

SEGUNDA PARTE

**LAS ASIGNATURAS DE ENFERMERIA
EN EL CURRICULUM BASICO**

LAS ASIGNATURAS DE ENFERMERIA EN EL CURRICULUM BASICO

Desde el año 1977, fecha en la que las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios se integraron en la Universidad como Escuelas Universitarias de Enfermería, las enfermeras que nos dedicamos a la enseñanza centramos nuestros esfuerzos en llenar de contenido propio los programas, introduciendo conceptos nuevos y diferenciando nuestro lenguaje del de otras disciplinas. Dimos por supuestos conceptos tales como: la dependencia, la incapacidad, las limitaciones, las necesidades, el cuidado, la ayuda, el autocuidado, etc. Empleamos mucho tiempo intentando transmitir a las estudiantes la idea de que la profesión enfermera es una disciplina independiente con una función concreta y diferente dentro del equipo de salud.

En realidad, el resultado no terminaba de satisfacerlos. Seguimos preparando enfermeras con conocimientos sobre patología, observación de síntomas orgánicos y técnicas derivadas del diagnóstico y tratamiento médicos. Estos conocimientos en la práctica se hacían más relevantes que los cuidados de enfermería.

La preocupación nos hizo buscar soluciones y llegamos a desarrollar los programas orientando el aprendizaje de los cuidados hacia un modelo teórico, con el fin de unificar los criterios del enfoque de los contenidos de cada una de las asignaturas. Fue un paso más que hizo cambiar, en parte, las enseñanzas. No obstante, continuamos buscando conceptos que a partir de su comprensión y definición dieran significado a las palabras y a las actividades. Llegamos a la conclusión que la introducción en los programas de los diagnósticos de enfermería como eje central de los cuidados podría ser una alternativa valiosa para continuar el proceso de cambio.

El resultado de este trabajo ha sido satisfactorio, al conseguir que todos los profesores tengamos el mismo marco referencial como guía, que no nos apartemos de la esencia de los cuidados en la enseñanza y que las estudiantes entiendan claramente la función de la enfermera.

La experiencia nos ha demostrado que con la introducción de los conceptos expuestos, las diferencias en los contenidos y enfoques impartidos anteriormente se hacen evidentes en el proceso enseñanza-aprendizaje.

En los siguientes cuadros se exponen de una manera gráfica estas explicaciones.

CONTENIDOS DE UN TEMA DEL PROGRAMA DE ENFERMERIA

Modelo Tradicional (enfoque biomédico)

Proceso de atención de Enfermería a pacientes con alteraciones de la FUNCION RESPIRATORIA

- Fisiopatología. Semiología general. Diagnósticos de las enfermedades respiratorias.
- Alteraciones de la ventilación y de la perfusión.
- Infecciones de las vías respiratorias: agudas y crónicas.
- Asma bronquial, alteraciones circulatorias: hipertensión pulmonar y embolias.
- Cáncer de pulmón.

CUIDADOS DE ENFERMERIA:

- Aspiración de secreciones.
- Drenaje postural.
- Fisiopatología respiratoria.
- Oxigenoterapia.
- Intubación endotraqueal.
- Traqueostomía.
- Respiración artificial.
- Ventiloterapia.

ACTIVIDAD BASADA
EN EL DIAGNOSTICO MEDICO

Modelo de Enfermería (enfoque disciplinario)

Cuidados de Enfermería a pacientes con PROBLEMAS RESPIRATORIOS

- Definición y análisis del problema.
- Identificación del problema. Recogida de datos: objetivos y subjetivos.
- Otras fuentes que aportan datos.
- Características que definen el problema.
- Valoración de los problemas. Causas de los mismos: trastornos de la ventilación, perfusión-difusión y alteraciones del parénquima.
- Diagnóstico de enfermería asociados al problema central por alteración de las necesidades básicas del enfermo.
- Planificación y ejecución de las actividades de la enfermera: derivadas de la función independiente. Enfermos totalmente incapacitados y limitados. Enfermos con capacidad y limitación parcial. Enfermos limitados sin incapacidades. Actividades interdependientes. Procedimientos médicos realizados por enfermeras: pruebas diagnósticas, drenajes torácicos, oxigenoterapia, etcétera.
- Evaluación del enfermo y de los cuidados prestados: por observaciones directa e instrumental, por la comunicación. Otras fuentes que aportan datos para evaluar. Registro de las observaciones.

ACTIVIDAD BASADA EN LOS
CUIDADOS DE ENFERMERIA

DIFERENCIAS DE ENFOQUES Y CONTENIDOS DE LOS PROGRAMAS

EN CUANTO A LA ENSEÑANZA

Modelo tradicional

- Carece de orientación de Enfermería.
- A pesar del enunciado no se contempla la metodología del cuidado.
- Se parte del diagnóstico médico.
- La patología es el eje central en el tema.
- Contempla al hombre desde el punto de vista organicista.
- Impide el desarrollo de los contenidos de Enfermería.
- Los cuidados se contemplan como tareas aisladas derivadas del diagnóstico y tratamiento médico.

Modelo de Enfermería

- Crea la necesidad de orientar las acciones en un modelo de cuidado.
- Obliga a dar cuidados de una manera lógica y racional.
- El punto de partida son los problemas del enfermo (diagnósticos de enfermería).
- El eje principal del tema son las necesidades y problemas del enfermo.
- Entiende al hombre de una forma integral (alteración de las necesidades físicas y psicosociales).
- Permite la búsqueda de acciones de la disciplina (cómo mejorar el cuidado).
- Los cuidados se asumen desde las perspectivas de necesidades alteradas, problemas del enfermo...

EN CUANTO AL APRENDIZAJE DE LA ALUMNA

Modelo tradicional

- Centra el estudio en la patología preparándose para la observación de signos y síntomas orgánicos.
- Estudia las acciones a realizar en base a los síntomas.
- Da importancia a la perfección en la realización de técnicas derivadas del trabajo de otros profesionales.

Modelo de Enfermería

- Centra el estudio en los problemas que tienen como base las necesidades alteradas.
- Analiza las acciones adecuadas a llevar a cabo en base a las necesidades alteradas.
- Considera las técnicas como parte del plan de cuidado y no como el cuidado en sí.

FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA

UNIDAD I

HISTORIA DE LA ENFERMERIA*

OBJETIVO GENERAL

Al finalizar el estudio de esta unidad, las alumnas serán capaces de analizar el desarrollo de las sociedades a lo largo de la historia, describiendo el proceso salud-enfermedad en cada una de las etapas que se explican para que a través de ello identifiquen la función del cuidar en las sociedades de cada época.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Analizar el desarrollo de las sociedades a lo largo de la historia.
2. Describir los recursos disponibles de la sociedad, en cada etapa, para procurar la salud y atender la enfermedad.
3. Identificar la actividad del cuidar en las sociedades a lo largo de la historia de la humanidad.
4. Analizar los elementos que definen a la Enfermería como profesión.
5. Explicar el término «personal de Enfermería» analizando los diferentes niveles de responsabilidad.
6. Diferenciar los conceptos de «función independiente», «función interdependiente» y «función dependiente».
7. Identificar la función de la Enfermería en el momento actual.
8. Identificar el lugar de la enfermera en relación con el equipo de salud.
9. Identificar las áreas de los servicios de salud en que el personal de Enfermería desarrolla sus funciones y su actividad.
10. Relacionar las funciones de Enfermería con las diversas áreas y grupos identificados.

* Se describe la unidad completa.

DESARROLLO HISTORICO DE LA ENFERMERIA EN RELACION CON LA

SALUD

ETAPAS

COMO MANTENIMIENTO
DE LA VIDA

DOMESTICA

COMO VALOR RELIGIOSO

VOCACIONAL

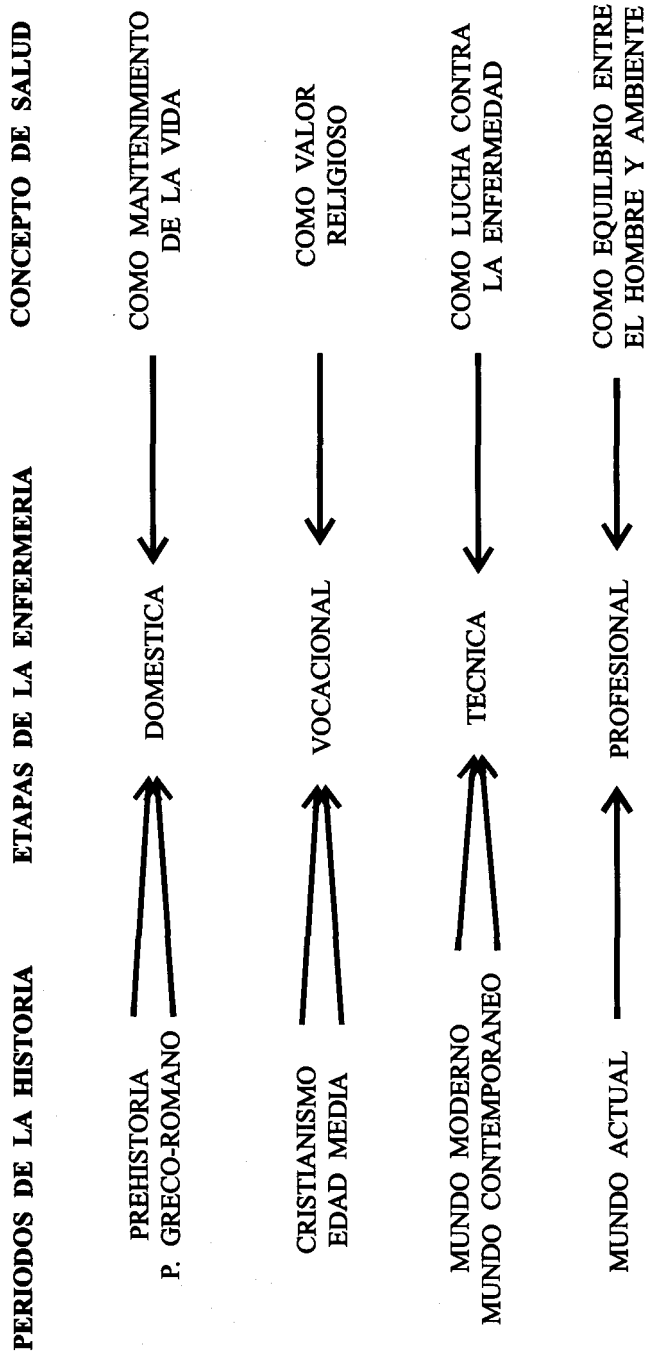
COMO LUCHA CONTRA
LA ENFERMEDAD

TECNICA

COMO EQUILIBRIO ENTRE
EL HOMBRE Y EL AMBIENTE

PROFESIONAL

RELACION DE LOS PERIODOS DE LA HISTORIA DE LA HUMANIDAD CON LAS ETAPAS DE LA ENFERMERIA



DESARROLLO HISTORICO

LA SALUD COMO MANTENIMIENTO DE LA VIDA

- Etapa *doméstica*.
- Se da en las sociedades primitivas.
- Cuidados básicos encaminados a promover la adecuada higiene, alimentación.
- Usan el contacto maternal para transmitir bienestar.
- Desempeñado por la mujer en cada familia.

LA SALUD COMO VALOR RELIGIOSO

- Etapa *vocacional*
- Surge con el advenimiento del cristianismo.
- Mujer consagrada la que da los cuidados.
- Medidas basadas en características religiosas.

LA SALUD COMO LUCHA CONTRA LA ENFERMEDAD

- Etapa *técnica*.
- Inicio al acceso al conocimiento y al saber.
- Inicio de la profesionalización.
- Alejamiento del enfermo.
- Pérdida de identidad.

LA SALUD COMO EQUILIBRIO ENTRE LOS INDIVIDUOS Y SU AMBIENTE

- Etapa *científica* (profesional).
- Integración en la Universidad.
- Desarrollo de teorías y modelos. Desarrollo de métodos de trabajo.
- Profesionalización de la actividad del cuidar.

LA PREHISTORIA

Evolución de la especie:

El australopiteco	vivió hace 12.000.000 de años
El pithecanthropo	vivió hace 1.000.000 de años
El neardenthal	vivió hace 500.000 años
El cro-magnon	vivió hace 50.000 años



Comienzo de una vida diferente.

Explosión de enfermedades debido a la vida sedentaria.

ASISTENCIA SANITARIA EN LOS PUEBLOS PRIMITIVOS ACTUALES

*Pueblos que no entran en la historia,
no han evolucionado. Se consideran fósiles vivientes.
Se sitúan en Africa, Amazonas, Australia,
El Chando y América Central*

CONSIDERACIONES DE LA ENFERMEDAD

- Grupo menos avanzado:
 - Según tipo de enfermo (leve o grave).
- Los más avanzados:
 - Según tipo de enfermo (leve o grave).

DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO

- Anamnesis: Interrogatorio.
- Observación: Inspección.
- Adivinación: Muy importante.

TERAPEUTICA:

- Métodos empíricos:
 - Farmacología.
 - Cirugía.
 - Fisioterapia.
- Magia.

EL SANADOR

- El chaman, hechicero, brujo (con poderes heredados).

EL ENFERMO

- Persona que sufre un maleficio.

ASISTENCIA SANITARIA EN LAS SOCIEDADES ARCAICAS SUPERIORES (I)
(PRIMEROS PUEBLOS QUE COMIENZAN LA HISTORIA)

MESOPOTAMIA

CARACTERISTICAS GENERALES:

- Modo de vida
- Constitución de la sociedad

ENFERMEDADES PADECIDAS:

- De cabeza
- De tórax
- De abdomen

DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO:

- Interrogatorio
- Adivinación

TRATAMIENTO:

- Oraciones
- Sacrificio de animales
- Magia
- Remedios empíricos: *Fármacos*
Cirugía
Fisioterapia

EJERCICIO PROFESIONAL:

- Sacerdote o escriba
- Reglamentación jurídica
- Código de Hammurabi

EL ENFERMO:

- Individuo en pecado

ASISTENCIA SANITARIA EN LAS SOCIEDADES ARCAICAS SUPERIORES (II)

EGIPTO

- Fuentes para su conocimiento: Papiros de Ebers, Brugsch, Edwin Smith.
Diagnóstico: En grado muy elevado.
Conocen palpación, inspección y auscultación.
Terapéutica: Farmacología.
Cirugía.
Higiene: Muy desarrollada en los embalsamamientos.
Ejercicio profesional: Los médicos constituyen una casta especial, privilegia-
dos.
Existencia de escuelas médicas.
Cuidados a cargo de la madre o la hija en el hogar.
Característica de la asistencia sanitaria: Medicina exacta, genial, sabia y profunda.
Rígida al no extender sus conocimientos.

ASISTENCIA SANITARIA EN LAS SOCIEDADES ARCAICAS SUPERIORES (III)

PUEBLOS ORIENTALES

INDIA:

- Son hábiles en cirugía
- Desconocen la anatomía
- Saben fisiología
- Diagnostican por auscultación y basándose en síntomas
- Pronostican por superstición
- Terapéutica extensa
- Higiene social muy floreciente

CHINA Y JAPON:

- Se rigen por el sistema filosófico natural
- Opuestos a innovaciones
- No practican la cirugía por temor a las mutilaciones
- Practican la vacuna antivariólica
- Prácticas de cuidados reservadas a hombres jóvenes y mujeres mayores

ASISTENCIA SANITARIA EN LAS SOCIEDADES ARCAICAS SUPERIORES (IV)

PRIMITIVOS AMERICANOS

- CREENCIAS:**
- La salud es el equilibrio entre hombre, naturaleza y lo sobrenatural
 - La enfermedad es causa del enfado de los dioses
- SANADOR:**
- Individuo apartado del resto de la tribu: *Curandero*
Brujo
Sacerdote (posteriormente)
- COMBINAN:**
- Religión
 - Magia
 - Medicina
 - Farmacia
 - Enfermería
- SISTEMAS DE CURACION:**
- Rituales, ceremonias, oraciones, cánticos, etc.
 - Ingestión de hierbas, baños, masajes, etc.
 - Amuletos, fetiches...
 - Cirugía (Sangrías, trepanaciones, vendajes, suturas, extracciones dentales...)
- ENFERMERIA:**
- No existe como entidad independiente
 - Mujer cuidadora de niños y en ocasiones de enfermos y ancianos
 - Asistencia a partos

(Alcanzan un alto nivel de civilización)

MAYAS, INCAS, AZTECAS Y TOLTECAS

ASISTENCIA SANITARIA EN EL MUNDO CLASICO (I)

GRECIA

CARACTERISTICAS GENERALES:

- Emigrantes, colonos, comerciantes, cultos
- Helenismo
- Sociedad dividida en estamentos

ENFERMEDAD Y SU INTERPRETACION:

- Predominan las epidemias
- Dan una razón natural a la enfermedad (*Rechazan las causas sobrenaturales*)
- Varios profesionales (*médicos técnicos, cirujanos, esclavos y parteras*)

NIVELES DE ASISTENCIA:

- Según clase social

INSTITUCIONES SANITARIAS:

- Tenderete (*médico itinerante*)
- Iatrimon (*médico establecido*)
- Templo (*estudio de la medicina*)

ASISTENCIA SANITARIA EN EL MUNDO CLASICO (II)

ROMA

CARACTERISTICAS GENERALES:

- En sus comienzos mismas prácticas y creencias que los griegos
- Mundo eminentemente militar, bélico y agresivo
- No científico, ni artístico, ni filósofo

MEDICOS ROMANOS:

- Se considera, en principio, profesión indigna
- Se consolida la posición de los médicos en el siglo I a. de C.
- Médico famoso: *Galeno*

INSTITUCIONES SANITARIAS:

- *Anonae*
- *Alimenta de Trajano*
- *Valetudinarium*

EL CRISTIANISMO

INTERPRETACION DE LA ENFERMEDAD

- Gracia recibida como modo de redención
- Introduce el consuelo en la asistencia al enfermo

ASISTENCIA DE ENFERMERIA: COMIENZO DE LA HISTORIA DE LA ENFERMERIA DE FORMA CONTINUA

- Llevada a cabo por congregaciones religiosas y militares
- Congregaciones religiosas de mujeres que trabajan para la Iglesia
- Divididas en vírgenes, presbíteras, canonesas y monjas

PRIMERAS ENFERMERAS: Diaconisas y matronas

COMIENZO DE LA ETAPA VOCACIONAL DE LA HISTORIA DE LA ENFERMERIA

- Actividad ejercida por personas de amplio sentido religioso
- Conocimientos teóricos nulos
- Actitudes muy marcadas de obediencia, sumisión, amor al prójimo y caridad

MUJER CONSAGRADA

LA EDAD MEDIA

BASES CONCEPTUALES DE VIDA:

- Características de la época
- Enfermedades que se padecen

LA ASISTENCIA SANITARIA:

- Remedios credenciales
- Medicina empírica
- Medicina técnica
- La atención de enfermería

GRUPOS QUE PRESTAN CUIDADOS COMO ACTIVIDAD:

- Ordenes militares
- Congregaciones religiosas

**NOTABLE INFLUENCIA DE LAS CRUZADAS
EN SU APARICION**

FIGURAS IMPORTANTES DEDICADAS AL CUIDADO:

- Francisco de Asis
- Clara de Soffi
- Isabel de Hungría
- Catalina de Siena

VOCACIONALES, RELIGIOSAS, CARITATIVAS

INSTITUCIONES SANITARIAS:

- El monasterio
- El hospital

EL MUNDO MODERNO

CONCEPTO DE MUNDO MODERNO:

- Estructura socio-económica
- Bases materiales de vida
- La Revolución Industrial
- Enfermedades padecidas (*cortesanas, infecciosas, de la alimentación, del trabajo, femeninas, de los niños*)

LA LUCHA CONTRA LE ENFERMEDAD:

- La medicina técnica
- La medicina no técnica
- Los grandes inventos y descubrimientos en favor de la lucha contra la enfermedad
- De la higiene privada a la salud pública

INSTITUCIONES ASISTENCIALES:

- El hospital centro de la asistencia sanitaria. Comienzo de la tecnificación

LOS CUIDADOS EN ESTA EPOCA:

- Epoca oscura de la enfermería
- Influencia del Concilio de Trento en la reforma del cuidado
- Las Hermanas de la Caridad. La organización del cuidado

EL MUNDO CONTEMPORANEO

CARACTERISTICAS DE LA EPOCA:

- Crecimiento de la población
- Gran emigración e inmigración
- Desaparición de las epidemias de peste
- Explosión de enfermedades del proletariado

NIVELES DE ASISTENCIA SANITARIA:

- Atención a la clase alta
- Atención a la clase media (*alta y baja*)
- Atención a la clase baja
- El hospital como centro médico principal

LA ENFERMERIA DE LA EPOCA:

- Diaconisas de Kaiserswerth
- Florence Nightingale. Inicio de la profesionalización
- Fundación de la Cruz Roja. Influencia en la preparación profesional
- Creación del CIE (*Consejo Internacional de Enfermeras*)
- Otras asociaciones importantes
- **Tecnificación de la enfermería. Consecuencias profesionales**

DESARROLLO DE LA ENFERMERIA EN ESPAÑA

ETAPA VOCACIONAL (HASTA 1952)

- **Existencia de tres tipos de profesionales con diferente preparación:** practicantes, enfermeras y matronas.
- **Se producen algunos cambios en esta época como:**
 - Obtención de titulación oficial (1915).
 - Ordenación de los planes de estudios (1940).
 - Creación del Consejo General de Auxiliares Sanitarios y los Colegios Profesionales (1945).

ETAPA TECNICA (1952-1977)

- **Titulación de Ayudante Técnico Sanitario (ATS).**
- **Unificación de las tres carreras (enfermeras, practicantes, matronas).**
- **Consecuencias positivas del cambio:**
 - Mayor nivel de preparación.
 - Vinculación de las Escuelas de ATS a las Facultades de Medicina.
 - Contenidos teórico-prácticos de obligado cumplimiento.
 - Creación de las especialidades.
- **Consecuencias negativas del cambio:**
 - Situación corporativa sin cambios (separadas por sexo).
 - Diferenciación, en parte, de los estudios en razón del sexo.
 - Enfoque de los estudios técnico-médicos.
 - Diversidad de orientación según escuelas.

ETAPA PROFESIONAL (DESDE 1977)

- **Titulación de diplomado en Enfermería.**
- **Estudios integrados en la Universidad.**
- **Formación de un profesional polivalente.**
- **Confiere al profesional un rol definido.**
- **Estudios de materias interdisciplinarias.**
- **Aplicación de las diferentes ciencias a la disciplina de Enfermería.**

CONCEPTO ACTUAL DE ENFERMERIA

DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIOPROFESIONAL

Profesionalización de la actividad de cuidar.

(Alberdi, Arroyo, Cabello, Mompert y Segura).

DESDE EL PUNTO DE VISTA TEORICO-FILOSOFICO

Servicio humano que tiene como responsabilidad especial la necesidad del individuo para la acción de autocuidado y su provisión y administración de modo continuo, para sostener la vida y la salud, recuperarse de la enfermedad o daño y adaptarse a sus efectos.

(D. E. Orem).

DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA PRACTICA

Diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales y/o potenciales.

(A.N.A.)

ENFERMERIA COMO PROFESION

CONCEPTO DE PROFESION:

Ocupación con componentes éticos, encaminada a incrementar el bienestar humano y social. Posee un conjunto de conocimientos propios basados en principios sociales y científicos que han de ser desarrollados y sometidos a la prueba de la experimentación.

REQUISITOS DE UNA PROFESION:

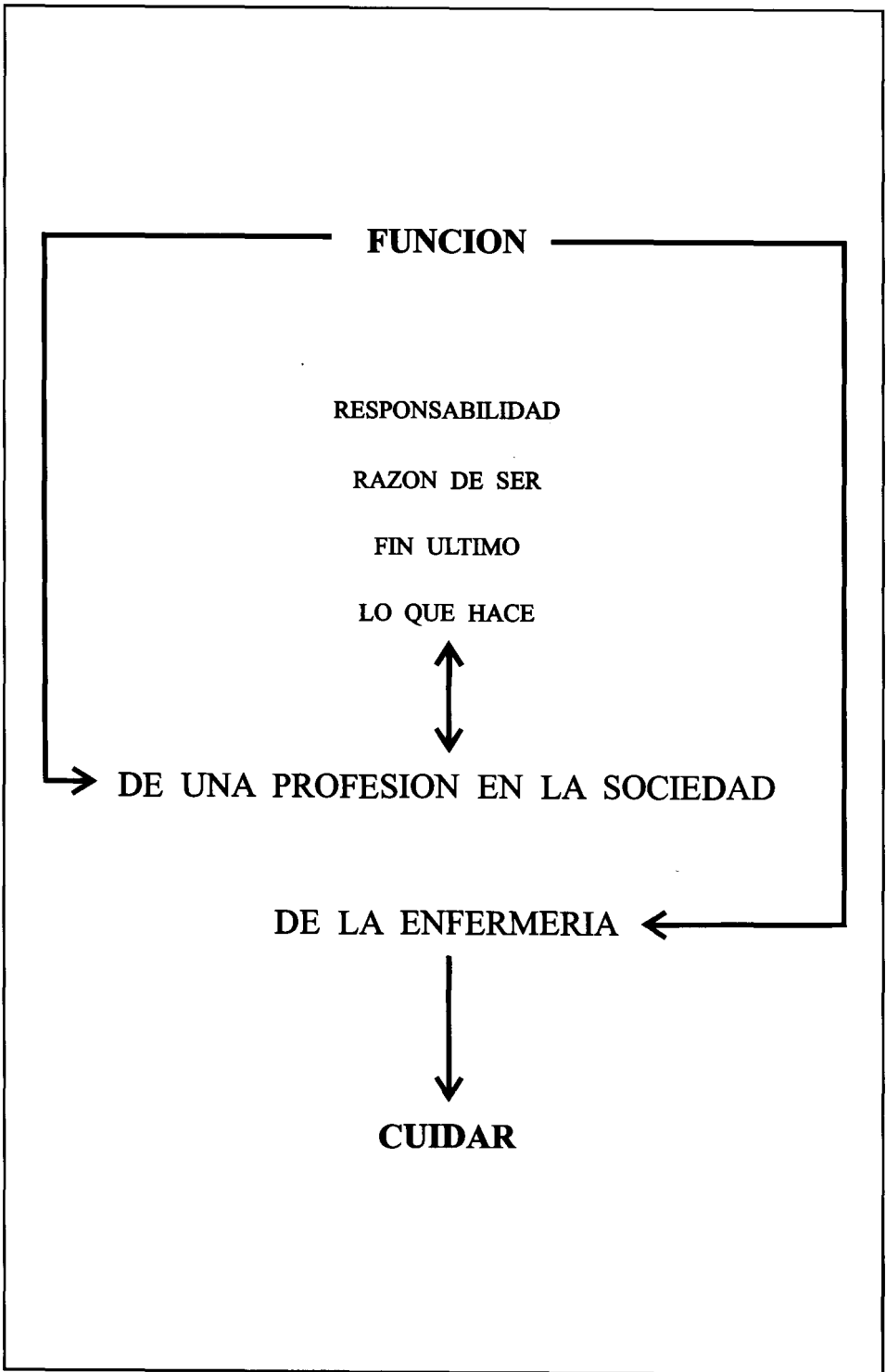
- Educa a sus miembros.
- Está organizada.
- Se autogobierna.
- Es altruista.
- Se adapta a nuevas necesidades.
- Promueve seguridad y bienestar de sus miembros.
- Posee un código de ética.

