desde el pregrado y capacitación continua a lo largo de toda su vida profesional. En este sentido, las enfermeras docentes y las que gestionan los servicios de enfermería deben ser enfermeras con experiencia, calificadas que comprendan las competencias y las condiciones que se requieren para dispensar cuidados de enfermería de calidad, esto quiere decir, que deben ser líderes y tener una misión y visión bien definidas.

1.3 INVESTIGACIÓN

El International Council of Nurses (ICN) (2007) apoya la necesidad de investigación en enfermería como medio para mejorar la salud y el bienestar de las personas. La investigación en enfermería es un medio para identificar conocimiento nuevo, mejorar la formación y práctica profesionales y utilizar los recursos de forma efectiva. Investigar significa buscar de nuevo o examinar cuidadosamente. Es un proceso sistemático que hace y contesta preguntas para generar conocimiento. El conocimiento proporciona una base científica para la práctica de enfermería y valida la efectividad de las intervenciones enfermeras. La investigación en enfermería mejora la educación y la práctica profesionales y ayuda a las enfermeras a utilizar los recursos eficazmente. La base científica del conocimiento enfermero continúa creciendo actualmente, aportando evidencia que las enfermeras pueden aplicar para proporcionar al paciente cuidados seguros y efectivos. Muchas

organizaciones de enfermería profesional y especializada apoyan la investigación para hacer avanzar la ciencia enfermera.

La gestión de los resultados de la prestación de cuidados es una preocupación creciente para las enfermeras asistenciales e investigadores. La investigación de resultados valora y documenta la efectividad de los servicios y las intervenciones de la atención sanitaria. Responde al aumento de demandas de los responsables políticos, las aseguradoras y el público para justificar las prácticas y los sistemas de atención en términos de mejora de resultados del paciente y costes. Los resultados de la prestación de cuidados son los efectos observables y medibles de alguna intervención o acción. Como ocurre con los resultados esperados en un plan de cuidados, el resultado de una prestación de cuidados se centra en el receptor del servicio (p. ej., paciente, familia o comunidad) y no en el profesional (p. ej., enfermera o médico).

Un problema en la investigación de resultados es la definición o selección clara de resultados medibles. Los componentes de un resultado incluyen el resultado mismo, cómo se observa (el indicador), sus características críticas (cómo se mide) y su gama de parámetros.

Aunque la literatura de enfermería aborda ahora la identificación de «resultados sensibles a la práctica enfermera», los investigadores eligen frecuentemente resultados que no miden un impacto verdadero de la prestación sanitaria, particularmente la prestación de cuidados enfermeros. Por ejemplo, las medidas comunes de resultado incluyen morbilidad, mortalidad, tasa de reingreso o duración de la estancia. Aunque es importante entender estos resultados, no siempre miden el verdadero efecto en la prestación de cuidados de una intervención enfermera específica.

El método científico es el fundamento de la investigación y el más fiable y objetivo de todos los métodos de adquirir conocimiento. Es un medio avanzado y objetivo de adquirir y comprobar conocimientos. Los aspectos de este método guían la aplicación de la evidencia de la investigación en la práctica y la realización de la investigación. Al utilizar los hallazgos de la investigación para cambiar la práctica, se necesita comprender el proceso que un investigador utiliza para llevar a cabo un estudio. Por ejemplo, cuando Rick consideró si hacer que los pacientes en su unidad usaran una mecedora después de la cirugía abdominal, necesitó conocer si esto había sido comprobado en pacientes similares, así como los resultados o conclusiones. El método científico es un proceso sistemático, de paso a paso,



que asegura que los hallazgos de un estudio sean válidos, fiables y generalizables para los sujetos similares a los investigados.

Los investigadores utilizan el método científico para comprender, explicar, predecir o controlar un fenómeno

enfermero. Se caracteriza por procedimientos sistemáticos y ordenados con el fin de limitar la posibilidad de error, aunque no está exento de fallos. El método científico minimiza la posibilidad de que el sesgo o la opinión de un investigador influya en los resultados de la investigación y, por tanto, en el conocimiento obtenido. Las características de la investigación científica son las siguientes:

- La investigación identifica el área problemática o área de interés que hay que estudiar.
- Los pasos de la planificación y realización de un estudio de investigación se llevan a cabo de una manera sistemática y ordenada.
- Los investigadores intentan controlar los factores externos que no van a ser estudiados pero que pueden influir en una relación entre los fenómenos que están estudiando. Por ejemplo, si una enfermera está estudiando la relación entre dieta y enfermedad cardíaca, controla entre los sujetos otras características como el estrés o la historia de tabaquismo porque son factores que contribuyen a esta enfermedad. Los pacientes del estudio sujetos a la dieta y los que están con una dieta normal deberían, ambos, tener semejantes niveles de estrés e historias de tabaquismo para poder comprobar el verdadero efecto de la dieta.
- Los investigadores recogen los datos empíricos mediante observaciones y valoraciones y utilizan los datos para descubrir nuevo conocimiento.
- El objetivo es comprender los fenómenos para aplicar el conocimiento de forma general a un amplio grupo de pacientes.

I.4 TECNOLOGÍA PARA EL CUIDADO

Las tecnologías aplicadas al cuidado humano representan un nuevo paradigma en el presente siglo, ofrecen métodos y técnicas para la conservación y mantenimiento de la vida sin privar al usuario del calor humano, así como de su arte en el proceso de cuidar, aplicando las tecnologías emergentes para fortalecer su quehacer, promoviendo autonomía e identidad, haciendo visible el lenguaje de enfermería en su práctica profesional. La mayoría de los filósofos se han desentendido de la filosofía de la tecnología y esto ha conllevado a generar una problemática a partir de la definición, pues hay una variedad de modos de entender esta palabra, desde las interacciones cotidianas en los diferentes ambientes, hasta los estudiosos historiadores con sus diferentes lenguas e idiomas; sin embargo, en castellano la tecnología se asocia con la “técnica”.

Se debe recordar que el cuidado de enfermería es más que un acto profesional, más que un simple encuentro con el otro; entraña respeto, amor, dedicación, crecimiento mutuo. Para ese crecimiento, quienes se preparan como profesionales de la salud deben estar al día en avances, en procesos, ya que la formación continuada se hace necesaria en cantidad y calidad suficiente para dar un cuidado de enfermería auténtico.

La utilización de la tecnología como ayuda para el cuidado de las personas, cuando por sus condiciones de salud se requiere, no debe permitir que ciegue de tal forma que se desplace y reste importancia a la persona, sujeto del cuidado. Se debe recordar siempre que ésta es para el beneficio de la persona y no en sentido contrario. Así que se debe concebir y recordar las características de la persona a quien se cuida como, el ser holístico y trascendente, ya que la persona se tiene en cuenta con sus antecedentes, sus influencias psicosociales y culturales, insertas en una historia familiar, personal, laboral y corporal; activo, porque de acuerdo con sus percepciones y experiencias sensibles influye en el medio, además de ser afectado por él; perteneciente a un contexto con el cual interactúa en su cotidianidad; con una historia propia; con trascendencia porque es portador de cultura y participa con sus diferencias en el ecosistema humano y ambiental.

Colliere menciona que “cuidar es ante todo, un acto de VIDA”, ya que el sentido de cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida, así como permitir que ésta continúe y se reproduzca. Asimismo, cuidar es un acto individual, cuando adquiere autonomía, pero al mismo tiempo, es un acto de reciprocidad que se

tiende a dar a cualquier persona, que, de manera temporal o definitiva, necesita ayuda para cubrir sus necesidades vitales en alguna de las etapas de su vida.

Es importante mencionar lo que Colliere considera como el primer instrumento de los cuidados: el cuerpo, por ser parte fundamental para llevar a cabo las tecnologías para el cuidado, es usado por una persona que cuida y sigue siendo el instrumento principal de los cuidados de enfermería, es el vehículo, el mediador de los cuidados. Mediante el uso del cuerpo (en este caso el de la enfermera), se pueden prestar cuidados a otra persona a través del uso de los sentidos. Aunado a los sentidos del instrumento cuerpo para el cuidado, también debe integrarse la sensibilidad, para redescubrir lo que siente, buscar lo que sienten los demás e intentar ser más claro de lo que la enfermera siente.

Las tecnologías según Colliere, se entienden como un arte y un conocimiento de los instrumentos, es decir, todo lo que muestra su elaboración, su creación, la justificación de su utilización apropiada y de la manera de servirse de ella. Los cuidados de enfermería han recurrido a tecnologías diversas como las del mantenimiento de la vida, luego se han integrado las de curación, que son cada vez más complejas, y por último las de información.

Tecnologías para el mantenimiento o conservación de la vida

Son todas las tecnologías y los instrumentos que sirven para garantizar el mantenimiento de la vida diaria, pero también tienen como objetivo paliar un daño funcional y permitir la realización de la actividad que está obstaculizada. Su uso requiere por parte de los cuidadores un estudio de los hábitos de vida de la persona referentes al aseo, tipo de alimentación, significado de la ropa o la forma de moverse, la organización del espacio dentro de la habitación o la vivienda, entre otros.

Tecnologías de curación

Estas tecnologías incluyen los instrumentos, desde los más sencillos hasta las máquinas más completas y complejas, planteando el difícil problema del límite de su utilización y de su finalidad efectiva. Basadas de manera esencial en las técnicas, es decir, en el modo de empleo de los instrumentos de curación, en el saber utilizar el aprendizaje de enfermería, se ha omitido en muchas ocasiones el conocimiento exacto, el análisis y la reflexión sobre su utilización, así como los límites de su uso. La falta de estos tres últimos elementos en la utilización de los instrumentos de esta tecnología, no se justifica y puede comprometer la vida de la persona.

Tecnologías de información

En la actualidad este tipo de tecnologías se reúnen alrededor de dos tipos de instrumentos principales: los que constituyen las historias de enfermería o de acción sanitaria, y los que contribuyen a la gestión del servicio de enfermería. Debe recordarse que muchos de estos instrumentos, por haber sido pensados en función de la organización de las tareas administrativas al sentido de los cuidados, se muestran poco significativos y han interferido de forma considerable con los cuidados de enfermería y con la acción sanitaria social.

1.5 ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD (APS)

En 1978, la Organización Mundial de la Salud (OMS), definió la APS como la atención sanitaria básica, apoyada en métodos y tecnologías profesionales, fundados bajo conceptos científicos y socialmente aceptables, de acceso universal a los individuos y sus familias en la comunidad, a través de su total participación y a un costo que la comunidad y el país puedan permitirse para mantenerla en todas las fases de su desarrollo, con un espíritu de independencia y autodeterminación.

La APS sigue siendo la principal y más efectiva estrategia para promover la salud y alcanzar el más alto nivel de salud posible para cada persona. La APS, incorpora cinco principios:

- Distribución equitativa.
- Tecnología apropiada.
- Enfoque en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- Participación de la comunidad.
- Enfoque multisectorial.

Esta meta que propuso la OMS, se ha cumplido de manera parcial debido a varios factores, entre los que se destacan: liberación económica, aumento de la pobreza a nivel mundial, redefinición de rol del estado y reestructuración de los sistemas de salud y servicios sociales, disminución o menor cobertura de los servicios de salud a la población más vulnerable, aumento del sector privado en salud, creciente desigualdad, exclusión social, inestabilidad política en algunas regiones del mundo, deterioro del ambiente, cambios

demográficos y epidemiológicos, formación de los profesionales del área de la salud con predominio hacia la enfermedad.

El modelo hegemónico de atención sigue siendo hacia la enfermedad; entre otros. Sin embargo, la OMS ha sido una promotora de la APS desde que adoptó este enfoque como un elemento central para alcanzar la meta de Salud para Todos, surgiendo un consenso internacional de que la APS continúa siendo un medio válido y adecuado para promover la salud y el desarrollo humano en todo el mundo.

En la actualidad la APS, se considera la piedra angular de las estrategias nacionales y regionales para alcanzar la equidad y mejoramiento equitativo en salud y desarrollo humano, bajo los siguientes **valores**: derecho a la salud, equidad y solidaridad; y por los **elementos** considerados esenciales como:

- Acceso y cobertura universal
- Atención integral e integrada y continuada
- Énfasis en promoción y prevención de la salud
- Atención apropiada
- Orientación familiar y comunitaria
- Mecanismos activos de participación
- Marco legal e institucional
- Organización y gestión óptimos
- Políticas y programas proequidad
- Primer contacto
- Recursos humanos apropiados
- Recursos adecuados y sostenibles
- Acciones intersectoriales

Con base en estos valores y elementos establecidos en la APS, se requiere de un equipo con competencias bien definidas para cumplir con los objetivos que se persiguen, comprometidas con un propósito común. Este equipo incluye a los proveedores de servicios (de salud, sociales y otros), a los trabajadores comunitarios, a los gestores, personal administrativo y la población (individuo, familia y comunidad), además del médico, la enfermera, trabajadora social, odontólogo, entre otros.

La enfermería en APS es un sistema en el que un profesional de enfermería es responsable de toda la asistencia de un determinado número de personas, pacientes, familias o comunidades. Es un método de prestación de una atención integral, individualizada y constante. Valora y prioriza las necesidades de cada persona, paciente, familia o comunidad, identifica los diagnósticos de enfermería, elabora un plan de atención y evalúa la eficacia de la asistencia. Además combina todos los aspectos del rol profesional, como la educación sanitaria, el asesoramiento legal, la toma de decisiones y la continuidad de la asistencia, es la gestora primordial de la asistencia del paciente, incluyendo todas las responsabilidades.

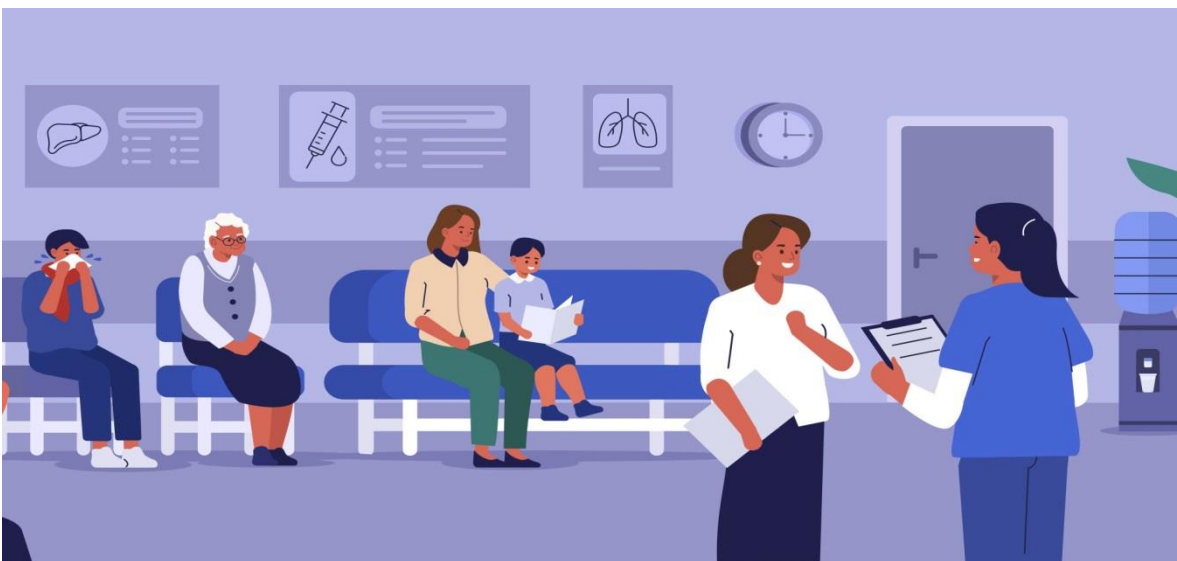
La enfermería en Atención Primaria de Salud (APS) es un sistema en el que un profesional de enfermería es responsable de toda la asistencia de un determinado número de personas, pacientes, familias o comunidades. Es un método de prestación de una atención integral, individualizada y constante. Valora y prioriza las necesidades de cada persona, paciente, familia o comunidad, identifica los diagnósticos de enfermería, elabora un plan de atención y evalúa la eficacia de la asistencia. Además, combina todos los aspectos del rol profesional, como la educación sanitaria, el asesoramiento legal, la toma de decisiones y la continuidad de la asistencia, es la gestora primordial de la asistencia del paciente, incluyendo todas las responsabilidades.

El rol de la enfermería en la APS debe incorporar como método del cuidado la enfermería basada en la evidencia, con el propósito de reflexionar en la acción, y cuestionarse la realidad cotidiana, reconociendo los problemas de enfermería, indagar, contrastar y evaluar de forma sistemática los hallazgos de la investigación e incorporarlas a la práctica del cuidado. Para ello, también debe comprender y dominar el uso de tecnologías, alentar el autocuidado a la salud personal, de los pacientes, trabajar con y para las comunidades en la promoción y la prevención, así como desarrollar valores y principios éticos. Todo ello, considerando que la APS es atención sanitaria esencial basada en la práctica, evidencia científica, metodología y tecnología socialmente aceptables, accesible de manera universal a las personas y familias que habitan una comunidad y que participan en ésta con independencia y autodeterminación.

El Marco legal de las funciones de la enfermera en la atención primaria de la salud (EAPS) actual sintetiza las funciones indispensables de la enfermera en la atención primaria de la salud y son las siguientes:

- **Función asistencial:** supone la atención coordinada de los distintos profesionales, está dirigida a los individuos, familia y comunidad, sanos o enfermos, de modo fundamental mediante acciones de promoción y prevención, además de labores de curación, rehabilitación y reinserción. Para ello hay programas de salud como soporte. Por ejemplo, el del niño-a sano-a, personas mayores frágiles, crónicos, entre otros.
- **Función docente:** se dirige, en primer lugar, a la población, e incluye intervenciones de educación para la salud de la comunidad o de sus grupos. También hace referencia a la autoformación de todo el equipo.
- **Función de gestión/administración:** se refiere a la organización del centro, a la planificación y evaluación de las intervenciones y actividades y a la coordinación con otros niveles, sectores y zonas.
- **Función de investigación:** dirigida a conocer la situación de salud de la comunidad, sus necesidades, estilos de vida, problemas de salud prioritarios entre otros (valoración de la comunidad, programas, censos, otros).

