

Metodología de la enseñanza de enfermería



Metodología
de la enseñanza
de enfermería

Serie:
ENFERMERIA

Edita: Instituto Nacional de la Salud.
Servicio de Documentación y Publicaciones.
Alcalá, 56.
28014 Madrid.

ISBN: 84-351-0100-2
D. L.: M. 28.615-1991
NIPO: 352-90-020-5
Número de publicación, INSALUD: 1.586
Imprime: Fareso, S. A. P.º de la Dirección, 5. 28039 Madrid.

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD

Metodología de la enseñanza de enfermería

Escuela Universitaria
de Enfermería «La Paz»

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
Madrid, 1991

Coordina

Asesoría de Enfermería para Docencia. INSALUD.

Asesores de Enfermería:

Doña Milagros Herrero López

Doña Gloria Alvarez Pinto

Dirección

Catalina García Martín-Caro

Autoras

M.^a Inmaculada Ayuso Santos

Diplomada en Enfermería. Diplomada en Fisioterapia. Profesora de Enfermería Medicoquirúrgica de la Escuela de Enfermería «La Paz».

M.^a Caridad Delgado Panizo

Diplomada en Enfermería. Profesora de Salud Pública de la Escuela de Enfermería «La Paz».

Catalina García Martín-Caro

Diplomada en Enfermería. Directora de la E.U.E. «La Paz». Profesora de Fundamentos de Enfermería.

M.^a Dolores Latienda Bacaioa

Diplomada de Enfermería. Profesora de Enfermería Medicoquirúrgica de la E.U.E. «La Paz».

M.^a Luisa Martínez Elola

Diplomada en Enfermería. Matrona. Asistente Social. Profesora de Fundamentos de Enfermería y Ética-Legislación de la E.U.E. «La Paz». Secretaria de la Escuela.

M.^a Luisa Martínez Martín

Diplomada en Enfermería. Profesora de Enfermería Geriátrica de la E.U.E. «La Paz». Supervisora de Área Funcional en Enfermería del Hospital «Severo Ochoa» de Leganés.

Antonia F. Pérez Galdeano

Diploma en Enfermería. Profesora de Enfermería de la E.U.E. «La Paz».

Carmen Sellan Soto

Diplomada en Enfermería. Profesora de Enfermería Materno-Infantil y Fundamentos de Enfermería de la E. U. E. «La Paz».

Revisión

M. del Coro Canalejas Pérez

Marina Soto González

Manuel L. Vera Cortés

A los profesionales de hoy que fueron nuestros alumnos ayer, a nuestros alumnos que serán mañana profesionales, a todos los que nos elegirán como sus maestros.

Ellos son los que nos estimulan para que nuestro trabajo cotidiano no sea una rutina de vida.

INDICE

	<i>Página</i>
<i>PROLOGO</i>	13
<i>INTRODUCCION</i>	15
PRIMERA PARTE	
LA FORMACIÓN BASICA EN ENFERMERIA	19
PROCESO DE ELABORACION DE LOS PROGRAMAS	22
OBJETIVOS INSTITUCIONALES	23
EL PROCESO ENSEÑANZA-APRENDIZAJE	23
PRIMER CURSO	26
SEGUNDO CURSO	32
TERCER CURSO	39
ASIGNATURAS OPTATIVAS	40
SEGUNDA PARTE	
LAS ASIGNATURAS DE ENFERMERIA EN EL CURRÍCULUM	
BASICO	45
ENFERMERIA FUNDAMENTAL	49
Historia de la Enfermería	51
— <i>Objetivos</i>	51
— <i>Contenidos</i>	52
— <i>Pruebas de evaluación de esta unidad</i>	77
Fundamentos teóricos de la profesión	83
— <i>Objetivos</i>	83
— <i>Contenidos</i>	85
— <i>Pruebas de evaluación de esta unidad</i>	109
Metodología del trabajo de Enfermería	119
— <i>Objetivos</i>	119
— <i>Contenidos</i>	120
— <i>Pruebas de evaluación de esta unidad</i>	134
Cuidados básicos de Enfermería	141
— <i>Objetivos</i>	141