PROCESO DE PROFESIONALIZACION DE LA ENFERMERIA:

- Los organismos internacionales (máximo exponente el C.I.E.).
- La educación.
- La legislación.

EL EJERCICIO PROFESIONAL:

- Personal de Enfermería:
 - Enfermera titulada (según C.I.E., O.M.S., O.I.T.).
 - Auxiliar de Enfermería (niveles según sistema de personal).



FUNCIONES DE LA ENFERMERA



**CONJUNTO DE ACTIVIDADES Y TAREAS
QUE LAS ENFERMERAS REALIZAN
EN EL EJERCICIO DE LA PROFESION**

CLASIFICACION

(SEGUN EL GRADO DE INDEPENDENCIA PARA TOMAR DECISIONES)



INDEPENDIENTE

INTERDEPENDIENTE

DEPENDIENTE

FUNCIONES DE LA ENFERMERA (I)

FUNCION INDEPENDIENTE: Conjunto de actividades que las enfermeras, por cuenta propia, deciden que es necesario realizar, haciéndolas por sí misma o delegándolas en otro miembro del equipo de Enfermería, estas acciones están basadas en la responsabilidad de su área de compromiso, no existiendo otro trabajador que pueda llevarlas a cabo.



ACTIVIDADES DE

ASISTENCIA

- Identificación de problemas y formulación de los diagnósticos de enfermería.
- Planificación de los cuidados y ejecución del plan.
- Evaluación de los cuidados.

DOCENCIA

- Formación de futuras enfermeras y especialistas.
- Formación otros profesionales.
- Formación continuada.

INVESTIGACION

- Estudio de nuevos métodos de trabajo.
- Estudio de situaciones de Enfermería.

ADMINISTRACION

- De los servicios de Enfermería y de los cuidados enfermeros.

FUNCION DE LA ENFERMERA (II)

FUNCION INTERDEPENDIENTE: Conjunto de actividades que las enfermeras desarrollan mediante una labor de equipo junto a otros miembros del equipo de salud. A veces estas actividades son una prolongación del acto médico, otras la enfermera actúa basándose en las decisiones tomadas en consulta con otros profesionales sanitarios.



ACTIVIDADES:

- Valoración de las respuestas al tratamiento médico.
- Valoración del estado físico y psicosocial de los pacientes.
- Decisiones conjuntas en problemas a tratar por varios miembros del equipo.

FUNCIONES DE LA ENFERMERA (III)

FUNCION DEPENDIENTE: Conjunto de actividades que las enfermeras desempeñan a partir de las instrucciones de otro profesional de la salud y son asumidas por delegación de otros profesionales con los que trabajan, bajo dirección o supervisión, como complemento de los restantes miembros del equipo de salud. Igualmente si, por necesidades del momento, realizan unas acciones que no pertenecen a su función específica.

→
ACTIVIDADES:

- Administración de tratamientos médicos.
- Realización de pruebas diagnósticas.
- Realización de curas.
- Otros...

LA ENFERMERIA DENTRO DEL EQUIPO DE SALUD

EQUIPO:

Grupo de personas profesionales o científicas organizadas para una investigación o un servicio determinado

EL EQUIPO DE SALUD COMO GRUPO:

- Organizado
- Pequeño
- Formal
- Secundario

NIVELES DE ACTUACION:

EQUIPO EXTRAHOSPITALARIO

- Primer nivel de atención
- Segundo nivel de atención
- Tercer nivel de atención

EQUIPO HOSPITALARIO

- Primer nivel de atención
- Segundo nivel de atención
- Tercer nivel de atención

BASES DEL TRABAJO EN EQUIPO:

- Gestión democrática de todos los grupos que componen el equipo
- Programas, metas y objetivos comunes
- Respeto a las costumbres de la comunidad y/o individuo
- Integración de la comunidad y/o enfermo en el equipo
- Establecimiento de sistemas de comunicación adecuados
- Formación adecuada de todos los componentes
- Evaluación periódica:

Del equipo, de los programas, de los profesionales individualmente

PRUEBAS DE EVALUACION DE HISTORIA DE LA ENFERMERIA

EJERCICIO 1

1. Cuándo y por qué comienza la historia continuada de la Enfermería.
2. Explique brevemente la influencia que ejerció el movimiento de las cruzadas en la actividad enfermera.
3. Explique brevemente el nacimiento de la Enfermería moderna.
4. Comente brevemente las diferencias e interrelaciones entre los cuidados como actividad humana y los cuidados enfermeros.

RESPUESTAS

1. CUANDO Y POR QUE COMIENZA LA HISTORIA CONTINUADA DE LA ENFERMERIA

Históricamente se puede considerar el comienzo de la «Enfermería organizada» con el advenimiento del Cristianismo, cuya filosofía de vida, valores y creencias que practican los cristianos son consecuencia de las enseñanzas que predica la nueva religión. Los creyentes de esta idea practican activamente el concepto de altruismo, la caridad como amor al prójimo, la generosidad y la bondad como sistema de vida.

La prueba práctica de la nueva fe «no es ser cuidado, sino cuidar», regla que hace que el cuidado a los enfermos, menesterosos y otros necesitados de ayuda pase de una ocupación aislada y principalmente de esclavos (en el caso del cuidado a los enfermos), a un servicio necesario a la sociedad, convirtiéndose así la actividad de cuidar en una *vocación sagrada* al ser el servicio a los demás un deber manifiesto de la Iglesia Cristiana.

Comienzan a surgir grupos, generalmente de mujeres, que se concentran en el trabajo social de ayuda a enfermos y desvalidos, convirtiéndose la Enfermería organizada en una realidad en el seno de la población.

Se pueden considerar a las «diaconisas» como las primeras mujeres dedicadas al cuidado, grupo especial que servía y atendía a los «hermanos en Cristo» que necesitaban de ayuda.

2. EXPLIQUE BREVEMENTE LA INFLUENCIA QUE EJERCIO EL MOVIMIENTO DE LAS CRUZADAS EN LA ACTIVIDAD ENFERMERA

La consecuencia más importante de las Cruzadas, para la actividad del cuidar, fue la aparición de las «órdenes militares de Enfermería», que se fundan como respuesta a las necesidades que se planteó con las expediciones y el peregrinaje a Tierra Santa.

Estas órdenes eran un tipo especial de agrupación que surgieron en el seno de las hermandades militares. Su actividad estaba condicionada por los atributos de la religión, el militarismo y la caridad en su servicio al prójimo.

Construyeron y equiparon grandes hospitales donde los caballeros cuidaban a los enfermos, cuidado que estaba muy influenciado por el fervor religioso, lo que dio origen a la organización y estructuración de los hospitales europeos y al modelo de servicio de enfermería que establecieron y normalizaron.

Las grandes órdenes que se formaron fueron designadas con el nombre de «Hospitalarias», dividiéndose sus miembros en caballeros, sacerdotes y hermanos sirvientes. Estos últimos eran los responsables de atender a los viajeros cansados y cuidar de los enfermos, mientras que los sacerdotes eran los encargados de atender los oficios religiosos en las iglesias, los campamentos y hospitales de la orden. Los caballeros se encargaban de proteger a los peregrinos y luchaban en las Cruzadas, ayudando al cuidado de los enfermos cuando no estaban en el campo de batalla.

3. EXPLIQUE BREVEMENTE EL NACIMIENTO DE LA ENFERMERIA MODERNA

La Reforma trajo consigo un amplio movimiento que repercutió en el deterioro que se produjo en el cuidado de los enfermos y necesitados, así como una decadencia en las costumbres moralistas de la época. Todo esto se reflejó negativamente en la atención que los enfermos recibían en los hospitales.

La situación, que en algunos momentos fue desalentadora hizo que surgieran las «órdenes religiosas de Enfermería», cuyo fin era renovar la actividad enfermera dentro de la propia Iglesia.

Se fundaron diversas órdenes, de mujeres unas y otras de hombres, que se dedicaron a dicha causa. De entre estas órdenes se destacaron la de los Hermanos de San Juan de Dios (de hombres) y la de las Hermanas de la Caridad (de mujeres). Tal vez esta última de las más interesantes, y ha mantenido su importancia hasta nuestros días.

No obstante, a pesar del nacimiento de estas órdenes el deterioro de los servicios de enfermería requería ayuda para salir de la situación en que se encontraban. El interés público por el progreso de la profesión se hizo patente entre varios grupos. Así, médicos, religiosos y seculares filántropos defendían el establecimiento de sistemas de enfermería de otra naturaleza.

Esta preocupación de la sociedad dio como resultado el comienzo de una serie de cambios importantes que llevaría a la reforma estable de la Enfermería.

Entre las personas que se destacaron en la tarea de esta reforma está el matrimonio Flíedner, que creó el Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth (Alemania), verdadero centro de enseñanza y asistencia de la Enfermería moderna.

Pocos años después surge otra figura, Florence Nightingale, que va a revolucionar y modernizar la Enfermería en todos sus aspectos. Se puede considerar a esta enfermera como la iniciadora de la profesionalización de la Enfermería.

4. COMENTE BREVEMENTE LAS DIFERENCIAS E INTERRELACIONES ENTRE LOS CUIDADOS COMO ACTIVIDAD HUMANA Y LOS CUIDADOS ENFERMEROS

Cuidados como actividad humana: es un acto de vida que significa una variedad infinita de actividades dirigidas a mantener la vida, la salud y el bienestar, permiten la continuidad y la reproducción.

El cuidado enfermero: es la profesionalización de la actividad humana de cuidar. Función llevada a cabo por los profesionales de la Enfermería cuando por la disminución o incapacidad del individuo o por la complejidad de las acciones que implica la actividad de cuidar éstos precisan de la intervención de un experto.

Los cuidados enfermeros derivan de la actividad innata del ser humano. Ambos van dirigidos al mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar y ambos significan ayuda a los demás.

EJERCICIO 2

A) DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES SEÑALE CUALES CONFORMAN LA FUNCION INDEPENDIENTE Y LA FUNCION DEPENDIENTE DE LA ENFERMERA. RAZONE LA RESPUESTA

1. Planificar el cuidado de un enfermo con movilidad restringida.
2. Evaluar el objetivo de un plan de cuidado.
3. Administrar la medicación a un enfermo hospitalizado.
4. Enseñar a una enferma cómo debe usar las muletas.
5. Administrar por prescripción oxígeno a un enfermo con dificultad respiratoria.
6. Realizar las radiografías a un paciente en el postoperatorio.
7. Recoger datos para conocer qué grado de autonomía tiene un anciano.
8. Ayudar al médico a realizar una punción lumbar.
9. Mantener el ambiente adecuado en un paciente recién operado.
10. Realizar una cura postquirúrgica.

B) DE LAS TAREAS QUE SE ENUNCIAN A CONTINUACION, SEÑALE CUALES PUEDE DELEGAR LA ENFERMERA RESPONSABLE DEL CUIDADO DE UN GRUPO DE ENFERMOS. RAZONE LA RESPUESTA

1. Dar de comer a un enfermo que tiene las manos vendadas.
2. Determinar cada cuanto tiempo hay que cambiar de postura a una enferma que tiene problema de úlceras por decúbito.
3. Observar el estado de conciencia de un paciente anestesiado.
4. Hacer la cama a una enferma que se levanta.
5. Limpiar los enseres de las mesitas de noche.
6. Dar un baño en cama a un enfermo inconsciente.
7. Levantar a un paciente de la cama por primera vez después de haber permanecido en ella treinta días.
8. Llevar a una enferma que no puede desplazarse sola al baño.
9. Observar signos de deshidratación en un paciente febril.
10. Enseñar a la esposa de un paciente a que haga la cura de la escara en su casa.

RESPUESTAS

A) *La función independiente* la conforman las actividades núms. 1, 2, 4, 7 y 9.

Son actividades profesionales que las ejecuta la enfermera basándose en la responsabilidad de su área de compromiso y no existe otro trabajador que pueda llevarlas a cabo.

La función dependiente está representada por las actividades núms. 3, 5, 6, 8 y 10.

Son actos que ejecuta la enfermera basados en el trabajo de otro profesional, en este caso el médico. La enfermera recibe las instrucciones médicas necesarias para llevar a cabo la acción.

B) *Se pueden delegar* las tareas núms. 1, 4, 5 y 8.

Se caracterizan por la poca complejidad que supone el acto en sí.

No son delegables las tareas núms. 2, 3, 6, 7, 9 y 10.

Estas acciones requieren de conocimientos de la observación científica, toma de decisiones complejas y habilidades intelectuales fundamentadas en principios científicos.

UNIDAD II

FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA PROFESION DE ENFERMERIA*

OBJETIVO GENERAL

Al finalizar el estudio de esta unidad, las estudiantes habrán adquirido los conocimientos teóricos necesarios que les ayuden a diferenciar los conocimientos común y científico, identificando la importancia de esto para el desarrollo de la Enfermería como disciplina, comprendiendo la importancia del establecimiento de un marco teórico propio que de sentido a las actuaciones enfermeras.

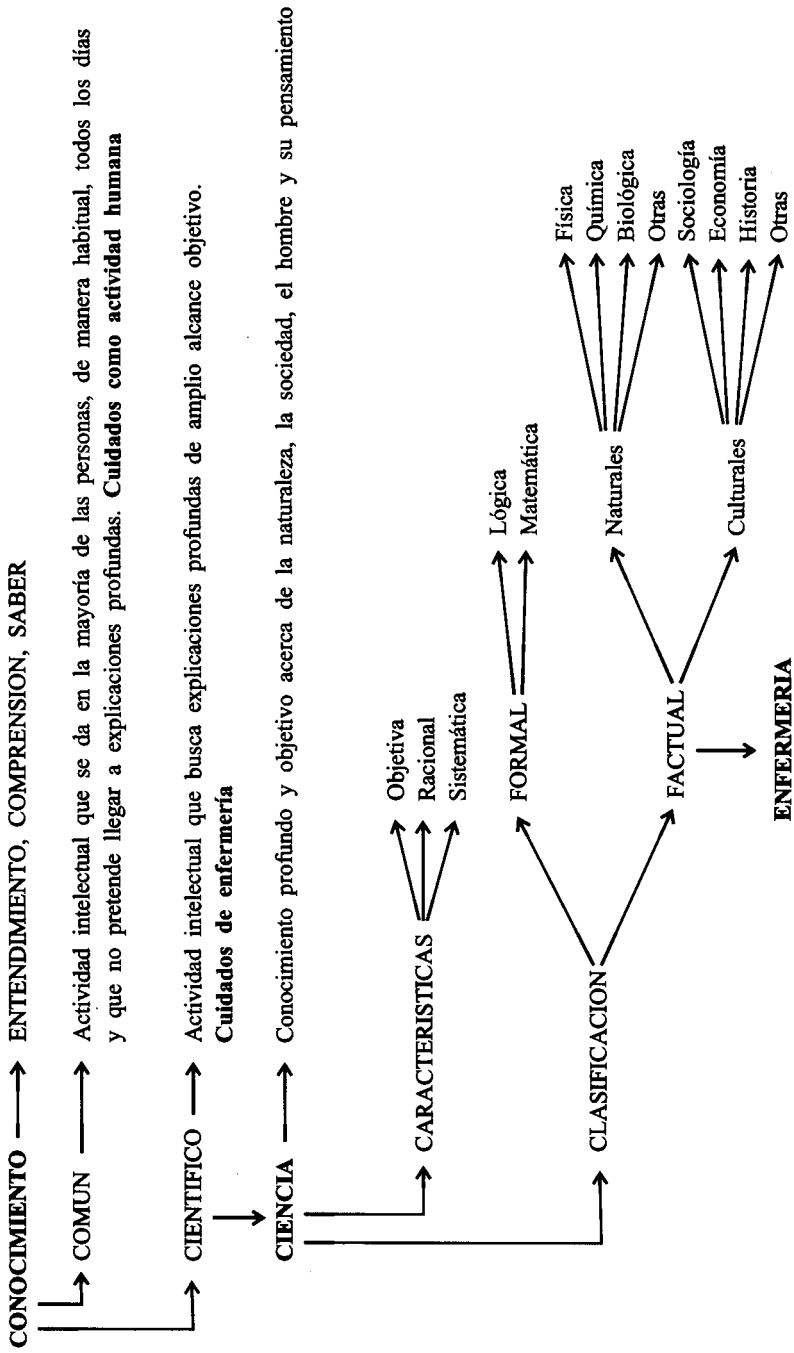
OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Explicar el concepto de ciencia.
2. Diferenciar los conocimientos común y científico.
3. Describir el método científico y sus etapas.
4. Describir las técnicas y procedimientos para la recogida de datos y solución de problemas.
5. Describir los conceptos de ley, teoría y modelo, diferenciándolos y relacionándolos entre sí.
6. Describir esquemáticamente la Teoría General de los Sistemas.
7. Describir esquemáticamente la Teoría de las Necesidades Humanas.
8. Describir esquemáticamente la Teoría de la Comunicación.
9. Describir esquemáticamente la Teoría de la Adaptación.
10. Explicar la aplicación de estas teorías en los cuidados de enfermería.
11. Diferenciar y relacionar los conceptos de marco conceptual y modelo de Enfermería.

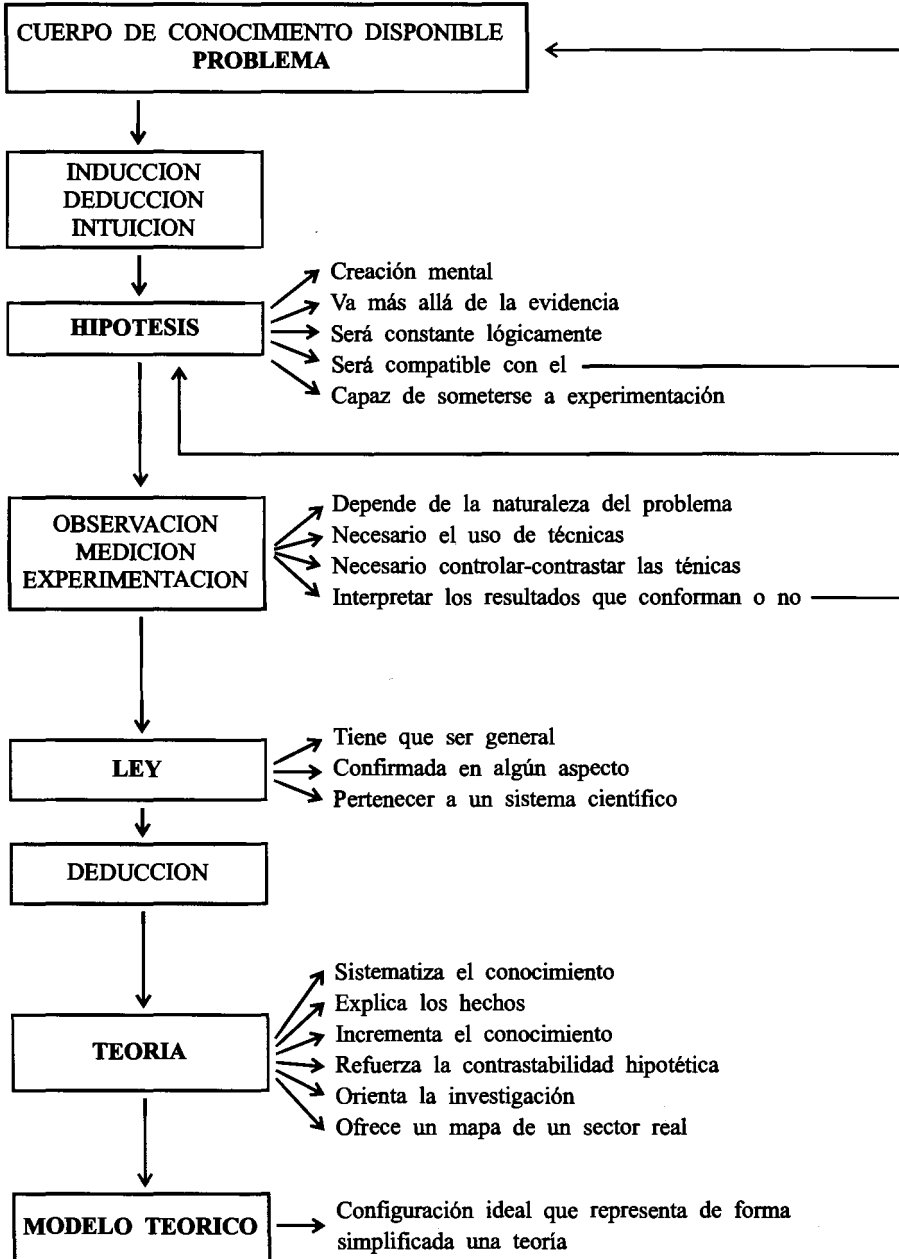
* Se describe la unidad completa.

12. Identificar los conceptos claves de los modelos más representativos en Enfermería.
13. Identificar los elementos que componen el modelo de Dorothea E. Orem.
14. Describir el concepto del hombre como ser biopsicosocial.
15. Describir cada una de las necesidades fundamentales del ser humano según el modelo de Dorothea E. Orem.
16. Describir el concepto de autocuidado.
17. Explicar los factores que alteran y/o modifican la satisfacción de las necesidades fundamentales.
18. Describir la práctica de la Enfermería según el modelo de autocuidado.
19. Describir el concepto de «cuidado de enfermería» según Dorothea E. Orem.
20. Valorar la importancia del establecimiento de un modelo teórico para la práctica profesional.

CONCEPTO DE CIENCIA. EL CONOCIMIENTO CIENTIFICO Y LA ENFERMERIA

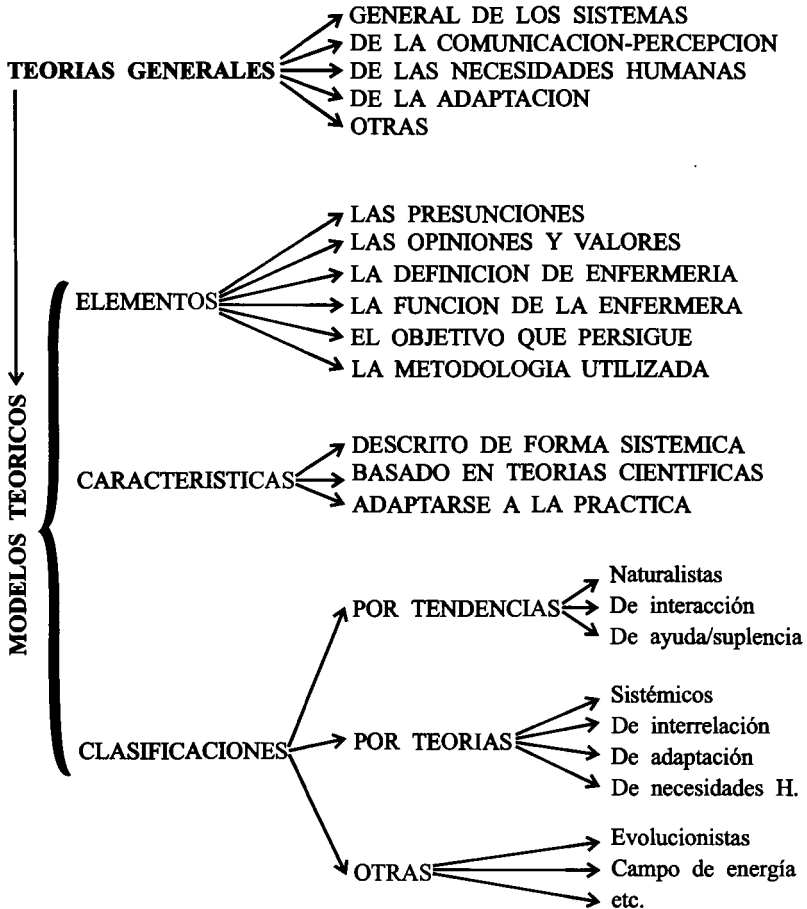


EL METODO DE LA CIENCIA



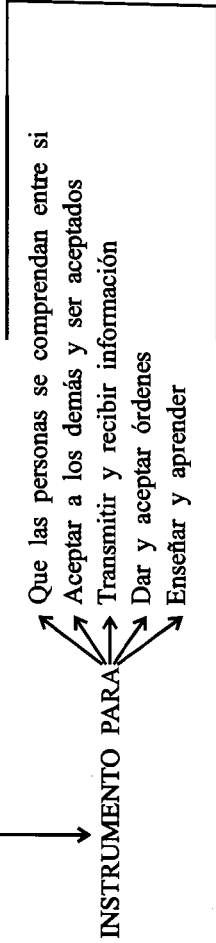
MARCO CONCEPTUAL

- MARCO** → LÍMITES DONDE SE ENCUENTRA ALGO.
DELIMITACION
- CONCEPTO** → UNIDAD DE PENSAMIENTO.
LA CIENCIA ES ENTERAMENTE CONCEPTUAL
- MARCO CONCEPTUAL** → CONJUNTO DE CONCEPTOS Y TEORIAS
DE BASE DE UNA DISCIPLINA,
QUE SON RELEVANTES PARA SU COMPRENSION



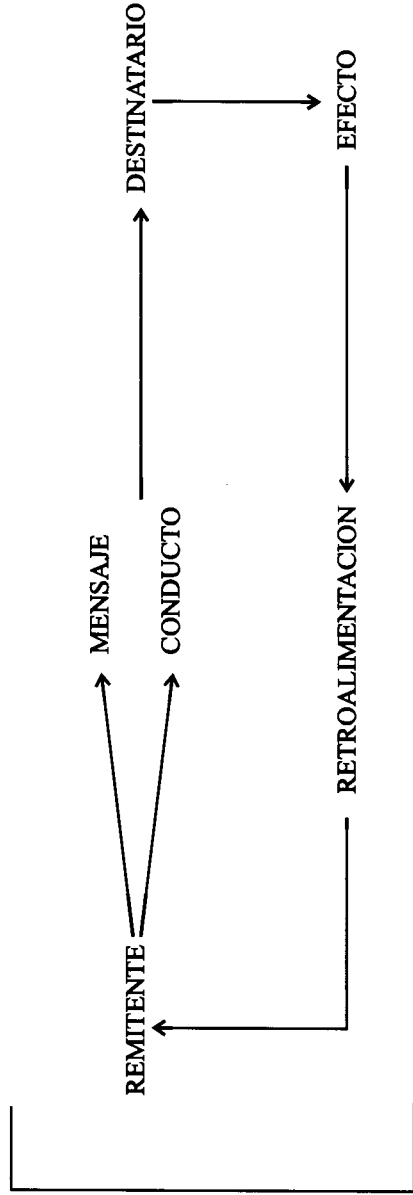
UTILIZACION DE LA TEORIA DE LA COMUNICACION EN ENFERMERIA (I)

COMUNICACION → Proceso por el cual una persona transmite a otra sentimientos, ideas, etc.