Con todo esto que se ha plasmado, las EAPS deben realizar su ejercicio profesional en trabajar con: un modelo de cuidados de enfermería, taxonomía diagnóstica de la NANDA o con respuestas humanas y el proceso de enfermería. De este último, la enfermera ayuda a la persona a identificar la satisfacción de sus necesidades básicas, establecer sus objetivos de salud y elegir sus actuaciones para conseguirlo, además de evaluar los resultados.



UNIDAD II

LA ENFERMERA COMO UNA PROFESION EN EVOLUCION, ELEMENTOS DE LOS CUIDADOS HOLISTICOS

2.1 BIENESTAR, SALUD Y ENFERMEDAD

La salud

Hoy en día, los individuos y grupos viven en una sociedad cada vez más compleja, pero también cada vez más independiente e individualista, y dependen de un gran número de profesionistas para atender los requerimientos de su salud. Estos profesionistas como la enfermera, médico, trabajadora social, odontólogo, nutricionista y otros, deben interactuar con los miembros de esa sociedad y de otros servicios para fomentar, prevenir, diagnosticar y cuidar la salud, considerando que toda persona tiene derecho a ésta. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1947) definió la salud en el preámbulo de su constitución como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad”; más adelante establece que la salud es “...uno de los derechos fundamentales de todos los seres humanos sin distinción de razas, religión, convicciones políticas o situación económica y social”. Con base en estas y otras definiciones, en la actualidad se acepta que la salud es de naturaleza relativa y en cada individuo existe un amplio margen dentro del cual puede actuar y gozar de ésta.

Florencia Nightingale mostraba que la salud no es de ninguna manera una entidad como se ha dejado creer; más bien, la salud representa el conjunto de posibilidades que permiten que la vida continúe, se desarrolle, incluso cuando hay enfermedad; ya que la salud es el conjunto de fuerzas vivas físicas, afectivas, psíquicas, sociales, que se pueden movilizar para afrontar, compensar la enfermedad, dejarla atrás y hacerle frente. Al fin y al cabo el ser humano no es sólo materia, es también espíritu, alma, sentimientos; es decir, es un ser holístico. Esto quiere decir que la salud ya no puede definirse como la simple ausencia de enfermedad, sino que tiene un significado positivo en sí misma. También salud significa “eficiencia física, mental y social óptima”

Salud óptima. Este concepto se fundamenta en que toda persona tiene un nivel óptimo de funcionamiento que representa su mejor bienestar posible. Esto quiere decir, que a pesar de que la mayoría de las personas presentan algún tipo de déficit menor de salud, como un problema físico menor, alergia, ser tímidos, miedo a hablar en público, temor a las alturas, entre otros, o problemas crónico-degenerativos, ellos son capaces de llevar una vida normal en tanto toman ciertas precauciones o decisiones que les permiten sentirse bien. Lo cierto es que el ser humano rara vez logra la perfección en todos los aspectos de salud, ya sea física, mental o social; sin embargo, se puede asegurar que cada persona tiene su óptimo único que le es alcanzable.

La salud como un todo funcional u holismo. Esto quiere decir que el ser humano debe reconocerse como una totalidad o un todo y en interacción con sus componentes físico, social, emocional y espiritual.

El bienestar, estar sano o estar bien

Después de que se ha descrito el significado de lo que es la salud, aquí se retoman estos dos términos, ya que la mayoría de las veces se manejan como sinónimos. El bienestar es una percepción subjetiva de equilibrio, armonía y vitalidad y aparece en niveles. En los niveles más altos, la persona siente satisfacción y encuentra sentido de contribuir positivamente a lograr ciertas metas. En los niveles más bajos, la persona se ve a sí misma como enferma y puede situar su estado de bienestar en el “fondo”. Los conceptos básicos de bienestar incluyen la autorresponsabilidad, un objetivo fundamental, un proceso dinámico de desarrollo, la toma de decisiones referentes a la nutrición, el control del estrés, una buena forma física, la salud emocional, los cuidados preventivos, entre otros. El estar sano, es un método integrado de funcionamiento que está orientado hacia la maximización del potencial del que el individuo es capaz, dentro del entorno donde él está funcionando; también puede conceptualizarse como un “proceso activo de estar informado y elegir un nivel más alto de bienestar”, influenciado por varios elementos como son autoconcepto de la persona, cultura y entorno.

Hettler en 1979 propuso seis dimensiones del estar sano. Es en el año 2003, derivado de estos conceptos, las autoras Anspaugh, Hamrick y Rosato, proponen siete dimensiones de

bienestar que coinciden con las seis de Hettler, y sólo agregan una dimensión más a estos referentes. La dimensión que ellas incluyen es la ambiental.

- Dimensión física, que estimula la actividad física, fuerza cardiovascular, nutrición y otras.
- Dimensión emocional, que se enfoca hacia el grado en que la persona se siente positiva y entusiasta sobre la vida.
- Dimensión social, es aquella que incluye la interdependencia con otros, la naturaleza y el desarrollo de la armonía con la familia.
- Dimensión intelectual, que anima a las actividades mentales para el desarrollo del conocimiento de sí mismo.
- Dimensión laboral, se enfoca hacia la dimensión para el trabajo que produce satisfacción personal.
- Dimensión espiritual, que incluye la búsqueda del significado y el propósito de la vida humana.
- Dimensión ambiental, que es la capacidad para promover medidas saludables que mejoren las condiciones y calidad de vida en la comunidad

Enfermedad

Han sido muchos científicos los que han estudiado el campo de la enfermedad y son varios los conceptos respecto a ésta; pero lo más importante de tomar en cuenta, -al igual que el concepto de salud- la forma en que una persona considere su enfermedad, es lo que determina en gran medida las acciones que tome para protegerse y mejorar, así como el tipo de atención, cuidado o tratamiento cuando este fenómeno se presente. Factores como edad, sexo, ocupación, estabilidad emocional, personalidad, religión, raza, nivel socioeconómico, educación y capacidad de reacción se consideran en la fase de enfermedad.

La enfermedad “es un estado en donde el funcionamiento físico, emocional, intelectual, social, de desarrollo o espiritual de una persona, está disminuido o alterado en comparación con la experiencia previa”. Suchman define cuatro etapas de la enfermedad: aparición de la enfermedad, aceptación del rol de enfermo, búsqueda de la atención médica, el paciente dependiente, la recuperación y rehabilitación.

Aparición de la enfermedad. Esta etapa tiene tres aspectos, la percepción física de los (signos y síntomas, la comprensión de la enfermedad y la respuesta emocional, ya sea de temor, ansiedad o tranquilidad.

Aceptación del rol de enfermo. En esta etapa la persona acepta que está enferma, y el rol como tal. **Búsqueda de la atención médica.**

El enfermo busca la ayuda profesional de médicos, psicólogos, enfermeras u otros profesionales. Cuando toma esta decisión, solicita información de los siguientes aspectos: confirmación de su enfermedad, explicación de lo que padece y garantía de que su recuperación es posible.

El paciente es dependiente. Cuando se confirma su enfermedad, el paciente se convierte en dependiente de los tratamientos o cuidados de un profesional o de varios, incluyendo la familia. Durante este periodo, el individuo se va haciendo más comprensivo y receptivo o más agresivo y aislado; a veces presenta una regresión emocional, por lo que si se interna en un hospital necesita de una atención integral con base en sus necesidades o respuestas humanas.

Recuperación y rehabilitación. En esta etapa aprende a ser independiente y vuelve o se incorpora a las actividades normales de su vida diaria. Es necesario la ayuda y una orientación de las actividades que realizará en su hogar si éste presenta algunas secuelas o depende de un adulto como puede ser el caso de los niños.

También algunos autores clasifican la enfermedad en dos fases: aguda y crónica. Enfermedad aguda: por lo general tiene una duración corta y es grave. Los síntomas aparecen de forma brusca, son intensos, y con frecuencia afectan el funcionamiento en alguna dimensión. Enfermedad crónica es aquella que persiste durante más de seis meses en promedio; el



En este segmento de información, se describe la importancia que revisten estos elementos en la salud enfermedad. Con relación al entorno, es uno de los elementos que conforman el metaparadigma de enfermería, y como tal, debe estar vinculado de manera íntima a la salud, las personas y las comunidades. La familia siendo la unidad básica de la sociedad desempeña una función relevante y a veces determinante en el proceso salud-enfermedad de sus miembros, y la comunidad, se debe ver como un todo.

En el presente, las personas cada vez son más conscientes de su entorno y cómo afecta su salud o bienestar. El entorno de una comunidad abarca aspectos geográficos, climatológicos, la radiación, el aire, el agua y otros. Es bien sabido el problema ambiental del efecto invernadero por exceso de bióxido de carbono y otras sustancias como el plomo y azufre producidas por vehículos automotores e industrias, y otras biológicas, las cuales impiden el suficiente efecto de conservación de calor y la temperatura tiende a elevarse. Otras fuentes de contaminación ambiental son los pesticidas y las sustancias químicas que se utilizan para controlar las plagas y el daño a las plantas o animales, trayendo aparejadas enfermedades como el cáncer y algunas mutaciones genéticas en las personas que ingieren estos productos.

También debe preocupar el entorno del hogar, ya que puede incluir elementos que ponen en riesgo a las personas que habitan en ella o a toda la familia, como una vivienda sucia, hacinamiento, promiscuidad, piso de tierra o con un mal sistema de ventilación; lo que condiciona a la aparición o propagación de infecciones u otras enfermedades. Pero también el entorno incluye de manera importante a la familia y la dinámica que se lleve a cabo en ella, por lo que la forma en cómo interactúan sus miembros, será la respuesta que se va a dar a la salud o enfermedad en las diferentes etapas del ciclo vital.

La familia

La familia es la unidad básica de la sociedad, integrada por individuos, varones o mujeres, jóvenes o adultos, con una relación legal o no, que pueden estar emparentados genéticamente, pero que les unen lazos de solidaridad, amor y ayuda mutua; por lo que el interés del conocimiento de la familia para la enfermera y su impacto en la salud, los valores y la productividad de cada uno de sus miembros, la debe considerar como una unidad. Se debe tener en cuenta que la familia, además de cubrir las necesidades básicas para la supervivencia como nutrición, vestido, educación y atención sanitaria; proporciona una atmósfera que influye sobre el desarrollo cognitivo y psicosocial de sus miembros. Los niños y adultos que proceden de familias sanas y funcionales, son capaces de proyectar seguridad en su vida personal, en las personas que las rodean y cuando establecen nuevas unidades familiares son capaces de salir en ayuda y solidarizarse con otros miembros de las familias, de la comunidad y de la sociedad, con independencia del tipo de familia existente en la sociedad actual. Un clima familiar abierto a la comunicación, donde haya amor y se compartan las experiencias diarias, aumenta la realización máxima del potencial personal.

La salud de la familia está influida por su posición relativa en la sociedad; su estructura y su función están determinadas por muchas variables como pueden ser la clase social, los recursos económicos, la cultura, la educación y el contexto racial y étnico. Se puede decir que la distribución de la riqueza afecta de manera considerable la capacidad para mantener la salud, lo mismo sucede con un nivel educativo bajo o las creencias que magnifican el impacto de la enfermedad y su extensión en la familia. En contraparte, la estabilidad económica y un mejor nivel educativo, aumenta el acceso a los servicios de salud y crea más oportunidades para la instrucción en salud, para llevar a cabo hábitos de vida sanos

como una buena nutrición, disminución del estrés y relaciones armónicas. La familia es el escenario social primario donde se lleva a cabo la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, y es también el escenario ad hoc para el crecimiento y el cambio en el control del entorno de sus miembros, del ambiente en donde se desarrollan y la comunidad en su conjunto.

Para la familia siempre que hay una persona enferma, ésta se ve afectada repercutiendo en su estado emocional, psicodinámico (roles familiares), laboral, social y económico, por lo que se debe estar atento a estas situaciones para prodigar apoyo, orientación y educación en el cuidado de su paciente. La forma y extensión de esta alteración en la familia dependen de tres factores en especial: cuál es el miembro de la familia enfermo, cuál es el grado de enfermedad y la duración de la misma.



Valoración de la comunidad

La enfermera debe conocer la comunidad donde vive y sus habitantes, así mismo los problemas de salud que prevalecen en ella, no sólo con la aportación que dan las estadísticas de mortalidad o morbilidad, ya que en la mayoría de los países donde no se cuenta con datos reales, por ser manipulados a conveniencia del sistema u organizaciones, sólo orientan de forma parcial. Por estas razones, la enfermera debe contar con las herramientas necesarias para realizar una valoración de la comunidad y promover la vida saludable, prevenir los problemas de salud, prodigar cuidados terapéuticos de manera independiente, brindar servicio de rehabilitación, evaluar las necesidades y jerarquizarlas; hacer investigación como una forma de identificar nuevos problemas de salud, poner en práctica novedosas tecnologías y aportación de mejores servicios.

El estudio o valoración de comunidad, es una herramienta imprescindible para cualquier miembro de cualquier disciplina o sector, que desee realizar acciones en pro de un grupo de población en un área geográfica determinada. Pero en el caso específico del área de la salud, el sistema nacional de salud en el país destaca que para llevar a cabo una valoración realista, tendrá como soporte una participación activa y comprometida de la comunidad, lo que conlleva a determinar tres acciones básicas: la organización de la comunidad, la capacitación y la información. Cuando una enfermera ejerce dentro de un entorno comunitario, debe aprender a conocerlo y valorarlo, ya que es el lugar donde viven, se desarrollan y trabajan las personas o familias con quien interactúa ella. Sin una comprensión adecuada del entorno, cualquier esfuerzo o programa para promover la salud, comenzar cambios o prevenir las enfermedades, es poco probable que tenga éxito.

2.2.1 ETNIA Y CULTURA.

El concepto de cuidados como base para la enfermera y el de cultura proveniente de la antropología, se entrelazan y cobran gran importancia para la labor asistencial de la profesión. Esta unión abarca un concepto más novedoso y amplio, introducido inicialmente por Madeleine Leininger en los años 50, conocido como Enfermería Transcultural, enunciado en su “Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados”. Como enfermeras debemos ser conscientes que vivimos en una realidad multicultural, que propicia determinadas situaciones sanitarias a las que debemos saber dar respuesta como responsables del cuidado

Madeleine Leininger desarrolló su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales, basada en su convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan los demás. La cultura determina los patrones y estilos de vida que tienen influencia en las decisiones de las personas.

Basa su teoría en la enfermería transcultural y su objetivo es proporcionar cuidados profesionales que sean coherentes con los valores, las creencias y las prácticas culturales. Las culturas muestran tanto la diversidad como la universalidad de los cuidados, en la diversidad se perciben, conocen y practican los cuidados de formas diferentes y en la universalidad se observan las características comunes de éstos.

estudiar y comprender como se expresa el cuidado. Como enfermeras, debemos preguntarnos de qué manera la cultura puede influir en el cuidado que damos. Una de las fases del proceso de atención de enfermería se basa en valorar al individuo como un ser único e integral, con necesidades biológicas, psicológicas y sociales. Debemos ser conscientes que introducir el ámbito social en la valoración de enfermería es un aspecto significativo a tener en cuenta, ya que nuestras intervenciones deben contemplar por tanto el entorno y la sociedad como determinantes en el proceso de salud de una persona.

Parece lógico pensar que el concepto de cultura que es entendido en enfermería para ofrecer cuidados, sea aquel que pueda dar respuesta a las necesidades de las personas de manera coherente a sus pensamientos y sentimientos, es decir, entender las acciones que las personas toman porque sencillamente es su manera de pensar. Sin embargo, resultaría más útil hacer un ejercicio de amplitud, y considerar la cultura en el cuidado, no solo desde las características individuales que puede presentar una persona concreta en relación a la salud y enfermedad, sino adiestrarse en la realidad socio-política y en la participación de la comunidad que influye en esa persona, entrando aquí a formar parte el contexto como elemento fundamental. Tomar conciencia y aceptación de las diferencias culturales y valores propios es un ejercicio que requiere compromiso de la enfermera, pues supone huir de los estereotipos y superar los prejuicios con el fin de establecer una relación efectiva, desde el respeto de lo que no es propio y con conciencia cultural. La Enfermería Transcultural como concepto se basa en una ideología, una manera de enfocar el cuidado hacia la consideración cultural en su práctica.

Lo más difícil a mi modo de ver acerca de la teoría de Leininger, es asumir que existe la necesidad de obtener un conocimiento documentado de las culturas para poder usarse como base en la planificación de los cuidados culturales, según los métodos cualitativos de investigación que ella ha desarrollado en su trayectoria profesional, pues esto supone dos esfuerzos añadidos en la rutina diaria de una enfermera asistencial: el primero, estudiar en profundidad al menos las culturas con las que más frecuentemente se va a encontrar en su trabajo y segundo, “romper la barrera gerencial o política que está impuesta en los centros sanitarios en los cuales se producen choques constantes entre culturas, y al no considerar la misma como el elemento clave, provoca que disminuya la calidad en la atención”.

2.2.2 ESPIRITUALIDAD Y RELIGIÓN.

La palabra espiritualidad deriva de la palabra latina spiritus, que se refiere a la respiración o al viento. El espíritu da vida a una persona. Significa lo que está en el centro de todos los aspectos de la vida de una persona. Florence Nightingale creyó que la espiritualidad era una fuerza que proporcionaba la energía necesaria para promover un entorno hospitalario saludable y que el cuidado de las necesidades espirituales de una persona era tan esencial como el cuidado de sus necesidades físicas. A menudo la espiritualidad se define hoy como una conciencia del propio yo interno y un sentido de conexión con un ser superior, un estado natural o un propósito mayor que uno. La salud de una persona depende de un equilibrio de los factores físicos, psicológicos, sociológicos, culturales, del desarrollo y espirituales. La espiritualidad es importante para ayudar a las personas a alcanzar el equilibrio necesario para mantener la salud y el bienestar y para afrontar la enfermedad. Los estudios muestran que la espiritualidad afecta positivamente y mejora la salud, la calidad de vida, las conductas de promoción de la salud y las actividades de prevención de la enfermedad.