— <i>Ingreso del enfermo</i>	142
— Cuidados de enfermería relacionados con la necesidad de <i>ingesta</i>	148
— Cuidados de enfermería relacionados con la necesidad de <i>seguridad</i>	159
— Cuidados de enfermería relacionados con la necesidad de <i>comunicación</i>	163
— <i>Pruebas de evaluación de esta unidad</i>	167
ENFERMERIA MEDICOQUIRURGICA	175
Generalidades de Enfermería Medicoquirúrgica	177
— <i>Objetivos</i>	177
— <i>El síndrome hemorrágico</i>	178
— <i>Cuidados de enfermería al paciente oncológico</i>	187
— <i>Prueba de evaluación de esta unidad</i>	193
Técnicas más usuales en el cuidado del enfermo	197
— <i>Objetivos</i>	197
— <i>El sondaje vesical</i>	198
— <i>Prueba de evaluación de esta unidad</i>	200
El Departamento Quirúrgico	205
— <i>Objetivos</i>	205
— <i>Contenidos</i>	207
— <i>Pruebas de evaluación de esta unidad</i>	211
Atención de Enfermería a pacientes con desviaciones espe- cíficas del estado de salud	217
— <i>Objetivos</i>	217
— <i>Cuidados de enfermería a pacientes con problemas respira- torios</i>	218
— <i>La paciente ginecológica</i>	221
— <i>Pruebas de evaluación de esta unidad</i>	226
Sistema de compensación total en Enfermería	241
— <i>Objetivos</i>	241
— <i>Contenidos</i>	243
— <i>Pruebas de evaluación de esta unidad</i>	248
ENFERMERIA MATERNAL	259
Generalidades sobre la reproducción	261
— <i>Objetivos</i>	261
— <i>Contenidos</i>	262
— <i>Pruebas de evaluación de esta unidad</i>	267
Cuidados de Enfermería a la mujer gestante	273
— <i>Objetivos</i>	275
— <i>Contenidos</i>	275
— <i>Pruebas de evaluación de esta unidad</i>	283
Atención de Enfermería en el parto y puerperio	291
— <i>Objetivos</i>	291
— <i>Contenidos</i>	292

— Pruebas de evaluación de esta unidad.....	296
ENFERMERIA PEDIATRICA	303
Atención de Enfermería al niño sano	305
— <i>Objetivos</i>	305
— <i>Contenidos</i>	306
— <i>Pruebas de evaluación de esta unidad.....</i>	311
Cuidados de Enfermería al niño enfermo	319
— <i>Objetivos</i>	319
— <i>El problema del hospitalismo en el niño enfermo.....</i>	320
— <i>Cuidados de enfermería al niño de bajo peso y prematuro</i>	323
— <i>Cuidados de enfermería al niño con problemas de déficit del volumen de líquidos</i>	327
— <i>Alta del niño hospitalizado.....</i>	332
— <i>Pruebas de evaluación de esta unidad.....</i>	336
ENFERMERIA GERIATRICA	345
Conceptos generales de Geriatría y Gerontología	347
— <i>Objetivos</i>	347
— <i>Contenidos</i>	348
— <i>Prueba de evaluación de esta unidad</i>	354
Atención de Enfermería al anciano sano	359
— <i>Objetivos</i>	359
— <i>El anciano sano. Características.....</i>	360
— <i>La necesidad de eliminación en el anciano.....</i>	363
— <i>La necesidad de seguridad en el anciano</i>	369
— <i>La necesidad de recreo y ocio en el anciano</i>	374
— <i>Prueba de evaluación de esta unidad</i>	376
Cuidados de Enfermería al anciano enfermo.....	379
— <i>Objetivos</i>	379
— <i>El anciano sometido a intervención quirúrgica</i>	380
— <i>Cuidados de enfermería al paciente con demencia senil.....</i>	385
— <i>Pruebas de evaluación de esta unidad.....</i>	390
ENFERMERIA PSIQUIATRICA	397
— <i>Objetivos</i>	399
— <i>Contenidos</i>	400
— <i>Pruebas de evaluación</i>	403
ENFERMERIA COMUNITARIA	413
El trabajo de la Enfermería en la comunidad.....	415
— <i>Objetivos</i>	415
— <i>La visita domiciliaria.....</i>	416
— <i>La consulta de enfermería.....</i>	422
— <i>Pruebas de evaluación de esta unidad.....</i>	428

Educación para la salud	435
— <i>Objetivos</i>	<i>435</i>
— <i>Contenidos</i>	<i>436</i>
— <i>Pruebas de evaluación de esta unidad.....</i>	<i>440</i>
ANEXO	445
Aplicación de los conocimientos en las prácticas clínicas	445
— <i>Enfermería básica</i>	<i>447</i>
— <i>Enfermería medicoquirúrgica (caso 1)</i>	<i>456</i>
— <i>Enfermería medicoquirúrgica (caso 2)</i>	<i>465</i>
— <i>Enfermería maternal (caso 1)</i>	<i>474</i>
— <i>Enfermería maternal (caso 2)</i>	<i>483</i>
— <i>Enfermería pediátrica (caso 1)</i>	<i>492</i>
— <i>Enfermería pediátrica (caso 2)</i>	<i>501</i>
— <i>Enfermería geriátrica</i>	<i>510</i>
FUENTES DE APOYO Y CONSULTA	511

PROLOGO

La evolución y el avance de una profesión depende, en gran parte, de la calidad en la formación de los profesionales que la integran.