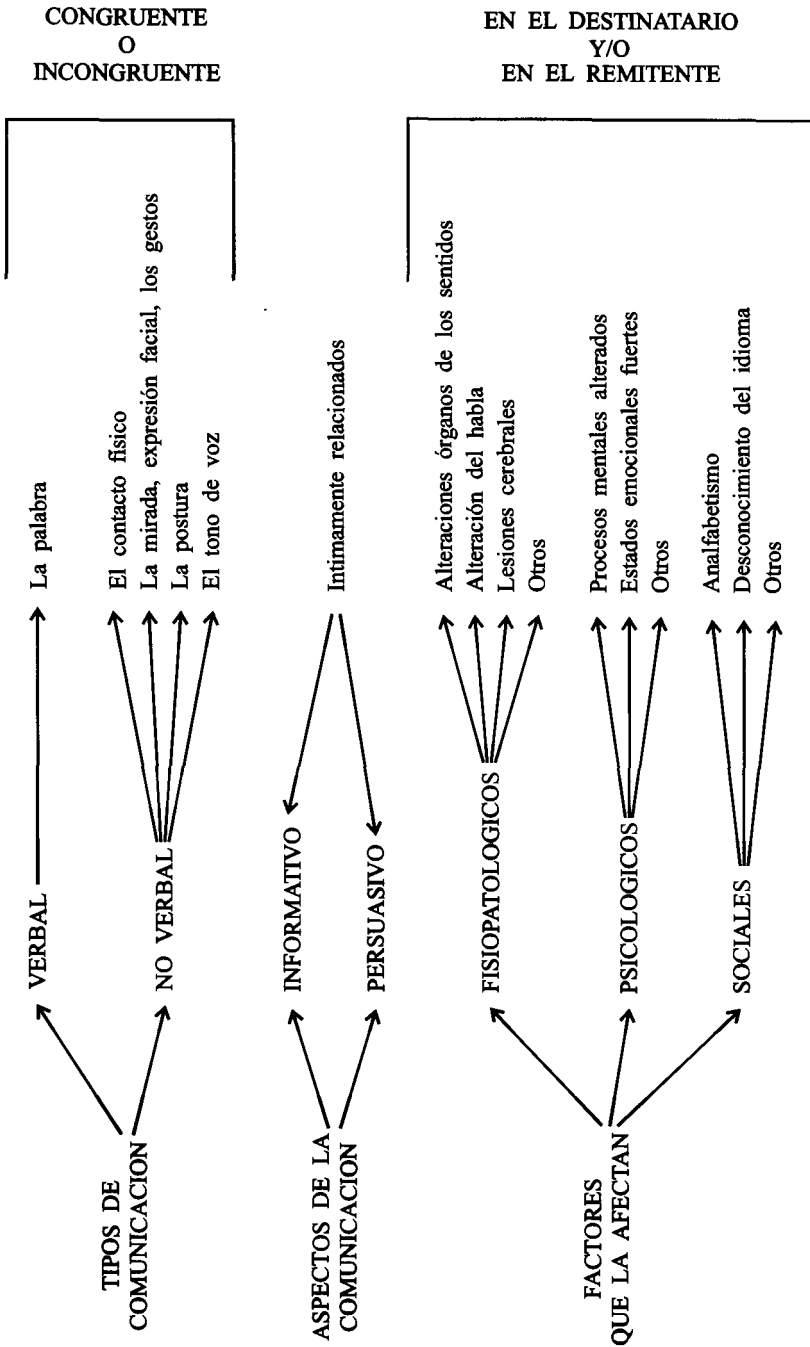


ESENCIAL EN EL PROCESO DE CUIDAR

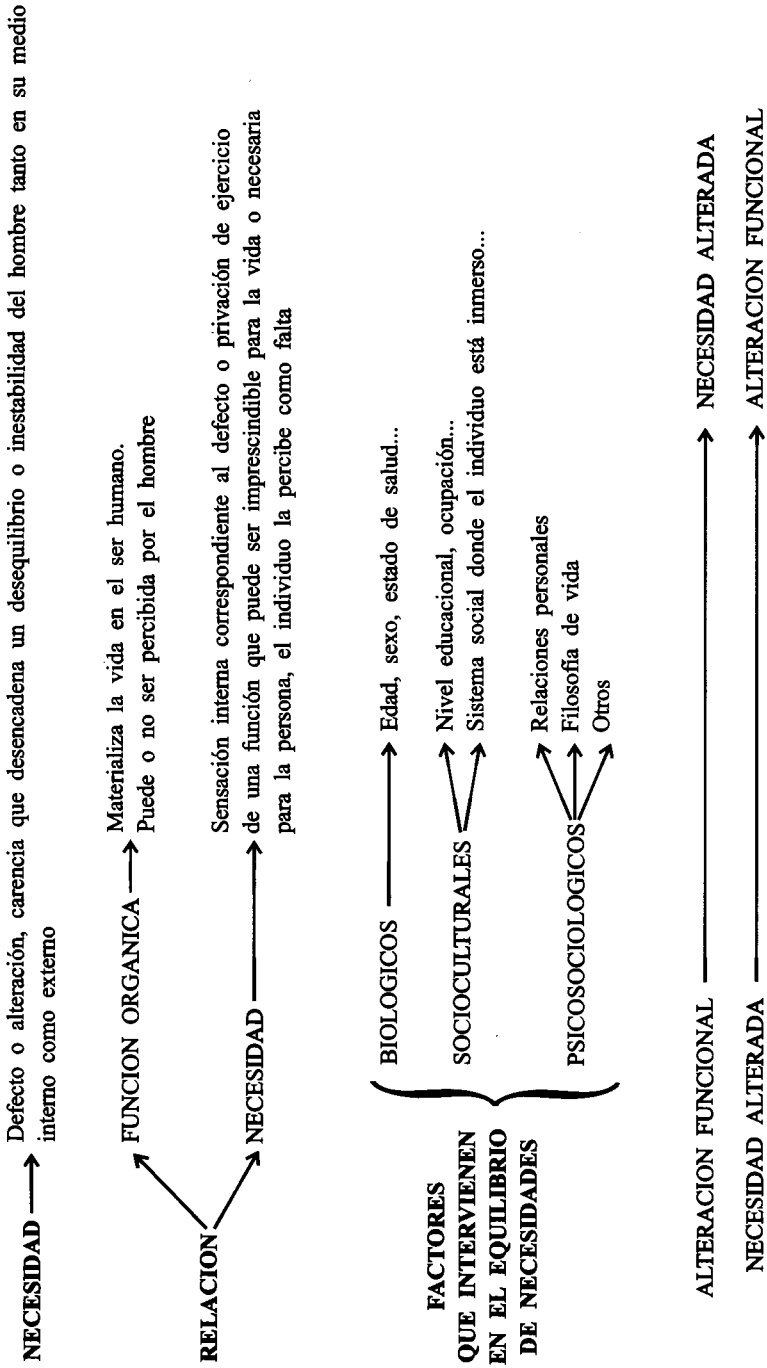
ESQUEMA BASICO (ELEMENTOS QUE INTERVIENEN)



UTILIZACION DE LA TEORIA DE LA COMUNICACION EN ENFERMERIA (II)



TEORIA DE LAS NECESIDADES HUMANAS Y SU APLICACION EN ENFERMERIA



TEORIA DE LA ADAPTACION APLICADA A LA ENFERMERIA

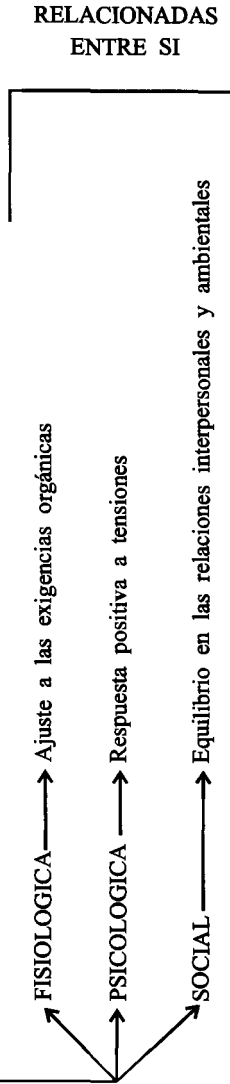
→ **ADAPTACION** → Equilibrio que mantiene el hombre ante las variaciones constantes producidas por los estímulos que recibe del medio interno y/o externo

VARIACION → Diferencias en la adaptación fundamentales en los procesos vitales

NORMALIDAD → Valores promedios no fijos que denotan adaptación dentro de la variación

Variación → Adaptación → Normalidad → Necesidad cubierta

Variación → Desadaptación → Anormalidad → Necesidad alterada



TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS (I)

SURGIMIENTO

El aumento de la complejidad de la organización social.

Las analogías entre las diferentes estructuras de la realidad y la posibilidad de hacer una comunicación interdisciplinar

El desarrollo de la creciente tecnificación

CONCEPTO DE SISTEMA

Conjunto de elementos que ordenadamente relacionados entre sí contribuyen a determinada finalidad. Se ocupa de formular principios válidos para sistemas en general, sea cual sea la naturaleza de sus elementos y sus relaciones

TERMINOS

- ELEMENTOS → Conjunto de cosas que agrupadas forman el sistema
- ATRIBUTOS → Funciones y propiedades de cada elemento del sistema
- RELACIONES → Interacciones de elementos y atributos
- ORDENAMIENTO → Organización de una manera determinada
- TOTALIDAD → Propiedades de conjunto que no tienen los elementos por separado y que no las pueden cumplir solos
- FINALIDAD → Objetivo que persigue el sistema
- JERARQUIA → Todo sistema forma parte de un sistema mayor (subsistema). Llamamos sistema a lo que se estudia. Todo lo demás son referencias

CARACTERISTICAS

ESTADO DE UN SISTEMA

Situación actual del sistema. Conjunto de valores o datos que se utilizan para conocer la situación

GRADO DE DEFINICION

Cuando se conocen con precisión los elementos, sus funciones y organización

GRADO DE INTEGRACION

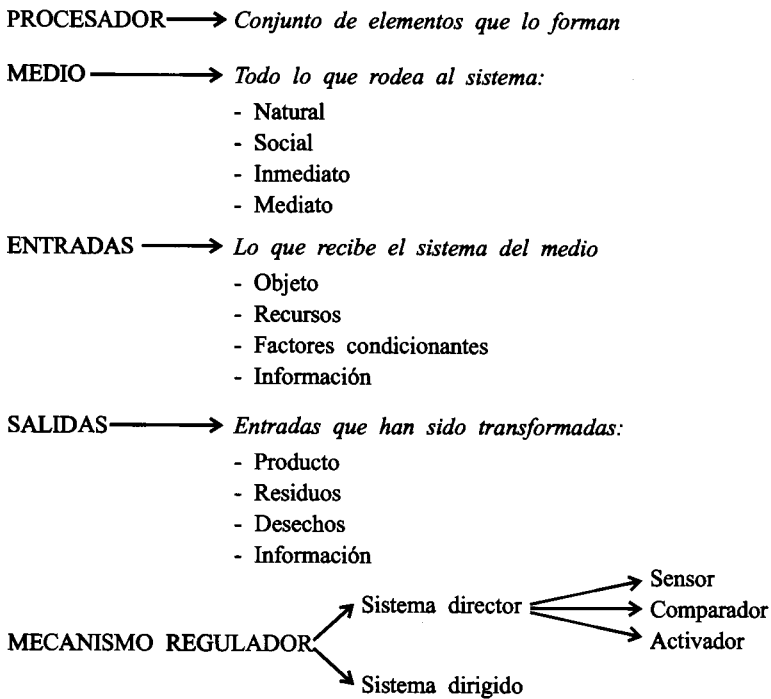
La forma en que se modifica o altera una de las partes y repercute en las demás

TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS (II)

CLASIFICACION



ESTRUCTURA INTERNA



TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS APLICADA A LA ENFERMERIA (III)

UTILIDAD EN ENFERMERIA

PERMITE → Describir los fenómenos estructurales relevantes en el hombre
 → Describir los fenómenos estructurales relevantes en la sociedad
 → Conocer lo que la sociedad hace en funcionamiento con dichas estructuras con respecto a la población

EL ECOSISTEMA Es un complejo ecológico formado por las relaciones de los individuos con la comunidad y con el ambiente

LA ECOLOGIA Es la ciencia que busca las interrelaciones de las comunidades biológicas entre sí y con su ambiente.
 Este estudio de la estructura y funcionamiento de la naturaleza incluye, por tanto, los seres vivos, el ambiente y las interrelaciones

No se puede desvincular al individuo de la naturaleza ni de la sociedad, el hombre se relaciona con la naturaleza a través de las sociedades que integra. El hombre es el objeto de la Enfermería puesto que la sociedad está compuesta por hombres, la sociedad también es objeto de la Enfermería

LA ACCION SOCIAL → Conducta humana individual y/o colectiva que presenta todas las características de un verdadero sistema, susceptible de ser estudiada y analizada como tal

CONSTA DE:

- Conjunto de elementos
- Organización
- Interdependencia

SE SITUA EN LOS CONTEXTOS DE:

- Biológico → Organismo neurofisiológico
- Psíquico → La personalidad
- Social → Interacciones entre individuos y grupos
- Cultural → Establecimiento de normas, valores, etc.

TENDENCIA NATURALISTA: FLORENCE NIGHTINGALE

LAS PRESUNCIONES:

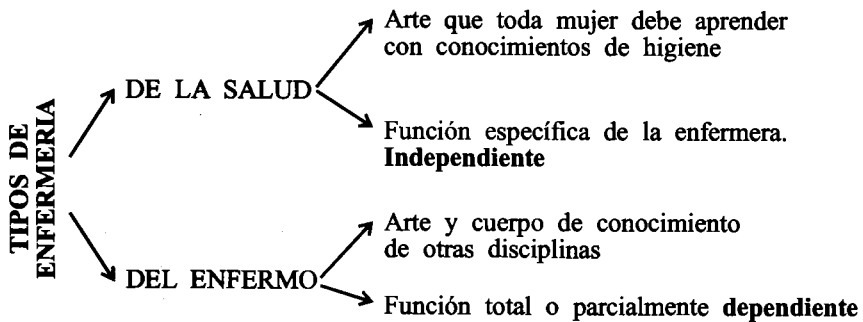
La acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos

FUNCION DE LA ENFERMERA:

Colocar al paciente en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza actúe sobre él

OBJETIVO DEL MODELO:

Conservar la energía vital del paciente



VIRGINIA HENDERSON. LAS NECESIDADES BASICAS

BASES TEORICAS:

Teoría de las necesidades humanas.

OPINIONES Y VALORES:

- Cada individuo quiere y se esfuerza por poder conseguir *independencia*.
- Cada individuo es un todo completo compuesto por *necesidades básicas*.
- Cuando una *necesidad está insatisfecha* el individuo deja de ser un todo completo pasando a ser *dependiente*.
- *La SALUD* es la habilidad que tiene la persona para realizar sin ayuda los componentes de las *14 necesidades básicas*.
- *El HOMBRE* es un ser biopsicosocial con *necesidades* que trata de cubrir de forma *independiente* según su cultura, hábitos de vida, etcétera.

FUNCION DE LA ENFERMERA:

Atender al individuo sano/enfermo en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento, o a evitarle padecimientos a la hora de su muerte, actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.

OBJETIVO DEL MODELO:

Que el hombre sea *independiente* lo antes posible para cubrir sus *necesidades básicas*.

CUIDADOS DE ENFERMERIA:

Fundamentos o principios que componen y sirven de guía a la enfermera para prestar ayuda necesaria que cubran las *necesidades* de la persona.

METODOLOGIA DEL CUIDADO:

Plan de cuidado.

EL MODELO DE HILDEGARDE PEPLAU

BASES TEORICAS:

- Teoría Psicoanalista.
- Teoría de las Necesidades Humanas.
- Concepto de motivación.
- Concepto de desarrollo personal.

PRESUNCIONES Y VALORES:

- *El HOMBRE* es un organismo que vive en equilibrio inestable con capacidad para aprender y desarrollar aptitudes para solucionar problemas y adaptarse a las tensiones creadas por sus necesidades.
- *La SALUD* es una palabra símbolo que implica el avance de *la personalidad* y demás procesos humanos hacia una vida útil.

LA OPINIONES:

La personalidad de la enfermera marca una diferencia substancial en los resultados del *aprendizaje* del paciente durante el periodo en que se prestan los cuidados.

CONCEPTO DE ENFERMERIA:

Proceso *interpersonal* terapéutico que funciona con otros procesos humanos a fin de hacer alcanzable la salud a los individuos y a la comunidad. Es un instrumento educativo, una fuerza que ayuda a *madurar* y que se propone facilitar una vida personal y comunitaria creativa, constructiva y productiva.

FUNCION DE LA ENFERMERA:

Ayudar al hombre a *madurar personalmente* facilitándole una vida creativa, constructiva y productiva.

OBJETIVO DEL MODELO:

Que el hombre alcance el máximo grado de desarrollo personal.

METODOLOGIA DEL CUIDADO:

Proceso de atención de Enfermería.

OTROS CONCEPTOS FUNDAMENTALES:

Relaciones entre las fases que atraviesa el paciente y las etapas del proceso de Enfermería.

EL MODELO DE CALLISTA ROY

BASES TEORICAS:

- Teoría de Adaptación de Helson.
- Teoría General de los Sistemas.

PRESUNCIONES Y VALORES:

La adaptación constante del hombre a las cuatro esferas de la vida: fisiológica, autoimagen, dominio de su rol e interdependencia.

- *El HOMBRE* es un ser biopsicosocial de interacción constante en su *entorno* cambiante.
- *La SALUD* es un estado y un proceso de ser y llegar a ser integrado y global.

CONCEPTO DE ENFERMERIA:

Cuerpo de conocimientos científicos aplicados con el propósito de ofrecer a los individuos un servicio esencial.

FUNCION DE LA ENFERMERA:

Promover las acciones que hagan posible la *adaptación* del hombre, en las cuatro esferas de la vida, tanto en estado de salud o en la enfermedad.

OBJETIVO DEL MODELO:

Que el individuo alcance su máximo nivel de *adaptación*.

METODOLOGIA DEL CUIDADO:

Proceso de atención de Enfermería.

OTROS CONCEPTOS DESTACABLES:

- El continuum salud-enfermedad.
- Estímulos focales y contractuales.

EL MODELO DE MARTHA ROGERS

BASES TEORICAS:

Teoría General de los Sistemas.

Teoría Evolucionista.

LAS PRESUNCIONES:

- La significativa relación entre el movimiento impuesto y el crecimiento y desarrollo de los recién nacidos.
- La unidad fundamental que constituye el campo *energético* tanto en los seres vivos como de la materia inerte.

OPINIONES Y VALORES:

- *El HOMBRE* es un todo unificado en constante relación con su *entorno* con el que intercambia materia y energía y que se diferencia de los otros seres vivos por su capacidad de cambiar este *entorno* y de hacer elecciones que le permiten desarrollar su potencial.
- *La SALUD* es el mantenimiento *armónico* constante del hombre con su *entorno*. Si la *armonía* se rompe desaparece la salud y el bienestar.

CONCEPTO DE ENFERMERIA:

Acciones que las enfermeras realizan para que el hombre mantenga o recupere la *adaptación armónica* con el *ambiente*.

FUNCION DE LA ENFERMERA:

Asistir al individuo promoviendo una interacción *armónica* entre éste y el medio.

OBJETIVO DEL MODELO:

Que el individuo alcance su máximo potencial de salud.

METODOLOGIA DEL CUIDADO:

Proceso de atención de Enfermería.

EL MODELO DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM (I)

LAS PRESUNCIONES Y LOS VALORES:

CONCEPTO DE HOMBRE:

- Es una persona encarnada, con capacidad de conocer y de altruismo.
- Puede comprometerse en una acción deliberada o voluntaria.
- Tiene la facultad de utilizar las ideas, las palabras, los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos con el fin de desempeñar acciones beneficiosas para él mismo y para los demás.
- Es un organismo biológico, psicológico en interacción con su medio, siendo objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma.

CONCEPTO DE SALUD:

- *Estado* que para la persona significa algo diferente en sus distintos componentes.
- *Estado* que significa integridad estructural y funcional.
- *Estado* que significa ausencia de defecto que implique deterioro de la persona.
- *Desarrollo* progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

Al describir a la salud como un estado de estar entero y sano es necesario incluir el crecimiento y desarrollo del ser humano con la estructura y funcionamiento del hombre.

EL MODELO DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM (II)

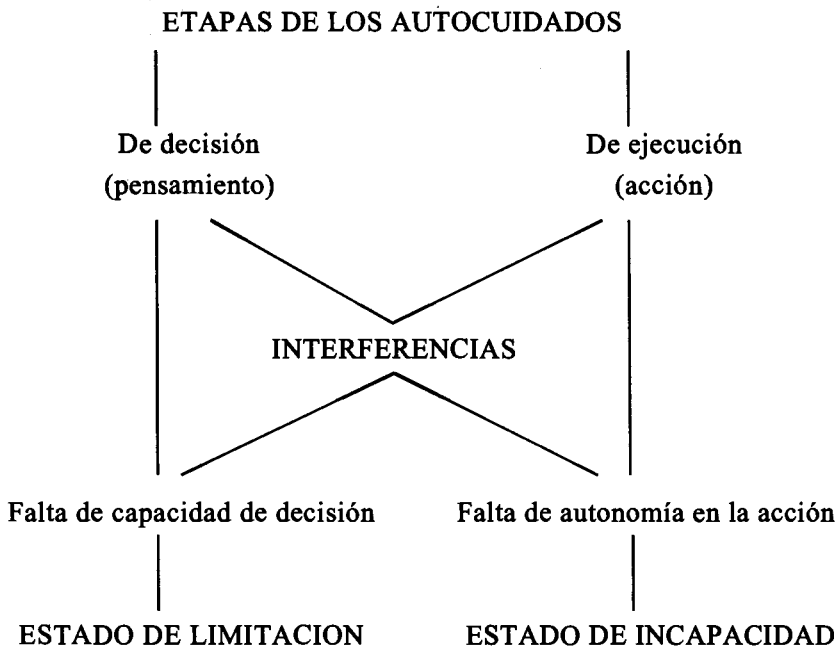
LOS AUTOCUIDADOS

El autocuidado es una necesidad humana que constituye toda acción que el hombre emprende y lleva a cabo a partir de sus creencias personales a fin de mantener su vida, su salud y su bienestar.

Es una acción personal y deliberada, un comportamiento aprendido a través de las relaciones personales y comunitarias.

Nuestra sociedad reconoce que el adulto es responsable de él mismo y del bienestar de sus dependientes.

Los cuidados de Enfermería existen porque las personas pueden presentar incapacidades para autocuidarse a ellos mismos o a sus dependientes.