Con demasiada frecuencia las enfermeras y otros profesionales de asistencia sanitaria no pueden reconocer la dimensión espiritual de sus pacientes porque la espiritualidad no es lo suficientemente científica, tiene muchas definiciones y es difícil de medir. Además, algunas enfermeras y profesionales de asistencia sanitaria no creen en Dios o en un ser superior, algunas no están cómodas hablando del tema y otras dicen que no tienen tiempo para tratar las necesidades espirituales. Los conceptos de espiritualidad y de religión se intercambian a menudo, pero la espiritualidad es un concepto mucho más amplio y unificador que la religión. La relación entre la espiritualidad y la curación no se comprende totalmente. Sin embargo, el espíritu intrínseco de la persona parece ser un factor importante en la curación. La curación se produce a menudo debido a las creencias. La evidencia actual muestra una relación entre la mente, el cuerpo y el espíritu. Las creencias internas y las convicciones de una persona son recursos poderosos para la curación. Las enfermeras que apoyan la espiritualidad de los pacientes y sus familias tienen éxito ayudando a los pacientes a alcanzar los resultados de salud deseables.

Diferentes conceptos describen la salud espiritual. Para proporcionar cuidados espirituales significativos y de apoyo, es importante entender los conceptos de espiritualidad, bienestar espiritual, fe, religión y esperanza. Cada concepto ofrece orientación para comprender los puntos de vista que tienen las personas de la vida y su valor.

Espiritualidad: La espiritualidad es un concepto complejo que es único para cada persona; depende de la cultura de una persona, del desarrollo, de las experiencias vitales, de las creencias y de las ideas sobre la vida. Además, la espiritualidad es una característica humana inherente que existe en todas las personas, sin importar sus creencias religiosas. Da a las personas la energía necesaria para descubrirse a sí mismas, afrontar situaciones difíciles y mantener la salud. La energía generada por la espiritualidad ayuda a los pacientes a sentirse bien y orienta las decisiones tomadas a lo largo de la vida. La espiritualidad permite a una persona amar, tener fe y esperanza, buscar el significado de la vida y fomentar las relaciones con los demás. Debido a que es subjetiva, multidimensional y personal, los investigadores y los eruditos no se ponen de acuerdo en una definición universal de la espiritualidad. Sin embargo, cinco constructos distintos pero superpuestos se encuentran con frecuencia en las definiciones de la espiritualidad.

Bienestar espiritual: El concepto de bien estar espiritual se describe a menudo como tener dos dimensiones. La dimensión vertical apoya la relación trascendente entre una persona y Dios o algún otro poder superior. La dimensión horizontal describe las relaciones positivas y las conexiones que las personas tienen con los demás. El bienestar espiritual tiene un efecto positivo en la salud. Los que experimentan bienestar espiritual se sienten conectados con los demás y pueden encontrar significado o propósito en sus vidas.

Fe. Además de ser una parte de la definición de la espiritualidad, el concepto de fe tiene otras definiciones comunes. La fe es una religión cultural o institucional tal como el judaísmo, el budismo, el islamismo o el cristianismo. Es también una relación con una divinidad, un poder superior, una autoridad o un espíritu que incorpora una fe de pensar (creencia) y una fe de confiar en (acción). La fe de pensar proporciona confianza en algo para lo que no hay pruebas. Es una aceptación de lo que no puede explicar el razonamiento. La fe implica a veces una creencia en un poder superior, un guía espiritual, Dios o Alá. La fe es también la manera en la que una persona elige vivir. Da propósito y significado a la vida de una persona, permitiendo la acción.

Religión: La religión se asocia con el «estado de hacer algo» o un sistema específico de prácticas asociadas a una particular denominación, secta o forma de devoción. La religión se refiere al sistema de creencias organizadas y devoción que una persona practica para expresar externamente la espiritualidad. Muchas personas practican una fe o creencia en las doctrinas y expresiones de una religión específica o una secta. Al proporcionar cuidados espirituales a un paciente, es importante comprender las diferencias entre la religión y la espiritualidad. Mucha gente tiende a utilizar los términos espiritualidad y religión de manera intercambiable. Aunque estén estrechamente asociados, estos términos no son sinónimos.

Esperanza: La espiritualidad y la fe producen esperanza. Cuando una persona tiene la actitud de vivir por algo y esperarlo con ilusión, la esperanza está presente. Es un concepto multidimensional que proporciona comodidad mientras las personas padecen situaciones que amenazan la vida, adversidad y otros desafíos personales. Se asocia estrechamente a la fe y proporciona energía, dando a las personas una motivación para alcanzar un logro y los recursos que deben utilizar hacia ese logro.



2.2.3 SEXUALIDAD.

La sexualidad es parte de la personalidad de una persona y es importante para la salud en general. Conversar sobre temas sexuales se ha hecho cada vez más habitual a lo largo de los años, aunque muchos adultos carecen de conocimientos con respecto a la sexualidad. Para sentirse cómodas abordando la sexualidad, las enfermeras necesitan habilidades de comunicación terapéutica y estar bien informadas sobre el funcionamiento, los problemas y la valoración sexuales. Muchos valores y cuestiones rodean la sexualidad. Las enseñanzas religiosas, las influencias culturales en los roles sexuales, las creencias sobre la orientación sexual y el clima social y medioambiental influyen en los sistemas de valores de los pacientes y de los profesionales de asistencia sanitaria. La sexualidad tiene muchas definiciones. La expresión de la sexualidad de una persona está influida por la interacción entre los factores biológicos, sociológicos, psicológicos, espirituales, económicos, políticos, religiosos y culturales.

La sexualidad se diferencia de la salud sexual. Según la OMS (2010), la salud sexual es «un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad; no es simplemente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad». Las personas que tienen

una vida sexual saludable tienen un enfoque positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales. También tienen potencial para tener experiencias sexuales placenteras y seguras que estén libres de coerción, discriminación y violencia. Las enfermeras, teniendo una sólida base del conocimiento científico con respecto a la sexualidad, ayudan a los pacientes a lograr la salud sexual. Es necesaria una comprensión básica del desarrollo sexual, la orientación sexual, la anticoncepción, el aborto y las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Orientación sexual

La orientación sexual describe el patrón predominante de atracción sexual de una persona a lo largo del tiempo. Sigue habiendo muchos mitos estereotipados sobre la gente que es LGBT. La evidencia actual indica que tienen menos acceso a la atención sanitaria y no solicitan fácilmente los cuidados preventivos. Las enfermeras sin prejuicios que tienen una sólida base de conocimiento ayudan a rechazar estos mitos y proporcionan cuidados que incluyen la atención a la orientación sexual de la persona.

Anticoncepción

Hoy día hay disponibles numerosas opciones anticonceptivas para las parejas sexualmente activas. Proporcionan niveles diferentes de protección contra los embarazos no deseados. Algunos métodos no requieren prescripción, mientras que otros requieren prescripción o algún otro tipo de intervención por parte de un profesional sanitario. Los métodos que son efectivos para la anticoncepción no reducen siempre el riesgo de ITS. Por ejemplo, la píldora y el dispositivo intrauterino (DIU) son efectivos para el control de la natalidad, pero no para la protección contra las ITS. La efectividad varía con cada método anticonceptivo y la regularidad del uso. Los embarazos imprevistos ocurren porque los anticonceptivos no se utilizan, se utilizan de manera irregular o se utilizan incorrectamente.

Métodos anticonceptivos sin prescripción: Los métodos anticonceptivos sin prescripción incluyen la abstinencia, los métodos de barrera y la coordinación del coito en relación al ciclo ovulatorio de la mujer. Aunque la abstinencia de relaciones sexuales sea 100% efectiva, es a menudo difícil para hombres y mujeres utilizarlo regularmente. Cualquier acto de relación sexual sin protección potencialmente se traduce en embarazo y exposición a ITS.

Los métodos de barrera incluyen los productos espermicidas de venta sin receta y los preservativos. Los productos espermicidas (p. ej., cremas, geles, espumas y esponjas) se ponen en la vagina antes del coito para crear una barrera espermicida entre el útero y el esperma eyaculado. Los métodos anticonceptivos sin prescripción basados en los cambios fisiológicos del ciclo menstrual incluyen el ritmo, la temperatura corporal basal, el moco cervical y los métodos de control de la fertilidad. Las parejas que utilizan estos métodos necesitan entender el ciclo reproductivo de la mujer y los signos y señales sutiles que su cuerpo le da durante el ciclo. Para prevenir el embarazo la pareja se abstiene de tener relaciones sexuales durante los períodos fértiles designados.

Métodos que requieren la intervención de un profesional sanitario: Los métodos anticonceptivos que requieren la intervención de un profesional sanitario incluyen la anticoncepción hormonal, el DIU, el diafragma, el anillo cervical y la esterilización. La anticoncepción hormonal está disponible de varias formas: píldoras anticonceptivas orales, anillos anticonceptivos vaginales, inyecciones hormonales, implante subdérmico, parches transdérmicos en la piel y el DIU. La anticoncepción hormonal altera el medio hormonal para prevenir la ovulación, espesa el moco cervical y adelgaza el endometrio uterino.

Infecciones de transmisión sexual

La incidencia de las ITS continúa aumentando. Cada año se diagnostican en los Estados Unidos a cerca de 19 millones de personas con una ITS; casi la mitad de ellas tiene entre 15 y 24 años. La prevalencia de las ITS es un problema de salud importante por varias razones. Las poblaciones negra e hispana son diagnosticadas de una ITS con más frecuencia que los blancos, y las mujeres tienen más complicaciones asociadas a las ITS que los hombres. Además, los factores sociales tales como la pobreza, el bajo nivel de alfabetización, la discriminación, el consumo de drogas ilegales (p. ej., crack de cocaína, metanfetamina), el encarcelamiento, los abusos sexuales y la segregación racial contribuyen a las disparidades raciales en las tasas de ITS.

Las ITS diagnosticadas normalmente incluyen sífilis, gonorrea, clamidia, tricomoniasis, y la infección por el virus del papiloma humano (VPH) y el herpes genital simple (HGS) tipo II (las verrugas genitales y el herpes genital, respectivamente). Como su nombre implica, las ITS se transmiten de las personas infectadas a las parejas durante el contacto sexual íntimo.

La localización de la transmisión es generalmente genital, pero a veces es oral-genital o anal-genital. Las personas con mayor probabilidad de infectarse comparten una característica clave: sexo sin protección con múltiples parejas. La gonorrea, la clamidia, la sífilis y la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) son causadas por bacterias y son generalmente curables con antibióticos. Los pacientes deben tomar antibióticos durante el ciclo completo de tratamiento. Sin embargo, una preocupación emergente es que algunas de estas infecciones bacterianas (p. ej., gonorrea y sífilis) ahora están desarrollando resistencias a los antibióticos. Las infecciones tales como el herpes genital, el VPH y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) son causadas por virus y no pueden ser curadas.



2.2.4 LIDERAR, DIRIGIR E INFLUIR EN EL CAMBIO DE PACIENTE.

El Liderazgo es un constructo complejo y multideterminado, el cual se ha investigado desde hace muchos años y es definido como “un proceso natural que ocurre entre una persona Líder y sus seguidores, existiendo consenso que éste es necesario para guiar a las organizaciones hacia objetivos estratégicos”. El líder, a través de sus propias acciones, debe crear una cultura, donde el cambio no sea considerado una amenaza, sino una posibilidad 51 de crecimiento y desarrollo para los integrantes, Liderazgo para el Cambio Fase II, del Consejo Internacional de Enfermeras, sostiene que se debe tener “una actitud proactiva, visionaria y asertiva hacia los procesos de la Reforma”, es decir tener un rol protagónico como líder, ampliar su horizonte, con un enfoque multisectorial y multidisciplinario, mostrar el valor de la disciplina y conducir los cambios con la gestión oportuna de los cuidados. El legislador asigna tres nuevas funciones: “Gestión del Cuidado, el ejecutar acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico; y el deber de velar por la mejor administración de recursos de asistencia para el paciente”.

En consecuencia, el Liderazgo se expresa cuando se le encomienda a las(os) Enfermeras(os) velar por la mejor administración de los recursos asistenciales, asumiendo un papel garante en la asistencia y derechos de los pacientes se observa en las(os) Enfermeras(os) pocas acciones que reflejen el Liderazgo como una competencia. Se muestra un déficit en la conducción del personal, falta de claridad al entregar información, escasa empatía-carisma, inexistencia de análisis de situaciones y toma de decisiones, lo que conlleva a conflictos con el equipo, sin logros en la planificación del trabajo en los servicios. Lo anterior puede deberse a factores, tales como: presencia de profesionales jóvenes, inexperiencia, dificultades de tipo relacional, objetivos no claros, ausencia de confianza y de apoyo de la autoridad, lo que repercute claramente en la atención directa de los usuarios. Asimismo, existe la percepción de no ser consideradas(os) y enfrentar factores externos del medio que obstaculizan su desarrollo, como los problemas de relaciones con médicos, sindicatos, autoridades, personal de salud. Se visualiza un ambiente conflictivo donde no se reconoce a Enfermería como disciplina, lo que origina condiciones adversas para desarrollar un efectivo liderazgo. Con el propósito de contribuir al fortalecimiento del liderazgo en el ejercicio de la profesión.

2.2.5 FILOSOFÍA DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA. POSTULADOS Y PRINCIPIOS CIENTÍFICOS

El ser humano constantemente produce y reproduce conocimientos de sí mismo y de todo lo que le rodea, es decir, debe conocer acerca de los hechos físicos, valores, lenguaje, sociedad, etc., que le permita hacer un estudio metodológico y sistemático de sus actividades, que redundarán en la satisfacción de sus necesidades a través de la investigación. Esta situación dará al individuo, la oportunidad de elaborar una filosofía respecto a su vida, profesión, institución, etc. Desde el punto de vista profesional, se requiere que el personal participe en y para la comunidad con juicio crítico, poder de decisión e iniciativa en todas las etapas del ciclo de la vida, dando prioridad a la conservación de la salud y considerando a la enfermedad como un accidente en la vida del individuo, sin perder de vista que éste es un ente biopsicosocial en constante interacción con el ambiente. Algunos de los objetivos de la formación profesional en enfermería para llevar a cabo dicha filosofía estarán en relación con:

- Conocer al individuo sano.
- Participar en programas para la protección de la salud.
- Colaborar en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del individuo.
- Otorgar cuidados con calidad y calidez.
- Participar en programas de investigación y educación para la salud.

Estos objetivos pretenden orientar al personal de enfermería sobre el cómo y el por qué de cada una de sus acciones, tanto en su vida personal como profesional, mediante una metodología que le facilite el descubrimiento, racionalización, comprobación y exposición de los hechos concernientes a las ciencias básicas que integran su quehacer profesional.

Postulado

El postulado se define como una proposición aceptada sin prueba y que sirve de fundamento, ya sea para la argumentación y comprensión de la realidad, para la construcción de un sistema científico o para la comprensión del orden moral.

Expresa el reconocimiento de la existencia objetiva del universo, independientemente de cómo el hombre lo conozca, lo ignore o lo imagine; incluye al hombre como parte integrante del universo. Los postulados se originan de la filosofía, y en ellos descansa la posibilidad de existencia de la ciencia. Poseen las siguientes características:

- Sirven de base a razonamientos ulteriores.
- Son de dominio entero de una rama científica, de un grupo de ciencias o del conocimiento científico general.
- Son fundamentos para la investigación.
- Se encuentran sujetos a procesos continuos y reiterados de verificación.

Eli de Gortari considera como postulados generales los siguientes: “El universo existe objetivamente y de manera particular, el hombre existe como parte integrante del mismo.” “Todos los procesos existentes son susceptibles de llegar a ser conocidos por el hombre en forma directa o indirecta.” “El desarrollo de cada uno de los procesos es predecible y verificable.”

Principio científico

El principio científico no se establece arbitrariamente, y puede definirse como “el conocimiento fundamental basado en hechos, ideas o relaciones formales o fenómenos sociales”. Por otro lado, se puede considerar como “fundamento sobre el cual se apoya una cosa; una generalización, producto de hallazgos en los experimentos realizados por medio de algunas investigaciones, tan claras y evidentes.

Principios científicos fundamentales aplicados en enfermería

En enfermería, los principios generales que determinan cada una de las acciones son:

- “Todo hombre forma parte de una sociedad, que tiene derechos, deberes, privilegios y libertades, asimismo, temores y necesidades personales que comúnmente se exacerban con la enfermedad.”
- “El ser humano requiere de un equilibrio fisiológico.”
- “En el ambiente existen agentes patógenos.”

Estos principios permiten comprender que el ser humano como ente biopsicosocial, forma parte de un sistema ecológico y que en un momento dado puede satisfacer o no sus necesidades de acuerdo con su interrelación o interacción con los factores bióticos o abióticos existentes. También permiten comprender que la atención de enfermería está determinada por la aplicación de estos principios en cada uno de los pasos que integran los diferentes procedimientos. Si se considera el principio científico “el ser humano requiere de un equilibrio fisiológico”, así como las características correspondientes a éstos, se puede enunciar que:

- Su origen está en el conocimiento relacionado con la integración anatomofuncional del ser humano.
- Su origen está en la experiencia obtenida a través de la investigación.
- Forma parte del hombre, el cual a su vez está integrado al universo.
- Podrán diseñarse leyes en relación con las diferentes funciones del hombre en varios ecosistemas según el avance científico.