Uno de los retos que se plantea el personal docente de Enfermería, en la actualidad, es el de formar profesionales que den respuesta a las necesidades existentes en la sociedad en materia de salud y que contribuyan a la mejora de la asistencia sanitaria y al propio perfeccionamiento profesional. Esto exige, entre otras cosas, la existencia de una unidad de criterios en la formación así como de una orientación específica de las enseñanzas desde la perspectiva de Enfermería.

Por esta razón, el INSALUD que ha venido realizando algunas publicaciones orientadas a este fin, aporta esta nueva publicación elaborada por las profesoras enfermeras de la Escuela de Enfermería «La Paz», de la que hay que destacar su carácter innovador, ya que se trata de un manual de metodología de la enseñanza en enfermería del que no existe precedente en nuestro país. No dudamos que el mismo servirá a muchos docentes para orientar el desarrollo de la educación en Enfermería, así como para profundizar en los contenidos del mismo e irlos enriqueciendo con nuevas aportaciones.

MILAGROS HERRERO LOPEZ

Asesora de Enfermería

INTRODUCCION

En nuestra sociedad cada servicio humano se preocupa especialmente por algún aspecto del hombre o de su vida diaria, lo que define a cada una de las profesiones y la distingue de las demás.

La Enfermería centra su interés en la atención al individuo para sostener su vida, su salud y su bienestar, recuperarle de la enfermedad y/o adaptarle a sus efectos. Por tanto, la función de la profesión enfermera, su responsabilidad, su razón de ser, es AYUDAR A LOS INDIVIDUOS Y GRUPOS A FUNCIONAR DE FORMA OPTIMA EN CUALQUIER ESTADO DE SALUD EN QUE SE ENCUENTRE. Según la doctora Dorothy C. Hall: «esto significa que la disciplina abarca la función de CUIDAR, tanto en la salud como en la enfermedad, y se extiende desde la concepción hasta la muerte. Se ocupa de mantener y proteger la salud, atender al enfermo y ayudar a la rehabilitación. Contempla los aspectos psicosomáticos y psicosociales de la vida en lo que éstos afectan a la salud, la enfermedad y muerte» (1).

Entendida así la función de la Enfermería es evidente que no es un acto sencillo o una práctica rutinaria. La práctica profesional requiere de conocimientos, actitudes y destrezas que sólo se adquieren con el estudio profundo y sistemático de los problemas y tendencias de la sociedad, el hombre y la Enfermería, lo que convierte a esta actividad en un ciencia aplicada.

Para que la profesión se desarrolle al nivel que exige la ciencia, debe basarse en el conocimiento científico y evitar lo que implica conocimiento común.

Los conocimientos científicos tienen que ser integrados dentro de las enseñanzas de Enfermería como actividad sistemática, así cada acto profesional tendrá una explicación lógica, racional y fundamentada.

La Enfermería, como cualquier otra disciplina, está compuesta por fundamentos teóricos extraídos de otras ramas del saber y por conceptos propios que le dan categoría de profesión independiente. El conjunto de los conocimientos propios de la disciplina enfermera, que son relevantes para su comprensión, es lo que se denomina *MARCO CONCEPTUAL*, base de las enseñanzas de Enfermería.

La formación de enfermeras, desde la perspectiva apuntada, es una preocupación constante para los que tenemos la responsabilidad de preparar a futuros profesionales y nos enfrentamos, entre otros problemas, a la fuerza de las tradiciones que se oponen a las reformas necesarias. Así, en algunas Escuelas de

(1) Dra. Dorothy C. Hall: «Documento básico sobre Enfermería». Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional Europea. EURO/NURS/75.1 Rev. 1. 26 de marzo de 1979. (Original: Inglés.)

Enfermería se continúan impartiendo las enseñanzas bajo un modelo médico fruto del inmovilismo, la desorientación, las escasas posibilidades del personal docente para adquirir nuevos conocimientos y un sinnúmero de razones más que no justifican el seguir copiando modelos del pasado. La formación de enfermeras debe ser revisada en función de las necesidades de hoy. Los programas deben estar basados en los atributos y características de la Enfermería.