EL MODELO DE AUTOUCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM (III)

<i>Estado de</i>	<i>Limitación</i>	<i>Incapacidad</i>
<p>Factores determinantes</p> <ul style="list-style-type: none"> — Estados del ciclo vital. — Estados psicológicos. — Estados físicos. — Estados adaptativos. — Estados intelectuales deficientes. — Desconocimiento sobre las desviaciones del estado de salud. 		<ul style="list-style-type: none"> — Defectos físicos congénitos. — Defectos físicos adquiridos. — Enfermedades incapacitantes. — Dolores incapacitantes.
<p>Afectación</p> <ul style="list-style-type: none"> Total Parcial Permanente Transitoria 		<ul style="list-style-type: none"> Total Parcial Permanente Transitoria
<p>Intensidad</p> <ul style="list-style-type: none"> Variable (de sinuosa a grave) 		<ul style="list-style-type: none"> Variable (de leve a grave)
<p>Evolución</p> <ul style="list-style-type: none"> Variable 		<ul style="list-style-type: none"> Variable

EL MODELO DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM (IV)
CATEGORIAS DE LOS AUTOCUIDADOS

<i>Universales</i>	<i>Asociados al proceso del desarrollo</i>	<i>Derivados de desviaciones de salud</i>
<p>Son requeridos por todos los individuos a lo largo de su vida:</p>		
<ul style="list-style-type: none"> — Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire. — Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua. — Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos. — Provisión de cuidados asociados con procesos de evacuación y excrementos. — Equilibrio entre actividades-descanso. — Equilibrio entre la soledad y la comunicación social. — Prevención de peligros en la vida, funcionamiento y bienestar. — Ser normal con las normas del grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> — Sobreviven específicamente en un período dado del ciclo vital: — El embarazo. — La lactancia. — La infancia. — La adolescencia. — La edad adulta. — La menopausia y la andropausia. — El envejecimiento. — La muerte. 	<ul style="list-style-type: none"> Tienen su origen en los procesos de la enfermedad, diagnóstico y tratamientos médicos. — Enfermedades bajo diagnóstico y tratamiento médico. — Dependencia total o parcial ocasionada por estados de salud. — Las condiciones que limitan la movilidad física. — Medidas terapéuticas de asistencia señaladas por los médicos. — La sintomatología de enfermedad, la enfermedad en sí que hace el no poder funcionar normalmente.

EL MODELO DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM (V)

EL CONCEPTO DE ENFERMERIA

Los cuidados de Enfermería son las formas de ayudar a las personas en sus limitaciones y/o incapacidades en los autocuidados. La Enfermería, como otros servicios humanos, se desarrolla porque el hombre no es autosuficiente. En el curso de su vida el ser humano puede ser incapaz, de manera transitoria o permanente, de bastarse por sí mismo. Es necesario que el hombre se beneficie de los servicios que tienen objetivos relacionados con su buen funcionamiento cotidiano.

Los cuidados de Enfermería son uno de estos servicios, que se ocupan de manera particular de las actividades de autocuidado de la persona, *a fin de ayudar a mantener la vida, la salud y el bienestar, restablecerse de una enfermedad o de adaptarse a sus consecuencias.*

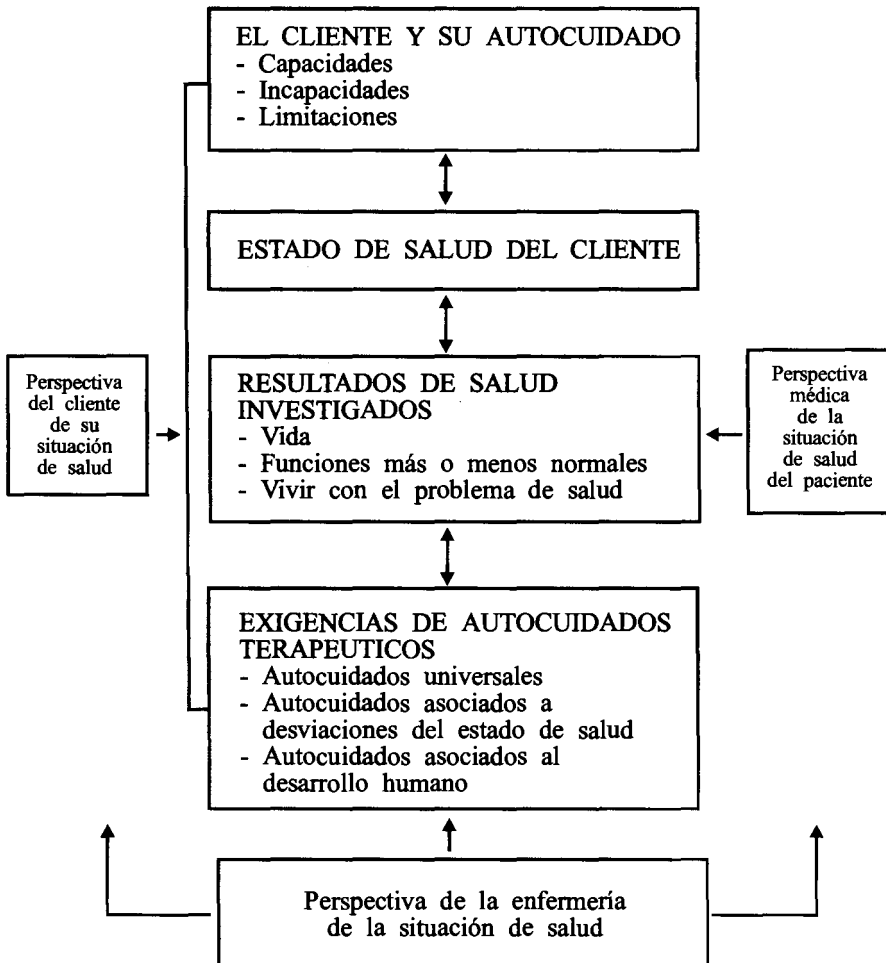
FUNCION DE LA ENFERMERA EN EL MODELO

Actuar como modo complementario con los individuos, las familias y la comunidad para posibilitar la realización del autocuidado cuando está alterado el equilibrio de los individuos entre las habilidades de cuidarse y las exigencias que se imponen a esta habilidad.

Los motivos principales del desequilibrio serán una enfermedad o lesión que requieran unas necesidades adicionales de autocuidado (debidos a las desviaciones de la salud).

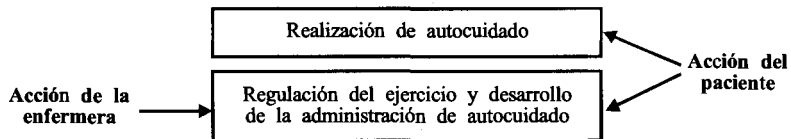
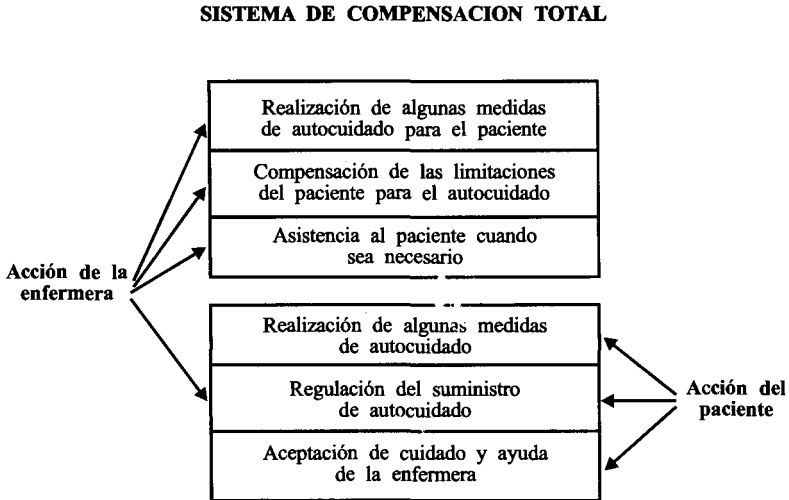
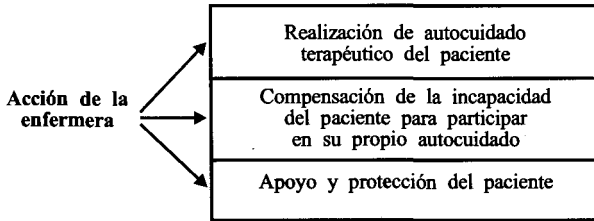
EL MODELO DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM (VI)

FACTORES QUE GUIAN LA ACTIVIDAD DE ENFERMERIA (VALORACION)

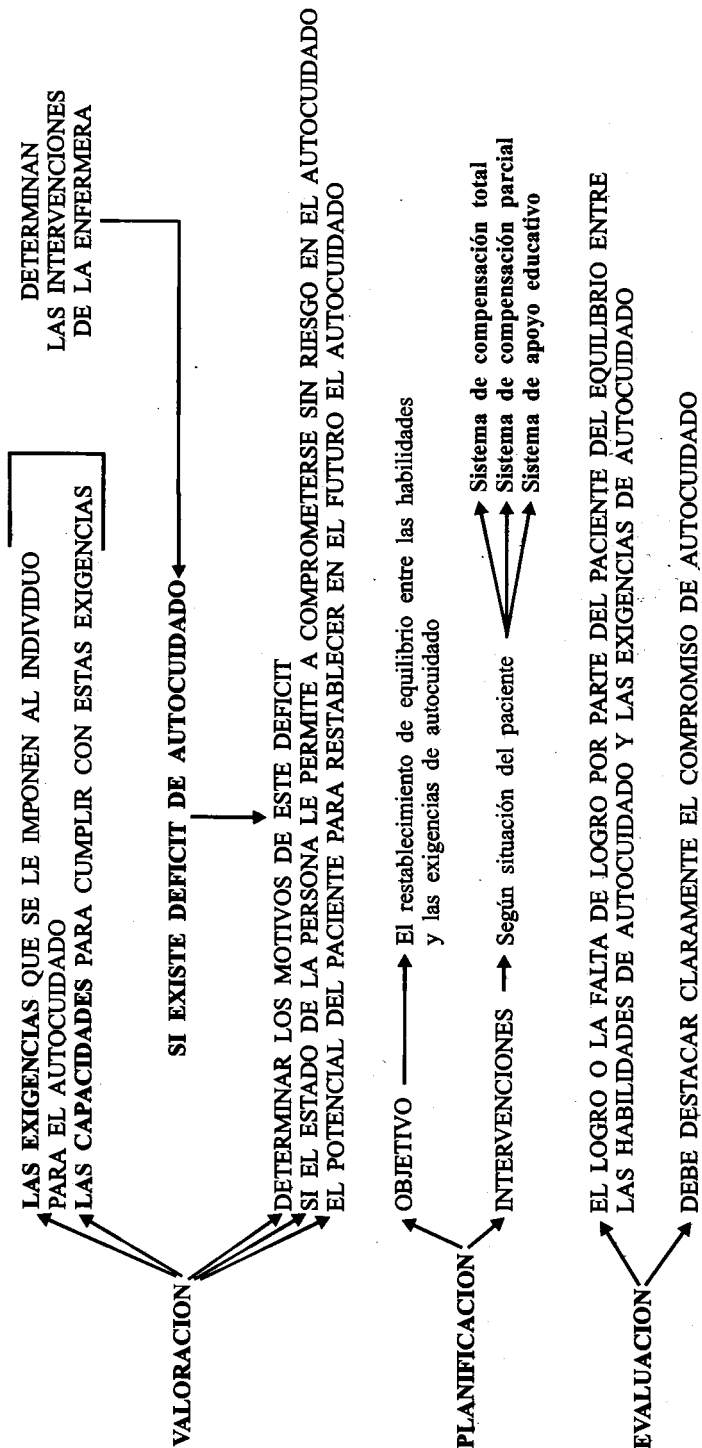


EL MODELO DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM (VII)

FACTORES QUE GUIAN LA ACTIVIDAD DE ENFERMERIA (INTERVENCIONES)



LA METODOLOGIA EN EL MODELO DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM (VIII)



PRINCIPIOS RACIONALES DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL MODELO DE DOROTHEA E. OREM (IX)

1. El concepto de autocuidado pone de relieve el derecho de cada persona de mantener un control individual sobre su propio patrón de vida.
2. Independientemente del hándicap, se debe proporcionar a la persona intimidad y debe tratársela con dignidad mientras lleva a cabo las actividades de autocuidado.
3. El autocuidado no implica permitir a la persona que haga cosas por sí mismo según lo planifica la enfermera, sino animar orientar y enseñar a la persona para que haga sus propios planes en función de la vida diaria óptima.
4. La movilidad es necesaria para satisfacer las necesidades de autocuidado y para mantener una buena salud y autoestima.
5. La incapacidad para llevar a cabo el autocuidado de una forma autónoma produce sentimientos de dependencia y percepción negativa de sí mismo.
6. Al aumentar la capacidad de autocuidado aumenta la autoestimación.
7. La incapacidad para el autocuidado puede producir negación, enojo y frustración. Emociones que han de reconocerse.
8. Durante un período limitado de tiempo es aceptable depender de los otros para que proporcionen las necesidades básicas fisiológicas y psicológicas.
9. La regresión en la capacidad para realizar el autocuidado puede ser un mecanismo de defensa ante las situaciones amenazantes o peligrosas.

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE FUNDAMENTOS TEORICOS

EJERCICIO 1

Conteste brevemente a las cuestiones que a continuación se enumeran:

1. Diferencias y similitudes del pensamiento científico y no científico.
2. Diferencia entre demostración y verificación.
3. Relación entre ley, teoría y modelo.
4. Significado de marco conceptual.
5. Elementos claves relacionados con la Enfermería de la teoría general de las necesidades humanas.
6. ¿Qué criterio se sigue al agrupar los modelos de cuidados por tendencias?
7. Cite los elementos claves del modelo de Callista Roy.
8. Actividades que el hombre realiza para el mantenimiento de los autocuidados universales.
9. Fuentes de dificultades para llevar a cabo los autocuidados.
10. Etapas científicas en relación con el modelo de autocuidado.

RESPUESTAS

1. DIFERENCIAS Y SIMILITUDES DEL PENSAMIENTO CIENTIFICO Y NO CIENTIFICO

El pensamiento no científico o «cotidiano» es una actividad que se da en la mayoría de las personas de una manera habitual sin pretender llegar a explicaciones profundas. Se denomina saber vulgar, sentido común, conocimiento ordinario.

La ciencia crece a partir del conocimiento común y lo rebasa con su crecimiento. La investigación científica comienza cuando la experiencia y el conocimiento común dejan de resolver los problemas y de plantearlos.

Ambos se complementan. La ciencia no parte de cero, sino de algo ya existente como es el resultado del pensamiento cotidiano.

2. DIFERENCIA ENTRE DEMOSTRACION Y VERIFICACION

Ambas son técnicas de la comprobación científica. *La demostración* se utiliza en las ciencias formales. Es un razonamiento o serie de razonamientos que prueba la validez de un nuevo conocimiento, estableciendo las conexiones necesarias con

otros conocimientos. Es de carácter formal, o sea que utiliza símbolos para expresar las proposiciones (lógica matemática).

La verificación se entiende como la contrastación empírica de una hipótesis para determinar si es verdadera o falsa. Se utiliza en las ciencias factuales, o sea que estudian los hechos (física, biología, sociología, etc.): La verificación recurre a la observación y a la experimentación. La primera es un acto reflexivo de naturaleza analítica que busca de una forma metódica las relaciones entre los fenómenos. La experimentación es un procedimiento que modifica los hechos para estudiarlos en situaciones que no se presentan de forma natural.

3. RELACION ENTRE LEY, TEORIA Y MODELO

Leyes, teorías y modelos son el resultado de la labor realizada por el científico y constituyen propiamente lo que se conoce con el nombre de «ciencia», producto al que se llega a través del proceso de investigación científica.

Ley es una relación constante entre distintos hechos. Se entiende por hecho todo aquello que se sabe o se supone con algún fundamento, que pertenece a la realidad. Relación es la conexión constante de un hecho con otro.

Teoría es un sistema que relaciona leyes y que ofrece una explicación de las mismas.

Modelo científico es la configuración ideal que representa de manera simplificada una teoría.

4. SIGNIFICADO DE MARCO CONCEPTUAL

Marco conceptual (también llamado marco teórico) de una disciplina cualquiera es el «conjunto de conceptos y teorías de base de esa disciplina que son relevantes para su comprensión». Estos conceptos pueden ser propios de la disciplina o extraídos de otras ramas del saber y aplicados a ella (caso de la Enfermería).

Todas las disciplinas están delimitadas en un marco teórico concreto; los elementos propios son los que les da carácter de disciplina independiente.

Para Enfermería, las teorías generales son de gran utilidad para ir conformando el marco teórico de la profesión. Entre estas teorías destacan las de las necesidades humanas, general de los sistemas, de la comunicación y de la adaptación.

5. ELEMENTOS CLAVES RELACIONADOS CON LA ENFERMERIA DE LA TEORIA GENERAL DE LAS NECESIDADES HUMANAS

Se entiende por necesidades los requisitos que toda persona debe satisfacer para mantener su equilibrio y estabilidad, de tal manera que si uno de estos

requisitos no existe se produce un problema que hace que la persona no se mantenga en el estado de salud dentro de los límites que, en biología, se consideran normales. La necesidad no satisfecha se expresa en una serie de manifestaciones, las cuales se pueden presentar de diferentes formas para cada una de las necesidades.

Las necesidades se clasifican según la taxonomía más común (descrita por A. Maslow) en cinco categorías:

Fisiológicas: son básicas para la supervivencia de la persona y comprenden los aspectos de respiración, alimentación, eliminación, actividad, descanso, sueño...

De seguridad: incluye todo lo que la persona considera peligroso para su inteligencia física y psicosocial. Se refiere, por lo tanto, a los aspectos de protección y bienestar.

De afecto, sentimiento y pertenencia: contempla el sentimiento de grupo, de pertenencia y de reciprocidad; el recibir y dar a los demás. Comunican seguridad y fuerza en las acciones y son parte importante en el desarrollo óptimo como persona.

De estimación y aprecio: relacionada con la anterior supone un paso más en la satisfacción de las necesidades humanas. Además de pertenecer a un grupo incluye el reconocimiento por parte de éste.

De autorrealización: incluye la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades, el desarrollo personal, la creatividad, mayor conocimiento...

6. ¿QUE CRITERIO SE SIGUE AL AGRUPAR LOS MODELOS DE CUIDADOS POR TENDENCIAS?

La pauta que se sigue se basa en la visión de la función que cumple la enfermera en relación con los usuarios de los cuidados de enfermería.

Así, la tendencia *naturalista*, cuya máxima representante es Florence Nightingale, enfoca los cuidados como instrumento facilitador de la acción que la naturaleza ejerce sobre las personas.

Otras autoras (Henderson, Orem...) conciben el papel de la enfermera como la realizadora de las acciones que las personas no pueden llevar a cabo en un momento determinado de sus vidas. Estos modelos pertenecen a la tendencia de *suplencia-ayuda*.

Los modelos basados en las *relaciones personales* fundamentan la función de la enfermera en el concepto de interrelación, como son los modelos descritos por Hildegard Peplau y Callista Roy.

7. CITE LOS ELEMENTOS CLAVES DEL MODELO DE CALLISTA ROY

Modelo basado en las teorías de la adaptación y de los sistemas.

Considera al *hombre* como un ser biopsicosocial en interacción constante con un entorno cambiante. El hombre es un complejo sistema biológico que trata de adaptarse a cuatro esferas de la vida como son la fisiológica, la de autoimagen, la del dominio de su rol y la de interdependencia.

La salud es un proceso de adaptación consistente en el mantenimiento y promoción de la integridad fisiológica, psicológica y social. Esta integridad implica una condición de ausencia de impedimentos que conduzca a la plenitud o unidad.

Define la *Enfermería* como un sistema de conocimientos teóricos que prescriben un proceso de análisis y acción relacionados con los cuidados del individuo real o potencialmente enfermo.

8. ACTIVIDADES QUE EL HOMBRE REALIZA PARA EL MANTENIMIENTO DE LOS AUTOCUIDADOS UNIVERSALES

Los autocuidados universales son requeridos por todos los individuos a lo largo de su vida. Se dividen en seis categorías:

A) *Aire, líquidos y alimentación*. Acciones a emprender:

- Consumir la cantidad requerida para una función normal o para devolver la integridad de las funciones.
- Conservar la integridad de los mecanismos fisiológicos y de la estructura anatómica.
- Deleitarse al comer, beber y respirar.

B) *Eliminación*. Acciones a emprender:

- Adaptar las actividades y tomar las medidas necesarias para regular los procesos de eliminación.
- Mantener la integridad de los procesos de eliminación.
- Mantener los cuidados higiénicos y las condiciones sanitarias del medio.

C) *Actividad y reposo*. Acciones a emprender:

- Elegir las actividades que estimulen, impliquen y mantengan la condición física, las respuestas afectivas y la interacción social.
- Reconocer y prestar atención a las manifestaciones de estas necesidades.
- Utilizar las capacidades individuales, los intereses y los valores, así como las normas y los valores culturales para hábitos de reposo.

D) *Soledad e interacción*. Acciones a emprender:

- Mantener el calor humano y la intimidad necesaria en el crecimiento.

- Tender hacia un concepto de sí mismo realista.
- Adquirir una autonomía y una pertenencia a un grupo.
- Prevenir los problemas de personalidad.

E) *Bienestar y riesgos mínimos.* Acciones a emprender:

- Prevenir las situaciones de riesgo elevado.
- Retirarse o protegerse de las situaciones que no puedan ser controladas.
- Aportar las correcciones necesarias a las situaciones que pueden ser controladas.

F) *Ser conforme con las normas del grupo.* Acciones a emprender:

- Mantener y manifestar un concepto de sí mismo realista.
- Identificar y prestar atención a las perturbaciones de la salud y del bienestar.

9. FUENTES DE DIFICULTADES PARA LLEVAR A CABO LOS AUTOCUIDADOS

El individuo realiza sus autocuidados por la acción deliberada que se describe en dos etapas: de decisión y de ejecución.

Las interferencias inherentes al compromiso en una acción deliberada afectan a la capacidad de juicio (primera etapa), produciendo *estados de limitación* (edad, capacidad intelectual, situaciones adaptativas y otras).

En otras ocasiones, las interferencias afectan a la iniciación, realización y control de las actividades (segunda etapa), desarrollándose un *estado que incapacita* a la persona en la consecución de los autocuidados. En este caso los factores que intervienen están relacionados con las capacidades motoras (enfermedades, lesiones, accidentes, defectos...).

10. ETAPAS CIENTIFICAS DIFERENTES EN RELACION CON EL MODELO DE AUTOCUIDADO

Orem especifica tres etapas, de las que las dos primeras están formuladas en forma de preguntas.

Primera etapa: ¿Por qué el cliente tiene necesidad de cuidados enfermeros?

La respuesta a esta pregunta permite saber la perspectiva de Enfermería. Esta última deriva de seis factores:

- La perspectiva del cliente de su situación de salud.
- El estado de salud del cliente.

- Los resultados de salud investigados.
- Las perspectivas del médico.
- Las exigencias de autocuidados terapéuticos.
- Las capacidades, incapacidades y limitaciones del paciente.

Las informaciones recogidas, para responder a esta primera pregunta, corresponden a la primera y segunda etapa del proceso científico; es decir, la recolección y análisis de los datos.

Segunda etapa: ¿De qué asistencia tiene necesidad este cliente?

- Elaboración de un sistema de asistencia.
- Planificación de la asistencia.

Esta segunda etapa del proceso de Enfermería, según Orem, corresponde a la tercera etapa del método científico.

Tercera etapa: elementos que subyacen a cada uno de los seis factores de la primera etapa.

- Perspectiva del cliente de su situación de salud: conocer las percepciones, las inquietudes, las creencias, los acontecimientos y otros que ayudan a identificar:
 - Los recursos personales.
 - La capacidad de racionalización.
 - La resignación a la vista de los resultados de la enfermedad.
 - Los temores.
- Estado de salud del cliente:
 - La gravedad de la enfermedad.
 - El grado de invalidez.
 - Los comportamientos del cliente.
 - Las consecuencias sufridas por el cliente debidas a la enfermedad.
- Perspectiva médica de la situación de enfermedad del cliente:
 - Como ve el médico el estado de salud.
 - Los resultados que el médico examina día a día.
 - Las observaciones pertinentes del médico.
- Resultados de salud investigados:
 - Mantener o promover la salud.

- Curar o controlar la enfermedad.
- Salvar la vida.
- Vivir con una incapacidad.

— Exigencias de autocuidados terapéuticos:

- Autocuidados universales, asociados al desarrollo humano y derivados de las desviaciones del estado de salud.

EJERCICIO 2

CASO EN ESTUDIO:

La Sra. Lovaine, de cincuenta y ocho años de edad, maestra de enseñanza primaria, ingresa en el hospital por fractura de cadera al haber sufrido un accidente viario. Es extranjera. Reside en el Reino Unido y no habla el idioma español. Se encontraba de viaje turístico en España cuando sufrió el accidente. El médico le ha dicho que, probablemente, tendrá que ser intervenida quirúrgicamente. Hasta que no sea estudiada para decidir si va a ser intervenida deberá de permanecer en cama en reposo absoluto.

CUESTIONES A CONTESTAR:

1. Grado de incapacidad que puede tener esta paciente y motivos que la provocan.
2. Grado de limitación que puede tener esta paciente y factores que la condicionan.
3. Etapas en que se verá afectado el proceso de comunicación entre la enfermera y la paciente.
4. Autocuidados universales que se pueden ver alterados en la Sra. Lovaine.
5. Sistema de cuidado que precisa esta paciente.

RESPUESTAS

1. GRADO DE INCAPACIDAD QUE PUEDE TENER ESTA PACIENTE Y MOTIVOS QUE LA PROVOCAN

La incapacidad es *parcial* en grado alto, ya que por la inmovilidad impuesta por tratamiento médico necesitará la intervención de la enfermera para la realización de actividades encaminadas a cubrir los autocuidados.