- I) El conocimiento de la integración anatomofuncional del hombre permite conocer las posibles alteraciones en cada uno de sus aparatos y sistemas.
 - El estudio del ser humano requiere del conocimiento de ciencias biológicas, sociales, humanísticas y fisicomatemáticas.
 - La utilidad que reportan los principios repercute en la atención progresiva al individuo.
 - Se derivan principios científicos específicos de acuerdo con las disciplinas enunciadas, como:
 - 1) “El aparato musculoesquelético es un medio de locomoción que sirve de sostén y protección de elementos anatómicos.”
 - 2) “El equilibrio psicológico del individuo influye en su comportamiento.”
 - 3) “El ambiente terapéutico comprende la acción recíproca entre el personal de salud y el paciente.”

UNIDAD III

PROMOCIÓN DE LA SALUD FISICA

La valoración se define como un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información, que permite determinar la situación de salud, y la respuesta que las personas dan a ésta. La valoración enfermera es útil en la planificación de cuidados a la persona, a la familia y/o a la comunidad, y no solamente en situación de enfermedad. Existen diversos tipos de valoración dependiendo del modelo enfermero; en nuestra Comunidad Autónoma se ha optado por el modelo de los Patrones Funcionales de Marjory Gordon.

Marjory Gordon define los patrones como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro

de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología. De la valoración de los patrones funcionales se obtiene una importante cantidad de datos relevantes de la persona (físicos, psíquicos, sociales, del entorno), de una manera ordenada, lo que facilita a su vez el análisis de los mismos.

La valoración se realiza mediante la recogida de datos subjetivos, objetivos, la revisión de la historia clínica o informes de otros profesionales. Se deben evitar las connotaciones morales (bueno- malo), hacer presunciones, interpretar subjetivamente o cometer errores a la hora de emitir un resultado de patrón. Los 11 patrones son una división artificial y estructurada del funcionamiento humano integrado, no deben ser entendidos de forma aislada; la interrelación que se da entre ellos es lógica, las personas somos un TODO sin compartimentar, todo influye en todo (el entorno, la cultura, el nivel social, los valores, las creencias). Algunos patrones comparten información y ciertos datos pueden estar presentes en más de un patrón, no siendo necesario registrarlos de forma repetida.

Los patrones que son funcionales, eficaces, describen un nivel óptimo de funcionamiento, implican salud y bienestar. Los patrones disfuncionales o potencialmente disfuncionales, es decir alterados o en riesgo de alteración, describen situaciones que no responden a las normas o a la salud esperadas de una persona, se definen como problemas de salud, limitan la autonomía del individuo, la familia y/o la comunidad. Emitir un juicio clínico sobre si un patrón es eficaz, está alterado o en riesgo de alteración, puede resultar dificultoso, pero es necesario completar la valoración con el “Resultado” del patrón para que en la historia informática éste quede registrado como valorado.

3.1 Patrón I: percepción de la salud y manejo de la salud

Que valora:

- ✓ Como percibe el individuo la salud y el bienestar.

- ✓ Como maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación
- ✓ La adherencia a las prácticas terapéuticas. Incluye prácticas preventivas (hábitos higiénicos, vacunaciones)

Como se valora:

- Hábitos higiénicos: personales, vivienda, vestido
- Vacunas
- Alergias
- Percepción de su salud
- Conductas saludables: interés y conocimiento
- Existencia o no de alteraciones de salud (tipo de alteración, cuidados, conocimiento y disposición)
- Existencia o no de hábitos tóxicos
- Accidentes laborales, tráfico y domésticos
- Ingresos hospitalarios

Resultado del Patrón:

- El patrón está alterado si:
- La persona considera que su salud es pobre, regular o mala.
- Tiene un inadecuado cuidado de su salud.
- Bebe en exceso.
- Fuma.
- Consume drogas.
- No tiene adherencia a tratamientos farmacológicos ni a medidas terapéuticas.
- No está vacunado
- La higiene personal o de la vivienda es descuidada.

Aclaraciones:

Tabaco: Se considera fumador cualquier persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de tabaco Alcohol: Se considera toma de alcohol excesiva 40

gr/día o 5 unidades/día o 280 gr/semana en hombres y 24 gr/día, 3 unidades/día o 168 gr/semana en mujeres. Drogas: si existe o no consumo y tipo de drogas.

Café: Se considera abuso de café más de 3 tazas diarias o presencia de síntomas por ingesta de cafeína (nerviosismo, insomnio).

Los conocimientos sobre su problema de salud y la actitud ante el mismo deberían abordarse con más profundidad en sus patrones correspondientes (cognitivo-perceptivo y adaptación-tolerancia al estrés) ya que pueden conducir a los diagnósticos enfermeros de Conocimientos Deficientes o los relativos a un inadecuado afrontamiento.

Adherencia terapéutica: La OMS define la adherencia terapéutica como el grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. Se considera adherencia farmacológica cuando se cumple entre el 80 y el 100% de lo pautado.

Los riesgos laborales, accidentes y caídas nos indicarían un patrón con un riesgo de alteración.

Repetidos accidentes domésticos y caídas pueden ser indicativos de violencia de género o doméstica por lo que es preciso estar atentos ante su presencia. Información que no condiciona el resultado del patrón: los ingresos hospitalarios nos dan información, pero por sí solo, no alteran el patrón.

3.2 PATRÓN 2: NUTRICIONAL-METABÓLICO

Qué valora:

- ✓ Describe el consumo de alimentos y líquidos en relación con sus necesidades metabólicas
- ✓ Horarios de comida.
- ✓ Preferencias y suplementos.
- ✓ Problemas en su ingesta.
- ✓ Altura, peso y temperatura.
- ✓ Condiciones de piel, mucosas y membranas.

Cómo se valora:

- Valoración del IMC.
- Valoración de la alimentación: Recoge el nº de comidas, el lugar, el horario, dietas específicas, así como los líquidos recomendados para tomar en el día. Se deben hacer preguntas sobre el tipo de alimentos que toma por grupos: frutas, verduras, carnes, pescados, legumbres y lácteos.
- Valoración de problemas en la boca: Si tiene alteraciones bucales (caries, úlceras etc.)
- Valoración de problemas para comer: Dificultades para masticar, tragar, alimentación por sonda ya sea alimentación enteral o con purés caseros.
- Valoración de otros problemas que influyen en el patrón: Problemas digestivos (náuseas, vómitos, pirosis) Dependencia Inapetencias Intolerancias alimenticias Alergias Suplementos alimenticios y vitaminas
- Valoración de la piel: Alteraciones de la piel: fragilidad de uñas y pelo, falta de hidratación, prurito, edemas, lesiones, temperatura, cicatrización, coloración. Lesiones cutáneas: abscesos, lipomas, nevus, verrugas, patología de las uñas.

Resultado del patrón:

El patrón estará alterado si:

- Con respecto al IMC:
 - ❖ Patrón alterado superior al 30% o inferior a 18,5%
 - ❖ Patrón en riesgo: entre 25 y 30
 - ❖ Patrón eficaz: entre 18,6 y 24,9
- Tiene una nutrición desequilibrada
- Los líquidos consumidos son escasos.
- Existen problemas en la boca
- Hay dificultades para masticar y/o tragar.
- Necesita sonda de alimentación.

- Existen lesiones cutáneas o en mucosas, alteraciones de la piel o falta de integridad tisular o cutánea
- Presencia de problemas digestivos, dependencias, inapetencias, intolerancias alimenticias, alergias.

Aclaraciones:

Hidratación Saludable según la Declaración de Zaragoza: una persona tiene que ingerir 10 vasos de líquidos al día: agua mineral/del grifo, refrescos sin azúcar añadido, té, café o infusiones sin azúcar; otros autores consideran de 8 a 10.

Información que no condiciona el resultado del patrón: Los ítems relativos a:

- ❖ lugar de comidas
- ❖ número
- ❖ horario
- ❖ tipo de dieta

Nos dan información, pero por si solos no condicionan el patrón.

El número de calorías se refiere a las que ingiere habitualmente, no las que le hayan sido pautadas; dado que es muy difícil de valorar no se realiza de forma cotidiana. Estado nutricional normal o anormal se valorará teniendo en cuenta el IMC y/o juicio de la enfermera en base a observación. Los “problemas dieta” nos dan información, pero no todos condicionan el resultado del patrón:

- ❖ Patrón alterado: “dieta no equilibrada”
- ❖ Patrón en riesgo: “dieta insuficiente” y “comer entre horas” dependerá de las características del individuo.

Información que no condiciona el resultado del patrón: “consumo escaso de lácteos” dependerá de la etapa evolutiva de la persona; “cena abundante” nos da información pero por sí mismo no nos conduce a una alteración del patrón. Otros problemas:

- ❖ Patrón alterado: “digestivos”, “inapetencia”, “intolerancia” o “dependencia”

- ❖ Patrón en riesgo: “comer sin hambre” es un indicador de riesgo de alteración si el IMC es adecuado y
- ❖ “sedentarismo” se valorará en el patrón de actividad- ejercicio.

Nutrición equilibrada se refiere a nutrientes, no a grupos de alimentos, puede darse el caso de personas que no tomen proteínas animales, pero las tomen vegetales, como es el caso de los vegetarianos. El test de Norton inferior a 14 nos indica un riesgo de desarrollar úlceras por presión, y, por tanto, nos informa de un patrón en riesgo de alteración.

3.3 PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

Qué valora:

Describe las funciones excretoras intestinal, urinaria y de la piel

Como se valora:

Intestinal: Consistencia, regularidad, dolor al defecar, sangre en heces, uso de laxantes, presencia de ostomías, incontinencia.

Urinaria: Micciones/día, características de la orina, problemas de micción, sistemas de ayuda (absorbentes, colectores, sondas, urostomías), incontinencias

Cutánea: Sudoración copiosa

Resultado del patrón:

El patrón está alterado si:

Intestinal: existe estreñimiento, incontinencia, diarrea, flatulencia, o la persona precisa sistemas de ayuda (laxantes, enemas, ostomías).

Urinario: si presenta incontinencias, retención, disuria, nicturia, poliuria, polaquiuria o utiliza sistemas de ayuda (absorventes, colector, sondas o urostomías)

Si sudación excesiva.

Aclaraciones:

Estreñimiento: es la emisión de heces con una frecuencia inferior a 3 veces por semana. El dolor durante la defecación, fisuras, hemorroides suponen riesgo de alteración del patrón. Los drenajes y las heridas muy exudativas conducen a un riesgo de alteración del patrón. La distensión y el dolor abdominal no alteran por si solos el patrón si no están relacionados con la eliminación intestinal ya que puede ser debidos a otros motivos.

3.4 PATRÓN 4: ACTIVIDAD Y EJERCICIO**Qué valora:**

- ✓ El patrón de ejercicio
- ✓ La actividad
- ✓ Tiempo libre y recreo
- ✓ Los requerimientos de consumo de energía de las actividades de la vida diaria (higiene, compra, comer, mantenimiento del hogar, etc.)
- ✓ La capacidad funcional
- ✓ El tipo, cantidad y calidad del ejercicio.
- ✓ Las actividades de tiempo libre.

Como se valora:

Valoración del estado cardiovascular: Frecuencia cardiaca o PA anormales en respuesta a la actividad, cambios ECG que reflejen isquemia o arritmia, etc.

Valoración del estado respiratorio: Valorar antecedentes de enfermedades respiratorias, ambiente laboral, disnea, molestias de esfuerzo, tos nocturna, expectoración, indicación verbal de disnea, etc.

Tolerancia a la actividad: Fundamentalmente en pacientes cardiacos y respiratorios

Valoración de la movilidad: Debilidad generalizada, cansancio, grado de movilidad en articulaciones, fuerza, tono muscular

Actividades cotidianas: Actividades que realiza, encamamiento, mantenimiento del hogar, Capacidad funcional (tests de Katz o Barthel)

Estilo de vida: Sedentario, activo Ocio y actividades recreativas:

El énfasis está en las actividades de mayor importancia para la persona; tipo de actividades y tiempo que se le dedica.

Resultado del patrón:

El patrón está alterado si existe:

- Síntomas respiratorios: frecuencia respiratoria alterada, disnea, cianosis, tos inefectiva, tiraje, uso de oxígeno domiciliario.
- Problemas circulatorios: Alteración de Tensión arterial y FC en respuesta a la actividad, pulsos periféricos inexistentes, edemas, claudicación intermitente
- Problemas de salud limitantes, incapacidad para la actividad habitual.
- La presencia de síntomas físicos: cansancio excesivo, hipotonía muscular, inmovilizaciones, claudicación intermitente, pulsos periféricos disminuidos, parálisis, paresias.
- Deficiencias motoras.
- Problemas de movilidad.
- Problemas de equilibrio, inestabilidad.
- Capacidad funcional alterada (Katz o Barthel).
- Incapacidad de ocio habitual, aburrimiento manifestado por la persona.

Aclaraciones:

TA: la presencia de una TA ($\geq 140/90$) no es suficiente para considerar el patrón alterado, estaría alterado si condiciona la práctica de ejercicio.

Deficiencias sensorial y emocional: habría que especificar características en sus patrones correspondientes (cognitivo-perceptivo y autoconcepto o adaptación tolerancia al estrés)

Falta de recursos: (=falta de recursos económicos para realizar las actividades indicadas para la persona) no condiciona el resultado de este patrón, aporta información y puede suponer un riesgo para algunas lesiones o mantenimiento de la salud o del hogar.

Falta de conocimientos: de actividades físicas necesarias para la salud; no condiciona el resultado de este patrón, supondría un déficit de conocimientos que habría que abordar, pero que se evaluaría más en profundidad en su patrón (CognitivoPerceptivo)

Actividad laboral solo aportan información. La conducta de riesgo de accidentes, supone un riesgo de alteración del patrón.

El inadecuado mantenimiento del hogar supone un patrón alterado que puede conllevar el diagnóstico enfermero “Deterioro en el mantenimiento del hogar” Test de Capacidad Funcional: El test de Barthel inferior a 80 o el de Katz con resultado de B o menor, nos conducen a un patrón alterado. Las escalas de Tinetti (marcha y equilibrio) y la de caídas cuando son positivas para el riesgo de caídas, también nos informan de un riesgo de alteración en el patrón Barreras ambientales: Aquellas que imposibilitan el acceso a las infraestructuras o servicios.

3.5 PATRÓN 5: SUEÑO- DESCANSO

Que valora:

- ✓ Describe la capacidad de la persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo de las 24 horas del día
- ✓ La percepción de cantidad y calidad del sueño – descanso
- ✓ La percepción del nivel de energía.
- ✓ Las ayudas para dormir (medicamentos, rutinas, etc.)

Como se valora:

- El espacio físico (ventilación, temperatura agradable y libre de ruidos)
- El tiempo dedicado al sueño u otros descansos diurnos
- Recursos físicos o materiales favorecedores del descanso (mobiliario)
- Exigencias laborales (turnos, viajes)
- Hábitos socio culturales (hora de acostarse o levantarse, siestas, descansos)
- Problemas de salud física que provoquen dolor o malestar
- Problemas de salud psicológica que afecten al estado de ánimo (ansiedad, depresión)
- Situaciones ambientales que provoquen estados de ansiedad o estrés (duelos, intervenciones quirúrgicas)
- Tratamientos farmacológicos que puedan influir en el sueño (broncodilatadores, esteroides, betabloqueantes)
- Uso de fármacos para dormir.

- Consumo de sustancias estimulantes (cafeína, nicotina, abuso de alcohol)
- Presencia de ronquidos o apneas del sueño.

Resultado del patrón:

- Se considera alterado:
- Si usa ayudas farmacológicas para dormir o descansar.
- Verbaliza la dificultad para conciliar el sueño, despertar precoz o inversión día/noche.
- Somnolencia diurna.
- Confusión o cansancio relacionado con la falta de descanso.
- Disminución de la capacidad de funcionamiento.
- Conducta irritable en relación a la falta de descanso.

Aclaraciones:

En adultos se recomienda un promedio de 7-8 horas de sueño. En niños, sus necesidades son mayores, varían en función de su etapa de desarrollo. El sueño en ancianos es un sueño fraccionado; en general suele ser de 6 horas como máximo de sueño nocturno y una y media horas diurnas.

El objetivo de la valoración de este patrón es describir la efectividad del patrón desde la perspectiva del individuo, algunas personas están bien descansadas después de 4 horas de sueño, mientras que otras necesitan muchas más. Las apneas del sueño y los ronquidos pueden ser constitutivos de otros problemas de salud y habrá que tenerlos en cuenta en ese sentido, pero si no interfieren con la sensación de descanso no alteran el patrón.

Información que no condiciona el resultado del patrón: Los ítems relativos a horarios, siestas, regularidad, etc. son informativos, no condicionan el resultado del patrón, pero pueden orientar la intervención enfermera.

3.6 PATRÓN 6: COGNITIVO-PERCEPTIVO

Qué valora:

- ✓ Patrones sensorio- perceptuales y cognitivos
- ✓ Nivel de conciencia

- ✓ Conciencia de la realidad
- ✓ Adecuación de los órganos de los sentidos
- ✓ Compensación o prótesis
- ✓ Percepción del dolor y tratamiento
- ✓ Lenguaje
- ✓ Ayudas para la comunicación
- ✓ Memoria. Juicio, comprensión de ideas
- ✓ Toma de decisiones

Cómo se valora:

- Nivel de consciencia y orientación.
- Nivel de instrucción: si puede leer y escribir.
- El idioma. Si tiene alteraciones cognitivas, como problemas para expresar ideas o de memoria, dificultades para la toma de decisiones, problemas de lenguaje, de concentración, síntomas depresivos, problemas de comprensión, fobias o miedos o dificultades en el aprendizaje.
- Si tiene alteraciones perceptivas por problemas de visión, de audición, de olfato de gusto o sensibilidad táctil.
- Recoge información sobre si la persona tiene dolor, tipo, localización, intensidad y si está o no controlado, así como su repercusión en las actividades que realiza.
- Si tiene alteraciones de la conducta, irritabilidad, intranquilidad o agitación.

Resultado del patrón:

- El patrón está alterado si:
- La persona no está consciente u orientada
- Presenta deficiencias en cualquiera de los sentidos, especialmente vista y oído.
- Hay dificultades de comprensión por idioma o por analfabetismo
- Presencia de dolor.
- Existen problemas de memoria, de concentración, de expresión o comprensión de ideas
- Hay depresión.

- Existen fobias o miedos injustificados.
- Se dan conductas de irritabilidad, agitación o intranquilidad.

Aclaraciones:

Se aconseja utilizar los diferentes test o escalas validadas ya que tienen un valor añadido en la determinación de si el patrón está o no alterado. Se debe realizar otoscopia.

Idioma: procurar intermediación para lenguas extranjeras y prestar atención a las variedades dialectales de la lengua castellana en función de regiones y/o países de procedencia. La presencia de vértigo puede conllevar una alteración del equilibrio, no afecta el resultado de este patrón, pero puede condicionar el de actividad-ejercicio. En este patrón se recoge la educación para la salud, bien grupal o individual; su respuesta no condiciona el resultado del patrón.

3.7 PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO

Qué valora:

- ✓ Autoconcepto y percepciones de uno mismo.
- ✓ Actitudes a cerca de uno mismo.
- ✓ Percepción de las capacidades cognitivas, afectivas o físicas.
- ✓ Imagen corporal, social.
- ✓ Identidad.
- ✓ Sentido general de valía.
- ✓ Patrón emocional.
- ✓ Patrón de postura corporal y movimiento
- ✓ Contacto visual
- ✓ Patrones de voz y conversación.

Como se valora:

Se valora la presencia de:

- Problemas consigo mismo.
- Problemas con su imagen corporal.

- Problemas conductuales.
- Otros problemas: Cambios recientes. Datos de imagen corporal, Postura, Patrón de voz, Rasgos personales, Contacto visual, Si se siente querido, Cambios frecuentes del estado de ánimo, Asertividad / pasividad y Nerviosismo / Relajación.

Resultado del patrón:

El patrón está alterado si:

- Existen verbalizaciones auto negativas, expresiones de desesperanza, expresiones de inutilidad.
- Tiene problemas con su imagen corporal y le preocupan los cambios en su imagen corporal, el miedo al rechazo de otros y el sentimiento negativo del propio cuerpo.
- Existen problemas conductuales.

Aclaraciones:

“Problemas Conductuales”:

- Patrón Alterado: la presencia de irritabilidad, agitación y angustia
- Patrón en Riesgo: conducta indecisa, confusión, deterioro de la atención

“Otros Problemas”:

- Patrón Alterado: la presencia de ansiedad y depresión o la respuesta negativa a autoestima.
- Patrón en Riesgo: Los fracasos, rechazos, ambiente familiar desfavorable, carencias afectivas, dificultad de concentración.

Los “cambios recientes”, solo si se sienten como un problema alteran el patrón. Datos del examen (imagen y postura corporal, patrón de voz, contacto visual y rasgos personales), nos añaden información y ayudan a determinar si el patrón esta o no alterado.

Patrón alterado: Ante la respuesta negativa a la pregunta de si se siente querido y los cambios frecuentes en el estado de ánimo. Las escalas de asertividad-pasividad y la de relax-nerviosismo que van de 5 a 1 aportan información que nos ayudará en la valoración. Las escalas de Golberg para ansiedad y depresión y la Yesavage nos ayudan en la valoración de

estos problemas y por tanto en definir el resultado del patrón. El test de Scoff para el cribado de la anorexia y bulimia nos puede mostrar un desorden alimenticio relacionado con un patrón alterado de la autoimagen.

3.8 PATRÓN 8: ROL – RELACIONES

Qué valora:

- ✓ El patrón de compromisos de rol y relaciones (las relaciones de las personas con los demás)
- ✓ La percepción de los roles más importantes (el papel que ocupan en la familia, sociedad..)
- ✓ Responsabilidades en su situación actual.
- ✓ Satisfacción o alteraciones en: familia, trabajo, relaciones sociales

Como se valora:

- Familia: Con quién vive.
- Estructura familiar. Rol en la familia y si éste está o no alterado.
- Problemas en la familia.
- Si alguien depende de la persona y como lleva la situación.
- Apoyo familiar.
- Si depende de alguien y su aceptación.
- Cambios de domicilio.
- Grupo social: Si tiene amigos próximos, si pertenece a algún grupo social, si se siente solo
- Trabajo o escuela: Si las cosas le van bien en el ámbito laboral o escolar, entorno seguro, satisfacción
- Datos relativos a pérdidas, cambios, fracasos, conflictos, aislamiento social, comunicación, violencia

Resultado del patrón:

- El patrón está alterado si:
- Presenta problemas en las relaciones: sociales, familiares o laborales (escolares)
- Se siente solo.

- No tiene personas significativas (amigos, familia)
- Refiere carencias afectivas, falta de comunicación
- Tiene dificultad en las tareas de cuidador, apoyo insuficiente, cuidados negligentes...
- Insatisfacción con el rol o falta de motivación o de capacidad para asumirlo.
- Conductas inefectivas de duelo.
- Violencia doméstica.
- Abusos.

Aclaraciones:

Patrón eficaz: La persona que vive sola y es autónoma.

Patrón en Riesgo: las personas ancianas que viven solas, pero son independientes

Patrón alterado: persona que vive sola, pero con la capacidad funcional esté alterada.
 Información que no condiciona el resultado del patrón: Los ítems: “convive en”, “nº de personas del grupo familiar”, “convive con”, “de quién cuida”, “de quién depende”, “rol familiar.

Patrón en Riesgo: “red de apoyo familiar” contestado negativamente

Información que no condiciona el resultado del patrón: La situación de la vivienda y la situación económica nos dan importante información, pero no condicionan por sí mismos el resultado de este patrón, se deben tener en cuenta.

Información que no condiciona el resultado del patrón: “comparte problemas”: aporta información, pero habría que relacionarlo con el patrón de cómo se enfrenta a los problemas; su respuesta negativa no hace que el patrón esté alterado.

Los Cambios de domicilio: está referido a los ancianos que rotan periódicamente por los domicilios de los hijos. Supondría, al menos, un patrón de riesgo.

La pérdida de seres queridos:

- Riesgo de alteración: la respuesta SI a pérdidas
- Patrón alterado: tristeza prolongada, expresión de culpa, negación de la pérdida

Información que no condiciona el resultado del patrón: La pregunta “pertenece a grupos”: la respuesta negativa no condiciona el resultado del patrón. La violencia doméstica y/ o

abusos no está recogido como campo en el protocolo OMI, pero habría que estar atentos a su presencia y en ese caso registrar el patrón como alterado, se podría aclarar en el cuadro para comentarios.

Tests Una puntuación entre 46 y 56 en el test de Sobrecarga del cuidador de Zarit indica sobrecarga leve, por tanto, podríamos considerar el resultado del patrón en alto riesgo de alteración. Por encima de 56 indica sobrecarga intensa y en consecuencia hablaríamos de un patrón alterado. El resultado del test de Apgar familiar entre 3 y 6 considera que existe una disfunción leve en la percepción familiar, es decir, hablaríamos de un riesgo de alteración del patrón; por debajo de 3 el test estima una disfunción grave y nos mostraría un patrón alterado. La escala de riesgo social no evalúa solo el patrón de rol- relaciones, es una escala más completa; si el valor está por encima de 16 indica riesgo social se debería contactar o derivar al paciente o familia a la trabajadora social. La escala de apoyo social percibido, con un valor por debajo de 32 nos indica un patrón alterado. Varias preguntas de este test pueden estar relacionadas con otros patrones, especialmente con el patrón de autopercepción- autoconcepto por lo que se deberá estar atento a ellas.

3.9 PATRÓN 9: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

Qué valora:

- ✓ Los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad
- ✓ Alteraciones en la sexualidad o en las relaciones sexuales
- ✓ Seguridad en las relaciones sexuales.
- ✓ Patrón reproductivo Premenopausia y posmenopausia
- ✓ Problemas percibidos por la persona.

Como se valora:

- Menarquía y todo lo relacionado con ciclo menstrual.
- Menopausia y síntomas relacionados

- Métodos anticonceptivos
- Embarazos, abortos, problemas relacionados con la reproducción
- Problemas o cambios en las relaciones sexuales

Resultado del patrón:

El patrón está alterado si:

- La persona expresa preocupación respecto a su sexualidad, trastornos o insatisfacción.
- Existen problemas en la etapa reproductiva de la mujer. Existen problemas en la menopausia.
- Relaciones de riesgo

Aclaraciones:

La sexualidad de una persona tiene componentes físicos, psicológicos, sociales y culturales, la enfermera debe valorar todos los elementos relevantes para determinar el estado de bienestar sexual del cliente.

Patrón alterado:

- Alteraciones en el ciclo menstrual (duración, frecuencia, cantidad, síndrome premenstrual y dismenorrea) hay que tener en cuenta el uso de determinados métodos anticonceptivos que pueden alterar la duración, frecuencia o cantidad.
- Contactos de riesgo
- Los problemas de fertilidad y los de identificación sexual nos confirman una alteración del patrón
- Existencia de sangrado vaginal post menopausia.

Información que no condiciona el resultado: La menopausia es un período más de la vida de la mujer que no debe tratarse como una enfermedad ni medicalizarse, así, por ejemplo, las alteraciones percibidas: sofocos y sequedad, nos informarán de un patrón alterado, solo, si la mujer lo vive como un problema. La realización de revisiones nos da información de cómo se cuida la persona, pero no condicionan el resultado de este patrón. Los ítems información sobre anticoncepción y sobre enfermedades de transmisión sexual no valoran el patrón, sirven para recordar a la enfermera que debe realizar esa actividad.

3.10 PATRÓN 10: ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS.

Qué valora:

- ✓ Las formas o estrategias de afrontamiento general de la persona.
- ✓ Las respuestas habituales que manifiesta el individuo en situaciones que le estresan y forma de controlar el estrés.
- ✓ La capacidad de adaptación a los cambios.
- ✓ El soporte individual y familiar con que cuenta el individuo.
- ✓ La percepción de habilidades para controlar o dirigir situaciones estresantes.

Como se valora:

La enfermera instará al paciente a recordar situaciones estresantes, describir como se ha tratado y evaluar la efectividad de la forma en la que se ha adaptado a esas situaciones.

Preguntará por:

- Cambios importantes en los dos últimos años, si ha tenido alguna crisis.
- Si está tenso o relajado la mayor parte del tiempo.
- Qué le ayuda cuando está tenso.
- Si utiliza medicinas, drogas o alcohol cuando está tenso.
- Cuando ha tenido cualquier problema en su vida, como lo ha tratado.
- Si esta forma de tratarlo ha tenido éxito.
- Si tiene alguien cercano al que poder contar sus problemas con confianza y si lo hace cuando es necesario.

Resultado del patrón:

El patrón está alterado

- Si la persona manifiesta tener sensación habitual de estrés y no dispone de herramientas para controlarlo.
- Si ante cambios o situaciones difíciles de la vida el individuo no es capaz de afrontarlo de forma efectiva.
- Si recurre al uso de medicamentos, drogas o alcohol para superar los problemas.

Aclaraciones:

Información que no condiciona el resultado del Patrón:

- El hecho de haya habido cambios importantes no es suficiente para decir que el patrón está alterado, lo importante es como la persona se ha adaptado a ellos o los ha superado: Cambios”, “tipo”, “influencia” son orientativas. (Lo importante no es lo que ocurre, si no como lo percibe la persona).
- El “rechazo a la asistencia sanitaria”, la respuesta Si- No por si sola no nos dice nada, habría que indagar el motivo.
- Los ítems relativos al deficiente apoyo familiar habría que relacionarlos con el patrón rol- relaciones y evaluarlos conjuntamente; en este patrón el tener deficiente apoyo, por sí solo, no condiciona el resultado de este patrón ya que la persona puede solucionar sus problemas de forma autónoma
- El ítem “desencadenantes conocidos del estrés”, aporta información.

Patrón Alterado:

- La respuesta afirmativa a cualquiera de los siguientes ítems: Emociones inapropiadas, negación problemas, soluciones inadecuadas, minimizar los síntomas, incapaz afrontar situación, preocupación excesiva o prolongada.
- La sensación actual de estrés, es significativa de patrón alterado.
- La respuesta positiva a la pregunta si está normalmente tenso y a si tiene problemas en la resolución son definitorios del resultado de alteración del patrón.

Estrategias de adaptación al estrés: Patrón eficaz: si la persona tiene estrategias de adaptación al estrés. Por el contrario, la respuesta negativa no determina la alteración, habría que indagar más en el resto de aspectos que se valoran en el patrón. En cuanto a las ayudas para superar el estrés: la respuesta de uso de medicamentos/drogas nos confirmaría un patrón alterado; la respuesta negativa al uso de técnicas de relajación no es confirmatoria.

3.11 PATRÓN II: VALORES Y CREENCIAS

Qué valora:

- ✓ Los patrones de valores y creencias que guían las elecciones o decisiones.

- ✓ Lo que se considera correcto, apropiado; Bien y mal, bueno y malo.
- ✓ Lo que es percibido como importante en la vida.
- ✓ Las percepciones de conflicto en valores, creencias o expectativas relativas a la salud.
- ✓ Las decisiones a cerca de: tratamientos, prioridades de salud, vida o muerte.
- ✓ Las prácticas religiosas.

Como se valora:

- Si tiene planes de futuro importantes; si consigue en la vida lo que quiere. S
- i está contento con su vida.
- Pertenencia a alguna religión, si le causa algún problema o si le ayuda cuando surgen dificultades.
- Preocupaciones relacionadas con la vida y la muerte, el dolor o enfermedad.

Resultado de la valoración:

- El patrón está alterado:
- Cuando existe conflicto con sus creencias.
- Tiene problemas para sus prácticas religiosas.
- Existe conflicto / preocupación por el sentido de la vida, la muerte, el sufrimiento, dolor, enfermedad.

Aclaraciones:

La valoración de este patrón se enfoca a lo que es importante en la vida para el paciente ya sean ideas o creencias vitales o religiosas; no se valora si las tiene, sino, si suponen una ayuda o un conflicto. De esta manera los ítems que hablan de conflicto o problema nos determinan el resultado del patrón, mientras que los otros serán informativos.

UNIDAD IV

VALORACION DE LA SALUD

4.1 TÉCNICAS ESPECIALES DE ENFERMERÍA.

LAVADO DE MANOS CLÍNICO.

Definición: El lavado de manos es la medida más importante para reducir el riesgo de transmisión de microorganismos. Está demostrado que las manos del personal sanitario son la vía de transmisión de la mayoría de las infecciones cruzadas y de algunos brotes epidémicos. Este proceso durara como mínimo 1 minuto

Objetivos: Eliminar suciedad y microorganismos transeúntes de la piel.

Indicaciones

- ✓ Al iniciar y finalizar la jornada laboral.
- ✓ Antes y después de realizar cualquier procedimiento al paciente.
- ✓ Antes y después de la preparación de alimentos o medicación.
- ✓ Antes y después de la realización de procedimientos invasivos.
- ✓ Después de contactar con cualquier fuente de microorganismos: fluidos biológicos, membranas mucosas, piel no intacta, objetos que puedan estar contaminados (cuñas, bolsas de diuresis).
- ✓ En el manejo de pacientes con criterios de aislamiento, colonizados o infectados por gérmenes multirresistentes de interés epidemiológico, ante brotes o alertas epidemiológicos.

Precauciones:

- ❖ Verificar que las manos y antebrazos estén libres de anillos, pulseras y reloj. La piel debajo de los anillos está más altamente colonizada que la piel de los dedos sin anillos. En un estudio realizado por Hoffman (1985) encontró que el 40% de las enfermeras abrigaron bacilos gram-negativos como E. Cloacae, Klebsiella y Acinetobacter, en la piel bajo los anillos, identificándose como factor de riesgo substancial para llevar bacilos gram negativos y S.Aureus.

- ❖ Tener uñas cortas al borde de las yemas de los dedos y sin esmalte. Las áreas subunguales de las manos abriga altas concentraciones de bacterias, las más frecuentes son estafilococos coagulasa-negativos, cepas gram negativas (incluyendo *Pseudomonas* spp.), corinobacterias y levadura. El esmalte aumenta el número de bacterias y su proliferación sobre las uñas.

Procedimiento

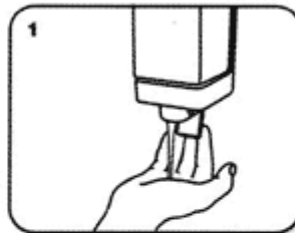
1. Apertura la llave del caño hasta obtener agua a chorro moderado que permita el arrastre mecánico.
2. Humedezca sus manos.
3. Aplicar en la palma de la mano Clorhexidina al 2%.
4. Realice el frotado hasta obtener espuma en toda la superficie de las manos
5. Realice el frotado de las palmas de mano entre sí.
6. Realice el frotado de la palma derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
7. Realice el frotado de las palmas de mano entre sí, con los dedos entrelazados.
8. Realice el frotado del dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
9. Realice el frotado del pulgar izquierdo con movimiento de rotación atrapándolo con la palma de mano derecha y viceversa
10. Realice el frotado de la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa
11. Enjuáguese las manos, de la parte distal a la proximal con agua a chorro moderado y no sacudirlas
12. 12.Cierre la espita del caño con la misma toalla que utilizó.



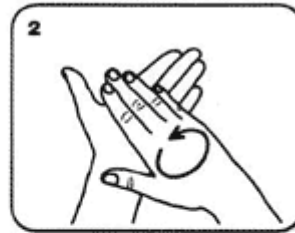
Duración del proceso: 40 a 60 segundos



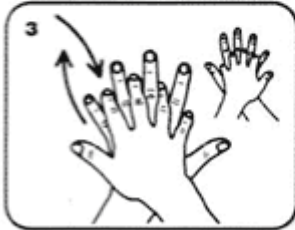
Humedezca las manos con agua



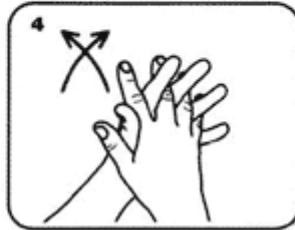
Aplique suficiente jabón para cubrir toda la superficie de las manos.