2. GRADO DE LIMITACION QUE PUEDE TENER ESTA PACIENTE Y FACTORES QUE LA CONDICIONAN

La limitación es, igualmente, *parcial* debido fundamentalmente a tres causas:

- El desconocimiento del idioma del país donde se encuentra.
- El proceso de adaptación en una institución sanitaria extraña a su medio habitual y a su cultura.
- El desconocimiento de las modificaciones de los autocuidados exigidos por su situación de salud.

3. ETAPAS EN QUE SE VERA AFECTADO EL PROCESO DE COMUNICACION ENTRE LA ENFERMERA Y LA PACIENTE

Prácticamente en todas las etapas. En primer lugar si *el remitente*, en este caso enfermera y paciente lo son, no hablan el mismo idioma, *el código* no será válido para que *el destinatario* comprenda *los mensajes*. En este caso el destinatario puede ser la enfermera o la paciente. Ante esta situación no se realiza la *retroalimentación* adecuada.

4. AUTOCUIDADOS UNIVERSALES QUE SE PUEDEN VER ALTERADOS EN LA SRA. LOVAINE

Por la situación de la Sra. Lovaine los autocuidados destinados a cubrir las necesidades fundamentales y que prioritariamente se van a ver afectadas son:

Eliminación, por dificultades para mantener los cuidados higiénicos derivados de esta necesidad.

Actividad y reposo, al no poder utilizar las capacidades individuales.

Soledad e interacción, por falta de mantenimiento de la intimidad y separación del grupo social.

Bienestar y riesgos mínimos, por incapacidad para prevenir las situaciones de riesgos e imposibilidad de adoptar las correcciones necesarias a situaciones que, en otras ocasiones, pueden ser controladas.

5. SISTEMA DE CUIDADO QUE PRECISA ESTA PACIENTE

En este caso la enfermera deberá satisfacer los autocuidados terapéuticos que precisa la Sra. Lovaine, a la vez que compensará las incapacidades y limitaciones de la enferma para protegerla y apoyarla. Por otro lado, la paciente podrá realizar algunas medidas de autocuidado y aceptará la ayuda y cuidado que le ofrece la enfermera. Por tanto, el sistema empleado es el de *compensación parcial*.

UNIDAD III

METODOLOGIA DEL TRABAJO DE ENFERMERIA*

OBJETIVO GENERAL

Al finalizar el estudio de la unidad, las alumnas habrán adquirido los conocimientos y habilidades intelectuales que las permitan utilizar correctamente la metodología científica en la actuación profesional.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar la finalidad de la etapa de valoración en el proceso de Enfermería.
2. Definir los tipos de datos que deben recogerse para identificar la situación de salud y dónde obtenerlos.
3. Explicar la aplicación de la observación científica en la recogida de datos.
4. Definir los fundamentos de la entrevista como medio de comunicación con el paciente/familia.
5. Valorar la importancia de los registros de enfermería en el trabajo de las enfermeras.
6. Definir los diagnósticos de enfermería por orden de prioridad.
7. Valorar la importancia de la correcta formulación de los diagnósticos de enfermería.
8. Describir la elaboración de un plan de cuidados.
9. Identificar cada uno de los elementos que componen un plan de cuidados.
10. Describir las formas de intervención de la enfermera en el proceso de enfermería.
11. Describir la etapa de evaluación del proceso de enfermería.
12. Identificar las cualidades necesarias de la enfermera para desarrollar el proceso de enfermería.
13. Describir las estructuras necesarias para llevar a cabo, institucionalmente, el proceso de enfermería.
14. Valorar la importancia de la cooperación y participación del usuario y la familia en la planificación y ejecución de los cuidados.
15. Valorar la necesidad de utilización de un método de trabajo en los cuidados de enfermería.

* Se describe la unidad completa

PROCESO DE ATENCION EN ENFERMERIA

**MARCO LOGICO, RACIONAL Y SISTEMATICO
DE IDENTIFICAR Y VALORAR NECESIDADES**

PERMITE LA ELABORACION DE UN PLAN

**DETERMINA LA ACTUACION DE ENFERMERIA
PARA RESOLVER Y/O PREVENIR PROBLEMAS**



METODO DE SOLUCION DE PROBLEMAS

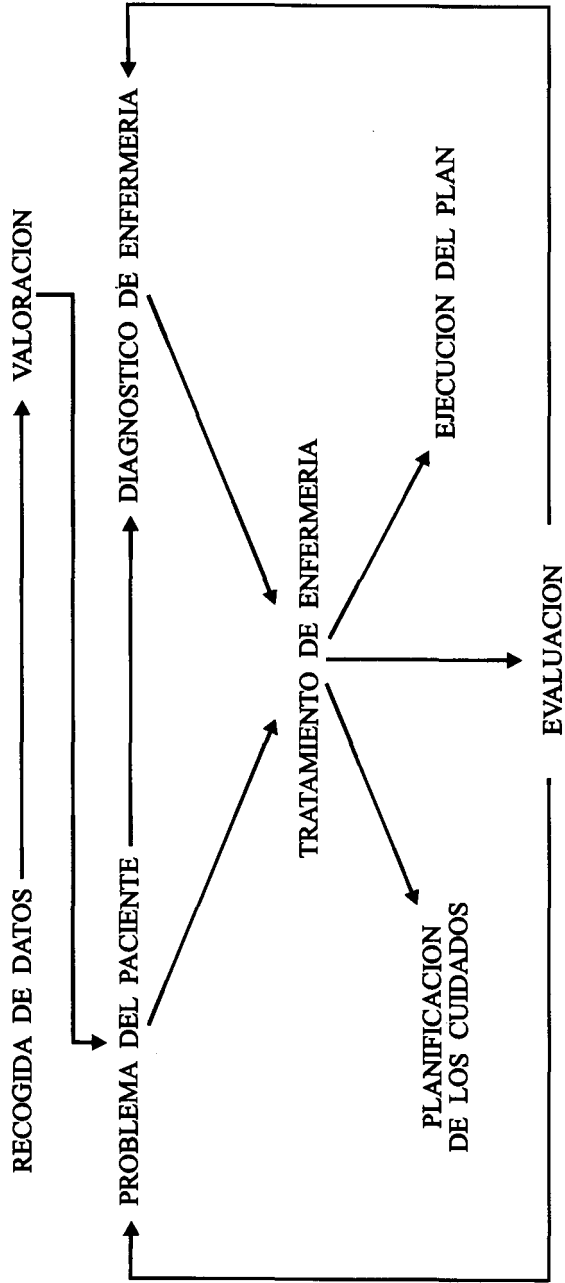


**INSTRUMENTO DE TRABAJO UTILIZADO
POR LA ENFERMERA
DURANTE EL PROCESO DE CUIDAR**

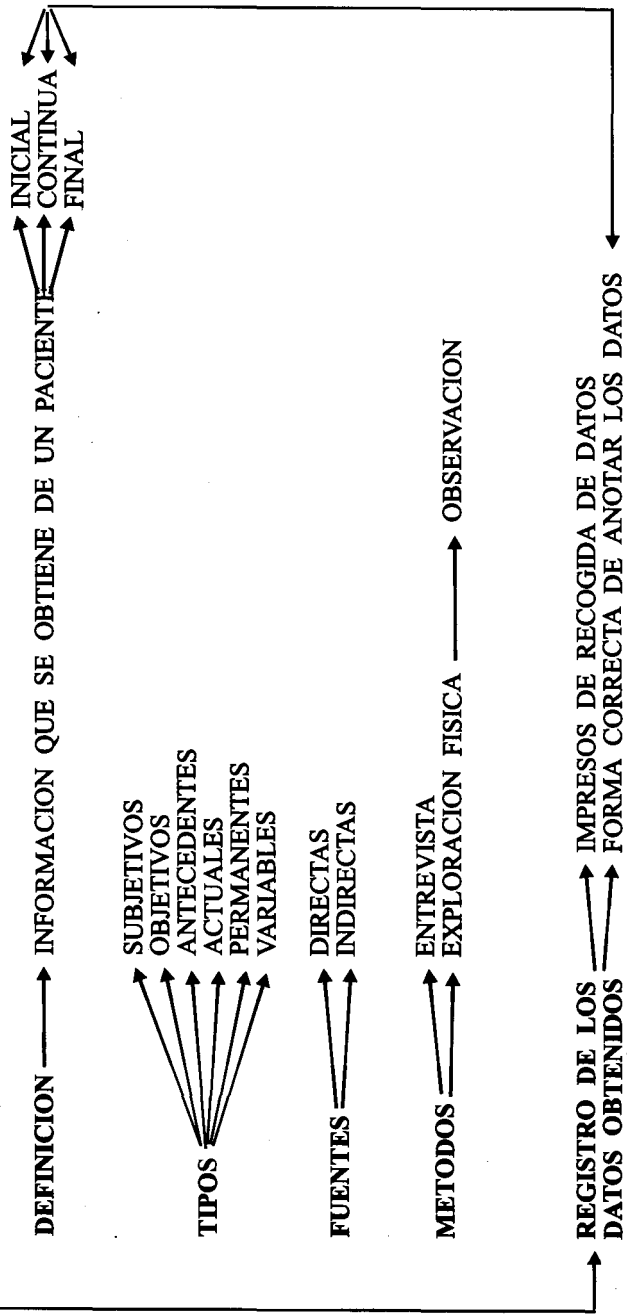


**CONJUNTO DE ACCIONES ORDENADAS Y RELACIONADAS
ENTRE SI CON EL FIN DE QUE EL USUARIO
DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA
RECIBA EL MEJOR CUIDADO POSIBLE**

ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA



OBTENCION DE DATOS (I)



OBTENCION DE DATOS (II)

SUBJETIVOS → VISION PERSONAL DEL PACIENTE DE HECHOS Y SITUACIONES
→ PERCEPCIONES, SENTIMIENTOS E IDEAS SOBRE SI MISMO
Y SU ESTADO DE SALUD
→ DESCRIPCIONES SOBRE DOLOR, NAUSEAS, INCOMODIDAD, ETC.

OBJETIVOS → OBSERVABLES Y/O MEDIBLES POR LA ENFERMERA
→ OBTENIDOS A TRAVES DE LA OBSERVACION
→ SE OBTIENEN POR EL EXAMEN FISICO

ANTECEDENTES → HECHOS QUE HAN OCURRIDO ANTERIORMENTE
→ COMPRENDEN HOSPITALIZACIONES ANTERIORES, PATRONES
DE VIDA ANTES DEL PROBLEMA DE SALUD

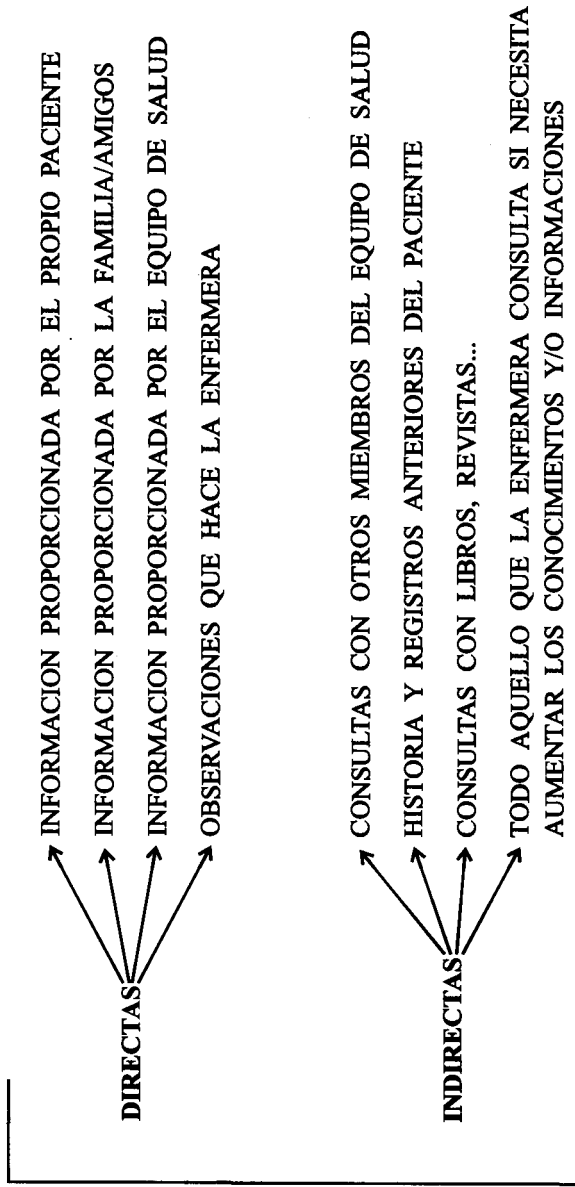
ACTUALES → HECHOS QUE OCURREN EN EL PRESENTE

PERMANENTES → NO VARIAN
→ DATOS SOCIOCULTURALES, GENERALMENTE

VARIABLES → CAMBIANTES DURANTE EL PROCESO
→ DATOS FISIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS, ...

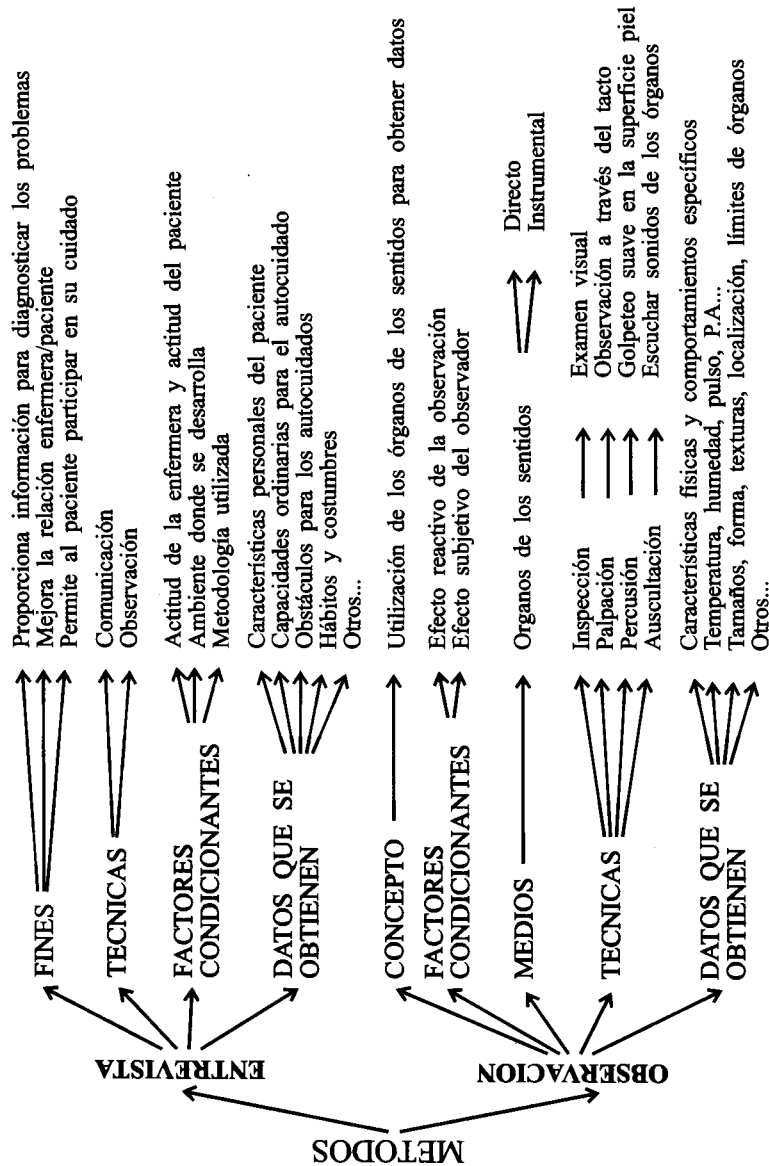
TIPOS
DE
DATOS

OBTENCION DE DATOS (III)



**FUENTES
DE
DATOS**

OBTENCION DE DATOS (IV)



TRATAMIENTO DE ENFERMERIA

PLANIFICACION: - ORDENACION MENTAL Y LOGICA, REPRESENTACION CLARA, ESQUEMATICA Y COMPLETA DE LOS CUIDADOS QUE VAN A ADMINISTRARSE PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS.

- FUNDAMENTADA EN PRINCIPIOS CIENTIFICOS QUE SIRVEN COMO GUIAS PARA DETERMINAR LAS ACCIONES DE ENFERMERIA ADECUADAS

- TIENE COMO FINALIDAD:

- Proporcionar información a las personas que intervienen
- Asegurar la continuidad del cuidado
- Proporcionar cuidado individualizado
- Evitar improvisaciones
- Ahorrar tiempo y esfuerzo

CALIDAD
DE ATENCION



EJECUCION:

- PROCESO DE PUESTA EN MARCHA DEL PLAN DE CUIDADO

- LA ENFERMERA REALIZA ACCIONES PERSONALES Y LLEVA A EFECTO LAS ORDENES DE OTROS PROFESIONALES DEL EQUIPO DE SALUD

- LA ENFERMERA APLICA LAS POLITICAS GENERALES DE LA INSTITUCION (normas y procedimientos, protocolos, etc.)

- DECIDE QUE MEDIDAS DEL PLAN PUEDE DELEGAR EN OTROS TRABAJADORES

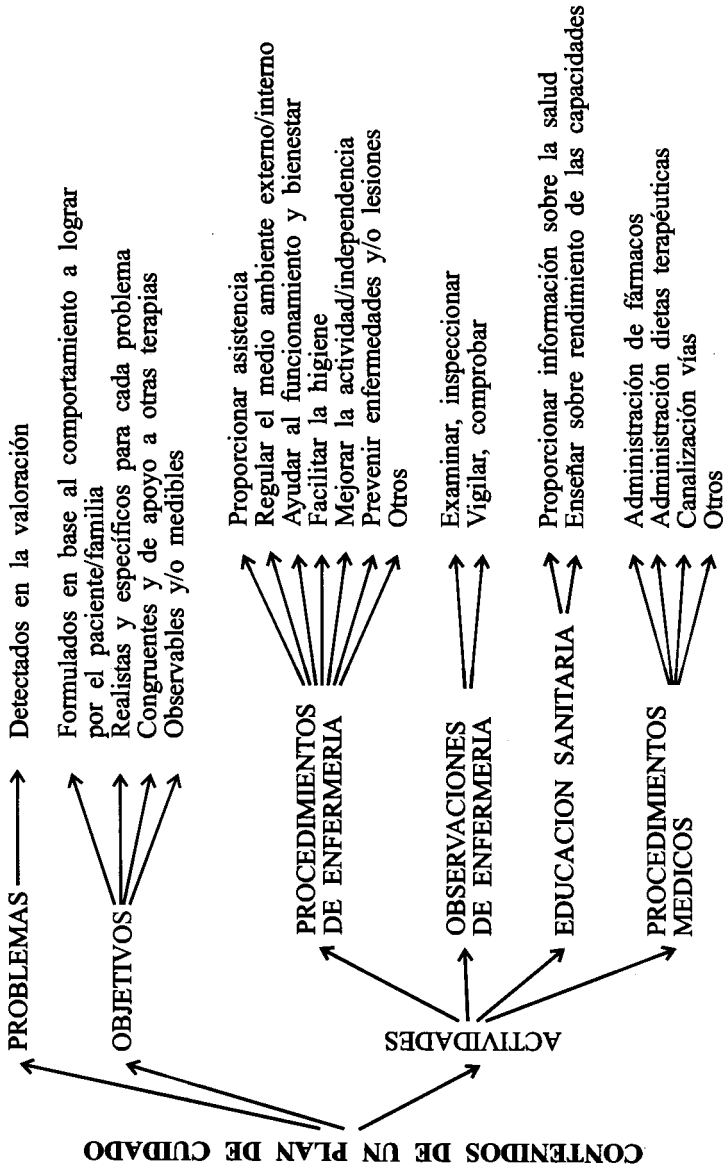
PLANIFICACION DE LOS CUIDADOS (I)

SIGNIFICADO → LO QUE LA ENFERMERA PUEDE HACER PARA AYUDAR AL PACIENTE
→ GUIA DE TRABAJO PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE ENFERMERIA

CONTENIDOS → PROBLEMAS
→ OBJETIVOS
→ ACTIVIDADES

TIPOS → PLAN DE CUIDADO GENERAL
→ PLAN DE CUIDADO ESPECIFICO
→ PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL

PLANIFICACION DE LOS CUIDADOS (II)



PLANIFICACION DE LOS CUIDADOS (III)

TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS

GENERAL
(problemas posibles)

- Para mantener cubiertas las necesidades
- Para mantener la seguridad del paciente
- Para favorecer las interrelaciones
- Para favorecer los autocuidados

A todos los enfermos

ESPECIFICO
(problemas potenciales)

- A pacientes con problemas comunes en situaciones similares de enfermería

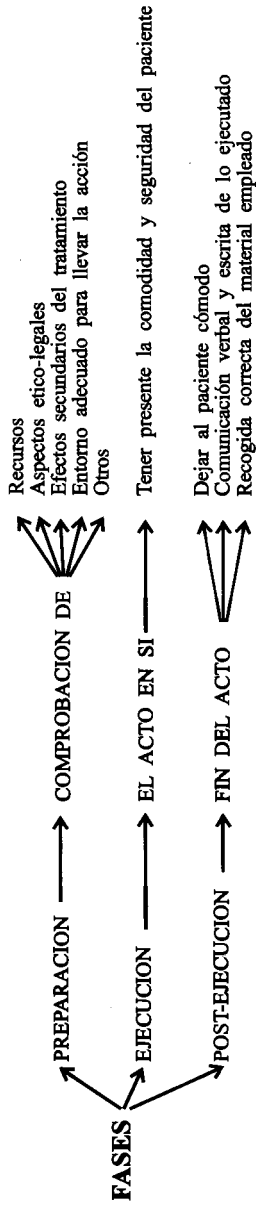
Enfermos encamados
inconscientes
otros

INDIVIDUAL
(problemas reales/potenciales)

- Para un solo paciente con problemas que no se pueden resolver con medidas habituales o sistemáticas

Enfermo concreto

ETAPA DE EJECUCION



PERSONAS QUE INTERVIENEN

- EL PACIENTE Y/O FAMILIA: → Según capacidad y limitación y tipo de acción
- ALGUN MIEMBRO DEL EQUIPO: → Según preparación y autorización para la acción
- LA ENFERMERA AYUDADA POR EL ENFERMO, FAMILIA Y/O MIEMBRO DEL EQUIPO
- LA ENFERMERA SOLA

FORMAS DE INTERVENIR

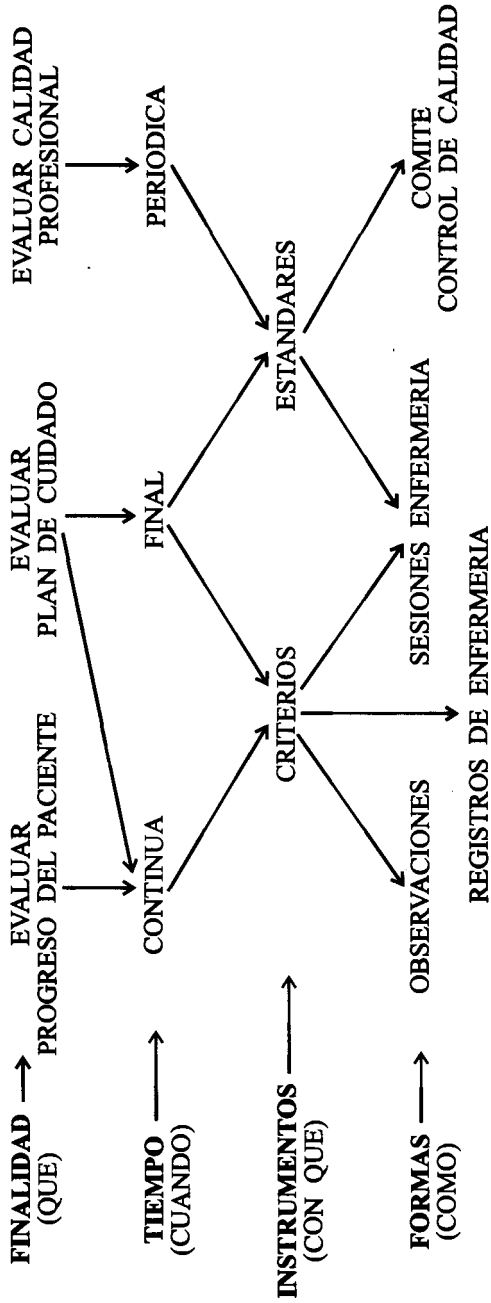
- REALIZA ACTIVIDADES PROPIAS → Presta cuidados directos
- FUNCION INDEPENDIENTE → Asesora y/o instruye
- REALIZA ACTIVIDADES DERIVADAS → Supervisa
- FUNCION DEPENDIENTE → Cumplimenta órdenes otros profesionales

SISTEMAS DE ASISTENCIA

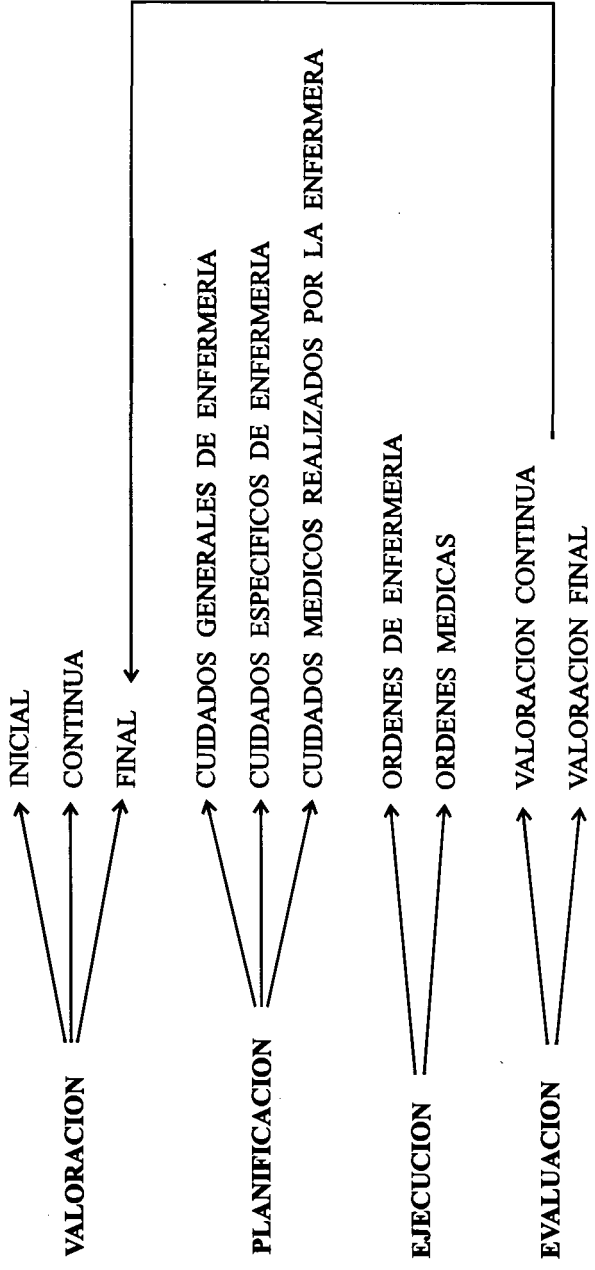
- DE COMPENSACION TOTAL
- DE COMPENSACION PARCIAL
- DE APOYO EDUCATIVO

→ Según grado de incapacidad/limitación del paciente

EVALUACION



SISTEMA DE REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES



PRUEBA DE EVALUACION SOBRE METODOLOGIA DE ENFERMERIA

EJERCICIO 1

Lea detenidamente el caso que a continuación se describe. Agrupe los datos recogidos:

1. Por observación directa e instrumental.
2. Por entrevista.

A las 12,00 horas, procedente de la consulta de neurocirugía, ingresa una enferma. Los datos que entrega el servicio de admisión son los siguientes:

- *Nombre:* Luisa López Sánchez.
- *Edad:* cuarenta y cinco años.
- *Profesión:* recepcionista de hotel.
- *Motivo del ingreso:* confirmación de diagnóstico médico de hernia discal y posible intervención quirúrgica.
- *Tratamiento médico:* paracetamol, 1 ampolla IM, cuando la precise.