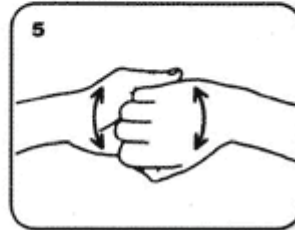
Frote sus manos palma con palma,



Coloque la mano derecha encima del dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos. Y viceversa.



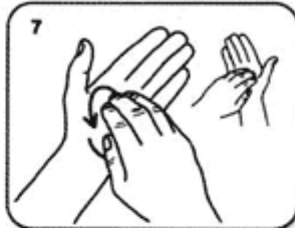
Ahora entrelace los dedos palma con palma.



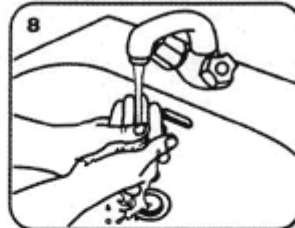
Apoye el dorso de los dedos contra las palmas de las manos con los dedos entrelazados



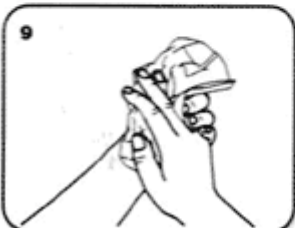
Apriete el pulgar izquierdo con la mano derecha, frote circularmente has lo mismo con la otra mano.



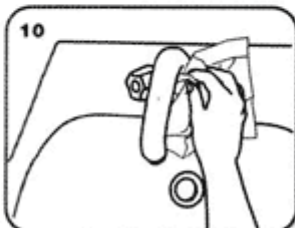
Frote circularmente hacia atrás y hacia delante, con la yema de los dedos de la derecha para con la izquierda y viceversa.



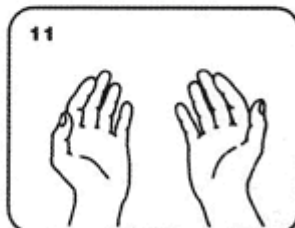
Enjuague con agua,



Seque las manos con una toalla desechable



Use la toalla para cerrar la llave del agua.



Manos limpias protegen nuestra salud.

LOS 5 MOMENTOS DEL LAVADO DE MANOS:

1. Antes del contacto con el paciente. Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que usted tiene en las manos. Ejemplo: al estrecharle la mano, al ayudarlo a moverse, al realizar un examen clínico.
2. Antes de realizar una tarea limpia/aséptica. Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que puedan ingresar a su cuerpo, incluido sus propios gérmenes. Ejemplo: cuidado oral, dental, aspiración de secreciones, curaciones, inserción de catéteres, preparación de alimentos, administración de medicamentos.
3. Después de una exposición a fluidos corporales y después de quitarse los guantes: Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de gérmenes dañinos del paciente. Ejemplo: cuidado oral, dental, aspiración de secreciones, extracción y manipulación de sangre, orina, heces y desechos de los pacientes.
4. Después del contacto con el paciente: Realizar la higiene de las manos después de tocar al paciente o su entorno inmediato, cuando nos alejamos del paciente. Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de gérmenes dañinos del paciente. Ejemplo: al estrecharle la mano, al ayudarlo a moverse, al realizar un examen clínico.
5. Después del contacto con el entorno del paciente: Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de gérmenes dañinos del paciente. Ejemplo: cambiar la ropa de cama, ajustar la velocidad de perfusión.



CORRECTOS PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS



4.1.2 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ORAL.

La manera más fácil y más conveniente de administrar medicamentos es por vía oral. Normalmente los pacientes pueden ingerir o auto administrarse medicamentos orales con un mínimo de problemas. Los alimentos retrasan que se vacíe el estómago, lo que puede disminuir los efectos terapéuticos de los medicamentos orales. Por tanto, la mayoría de los medicamentos orales alcanzan su mejor acción terapéutica si se dan de 30 minutos a 1 hora antes de las comidas. Sin embargo, algunos medicamentos deben tomarse con alimentos. Algunas situaciones contraindican que el paciente reciba medicamentos por vía oral. Muchos medicamentos interactúan con los suplementos alimenticios y herbarios. La enfermera debe estar informada de esas interacciones para determinar el mejor momento para administrar los medicamentos orales.

Una precaución importante que hay que tener en cuenta cuando se administra cualquier preparación oral es proteger a los pacientes de la aspiración. La aspiración se produce cuando los alimentos, los líquidos o un medicamento previsto para la administración GI entran inadvertidamente en el tracto respiratorio. Hay que proteger al paciente de la aspiración valorando su capacidad de deglución.

Una postura apropiada es esencial para prevenir la aspiración. La enfermera debe colocar al paciente en posición sentada en un ángulo de 90 grados cuando administra medicamentos orales si no está contraindicado por su enfermedad. Normalmente se reduce la aspiración si el paciente flexiona levemente la cabeza con la barbilla hacia abajo.

Se necesita especial consideración cuando se administran medicamentos a pacientes con sondas de alimentación enterales o de pequeño diámetro. No seguir las recomendaciones basadas en la evidencia actual puede ocasionar obstrucción de la sonda, reducir la efectividad del medicamento y aumentar el riesgo de toxicidad del medicamento.

Antes de administrar un medicamento por esa vía, hay que verificar que el lugar de la sonda (p. ej., estómago o yeyuno) es compatible con la absorción del medicamento. Por ejemplo, el hierro se disuelve en el estómago y es absorbido en su mayoría en el duodeno. Si se administra hierro por una sonda yeyunal, tiene una deficiente biodisponibilidad. Hay que utilizar medicamentos líquidos cuando sea posible. Cuando los medicamentos líquidos no

están disponibles, hay que triturar los comprimidos simples o abrir las cápsulas de gelatina y diluirlas en agua estéril. No hay que utilizar agua del grifo.

Sólo hay que utilizar jeringas orales cuando se preparan medicamentos para esta vía para impedir una administración parenteral accidental. Se deben limpiar las sondas con al menos 15 ml de agua estéril antes y después de administrar los medicamentos. Cuando se administra más de un medicamento a la vez, hay que administrar cada uno p o r separado y limpiar entre medicamentos con al menos 15 ml de agua estéril.

Se debe determinar si los medicamentos tienen que ser dados con el estómago vacío o si son compatibles con la alimentación enteral del paciente. Si un medicamento debe ser dado con el estómago vacío o no es compatible con la alimentación (p. ej., fenitoína, carbamazepina, warfarina, fluoroquinolonas, inhibidores de la bomba de protones), la alimentación debe tener lugar al menos 30 minutos antes o 30 minutos después de la administración del medicamento. Hay que verificar el tiempo con una referencia del fármaco o consultar con el farmacéutico. La enfermera debe controlar estrechamente al paciente para reacciones adversas. El riesgo de interacciones farmacológicas es alto cuando dos o más medicamentos se dan por esta vía porque pueden interactuar juntos en cuanto son administrados.



4.1.3 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRADÉRMICA.

Es una vía de administración de medicamentos, que consiste en la inyección en la dermis. Por lo general es utilizada para realizar pruebas de sensibilidad a un fármaco específico, o para la aplicación de vacunas.

	Uso	Aplicación	Utilidad
Inyección Intradérmica	~ Vacunas ~ Pruebas de sensibilidad ~ Prueba diagnóstica de tuberculosis	Introducción de un medicamento a nivel de dermis, y que no supere los 0.3ml. La zona más común de aplicación en la cara anterior del antebrazo	Fines terapéuticos, preventivos o de diagnóstico. Como ejemplo la prueba de Mantoux o pruebas de alergia.

Normalmente las inyecciones intradérmicas se utilizan para pruebas cutáneas (p. ej., pruebas de tuberculina y pruebas de alergia). Debido a que estos medicamentos son potentes, se inyectan en la dermis, donde el suministro de sangre es reducido y la absorción del medicamento se produce lentamente. A veces los pacientes tienen una reacción anafiláctica grave si los medicamentos entran en la circulación demasiado rápidamente. Las pruebas cutáneas requieren que la enfermera pueda ver claramente los puntos de inyección para ver si hay cambios de color e integridad del tejido. Los puntos intradérmicos tienen que estar ligeramente pigmentados, sin lesiones y relativamente sin vello. La parte interior del antebrazo y la parte superior de la espalda son los lugares ideales.

Se utiliza una jeringa de tuberculina o una hipodérmica pequeña para las pruebas cutáneas. El ángulo de inserción para una inyección intradérmica es de 5 a 15 grados y el bisel de la aguja apunta hacia arriba. A medida que se inyecta el medicamento, una pequeña vesícula parecida a la picadura de un mosquito aparece en la superficie de la piel. Si la vesícula no aparece o el lugar sangra después de quitar la aguja, existe una buena posibilidad de que el medicamento no haya entrado en los tejidos subcutáneos. En este caso la prueba no será válida.

PROCEDIMIENTO PARA LA INYECCIÓN POR VÍA INTRADÉRMICA

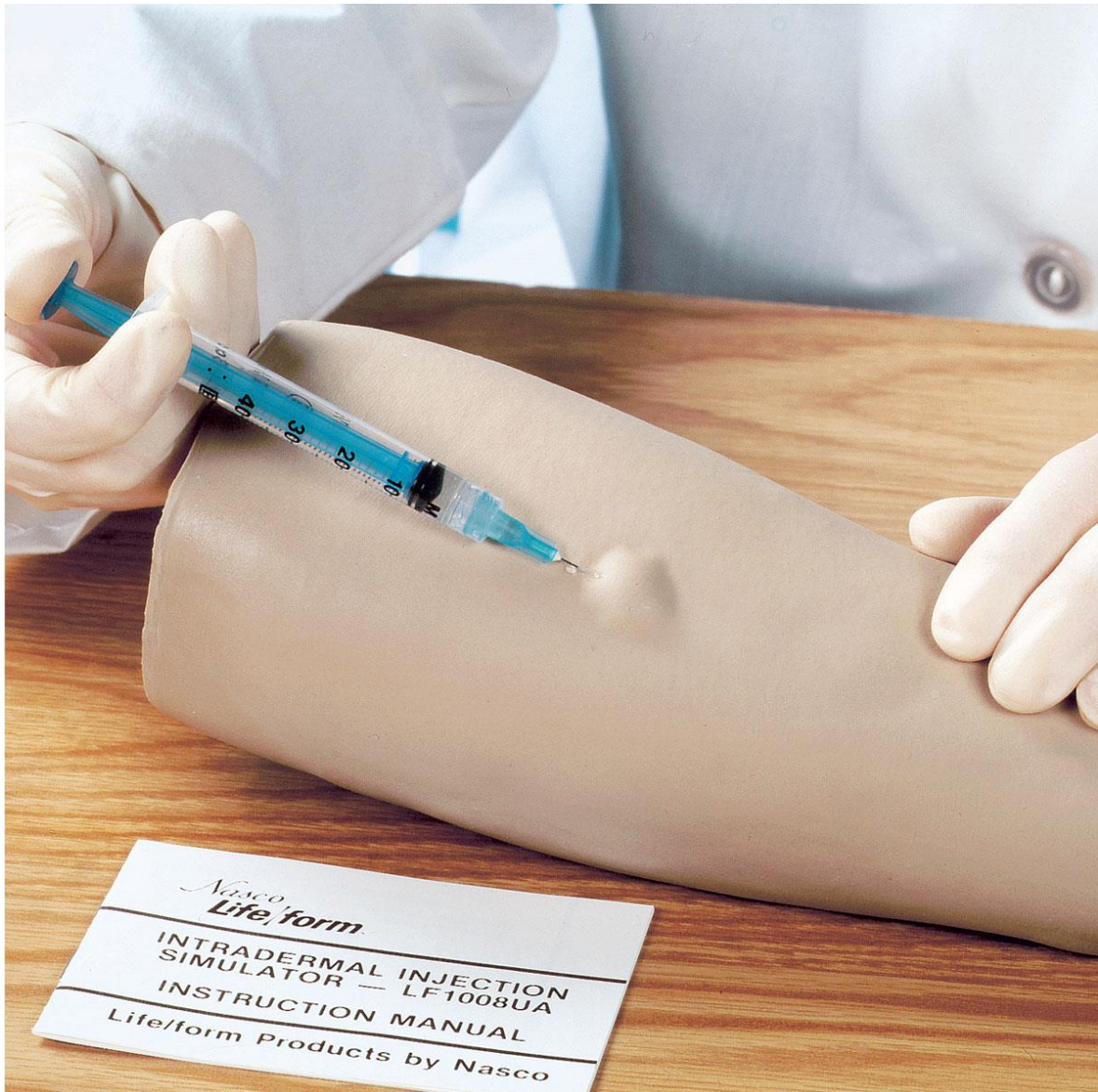
MATERIALES:

- Jeringuilla de tuberculina o insulina.
- Vacuna o vial de penicilina o el medicamento que fuese.
- Torundas de algodón
- Alcohol.
- Guantes.
- Canasta de papel.
- Esfero.

PROCEDIMIENTO

- Explique el procedimiento al paciente, el propósito, el lugar de la inyección y cómo debe cooperar.
- Lávese las manos y póngase guantes desechables.
- Coloque al paciente y seleccione el área ventral del antebrazo, parte superior del tórax o parte superior de la espalda debajo de las escápulas.
- Limpie el sitio con torunda de algodón con alcohol en movimiento circular moviéndose hacia afuera. Permita que la piel se seque. Mantenga el algodón en la bandeja limpia para volver a utilizarlo cuando saque la aguja.
- Retire la tapa de la aguja con la mano no dominante tirando de ella hacia afuera.
- Use la mano no dominante para extender la piel y tensarla sobre el sitio de la inyección.
- Coloque la aguja casi plana contra la piel del paciente. Inserte un bisel de 1/8-pulgada arriba para que la aguja se pueda ver a través de la piel.
- Lentamente inyecte el medicamento (0.01 ml-0.1 ml) para ver si se desarrolla una ampolla / ampolla (la apariencia de la ampolla / pápula indica que la aguja está en el tejido intradérmico). Si no está presente, retire la aguja levemente e inyecte la medicación.
- Retire la aguja rápidamente en el mismo ángulo en que se insertó.
- No masajear el área.

- No reencapuchar la aguja. Desecharla la jeringa y la aguja en el receptáculo apropiado.
- Retire el guante y lávese las manos
- Dibuje un círculo usando una pluma azul / negra alrededor del sitio de inyección. Escriba la fecha y hora de administración del medicamento.
- Verifique la reacción dentro de los 15-20 minutos.



4.1.4 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA SUBCUTÁNEA.

Es una vía parenteral, la cual consiste en la aplicación de un producto farmacéutico en el tejido subcutáneo o tejido graso. Es una vía de absorción lenta y es la vía de elección en tratamientos frecuentes, regímenes a largo plazo o autoadministración. Los medicamentos administrados por vía subcutánea son aquellos que requieren una absorción lenta y sostenida tales como la insulina y la heparina de bajo peso molecular. El medicamento se inyecta en la hipodermis donde es lento el flujo sanguíneo y, por lo tanto, más lento, y más estable será la tasa de absorción en comparación con la de la vía intramuscular.

Vía	Uso	Aplicación	Utilidad
Inyección Subcutánea	~ Vacunas ~ Heparinas ~ Insulinas ~ Hormonas como la eritropoyetina	Introducción del medicamento en el tejido adiposo, suele recibir de 1.5-2ml. Se suele aplicar en la cara externa del brazo, cara externa del musculo, zona periumbilical, zona escapular	Absorción lenta

VOLUMEN QUE PUEDE RECIBIR

Las inyecciones subcutáneas se limitan generalmente a 1 ml debido a las preocupaciones del dolor de la inyección por el volumen, la viscosidad y las características de la formulación. En ningún caso serían más altas que 2.5 mL os volúmenes de inyección SC mayores de 2 mL están asociados con varios problemas, incluido el dolor de inyección, eventos adversos en el sitio de inyección, y fuga del sitio de inyección (es decir, reflujo de inyección solución). Sin embargo, hasta donde sabemos, no hay estudios clínicos de control y evidencia real existen para apoyar esta suposición.



FACTORES QUE INFLUENCIAN EL DOLOR DE LA INYECCIÓN

FACTOR	EXPLICACION
Rapidez de la inyección	La inyección lenta causa menos dolor ⁴⁵
Sitio de inyección	La hipodermis es muy variable de acuerdo a la ubicación corporal ⁶
Temperatura del fármaco	Productos farmacológicos que se encuentran a la misma temperatura corporal disminuyen el dolor ^{7 8}
Parámetros de la formulación	El pH tiene influencia directa en el dolor ⁹
Diferencias en la tolerancia paciente a paciente	Experiencia subjetiva de dolor ¹⁰
Diámetro de la aguja	Mientras más grande el diámetro de la aguja se considera que causa un mayor dolor de inyección ¹¹
Terapia antes de la inyección	La aplicación de anestésicos tópicos antes de la inyección real se considera para reducir el dolor de inyección ¹²

SITIOS DE INYECCIÓN

Los sitios para inyecciones subcutáneas incluyen la parte superior de los brazos, el abdomen, las nalgas y los lados externos de muslo. Las áreas superiores externas de los brazos, ya sea el aspecto lateral o posterior, deben usarse con agujas cortas, 5-6 mm, para la inyección subcutánea realizando la técnica de “pinzamiento”. La absorción es más rápida en el abdomen y es más lento de los brazos, más lento aún en los muslos y más lento desde el área de la cadera y las nalgas. Los brazos son sitios favorables, con menos vasos sanguíneos y sensaciones dolorosas y menos molestias para el paciente. Sitios de inyección en el muslo están mejor situados inmediatamente debajo del trocánter mayor del fémur debido a que la grasa subcutánea tiende a adelgazar bajando por el muslo, aunque los pacientes han informado dolor y sangrado frecuente en este sitio. El abdomen es probablemente el más común sitio de elección porque la piel aquí tiene una capa de tejido subcutáneo más grueso y también es el más accesible para el paciente. Aunque el abdomen, el muslo, el brazo y las nalgas se utilizan para inyecciones de insulina, el abdomen y los muslos son preferidos, en el caso de los adultos el abdomen, y en los niños y adolescentes el muslo. Importante: Cuando se administran heparinas en el abdomen debe hacerse a 5cm del ombligo. Esto es para evitar las venas umbilicales y reducir el riesgo de sangrado.