Mientras la enfermera de turno acomoda a la enferma en la habitación, mantiene una conversación con la Sra. López, quien a las preguntas y comunicación mantenida explica que está bautizada, aunque hace mucho tiempo que no acude a la iglesia ni cumple con las obligaciones religiosas. Vive con una hermana, viuda, de cuarenta y ocho años de edad, y el hijo de ésta, soltero, de veintisiete años. Ambos trabajan.

Al levantarse la enferma del sillón, la enfermera observa que la deambulación es dificultosa, cojea y mantiene una postura encorvada con las manos sujetando la zona lumbar. Sentada está rígida. Al preguntarle la enfermera si tiene dolor la paciente afirma y dice que sobre todo al caminar, entrar y salir de la cama, asearse y hacer otras actividades.

Como la enfermera advierte que la Sra. López habla con voz muy baja y entrecortada, además no favorece la comunicación, intenta averiguar el motivo de esta actitud. La paciente explica que nunca ha estado ingresada y la angustia tener que compartir su vida íntima con otras personas desconocidas, pues le da la sensación de que perderá su intimidad. Dice «además soy muy vergonzosa para determinadas cosas». Por otra parte la preocupa no estar con sus familiares.

Otros datos que proporciona la enferma están referidos al conocimiento que tiene de su enfermedad. Dice que el médico le ha explicado el tipo de intervención a que puede ser sometida, lo que no le preocupa; sin embargo, teme a que la recuperación sea larga y penosa. También refiere que no padece ningún tipo de alergia, come de todo aunque evita las grasas y embutidos porque no le sientan bien. Sin embargo, le gusta mucho la fruta. No fuma. Bebe vino o cerveza en determinadas ocasiones. Se ducha a diario, por las noches antes de acostarse. Aseo

completo por las mañanas. Solía dormir bien, pero en estos últimos días el dolor de espalda hace que se despierte varias veces y duerma poco.

Otros datos que recoge la enfermera son:

- Biotipo normal, piel húmeda de buen aspecto y con adecuado pániculo adiposo, presenta aspecto limpio, uñas y dientes bien cuidados, cabello liso, brillante y ordenado.
- Presión arterial, 145/80 mmHg; pulso radial, 90/m; temperatura axilar, 36,4° C; respiraciones, 24/m; peso, 56 kg., y talla, 1,60 m.

RESPUESTAS

Datos recogidos por la enfermera al ingreso

1. A la observación directa:

- *Inspección:* normotipo; buen estado de nutrición-hidratación; buen estado higiénico; camina con dificultad; mantiene posición rígida; gesto que denota dolor; voz muy baja y entrecortada; postura tensa durante la entrevista; 24 respiraciones por minuto.
- *Palpación:* piel húmeda con adecuada temperatura. Pulso arterial, 90/m.

2. A la observación instrumental:

- Presión arterial: 145/80 mmHg; temperatura axilar, 36,4° C; peso, 56 kg, y talla, 1,60 m.

3. Por entrevista:

- Orientada en tiempo y espacio. Aparentemente introvertida.
- Aparentemene no presenta problemas familiares.
- Católica no practicante. Soltera.
- Preocupada por las normas que tienen los hospitales. Le preocupa el no adaptarse a las costumbres del centro.
- Le preocupa la recuperación de la intervención. El procedimiento quirúrgico en sí lo asume bien.
- Sin ingresos anteriores. **NO ALERGIAS CONOCIDAS.**
- Sufre dolor que se acentúa con las actividades cotidianas.

— Hábitos y costumbres:

- Defecación diaria (por las mañanas).
- Alimentación normal (excepto grasas y embutidos por digestión dificultosa). Le gusta mucho la fruta.
- Sueño alterado por el dolor de espalda.
- Ducha diaria por la noche. Aseo completo por la mañana.
- No fumadora. Bebe ocasionalmente vino o cerveza.

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE EL PROCESO DE ENFERMERIA

EJERCICIO 2

De los siguientes enunciados diga a qué fase del proceso de cuidar corresponden cada uno de ellos:

1. Pérdida de apetito a causa de la medicación que se administra.
2. Alteración de la imagen corporal en relación con la amputación de pié.
3. Enseñar a la esposa del enfermo cómo debe realizar la cura.
4. Incomodidad causada por la permanencia en la misma postura.
5. Ejercicios activos de miembros inferiores cada doce horas.
6. Previsible deshidratación por fiebre continua.
7. Incapacidad para el autocuidado por inmovilidad impuesta.
8. Ayudar al paciente en las actividades cotidianas.
9. Dentro de seis meses el paciente demostrará el uso adecuado del brazo ortopédico.
10. A los cuarenta y cinco minutos de habersele administrado el calmante el paciente expresa disminución del dolor.
11. La paciente pesará el 7 de febrero 70 kg.
12. La frecuencia respiratoria ha bajado a 16 respiraciones/m.
13. Alteración del patrón del sueño por temor a la operación.
14. Pliegue en la piel del tríceps mayor de 15 mm.
15. Ulceras orales y halitosis.
16. Piel y conjuntivas pálidas.
17. La paciente presenta piel enrojecida en puntos de presión.
18. La paciente mantendrá, en todo momento, piel íntegra.
19. Cambios posturales, masajes en zona de presión cada cuatro horas.
20. Piel íntegra, sin enrojecimiento, sin molestias en zonas de presión.
21. Hipotensión, taquicardia y oliguria.
22. En el plazo de tres días la paciente recuperará la función intestinal.
23. Estado de aburrimiento por falta de estímulos adecuados.
24. Mantener el ambiente de la habitación a una temperatura de 18° C.
25. Alteración en la comunicación por sordera severa.

RESPUESTAS

De los siguientes enunciados diga a qué fase del proceso de cuidar corresponden cada uno de ellos:

1. Pérdida de apetito a causa de la medicación que se administra: *Diagnóstico enfermería.*
2. Alteración de la imagen corporal en relación con la amputación de pie: *Diagnóstico enfermería.*
3. Enseñar a la esposa del enfermo cómo debe realizar la cura: *Actividad del plan.*
4. Incomodidad causada por la permanencia en la misma postura: *Diagnóstico enfermería.*
5. Ejercicios activos de miembros inferiores cada doce horas: *Actividad del plan.*
6. Previsible deshidratación por fiebre continua: *Diagnóstico de enfermería.*
7. Incapacidad para el autocuidado por inmovilidad impuesta: *Diagnóstico enfermería.*
8. Ayudar al paciente en las actividades cotidianas: *Actividad del plan de cuidado.*
9. Dentro de seis meses el paciente demostrará el uso adecuado del brazo ortopédico: *Objetivo del plan de cuidado.*
10. A los cuarenta y cinco minutos de habersele administrado el calmante el paciente expresa disminución del dolor: *Nota de observación (evaluación).*
11. La paciente pesará el 7 de febrero 70 kg: *Objetivo de plan de cuidado.*
12. La frecuencia respiratoria ha bajado a 16 respiraciones/m.: *Valoración (evaluación).*
13. Alteración del patrón del sueño por temor a la operación: *Diagnóstico de enfermería.*
14. Pliegue en la piel del tríceps mayor de 15 mm.: *Dato recogido por observación.*
15. Ulceras orales y halitosis: *Datos recogidos por observación.*
16. Piel y conjuntivas pálidas: *Datos recogidos por observación.*
17. La paciente presenta piel enrojecida en puntos de presión: *Dato de observación.*
18. La paciente mantendrá, en todo momento, piel íntegra: *Objetivo del plan.*
19. Cambios posturales, masajes en zona de presión cada cuatro horas: *Actividades del plan.*

20. Piel íntegra, sin enrojecimiento, sin molestias en zonas de presión: *Observaciones de valoración-evaluación.*
21. Hipotensión, taquicardia y oliguria: *Datos recogidos por observación.*
22. En el plazo de tres días la paciente recuperará la función intestinal: *Objetivo del plan de cuidado.*
23. Estado de aburrimiento por falta de estímulos adecuados: *Diagnóstico de enfermería.*
24. Mantener el ambiente de la habitación a una temperatura de 18° C: *Actividad del plan de cuidado.*
25. *Alteración en la comunicación* por sordera severa: *Diagnóstico de enfermería.*

UNIDAD IV

CUIDADOS BASICOS DE ENFERMERIA*

OBJETIVO GENERAL

Al finalizar el estudio de esta unidad, la alumna será capaz de atender al individuo en sus necesidades básicas, utilizando como instrumento para prestar los cuidados el proceso de enfermería y orientando sus acciones con el propósito de que el hombre alcance al máximo de sus posibilidades el nivel de autocuidado.

Temas que se describen:

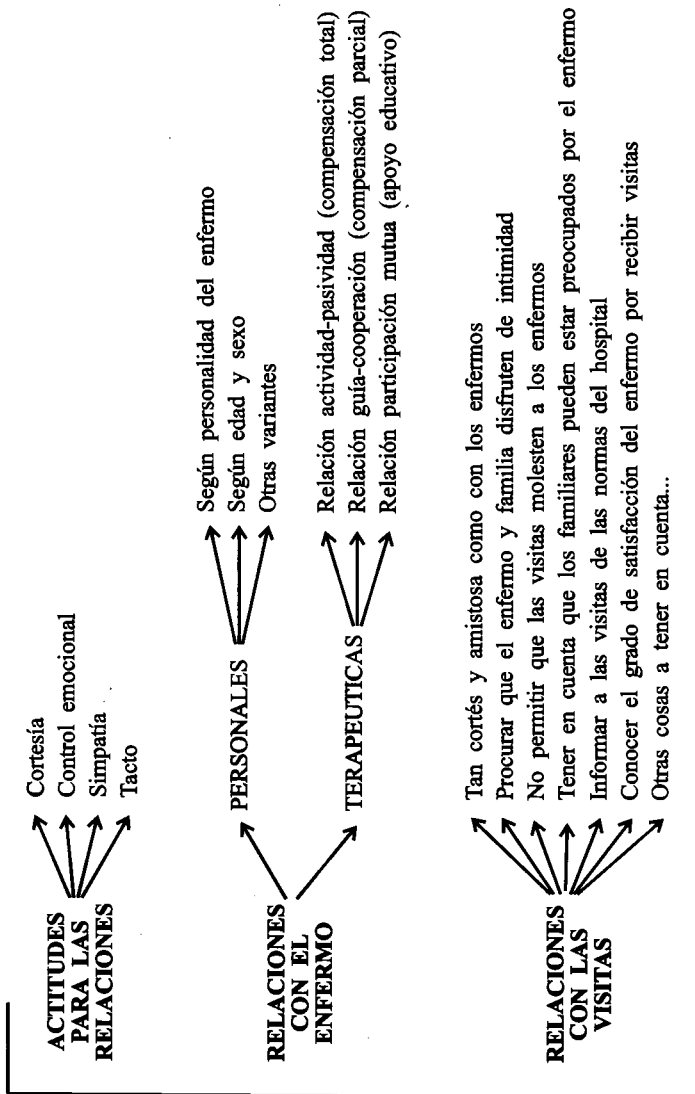
- Ingreso del enfermo.
- Cuidados de Enfermería relacionados con la necesidad de ingesta.
- Cuidados de Enfermería relacionados con la necesidad de seguridad.
- Cuidados de Enfermería relacionados con la necesidad de comunicación.

TEMA: INGRESO DEL ENFERMO

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir las acciones adecuadas, al ingreso del enfermo, para que éste se sienta lo más cómodo y seguro posible en su primer contacto con el hospital.
2. Explicar cómo debe ser la comunicación y relación adecuadas con el paciente y su familia.
3. Describir los datos necesarios que hay que recoger al ingreso, para determinar la ayuda que el paciente necesitará durante su estancia en el hospital.
4. Describir los métodos de observación directa e instrumental, en la recogida de datos.
5. Transcribir los datos recogidos a los correspondientes impresos.
6. Analizar los datos que denotan las necesidades básicas que se pueden alterar en el paciente durante su estancia en el hospital.
7. Describir los datos que manifiestan deterioro físico del paciente.
8. Describir las actividades a realizar mientras el enfermo está siendo reconocido y explorado por el médico.
9. Explicar la preparación del paciente, del ambiente y del material antes, durante y después del reconocimiento médico.
10. Explicar las normas generales y los métodos de recogida de muestras biológicas simples.

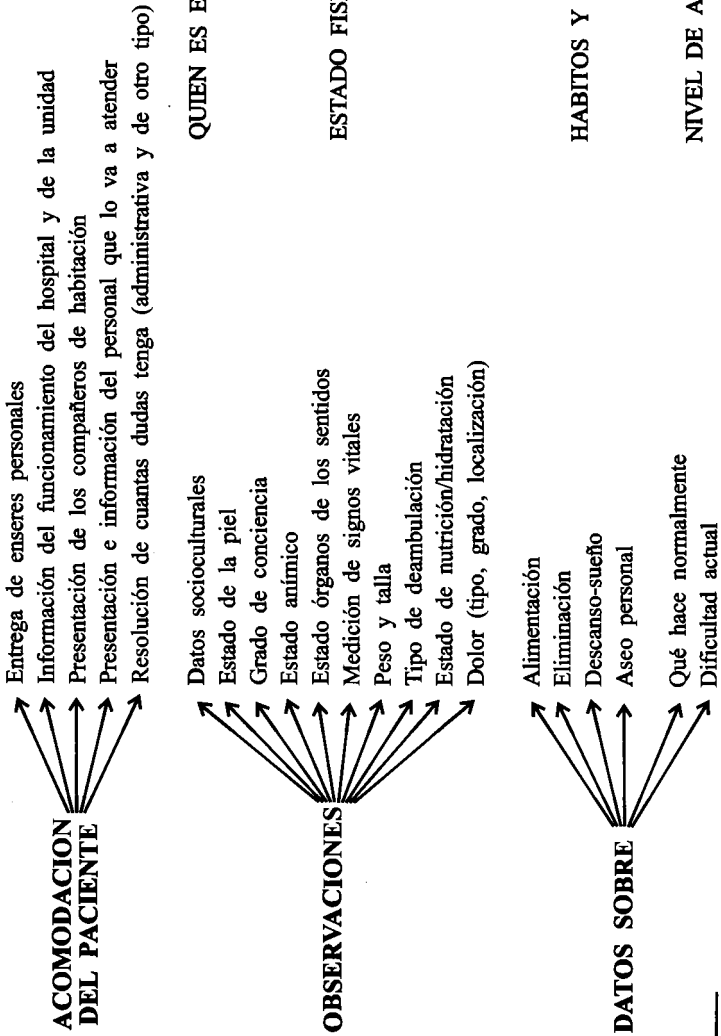
INGRESO DEL ENFERMO EN EL HOSPITAL (I)



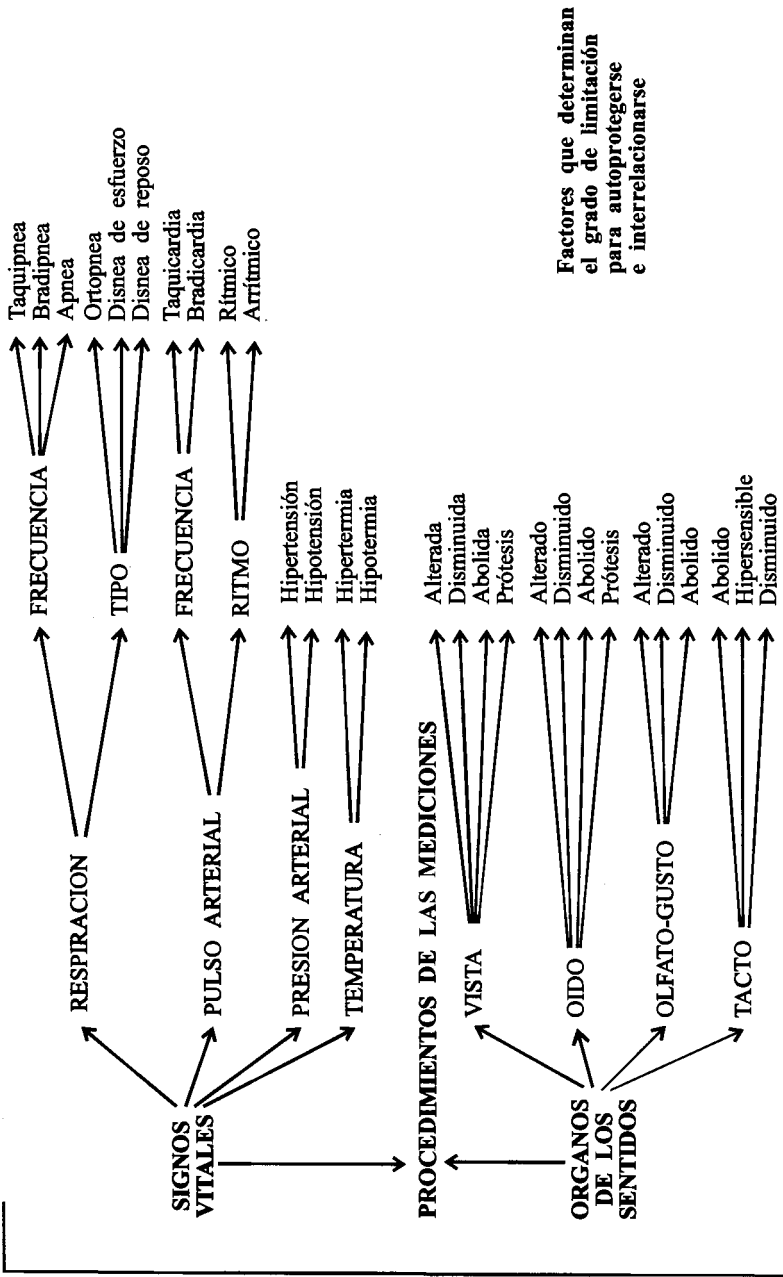
INTERVENCIONES

INGRESO DEL ENFERMO EN EL HOSPITAL (III)

FUNCION INDEPENDIENTE DE LA ENFERMERA



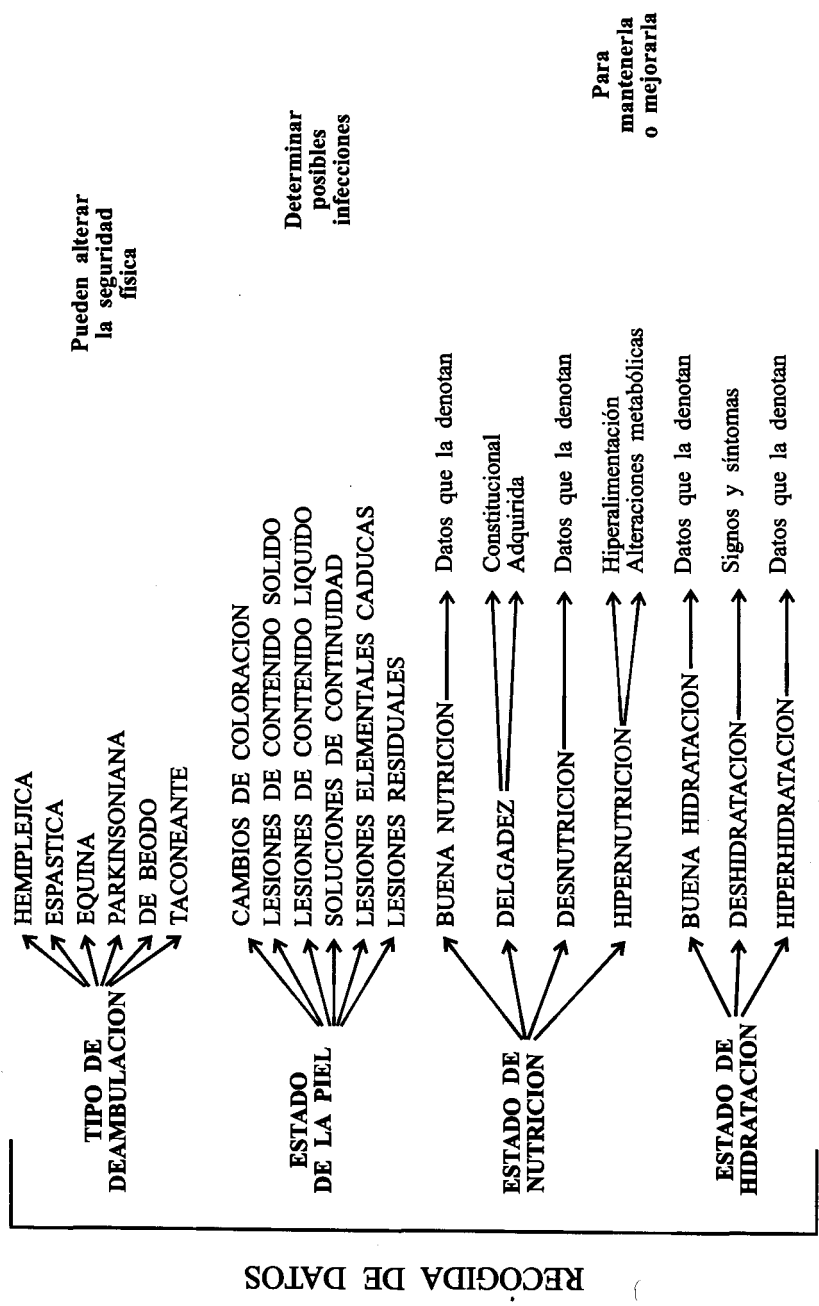
INGRESO DEL ENFERMO EN EL HOSPITAL (III)



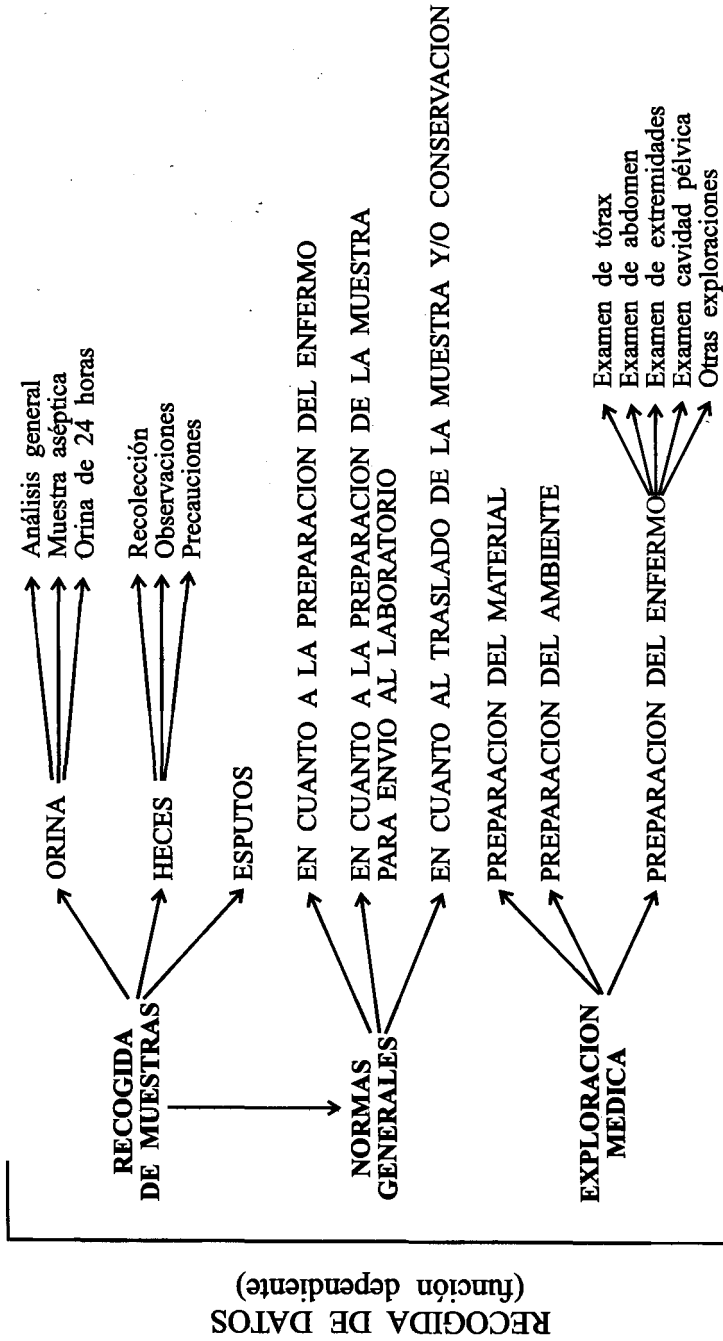
Factores que determinan el grado de limitación para autoprotogerse e interrelacionarse

RECOGIDA DE DATOS

INGRESO DEL ENFERMO EN EL HOSPITAL (IV)



INGRESO DEL ENFERMO EN EL HOSPITAL (V)



TEMA: CUIDADOS DE ENFERMERIA RELACIONADOS CON LA NECESIDAD DE INGESTA

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Definir los problemas relacionados con el déficit de autoalimentación.
2. Identificar los datos que manifiestan alteración de la necesidad de alimentación.
3. Describir las acciones de enfermería encaminadas a mantener o restablecer el déficit de autoalimentación.
4. Describir las formas de dar de comer a los enfermos total o parcialmente incapacitados.
5. Describir las normas generales de actuación para mantener cubierta la necesidad de alimentación.
6. Reconocer la dietas que facilitan la alimentación en pacientes con problemas de masticación y deglución.
7. Describir el procedimiento para dar de comer a un enfermo por sonda nasogátrica.
8. Valorar la importancia de enseñar y orientar al paciente y familia del uso de las capacidades para la autoalimentación.