Se recomienda rotación del sitio de punción. Esta rotación debe hacerse considerando un dedo de ancho desde el sitio de la inyección anterior o alternando desde la izquierda a la derecha para evitar la atrofia del tejido subcutáneo o también denominada lipohipertrofia, la que es causada por un posible efecto de la insulina y por factores de crecimiento locales inducido por trauma de agujas romas reutilizadas.

TÉCNICA DE APLICACIÓN

- Primero se debe tener en cuenta que el calibre de la aguja Pellizco correcto Pellizco incorrecto corresponda a 5-8mm.
- El ángulo de inyección recomendado para las inyecciones subcutáneas son 90°.
- Teniendo en cuenta que esto depende de la cantidad de tejido subcutáneo y el tamaño de la aguja.
- Es vital minimizar cualquier riesgo de que el músculo siendo penetrado durante la inyección. Esto puede evitarse en gran medida al "pinzar la piel" lejos de la capa muscular. Existen dos formas de aplicar una inyección subcutánea: Pinzando la piel o sin pinzar la piel. Si se decide pinzar la piel, debe hacérselo con la técnica correcta

El pinzamiento correcto es aquel que involucra dos dedos: Pulgar e índice, esta posición posibilita el agarre SOLO del tejido subcutáneo lo que garantiza que el fármaco llegue al tejido correcto. El pinzamiento incorrecto en cambio involucra todos los dedos de la mano, y al hacer esto, se está llevando hacia arriba al tejido muscular y esto posibilitaría que el fármaco se inyecte en el músculo en lugar de la grasa. El área no debe ser masajeadá porque esto puede causar hematomas en el caso de la heparina, y con insulina, aumentar el tiempo de absorción.

Si no se desea pinzar la piel o esto no es posible, la aplicación de la inyección subcutánea será de 45 grados.

Una mala técnica en la aplicación de la insulina puede provocar complicaciones tanto locales (lipohipertrofia, cicatrices) como sistémicas (alta variabilidad de la absorción y acción de la insulina, hipoglucemia o hiperglucemia inesperada, control subóptimo de la glucosa en general).

4.1.5 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA INTRAMUSCULAR.

La inyección intramuscular es una técnica utilizada para administrar una medicación profundamente en el interior de los músculos. Esto permite que el medicamento sea absorbido rápidamente por el torrente sanguíneo por la vascularidad que posee dicho tejido.

Vía	Uso	Aplicación	Utilidad
Inyección intramuscular	~ Vacunas ~ Analgésicos ~ Antiinflamatorios ~ Antibióticos ~ Corticoides ~ etc.	Aplicación de medicamentos en el musculo, y que no sobrepase la cantidad de 10ml. Suele utilizarse el cuadrante superior externo del glúteo, musculo deltoides, o musculo vasto externo.	Absorción más rápida que la vía subcutánea. El efecto aparece a los 15 minutos debido la alta vascularización del musculo.

Las inyecciones intramusculares se usan comúnmente para administrar vacunas, hormonas, vitamina D, antibióticos y medicamentos antipsicóticos a largo plazo. Debido a su gran masa, los músculos de los glúteos son blancos frecuentes de inyecciones intramusculares en adultos y niños y pueden recibir grandes volúmenes de medicación inyectada. La inyección intramuscular dorsoglútea y ventroglútea corresponden a los músculos glúteo mayor y al glúteo medio.

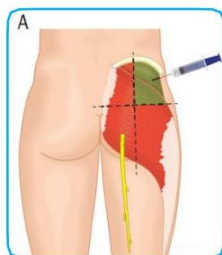


Figura A: Corresponde a la aplicación de la inyección intramuscular en el músculo glúteo mayor (área dorsoglútea) delimitando el área en una cruz imaginaria que divide el glúteo en cuadrantes. Se toma en cuenta el cuadrante superior derecho como sitio indicado para la punción.

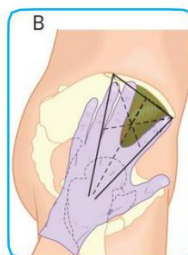


Figura B: Corresponde a la inyección intramuscular en el músculo glúteo medio (área ventroglútea) delimitando el área con los dedos índice y medio apoyados en la cresta iliaca, entre la separación de los dos dedos se aplica la inyección.

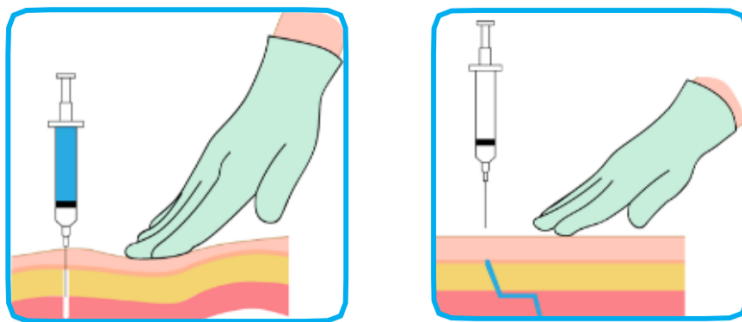
Algunos autores defienden que el sitio dorsoglúteo tiene grasa subcutánea más gruesa que el sitio ventroglúteo^{3,4}, también se ha informado que las mujeres tienen grasa subcutánea

significativamente más gruesa que los hombres y de esta manera, un mayor riesgo de inyección subcutánea en comparación con los hombres^{5,6}. En cambio la región ventroglútea tiene evidencia suficiente de que es un área de gran aceptación para los medicamentos aceitosos e irritantes ya que este se encuentra libre de vasos sanguíneos y nervios, y posee mayor grosor del músculo en comparación con otros sitios.

En el caso de los niños menores de un año se suele utilizar el músculo vasto externo para colocar la inyección. La cantidad máxima de medicamento para una sola inyección es de 3 ml. En el caso de querer utilizar el músculo deltoides, este se recomienda para volúmenes pequeños de hasta 1 ml, aunque se puede administrar un volumen máximo de 2 ml en este. La razón de ser de volúmenes pequeños es fisiológica porque el sitio medio del deltoides tiene una pequeña masa muscular. El sitio deltoides se recomienda para inmunizaciones y para niños mayores.

TÉCNICA EN Z

El método en Z evita la filtración de medicamentos irritantes inyectados en el músculo hacia los tejidos que se encuentran alrededor de este. La técnica en Z utiliza el desplazamiento lateral de las capas de la piel (colocando las yemas de los dedos presionando la piel del glúteo tirando hacia atrás y en esa área puncionar) para sellar eficazmente el fármaco en el músculo y evitar que este llegue a las capas superficiales de la piel.



En la Figura se observa la colocación de las yemas de los dedos presionando la piel y tirándola, en esa área se punciona, una vez ya fue inyectado el medicamento y retirada la aguja se procede a soltar la piel para sellar el trayecto de la punción.

¿ES NECESARIO ASPIRAR CUANDO SE INYECTA EN EL MUSCULO? La aspiración se define como la extracción del émbolo de una jeringa (durante 5-10 segundos) antes de inyectar la medicina. La aspiración se realiza con mayor frecuencia durante una inyección

intramuscular (IM) o subcutánea (SC), y está destinada a asegurar que la punta de la aguja esté localizada en el sitio deseado y que no haya perforado accidentalmente un vaso sanguíneo. La aspiración prolonga el tiempo que la aguja está dentro del paciente, lo que aumenta el dolor experimentado por el receptor. No hay evidencia de que este procedimiento sea verdaderamente beneficioso o injustificado.

CAPACIDAD DE RECEPCIÓN DE LÍQUIDO EN MÚSCULO

Ventreo glútea	Dorsoglútea	Vasto lateral	Deltoide
Hasta 5cc	Hasta 10cc	Hasta 1cc en un infante Hasta 4cc en un adulto	Hasta 0.5cc en un infante Hasta 2cc en un adulto

COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR

La inyección intramuscular se ha utilizado para administrar medicamentos durante más de cien años. Sin embargo, a pesar de la larga experiencia de nuestra profesión con la administración intramuscular, las complicaciones prevenibles, como las parálisis de los nervios inyectables, aún prevalecen en los países en desarrollo, entre las complicaciones más comunes se enumeran las siguientes:

1. Lesión del nervio ciático en el caso de la inyección glútea
2. Lesión de la rama anterior del nervio radial en el caso de la inyección en el deltoides.
3. Induración local, eritema.
4. Hematomas por punción de vasos sanguíneos.
5. Fibrosis del tejido circundante por aplicaciones de medicamentos en repetidas ocasiones y en el mismo sitio.
6. Aparición de inflamación infecciosa en la zona de punción: En ocasiones debido a la falta de asepsia o manipulación higiénica de la jeringa durante la administración: Abscesos.



4.1.6 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRAVENOSA

La administración de medicamentos por vía intravenosa se define como la instilación de sustancias líquidas directamente al torrente sanguíneo a través de una vena siendo esta de forma intermitente o continua. Es en comparación con las otras vías, la de mayor rapidez de absorción.

¿CUÁLES SON LOS PROPÓSITOS DE LA TERAPIA INTRAVENOSA (IV)?

- Para suministrar líquidos cuando los pacientes no pueden tomar líquidos por vía oral.
- Para proporcionar sales y otros electrolitos necesarios para mantener el equilibrio electrolítico.
- Para proporcionar glucosa (dextrosa), el principal combustible para el metabolismo.
- Para proporcionar vitaminas y medicamentos solubles en agua.
- Establecer una vía accesible para la administración de medicamentos intravenosos.

La vía IV directa generalmente administra un pequeño volumen de líquido / medicamento (máximo 20 ml) que se introduce manualmente en el paciente.

FORMAS DE ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA

Existen ciertas formas para la administración de medicamentos por vía intravenosa, las cuales se clasifican de acuerdo al tiempo de perfusión, volumen, y volumen plasmático alcanzado.

1. Administración intravenosa directa.
2. Administración intravenosa en perfusión intermitente.
3. Administración intravenosa en perfusión continua

Administración intravenosa directa

Los medicamentos administrados por vía IV directa se administran muy lentamente durante AL MENOS 1 minuto. La administración de un medicamento por vía intravenosa elimina el proceso de absorción y descomposición del fármaco al depositarlo directamente en la sangre. Esto resulta en la elevación inmediata de los niveles séricos y una alta concentración en órganos vitales, como el corazón, el cerebro y los riñones.

Administración en perfusión intermitente

Tiempo de infusión de 15-20 minutos. Por lo general se utiliza en situaciones en las cuales el paciente solo debe administrarse el fármaco de acuerdo a ciertas horas, sin necesidad de tener conectado un fluido continuo. Como por ejemplo antibióticos en esquema. Se utiliza una vía periférica conectada a un conector clave.

Administración en perfusión continua

Se utiliza cuando el volumen de fluidos a administrar supera los 250cc. El tiempo de infusión es igual o superior a 4 horas. Tiene como objetivo mantener un nivel plasmático del medicamento constante, o por tener una vía disponible para cualquier situación.

PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS DE FORMA DIRECTA

MATERIALES:

- Jeringuillas de 3-5-10-20cc.
- Medicamento prescrito.
- Solución salina 100cc.
- Torundas de algodón secas.
- Alcohol en atomizador.

- Canasta de papel.
- Torniquete.
- Guantes.

PROCEDIMIENTO:

1. Lavado de manos y tener todos los materiales listos.
2. Explicación del procedimiento al paciente.
4. Preparación del medicamento.
5. Búsqueda de una vena en la fosa cubital: Aplicación de torniquete, apertura de la mano, golpecitos, calentar el área. Colocarse los guantes.
6. Insertar la aguja de la jeringuilla con el bisel hacia arriba y en 15 grados o menos. Halar el émbolo para observar el retorno de la sangre.
7. Una vez confirmado que está en vena, sostener con el dedo índice o pulgar de la mano no dominante la aguja e inyectar el medicamento lentamente con la mano dominante.
8. Si existen dudas de la permeabilidad de la punción se puede absorber más sangre para estar seguros, además se dice que la mezcla del medicamento con la sangre evita dolor.
9. Al terminarse la administración del medicamento, colocar una torunda con alcohol en el área de punción y retirar la aguja.
10. Solicitar al paciente que tenga flexionado el brazo por al menos 3 minutos. Retirar todos los materiales y lavarse las manos.



4.2 VALORACIÓN DE LA SALUD EN EL ADULTO

La valoración del estado de salud de una persona o individuo es un elemento fundamental de los cuidados de enfermería y abarca dos aspectos: historia clínica de enfermería sobre el estado de salud y exploración física. Es importante recordar que existen tres tipos de exploración física: evaluación completa, evaluación de un sistema o aparato del organismo y la de un segmento o región corporal. También existen cuatro tipos de valoraciones; la

inicial, focalizada, urgente y nueva valoración después de pasado un tiempo. La valoración física puede realizarse en el hogar, consulta externa o al ingresar al hospital. Si se tiene en cuenta que la valoración se conceptualiza como la obtención, organización, validación, registros sistemáticos, continuos de los datos, y que se centra en las respuestas del paciente para llegar a un diagnóstico de enfermería sobre un problema de salud, ésta debe realizarse de manera objetiva, sistematizada y jerarquizando las necesidades. El proceso de valoración conlleva cuatro actividades muy relacionadas: obtención, organización, validación y registro de datos; sobre las necesidades, problemas sanitarios, experiencias relacionadas, prácticas de salud, valores y estilos de vida percibidos del paciente.

En algunos países, las enfermeras han desarrollado su propio modelo de valoración de salud estructurada, basándose en algunas teorías de enfermería. A juicio del autor, el modelo estructurado de Gordon, que incluye los 11 patrones funcionales, es el idóneo para la enfermera, pues recoge datos, tanto funcionales como disfuncionales, siendo posible también distinguir patrones emergentes. Representa una herramienta sencilla y objetiva para la obtención de datos que se organiza de acuerdo a sistemas corporales, conceptos de enfermería específicos y no utiliza un modelo de enfermería específico.

Las etapas de valoración de salud, se inician desde que el individuo se encuentra in utero, seguida del nacimiento, hasta su muerte. En cada etapa, la valoración de la salud comprende una serie de medidas específicas para prolongar periodos de vida en óptima actividad física, mental, espiritual y social. El estudio clínico a un individuo sano o enfermo debe basarse en las etapas que lo integran, enfatizando los factores de riesgo que inciden en cada grupo de edad y las respuestas humanas de cada persona, a fin de tomar medidas específicas para preservar la salud. Las herramientas o métodos para la obtención de datos hacia el estudio clínico se llevan a cabo mediante observación, entrevista o interrogatorio y exploración física.

La observación se realiza a través de los órganos de los sentidos; la entrevista o interrogatorio es una comunicación planificada que tiene una finalidad, la exploración física es un método sistematizado que utiliza las técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión. Para llegar a un diagnóstico, se requiere información suficiente y necesaria que se obtiene a través de las siguientes etapas:

- Historia clínica de enfermería o anamnesis.
- Exploración física.
- Métodos complementarios o auxiliares diagnósticos.

4.3 TIPOS DE BAÑOS EN EL PACIENTE.

Baño en cama

Definición: Es la limpieza del cuerpo con agua y jabón en la cama del usuario, cuando este está incapacitado para hacerlo por sí mismo o tiene indicación para guardar reposo.

Clasificación de baños:

- A. Baño en cama.
- B. Baño en cama asistido.
- C. Baño en ducha asistido.

Objetivos:

- ✓ Proporcionar comodidad y bienestar físico al usuario(a) eliminando sustancias de desecho de la piel.
- ✓ Observar la integridad cutánea y otros signos físicos relacionados con la salud del usuario(a).
- ✓ Favorecer la circulación periférica y la ejercitación de músculos y articulaciones.

Actividades.

- ✓ Verificar que el equipo esté completo y trasladarlo a la unidad del usuario(a).
 - ✓ Presentarse e identificar al usuario(a) y familia; informar del procedimiento, solicitar el consentimiento.
 - ✓ Colocar ropa en la silla, según orden establecido de arriba hacia abajo: paño, bata, sábana inferior, ahulado sábana movable, cruzado sábana superior, cobija, colcha y funda.
 - ✓ Ofrecer privacidad al usuario(a) por medio de biombo o cortina y/o cerrar la puerta.
 - ✓ Mantener la higiene de manos y colocarse el equipo protector (bata y guantes) }
- Aflojar y retirar las piezas de la ropa de cama una a una.