CUIDADOS DE ENFERMERIA RELACIONADOS CON LA NECESIDAD DE INGESTA (II)

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA ASOCIADOS A LA NECESIDAD

INCAPACIDAD (TOTAL O PARCIAL) PARA AUTOALIMENTARSE

Estado en que el individuo experimenta una afectación de las funciones motoras o cognitivas produciendo un déficit de la capacidad de autoalimentarse

POR DEFECTO:

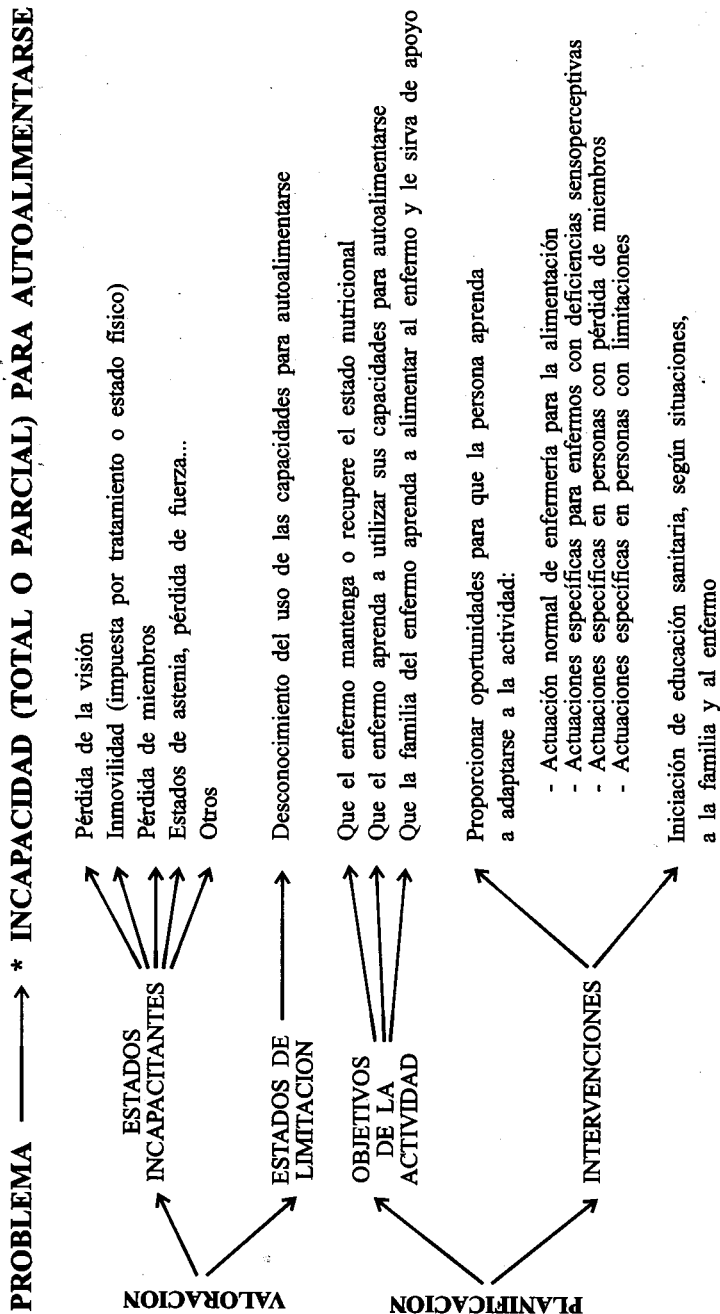
Estado en el que el individuo experimenta de una forma real o potencial una reducción del peso corporal en relación con una inadecuada ingesta de nutrientes

POR EXCESO:

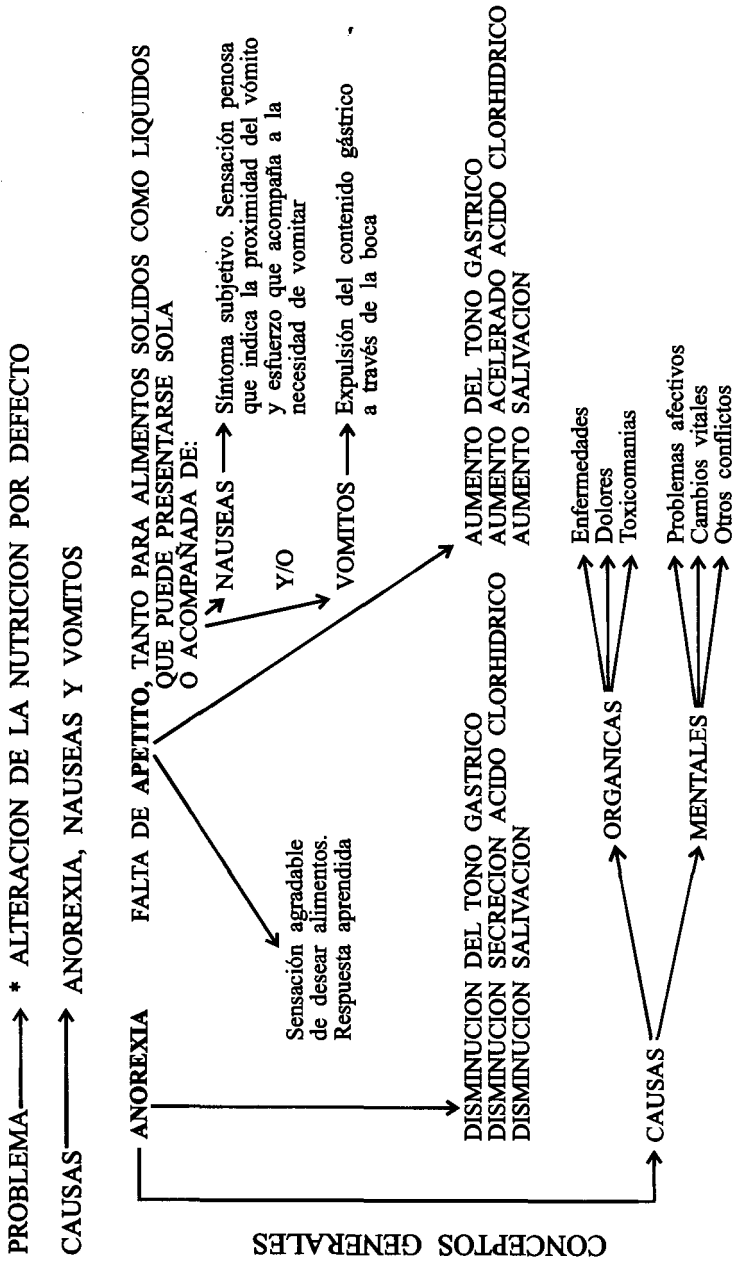
Estado en el que el individuo experimenta de una forma real o potencial un aumento de peso corporal en relación con una ingesta que excede de las necesidades metabólicas

**ALTERACION
EN LA
NUTRICION**

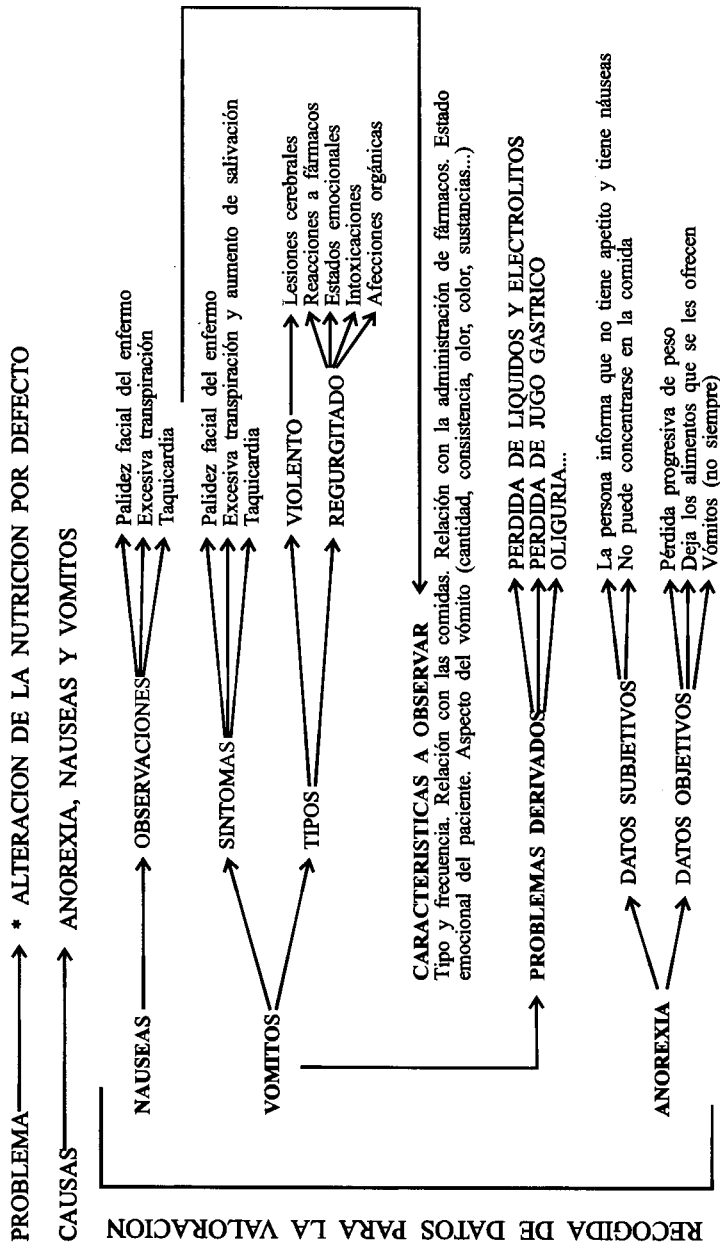
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN RELACION CON LA NECESIDAD DE INGESTA (II)



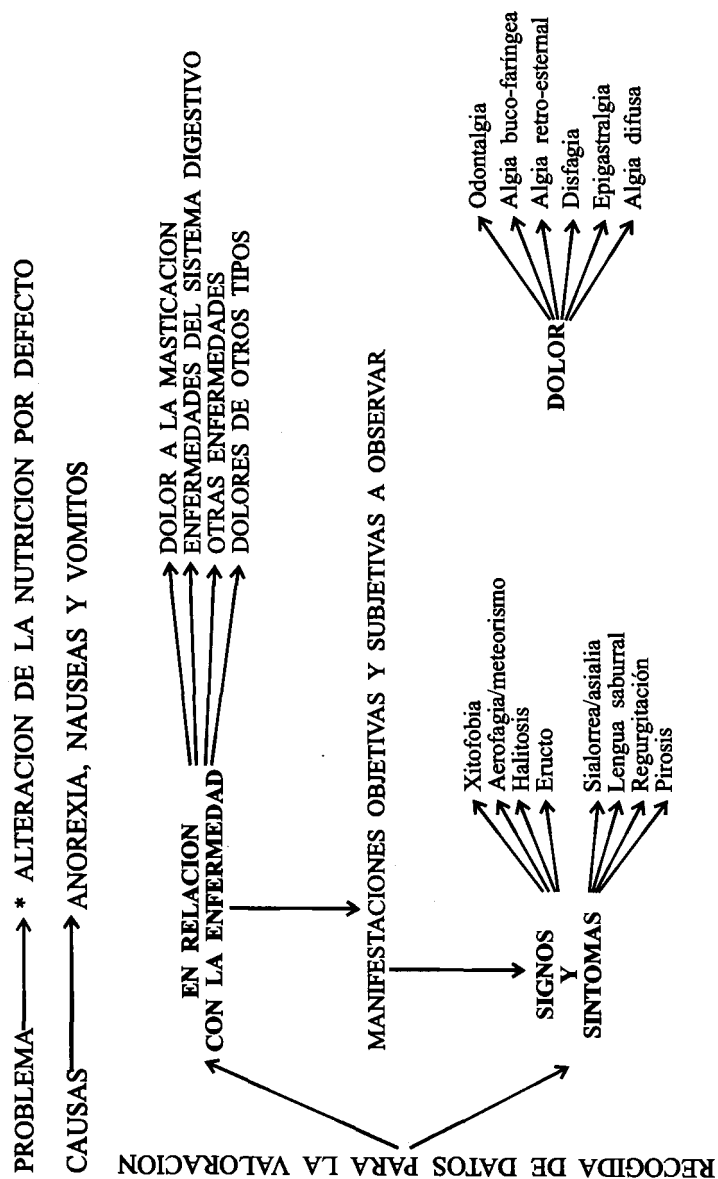
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN RELACION CON LA NECESIDAD DE INGESTA (III)



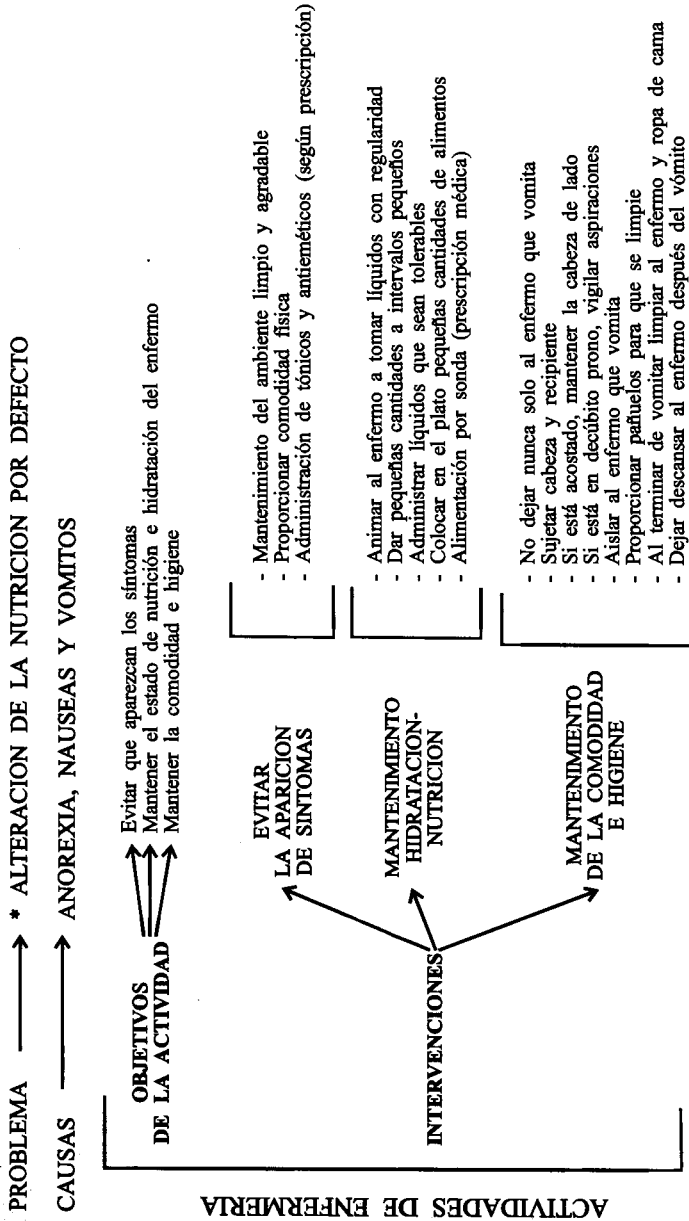
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN RELACION CON LA NECESIDAD DE INGESTA (IV)



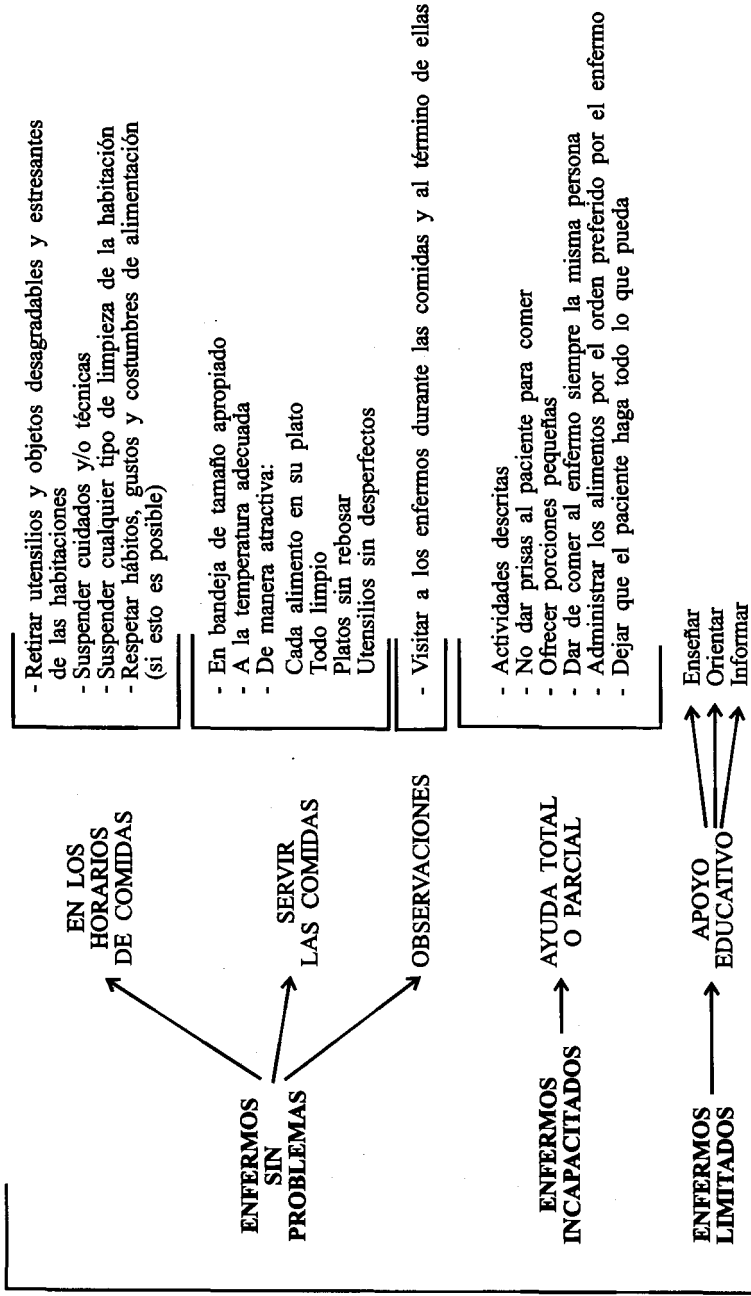
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN RELACION CON LA NECESIDAD DE INGESTA (V)



CUIDADOS DE ENFERMERIA EN RELACION CON LA NECESIDAD DE INGESTA (VI)



CUIDADOS DE ENFERMERIA EN RELACION CON LA NECESIDAD DE INGESTA (VII)



- Retirar utensilios y objetos desagradables y estresantes de las habitaciones
- Suspender cuidados y/o técnicas
- Suspender cualquier tipo de limpieza de la habitación
- Respetar hábitos, gustos y costumbres de alimentación (si esto es posible)

- En bandeja de tamaño apropiado
- A la temperatura adecuada
- De manera atractiva:
- Cada alimento en su plato
- Todo limpio
- Platos sin rebosar
- Utensilios sin desperfectos

- Visitar a los enfermos durante las comidas y al término de ellas

- Actividades descritas
- No dar prisas al paciente para comer
- Ofrecer porciones pequeñas
- Dar de comer al enfermo siempre la misma persona
- Administrar los alimentos por el orden preferido por el enfermo
- Dejar que el paciente haga todo lo que pueda

NORMAS GENERALES DE ACTUACION

TIPOS DE DIETAS A INCORPORAR
EN EL PLAN DE CUIDADO

**CUIDADOS DE ENFERMERIA EN RELACION
CON LA NECESIDAD DE INGESTA (VIII)**

NORMAL	<ul style="list-style-type: none"> - Para pacientes que no presentan problemas - No debe ser pesada, ni muy condimentada, pues la inactividad del enfermo ingresado hace que las digestiones puedan ser más dificultosas
LIGERA	<ul style="list-style-type: none"> - Variación de la dieta normal, evitando grasas, fritos, postres y alimentos productores de gases - Para enfermos con dificultad en las digestiones
BLANDA	<ul style="list-style-type: none"> - Requiere poca masticación, sin contenido fibroso, sin condimentos ni aderezos - Para enfermos con trastornos gastroduodenales, trastornos de la masticación y de la deglución
SEMI-LIQUIDA	<ul style="list-style-type: none"> - Compuesta por líquidos pastosos - Para pacientes intervenidos de boca o garganta
LIQUIDA	<ul style="list-style-type: none"> - Sólo se administran líquidos - Para enfermos recién intervenidos de abdomen (1.ª dieta) - Para pacientes con problemas importantes en la masticación
TERAPEUTICA	<ul style="list-style-type: none"> - Forma parte de un tratamiento médico - Prescritas por el médico - Varía según objetivo en cantidad y/o composición <ul style="list-style-type: none"> • Pobres o ricas en proteínas • Pobres o ricas en hidratos de carbono • Pobres o sin nada de sal • Otros • Con determinada cantidad de calorías

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN RELACION CON LA NECESIDAD DE INGESTA (IX)

ALIMENTACION POR SONDA:

FINES

Administrar líquidos y alimentos a pacientes incapaces de comer normalmente.

PUNTOS A TENER EN CUENTA

- El enfermo con sonda debe tener el mismo trato que cualquier otro a la hora de comer.
- Preparación adecuada del ambiente a la hora de la comida.
- Aconsejar a la familia/paciente que actúen como si tuviera una comida normal.
- Mantener una conversación agradable mientras se le está dando de comer.

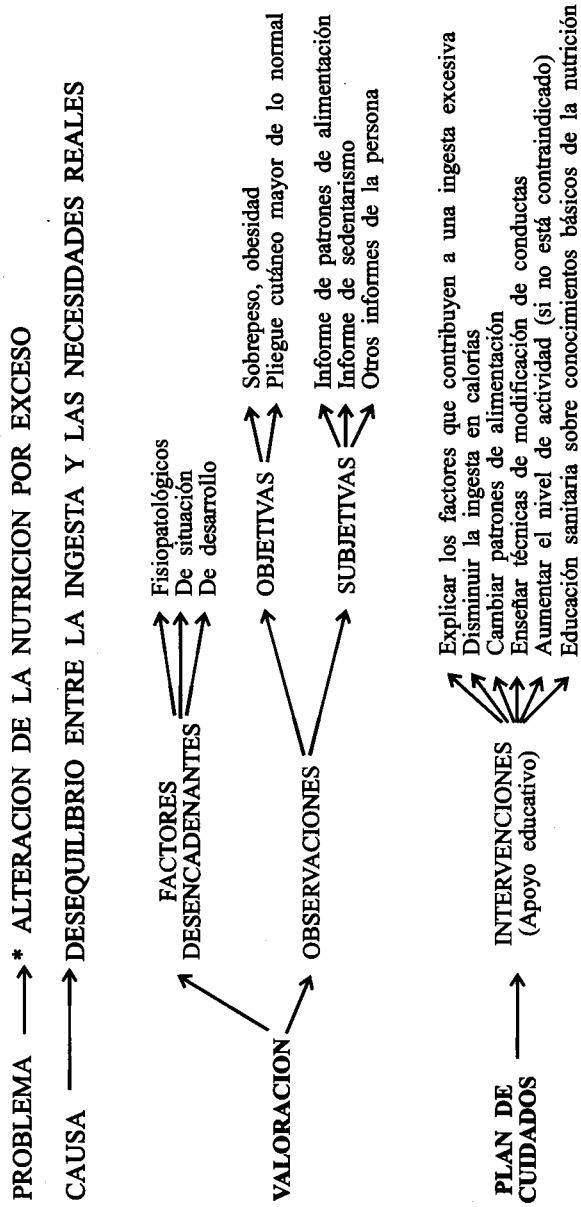
ALIMENTACION

- La frecuencia, cantidad y tipo de alimento depende de la prescripción del médico o la enfermera.
- El enfermo necesita la misma cantidad y calidad de alimentos que si lo hace por boca.
- La temperatura de los alimentos será igual que si lo toma por boca.
- Asegurarse de que los alimentos estén bien pasados para evitar obstrucción.
- Introducir los alimentos de 50 a 100 cc, despacio y sin hacer presión.
- Al terminar de dar la comida, introducir agua para evitar obstrucción.
- Tener en cuenta que el enfermo con sonda necesita agua y puede pasar sed si no se le administran líquidos.
- Los preparados especiales requieren de técnica especial.

MANTENIMIENTO

- La sonda debe estar fijada con esparadrapo antialérgico.
- No ejercer presión en el tejido cutáneo.
- Cambiar la zona de sujeción a diario para evitar úlceras.
- No tapar la visión del enfermo con la sonda.
- Humedecer la boca del enfermo periódicamente.
- Si es posible, dar caramelos ácidos para estimular la salivación.
- Si es posible, dar chicles para evitar atrofia de mandíbulas.
- Dar masajes con crema hidratante en la piel en contacto con la sonda.

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN RELACION CON LA NECESIDAD DE INGESTA (X)

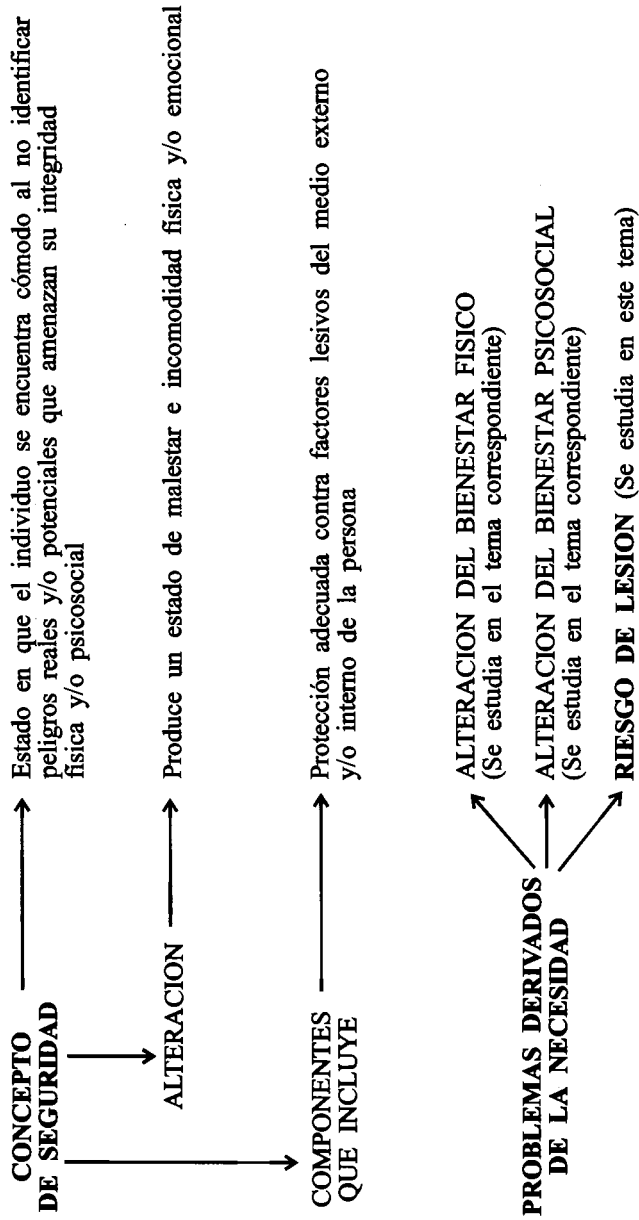


TEMA: CUIDADOS DE ENFERMERIA RELACIONADOS CON LA NECESIDAD DE SEGURIDAD

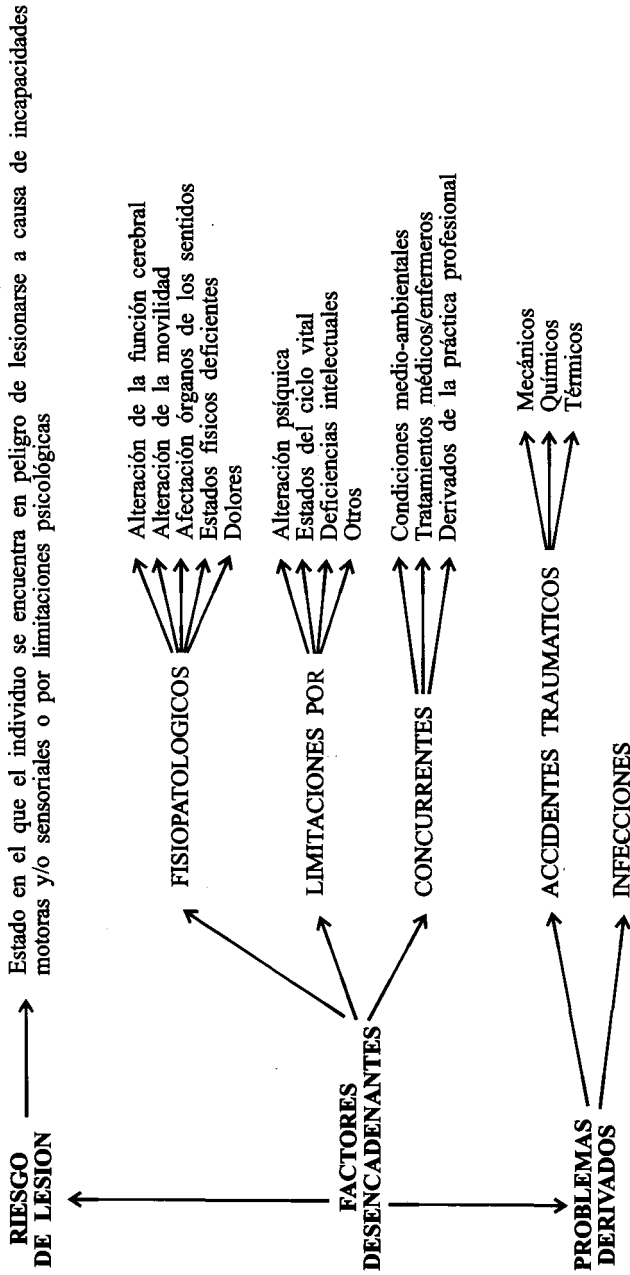
OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1. Identificar los factores que afectan a la capacidad de autoprotección del individuo.**
- 2. Identificar los factores del medio ambiente que pueden producir accidentes y lesiones.**
- 3. Describir los datos que hay que recoger para valorar los problemas reales y/o potenciales en relación con la necesidad de seguridad.**
- 4. Describir las normas generales de actuación para evitar peligros derivados del medio ambiente.**
- 5. Describir las acciones de enfermería específicas en cada situación, para resolver y prevenir problemas derivados de la necesidad de autoprotección alterada.**

CUIDADOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD (I)

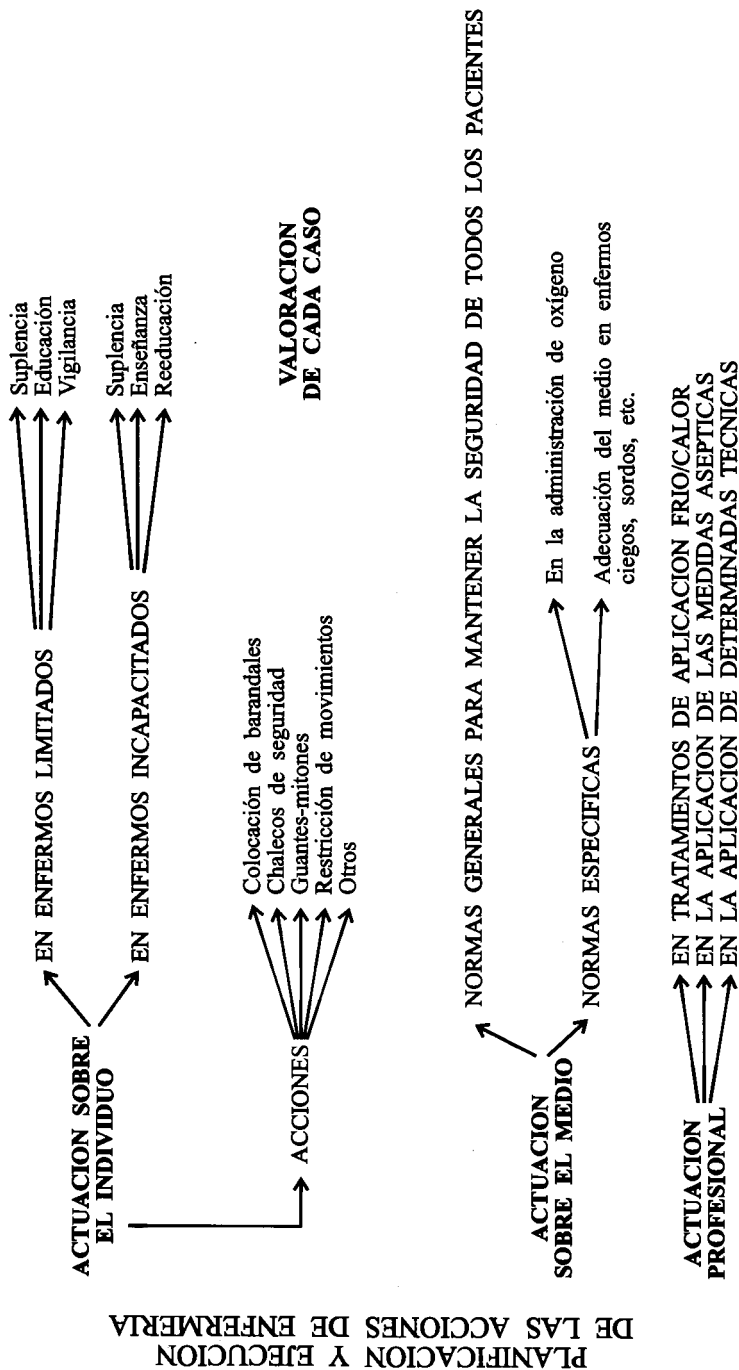


CUIDADOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD (II)



RECOGIDA DE DATOS PARA LA VALORACION

CUIDADOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD (III)

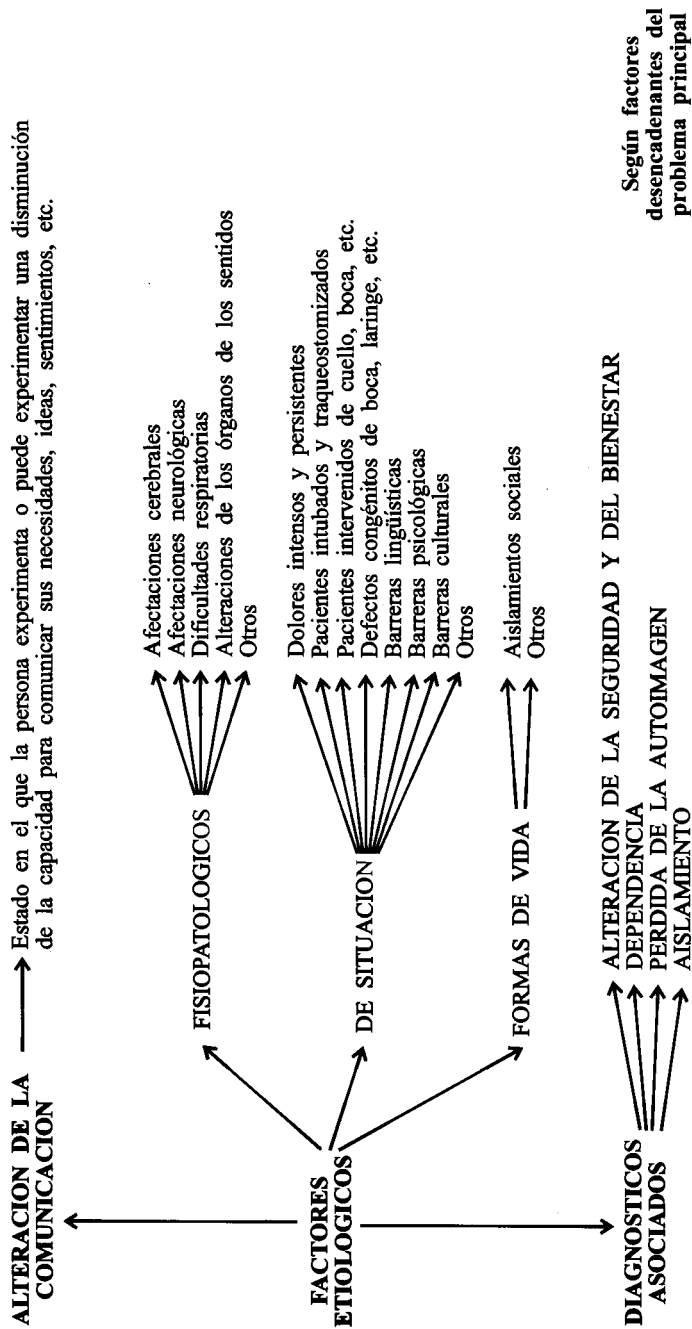


TEMA: CUIDADOS DE ENFERMERIA RELACIONADOS CON LA NECESIDAD DE COMUNICACION

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Definir el problema de déficit de comunicación.
2. Identificar los factores que alteran la necesidad de comunicación.
3. Explicar otros problemas que se pueden derivar del problema principal.
4. Describir las acciones de enfermería que resuelven y/o previenen los problemas en relación con la necesidad de comunicación.
5. Valorar la importancia que tiene, para la persona, el comunicarse e interrelacionarse con los demás.

CUIDADOS RELACIONADOS CON LA NECESIDAD DE COMUNICACION (I)



CUIDADOS RELACIONADOS CON LA NECESIDAD DE COMUNICACION (II)

DATOS SUBJETIVOS
(Expresados
por el paciente/
familia)

DATOS OBJETIVOS
(Observaciones)

**IDENTIFICACION
DEL PROBLEMA**

**CARACTERISTICAS
QUE LO DEFINEN**

- Patrón normal de comunicación e interrelación
 - Expresión de barreras que entorpecen la capacidad de comunicación
 - Información de incapacidad total/parcial para pronunciar las palabras
 - Información de que no comprende lo que se le dice
 - Expresión de sentirse aislada
 - Informa de que necesita ayuda para comunicarse
 - Expresa sentimientos de frustración o ira
 - Otras
-
- Capacidad de la persona para formar las palabras
 - Capacidad de la persona para comprender
 - Edad de la persona
 - Capacidad de la persona para formar frases
 - Impresión de la disposición y comportamiento de la persona
 - Contacto que mantiene con los ojos
 - Factores que concurren en la persona
 - Gestos inefectivos al comunicarse
 - Escritura ilegible
 - Parpadeo o movimiento de cabeza para decir sí o no
 - Dificultad para seleccionar las palabras
 - Sostiene libros y papeles al revés
 - etc.

Tartamudez, farfuleo, voz débil o ausente, audición disminuida, sordera.
Problemas para encontrar las palabras correctas al hablar. Insuficiencia respiratoria, patrón de respiración ineficaz. Conversación inadecuada
Confusión. Incapacidad para hablar el idioma dominante

CUIDADOS RELACIONADOS CON LA NECESIDAD DE COMUNICACION (III)

PLANIFICACION DE LAS ACTIVIDADES

OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD

Que el enfermo:

- Pueda comunicarse con los demás con la ayuda adecuada.
- Rebaje su nivel de ansiedad.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Anticiparse a las necesidades del paciente.
- Actuar sin prisas, demostrar calma y escuchar con atención.
- Mantener contactos frecuentes y proporcionar atmósfera adecuada.
- Colocarse de forma que el enfermo observe a la enfermera.
- Hacer preguntas simples y directas.
- Acompañar a la palabra señales y gestos apropiados.
- Proporcionar elementos de escritura o intérprete.
- Evitar comunicación verbal o escrita según los casos.
- Fijarse en los gestos y ademanes del enfermo.
- Solicitar la ayuda de familiares y amigos del enfermo.
- Limitar la comunicación a una persona cada vez.
- Dar una instrucción cada vez.
- Repetir el mensaje hasta que sea comprendido.
- Utilizar frases y conversaciones cortas.
- Esperar la respuesta de un mensaje antes de dar otro.
- No gritar a la persona con trastornos en la comunicación.
- Proporcionar objetos relacionados con el mensaje.
- Enseñar al paciente a comunicarse debidamente.
- Dar mensajes importantes sólo cuando el enfermo esté receptivo.
-

PRUEBA DE EVALUACION DE CUIDADOS BASICOS

EJERCICIO 1

1. Describa esquemáticamente los datos a recoger al ingreso del enfermo.
2. Describa qué aspectos importantes se deben tener en cuenta al colocar a un enfermo en una determinada posición.
3. Describa las causas que pueden producir el problema de «incapacidad total o parcial para la comunicación».
4. Describa el procedimiento para dar de comer a un enfermo «incapacitado parcialmente para autoalimentarse».
5. Describa los factores de riesgo, en el enfermo ingresado, en relación con la seguridad física.

RESPUESTAS

1. DESCRIBA ESQUEMATICAMENTE LOS DATOS A RECOGER AL INGRESO DEL ENFERMO

A) *Características personales:*

- Datos socioculturales.
- Estado físico.
- Estado anímico.

B) *Nivel de autocuidado:*

- Grado de limitación.
- Grado de incapacidad.

C) *Hábitos y costumbres:*

- De alimentación.
- De eliminación.
- De descanso-sueño.
- De aseo personal

D) *Otros datos de interés:*

- Tratamiento médico
- Diagnóstico médico y motivo del ingreso.

- Alergias.
- Otros problemas de salud distintos al que motivó el ingreso.

2. DESCRIBA QUE ASPECTOS IMPORTANTES SE DEBEN TENER EN CUENTA AL COLOCAR A UN ENFERMO EN UNA DETERMINADA POSICION

- a) Mantenimiento de la posición anatómica normal, en la mejor alineación posible.
- b) Mantenimiento de las articulaciones en flexión ligera.
- c) Distribución equilibrada de todas las partes del cuerpo.
- d) Espacio máximo en las cavidades corporales, para no oprimir los órganos internos.
- e) Cambios de posición, al menos cada tres horas, para prevenir úlceras de decúbito.
- f) Movimientos de articulaciones, en toda la extensión posible, cada vez que al paciente se le cambie de posición.
- g) Tener en cuenta la tolerancia del enfermo a determinada posición.
- h) Tener en cuenta el tratamiento y contraindicaciones médicas.

3. DESCRIBA LAS CAUSAS QUE PUEDEN PRODUCIR EL PROBLEMA DE «INCAPACIDAD TOTAL O PARCIAL PARA LA COMUNICACION»

- a) Factores psicológicos (neurosis grave).
- b) Lesiones y enfermedades (fundamentalmente cerebrales).
- c) Aspectos culturales (barreras idiomáticas).
- d) Factores físicos (ceguera, mudez, etcétera).

4. DESCRIBA EL PROCEDIMIENTO PARA DAR DE COMER A UN ENFERMO «INCAPACITADO PARCIALMENTE PARA AUTOALIMENTARSE».

- No dar prisas al enfermo.
- Ofrecer porciones pequeñas.
- Dar de comer siempre que se pueda la misma persona.

- Administrar los alimentos en el orden preferido por el enfermo.
- Estimular al paciente para que haga las cosas que pueda.
- No practicar cuidados simultáneos mientras se está dando de comer al paciente.
- Enseñar al paciente cómo debe usar sus capacidades.

5. DESCRIBA LOS FACTORES DE RIESGO, EN EL ENFERMO INGRESADO, EN RELACION CON LA SEGURIDAD FISICA

a) *Fisiopatológicos:*

- Alteraciones cerebrales.
- Alteraciones de la movilidad.
- Afecciones sensoriales.

b) *De situación:*

- Alcoholismo y otras dependencias.
- Ingestión de determinados medicamentos.
- Utilización inadecuada del calzado.
- Uso inadecuado de aparatos de ayuda (muletas, bastones).

c) *De maduración:*

- Niños.
- Ancianos.

d) *Ambientales:*

- Mobiliarios y otros enseres en pasillos, lugares de paso...
- Desconocimiento del entorno.
- Inadecuada utilización, por parte del personal sanitario, de las normas de asepsia.

PRUEBA DE EVALUACION DE CUIDADOS BASICOS

EJERCICIO 2

DESCRIPCION DE UN CASO

Ingresa en el servicio la Sra. Manzano, que desde hace tres días padece dolor generalizado en vientre y fiebre continua. Es hospitalizada para estudio y observación médica por posible infección abdominal.

Al ingreso, la enfermera obtiene los siguientes datos:

- Cincuenta y ocho años de edad, viuda, no trabaja, dispone de una pensión de viudedad. Vive con su hijo, nuera y tres nietos.
- Peso y talla acorde con su edad. Buen aspecto higiénico. Piel ligeramente seca.
- Orientada en tiempo y espacio.
- Temperatura axilar, 39,5° C; pulso radial, 116/m; respiraciones, 26/m; presión arterial, 145/75.
- Durante los tres días anteriores al ingreso ha estado inapetente, por lo que ha comido y bebido poco.
- Su nuera manifiesta que ha sudado mucho, constantemente pide que se le cambie el camión y las almohadas. Ha orinado «poco».
- En los primeros momentos del ingreso la enferma muestra continuamente su preocupación por la hospitalización, ya que dice que «es la primera vez que ingresa en un hospital y teme no poder desenvolverse sola al tener que estar en cama».

Tratamiento médico:

- Aplicación de bolsa de hielo en región ventral.
- Antipirético, cada seis horas, siempre que la fiebre esté por encima de 39° C.
- Mantenerla en posición de Fowler.

Cuestiones para contestar:

1. Con los datos que se tienen identificar cuatro problemas que presenta o puede presentar la Sra. Manzano.
2. Describa las acciones de enfermería encaminadas a resolver los problemas identificados.

3. ¿Cómo se denominan las alteraciones que presenta la enferma en el pulso y la respiración? Describa la causa de tales alteraciones.
4. Describa la posición de Fowler.
5. Describa la técnica de aplicación de frío con bolsa de hielo.

RESPUESTAS

1. **CON LOS DATOS QUE SE TIENEN, IDENTIFICAR CUATRO PROBLEMAS QUE PRESENTA O PUEDE PRESENTAR LA SRA. MANZANO**
 - a) Alteración del bienestar, relacionada con temor y dolor.
 - b) Incapacidad parcial para el autocuidado, relacionada con inmovilidad impuesta.
 - c) Posible deshidratación, relacionada con temperatura elevada.
 - d) Potencial pérdida de integridad de la piel, relacionada con inmovilidad.

2. **DESCRIBA LAS ACCIONES DE ENFERMERIA ENCAMINADAS A RESOLVER LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS**
 - Facilitar la presencia continua de un familiar.
 - Hablar con la enferma, sin prisas, y hacerle frecuentes visitas.
 - Proporcionar ayuda en el aseo, ingesta, movilización, etcétera.
 - Medir la temperatura cada tres horas.
 - Dar líquidos de su apetencia frecuentemente.
 - Hacer balance hídrico.
 - Mantener la ropa personal y de cama siempre seca.
 - Dar masajes con crema hidratante en puntos de presión cada tres horas.
 - Vigilar zona expuesta a tratamiento de frío.
 - Cambio de bolsa de hielo cada cuatro horas.
 - Recomendar a la enferma que realice ejercicios activos frecuentemente. Vigilar cómo y cuándo los hace.
 - Cambios posturales cada tres horas.

3. ¿COMO SE DENOMINAN LAS ALTERACIONES QUE PRESENTA LA ENFERMA EN EL PULSO Y LA RESPIRACION?

- a) Alteración del pulso arterial: *taquicardia* (aumento del número de pulsaciones por minuto).
- b) Alteración de la respiración: *polipnea* (aumento del número de respiraciones por minuto).

Ambas manifestaciones son mecanismos reguladores del organismo como respuesta a la hipertermia. Al aumentar el metabolismo celular (por el aumento del calor) aumentan los productos de desecho, entre ellos el dióxido de carbono. Esto origina un estímulo en el centro respiratorio produciéndose la *polipnea*.

Al mismo tiempo, el aumento de metabolismo hace que las células demanden más oxígeno. En respuesta a esta demanda el corazón late más rápidamente, origen de la *taquicardia*.

4. DESCRIBA LA POSICION DE FOWLER

Enferma sentada con la parte superior de la cama levantada en ángulo de 45°. Se debe colocar una almohada adicional en la espalda para proporcionar sujeción a la curvatura lumbar. Asimismo, hay que colocar almohadas pequeñas bajo los muslos para permitir a la enferma la flexión de las rodillas.

Hay que tener en cuenta que los puntos de apoyo en esta posición están en los talones y en la región sacro-coxígea.

5. DESCRIBA LA TECNICA DE APLICACION DE FRIO CON BOLSA DE HIELO

Es un método de aplicación local de frío seco.

Preparación:

- Introducir en la bolsa trozos de hielo sin aristas ni bordes cortantes.
- Sacar el aire de la bolsa antes de cerrarla, para que se adapte a la zona en que se va a aplicar.
- Asegurarse de que la bolsa está bien cerrada.
- Secar bien la bolsa y colocar una funda para que el frío se aplique de forma gradual y absorba el agua formada por condensación del aire ambiental.
- Si la aplicación es continua, revisar cada hora para conservar el frío.

Observaciones:

- Adormecimientos locales.

- Coloración de la piel (azulada o moteada).
- Si aparecen estos signos hay que retirar la bolsa, pues son manifestaciones de frío o de presión en los tejidos (isquemia).

Contraindicaciones:

- Pacientes con problemas circulatorios.
- Enfermos muy lábiles al frío (ancianos, anémicos).
- Enfermos con pérdida de sensibilidad cutánea.
- Enfermos inconscientes.