- ✓ Retirar la colcha, sujetándola por el borde superior; doblarla en 4 partes, colocarla en la silla si va a reutilizarla; si no, descartarla en el soporte para ropa sucia.
- ✓ Retirar la cobija de la misma forma.
- ✓ Aflojar la sábana superior y dejarla cubriendo al usuario(a).
- ✓ Valorar la condición general de salud y el estado de conciencia general del usuario(a) antes de iniciar el baño.
- ✓ Establecer comunicación terapéutica.
- ✓ Si el usuario se encuentra defecado, hacer la higiene genital; ofrecer el bidé u orinal antes de iniciar el baño. Retirar los guantes.
- ✓ Colocar al usuario(a) en posición semifowler o fowler.
- ✓ Ofrecer un vaso con agua, riñón, cepillo de dientes y pasta dental, si el usuario se encuentra en condiciones de realizar su higiene bucal; de lo contrario, esto será realizado por el personal de enfermería (el cepillo de dientes y la pasta dental pueden remplazarse por espátulas forradas con gasa, agua y aceite mineral).
- ✓ Ofrecer el desayuno y repetir la higiene oral.
- ✓ Retirar la almohada y colocar al usuario(a) en posición supina; si presenta dificultad respiratoria, dejarlo en posición semifowler.
- ✓ Doblar la sábana superior hasta la cintura del usuario(a); retirar la camisa o bata y cubrirlo de nuevo con la sábana superior.
- ✓ Iniciar el baño limpiando los ojos de adentro hacia afuera con torundas de algodón humedecidas.
- ✓ Limpiar las fosas nasales con aplicadores, el pabellón auricular con torundas de algodón y terminar de limpiar la cara con el paño y luego secar.

Lavar la cabeza, en el siguiente orden:

- ✓ Colocar un ahulado con sábana movable debajo de los hombros y la cabeza.
- ✓ Sostener la cabeza con una mano y colocar la palangana debajo (según la condición de la persona).
- ✓ Verter agua (valorar la condición de la temperatura y las necesidades de la persona) sobre el cabello; aplicar pequeña cantidad de champú o sustituto y masajear hasta hacer espuma.
- ✓ Verter agua tibia sobre la cabeza cuantas veces sea necesario hasta retirar el shampoo o acondicionador. Retirar la palangana.

- ✓ Secar la cabeza y el cuello; retirar el ahulado y la sábana movable.
- ✓ Colocar al usuario(a) en posición cómoda.
- ✓ Cepillar el cabello en forma suave y lenta.
- ✓ Colocarse guantes.
- ✓ Con el pañito húmedo y con jabón, limpiar de la mano hasta la axila en forma rotatoria. Retirar el jabón de la misma forma y posteriormente ofrecer el paño para el secado de estas áreas siguiendo igual orden; ofrecer desodorante, talco o bicarbonato para las axilas, limpiar y cortar las uñas. Iniciar con el otro brazo.
- ✓ Con el pañito húmedo y con jabón, limpiar el cuello y tórax; dar atención a región sub mamaria de la mujer.
- ✓ Dejar el paño sobre el tórax y doblar la sábana hasta el pubis. Lavar el abdomen y limpiar el ombligo con aplicaciones, secar con el paño y cubrir con la sábana.
- ✓ Si la condición del usuario lo permite, ofrecer pañito, jabón y agua; de lo contrario, la enfermera debe realizar todo el procedimiento Voltear al usuario para proceder a lavar la espalda y los glúteos con jabón y agua. Si el usuario está inconsciente o grave, voltearlo para el lado de la enfermera (o) que está realizando el baño.
- ✓ Secar la espalda y los glúteos; aprovechar que el usuario está de lado y hacer masaje con movimiento circular utilizando crema, dando énfasis a las prominencias óseas; realizar percusión para facilitar el drenaje de secreciones.
- ✓ Cubrir al usuario colocando camisa o bata. En caso de usuarios con venoclisis, poner la bata o camisa del lado que tiene vía endovenosa. Lo mismo se hará si el usuario tiene yeso o alguna lesión.
- ✓ Lave y secar la pierna y el muslo iniciando del tobillo hasta la ingle, con movimientos rotatorios. Hacer lo mismo con la otra pierna
- ✓ Colocar los pies dentro de la palangana con agua, lavarlos dando énfasis a los espacios interdigitales, secar, cortar uñas y aplicar talco o crema.
- ✓ Hacer el aseo de genitales. Si el usuario coopera, permitir que se realice el aseo él mismo; de lo contrario, realizarle el aseo perineal.
- ✓ Hacer cama según técnica de cama (ver procedimiento, cama ocupada).
- ✓ Dejar al usuario cómodo.
- ✓ Dar cuidado posterior el equipo.

- ✓ Realizar nota de enfermería especificando: hecha, hora, condición de la piel y hallazgos encontrados, colaboración del usuario, nombre de la enfermera y número de licencia

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- Hipotermia
- Traumas
- Quemaduras
- Desequilibrio hemodinámico
- Caídas
- Broncoaspiración
- Desconexión del sistema de apoyo a la vida

Baño asistido

Definición: Es el baño que se le realiza al usuario(a) que, por su estado de salud, requiere la ayuda del personal de enfermería.

Objetivos:

- ✓ Proporcionar comodidad y bienestar físico al usuario(a) eliminando sustancias de desecho de la piel.
- ✓ Fortalecer en el usuario(a) la independencia funcional para que realice las actividades de la vida diaria.

Principios.

- Identificar y educar al usuario al iniciar el procedimiento favorece la colaboración.
- Utilizar las técnicas de mecánica corporal y de movilización de usuario(a) (a) previene riesgos laborales.
- Verificar la temperatura del agua previene accidentes.
- Permitir a la persona participar en el cuidado personal favorece la autonomía.
- El descartar la ropa sucia en el soporte disminuye el riesgo de infecciones cruzadas.
- Llenar la bolsa de ropa sucia hasta la mitad si está húmeda, y hasta tres cuartas partes si está seca, permite cerrarlas adecuadamente.
- Los registros de enfermería proporcionan datos para la continuidad en los cuidados.

4.4 SUCCIÓN GÁSTRICA.

Colocación de sonda nasogástrica y succión gástrica

Definición: Es la introducción de una sonda por uno de los orificios nasales hasta la cavidad gástrica. La succión gástrica se utiliza para vaciar el contenido del estómago, para realizar un análisis o para extraer elementos irritantes tales como venenos, sustancias tóxicas y otros.

Objetivos:

- ✓ Establecer un medio de drenaje por aspiración o gravedad para eliminar líquidos y/o gases del aparato digestivo.
- ✓ Administrar medicamentos y/o alimentos directos a la cavidad gástrica.
- ✓ Recolectar muestras del contenido gástrico con fines diagnósticos.
- ✓ Realizar lavado gástrico.
- ✓ Administrar alimentación enteral.
- ✓ Administrar medicamentos.
- ✓ Prevenir broncoaspiración en usuario(a) con disminución de conciencia.
- ✓ Contribuir a establecer el diagnóstico de salud.

Actividades

- Revisar el expediente de salud del usuario(a) y verificar la indicación médica.
- Realizar higiene de manos según procedimiento.
- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del usuario(a).
- Verificar el funcionamiento del equipo de succión.
- Regular la presión del aspirador entre 80 y 100 mmHg en forma intermitente.
- Identificar e informar al usuario(a) acerca del procedimiento.
- Si está indicado, rotular la muestra de jugo gástrico, con los datos del usuario(a).
- Permitir un ambiente de privacidad para el usuario(a).
- Asistir al usuario(a) a colocarse en posición semifowler según lo permita su condición.
- Colocar el campo cerrado o el paño alrededor del cuello y parte del tórax.
- Colocarse los guantes.

- Medir la longitud de la sonda que introducirá de la siguiente manera: La distancia que existe entre el punto de la nariz y el lóbulo de la oreja. Sumar la distancia que hay entre el lóbulo de la oreja y el apéndice xifoides. Establecer hasta cuál marca de las que ya trae la sonda, debe introducir. Lubricar el extremo proximal de la sonda.
- Elegir la fosa nasal, e introducir la sonda nasogástrica hasta la marca que previamente había identificado.
- Indicar al usuario(a) que degluta constantemente, y que respire en forma lenta y tranquila mientras introduce la sonda. (El usuario(a) puede saborear trozos de hielo, envueltos en gasa, si su condición lo permite).
- La posición de Fowler alta y la cabeza sujeta a la almohada, facilitan la introducción, ya que la gravedad contribuye al paso del tubo.
- Verificar que la sonda esté en el sitio correcto de la siguiente manera: Sumergir el extremo distal de la sonda en la copa o vaso con agua y comprobar que no produzca burbujas.
- Aspirar contenido gástrico con la jeringa asepto.
- Recoger la muestra de jugo gástrico con la jeringa asepto según indicación médica y verter en el recipiente rotulado para el efecto.
- Fijar la sonda utilizando el sujetador para sonda nasogástrica.
- Rotular la sonda nasogástrica con: fecha, hora y nombre de la persona de enfermería que realizó el procedimiento.
- Adaptar la SNG al succionador, si se requiere.
- Fijar la conexión del equipo de succión a la cama.
- Observar que el usuario(a) quede cómodo y la unidad en orden.
- Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.
- Dar cuidado al equipo posteriormente.

Principios

La mala higiene genera la proliferación de microorganismos

El equipo completo ahorra tiempo y energía.

Identificar al usuario(a), antes de realizar un procedimiento, evita errores.

Para prevenir infecciones al usuario(a), el material debe estar sobre un campo estéril.

La observación continua del profesional de enfermería permite detectar alteraciones y evitar complicaciones secundarias.

La anotación de enfermería permite la continuidad en los tratamientos.

El uso y cuidado del material conserva su duración.

Observaciones

- La privacidad que se le dé al usuario(a) aumenta su seguridad física y mental.
- Verificar las indicaciones en el expediente de salud, para evitar errores administrativos y legales.
- Asegurarse de que la sonda nasogástrica esté en cavidad gástrica, de realizarle algún procedimiento al usuario
- Observar si el usuario(a) presenta cianosis, tos, o no puede hablar.
- Observar que la sonda no esté arrollada o acodada en la boca.
- Introducir la sonda por la boca es en última opción: Hay que cerciorarse de que el usuario no tenga prótesis dental. En caso positivo, retirarla.
- Identificar el envase facilita su trámite y ayuda a la obtención rápida del resultado.
- Los epitelios nasales vascularizados, al introducir la sonda nasogástrica, producirán epistaxis.
- La sonda nasogástrica debe cambiarse cada 8 días.
- El cambio de la fijación de sonda nasogástrica debe realizarse diariamente.

Riesgos relacionados con del procedimiento:

- Falsa vía.
- Broncoaspiración.
- Epistaxis
- Vómitos

4.5 LAVADO GENITAL

Definición: Es el lavado de los genitales externos y la región perineal.

Objetivos:

- ✓ Prevenir irritaciones e infecciones en la zona perineal.
- ✓ Evitar infecciones, después de intervenciones quirúrgicas urogenitales.
- ✓ Fomentar hábitos de higiene.
- ✓ Proporcionar comodidad y bienestar.

Variación para el aseo perineal femenino

- Verter jabón líquido en el monte de Venus, los genitales y la cara anterior del muslo.
- Limpiar el monte de Venus con una torunda de algodón; hacer movimientos horizontales desde el monte de Venus hacia el ombligo. Descartar la torunda.
- Limpiar con otra torunda el labio mayor distal, desde el clítoris hacia el periné, con movimiento vertical en una sola dirección y luego descartar la torunda.
- Repetir el paso anterior, con el labio mayor proximal y los labios menores en la misma secuencia; utilizar una torunda cada vez y descartar.
- Deslizar otra torunda por el centro de la vulva con movimiento vertical y descartar.
- Lavar con otra torunda la región del muslo distal de adentro hacia fuera, con movimientos verticales haciendo énfasis en el pliegue inguinal y descartar.
- Realizar el mismo procedimiento con el muslo proximal. Verter agua tibia sobre el monte de Venus y los genitales.
- Repetir los pasos anteriores a fin de eliminar el jabón. Secar las zonas lavadas con las torundas de algodón en la misma forma y secuencia que en las acciones anteriores.
- Colocar a la usuaria en posición de Sims (decúbito lateral izquierdo), limpiar y secar la zona perianal, desde la hendidura bulbar hasta el ano.

Hacer el aseo genital en el hombre de la siguiente forma:

- Verter jabón líquido recomendado en el pubis, los genitales y la cara anterior del muslo incluyendo pliegue inguinal.

- Utilizar la pinza mota con torunda de algodón para esparcir el jabón en el pubis del ombligo a los genitales con movimientos horizontales. Descartar la torunda.
- Sujetar el pene con la mano no dominante y bajar el prepucio. Lavar con otra torunda el meato urinario hasta el cuello del glande en forma circular sin devolverse y descartar la torunda.
- Utilizar nueva torunda para lavar el cuerpo del pene del cuello del glande hasta la raíz del mismo y descartar.
- Lavar el escroto en dos partes, distal y proximal; utilizar una torunda para cada uno y descartar.
- Lavar con nueva torunda la región del muslo distal, de adentro hacia fuera con movimiento vertical, haciendo énfasis en el pliegue inguinal y descartar.
- Realizar el mismo procedimiento con el muslo proximal.
- Verter agua tibia sobre los genitales y repetir los pasos anteriores a fin de eliminar el jabón.
- Secar zonas lavadas con las torundas de algodón en la misma secuencia.
- Colocar al usuario(a) en posición Sims (decúbito lateral izquierdo), lavar y secar la zona anal, incluyendo el surco interglúteo.

Observaciones

- En caso de usuarios menores de edad, realizar el procedimiento en presencia de un familiar o testigo, para evitar problemas legales.
- El equipo se adecúa según condición de salud del usuario(a), el escenario de atención (hogar, hospital) y situaciones especiales como cirugía ginecoobstétrica, urogenital, usuario(a) con sonda Foley o paraplejia.

Riesgos:

- Transmisión de infecciones por arrastre.
- Trauma.

4.6 ENEMAS

Colocación de sonda rectal y enema evacuante.

Definición: Es la introducción de un catéter rectal a través del esfínter anal hasta el recto e introducir líquidos en forma lenta de por vía rectal, para favorecer la evacuación de heces del intestino o complementar tratamientos.

Objetivos:

- ✓ Favorecer la eliminación de gases y materia fecal.
- ✓ Favorecer la limpieza del intestino.
- ✓ Desintoxicar el organismo.
- ✓ Disminuir la distensión abdominal.
- ✓ Complementar tratamientos.
- ✓ Suministrar tratamientos o medios de diagnóstico.

Actividades

- Verificar la indicación en el expediente de salud
- Informar al usuario, y solicitar el consentimiento del procedimiento.
- Realizar higiene de manos.
- Abrir el cubre paquete de la sonda rectal.
- Preparar el equipo de enema (hacer conexión de hule al tanque y a la sonda rectal por medio de la cárpula cerrada).
- Verter en el tanque 500 cc de agua estéril tibia si es un enema y 100 cc si es un micro enema. Agregar los otros componentes indicados (medicamentos, aceite mineral u otro).
- Extraer el aire de la conexión dejando salir unos 5 cc del líquido. Pinzar la sonda.
- Asegurar un ambiente de privacidad al usuario(a) durante el procedimiento.
- Ayudar al usuario a adoptar la posición de SIMS izquierdo (decúbito lateral, con brazo izquierdo a lo largo del cuerpo, pierna derecha flexionada).
- Cubrir al usuario con la sábana movable, dejando descubierto la zona anal.
- Colocar ahulado y sábana movable debajo de los glúteos del usuario(a)
- Lubricar el extremo distal de la sonda rectal.

- Solicitar al usuario(a) que respire profundamente por la boca, para permitir la relajación del esfínter anal.
- Introducir la sonda rectal aproximadamente 10 centímetros, en dirección al ombligo (esta dirección sigue el trayecto anatómico del intestino grueso).
- Despinzar la sonda y pasar suave y lentamente la solución.
- Elevar con la mano libre el tanque por encima de los hombros (aproximadamente 60 cm sobre el nivel de la cama) o colocar en el soporte del gigante.
- Mantener al usuario(a) cubierto con sábana.
- Pinzar la sonda y retirar la sonda rectal al terminar la solución de pasar.
- Higienizar la zona perianal, en caso necesario.
- Colocar el bidé al usuario(a).
- Colocar el equipo en la parte inferior del carro y trasladarlo al cuarto séptico.
- Dar cuidado posteriormente al equipo.
- Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.

Principios.

- ✓ Una adecuada instrucción sobre las acciones a realizar da seguridad y confianza.
- ✓ La posición Sims lateral izquierda favorece el desplazamiento del líquido por gravedad y la relajación muscular.
- ✓ La altura del tanque determina la presión y gravedad con que baja el líquido a la cavidad intestinal.
- ✓ Si el usuario(a) se queja de dolor o siente resistencia, al introducir la sonda, detenerse y llamar a la enfermera o médico.

Riesgos:

- Dolor anal.
- Lesión intestinal
- Dolor abdominal
- Laceraciones.
- Contaminación.

ENEMA DE RETENCIÓN

Definición: Es la introducción lenta por vía rectal de solución medicamentosa o diagnóstica para ser retenido o absorbido.

Objetivos:

Administrar medicamentos para efectos locales o generales.

Administrar sustancias con fines de diagnóstico.

ENEMA POR COLOSTOMÍA

Definición: Es el procedimiento por el cual se introduce líquido en el colon a través de la estoma intestinal.

Objetivos. Administrar algún medicamento. Facilitar la limpieza intestinal.

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.
- CASTRILLÓN CHAMADOIRA, E. (2015). LA ENFERMERA TRANSCULTURAL Y EL DESARROLLO DE LA COMPETENCIA CULTURAL. CULTURA DE LOS CUIDADOS.
- PLASENCIA, J. A. D., MORÓN, P. H., VEGA, A. M. B., DÍAZ, E. M. M. S., VEGA, V. M., & IJH, E. R. V. GUIA: LAVADO DE MANOS CLÍNICO Y QUIRÚRGICO.
- J. ANABEL F. COFFRÉ, ALICIA J. D. TRIVIÑO, MAIRA C. CUJILÁN A. (2017). ENFERMERÍA Y LAS VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS. CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL.
- DE SEGURO SOCIAL, C. C., & MÉDICA, G. PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA.
- *DUCHA VAGINAL | OFICINA PARA LA SALUD DE LA MUJER*. (2019). OFICINA PARA LA SALUD DE LA MUJER. [HTTPS://ESPANOL.WOMENSHEALTH.GOV/A-Z-
TOPICS/DOUCHING](https://espanol.womenshealth.gov/a-z-topics/douching)