Somos conscientes de la difícil tarea que esto representa para las enfermeras docentes. Las profesoras de las Escuelas de Enfermería debemos gozar de ayuda en este campo. Esta es la principal razón por la que el presente manual ha sido preparado.

Creemos conveniente subrayar, desde ahora, que las sugerencias propuestas en este documento son el resultado de una experiencia de las autoras, llevada a la práctica en el período de cuatro cursos académicos y reflejan sus ideas en los campos de la educación y la Enfermería. Se expone el proceso que, en su momento, iniciamos y de cuyos resultados nos sentimos satisfechas.

No tratamos de imponer al lector un compromiso filosófico sino de llevarle a una reflexión para que elija, extraiga conclusiones y, sobre todo, busque las soluciones a sus propios problemas docentes.

Hemos elegido como sistema de explicación los cuadros sinópticos que facilitan la comprensión y el uso de esta guía-libro.

Debido a que cada una de las asignaturas que se describen está estructurada, en nuestro programa según unidades didácticas hemos separado la explicación de cada una de estas unidades. En algunos casos se agrupan todos los temas que componen la unidad. En otros se desarrollan uno o más temas completos de una unidad, con el fin de que el consultor disponga de más información.

Este manual no intenta ser un Tratado de Enfermería, por lo que sólo se describen de forma minuciosa los puntos y epígrafes a tratar en cada parte de los programas, así como la orientación filosófica y metodológica. Corresponde a cada uno de los interesados completar los contenidos y explicaciones de cada punto.

Se han omitido los objetivos y contenidos completos del programa de cada una de las asignaturas que aquí se desarrollan por haber sido publicados recientemente en el libro titulado *Escuela de Enfermería «La Paz». Principios, funcionamiento y plan de estudios*.

Hemos creído interesante incluir al final de cada unidad temática, algunos tipos de ejercicios que sirven de evaluación.

Se incluyen como anexo algunos registros de enfermería elaborados por las alumnas de la Escuela, considerando interesante que figuren aquí para informar al lector de cómo se integran los conocimientos teóricos sobre el cuidado de enfermería en el terreno de la práctica clínica.

Nos sentiremos muy satisfechas si este manual es de utilidad a enfermeras dedicadas a la docencia, a enfermeras asistenciales motivadas e interesadas por la enseñanza, a nuestras compañeras que en un futuro próximo se incorporarán a las Escuelas de Enfermería, a las estudiantes y, en fin, a todos aquellos que por alguna razón están relacionados con la educación básica de Enfermería.

Siguiendo la terminología usada internacionalmente, usaremos el femenino al referirnos a las enfermeras y alumnas de Enfermería y el masculino para los médicos y usuarios (sanos/enfermos). Esperamos que nadie se sienta ofendido.

LAS AUTORAS

PRIMERA PARTE
LA FORMACION BASICA EN ENFERMERIA

LA FORMACION BASICA EN ENFERMERIA

El Decreto 2128/77 estableció la «Integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería».

Esta transformación no se hizo de una manera arbitraria sino que fue inspirada por grupos de profesionales que reivindicaban, desde hacía tiempo, el adecuar la profesión enfermera a las necesidades actuales de la sociedad en lo que se refiere a la salud.

Una de las consecuencias más importantes de este cambio ha sido elevar la Enfermería a la categoría de profesión al ser incluidas sus enseñanzas en la Universidad. Así los profesionales dedicados a la docencia debemos asumir el reto de conformar un cuerpo propio de conocimientos e ir desechando esquemas pasados en sus enfoques y contenidos de las materias de Enfermería.

La desorientación actual que tenemos el colectivo profesional sobre el concepto de Enfermería hace que las Escuelas tengan orientaciones muy diversas. Esto se refleja en las actitudes y comportamientos de las alumnas que serán nuestras futuras profesionales.

En nuestra opinión, las Escuelas de Enfermería deben tener presentes al planificar y programar las enseñanzas tres aspectos fundamentales. En primer lugar el *sistema educativo* español en el cual estamos inmersos: la enseñanza de Enfermería debe ser impartida en el orden académico basado en la legislación vigente. En muchas ocasiones oímos decir a nuestras compañeras docentes que nuestras enseñanzas son diferentes y que no se pueden adaptar a esta legislación. Con este argumento y otros parecidos no conseguiremos el desarrollo profesional a través de la educación. Cualquier legislación educativa perteneciente al nivel universitario es aplicable a todas las disciplinas aprendidas en la universidad. Otro aspecto importante es el *sistema sanitario* del Estado español, condicionante decisivo de nuestras enseñanzas. Es primordial formar profesionales capaces de trabajar bajo los principios, planes, organización y tipo de asistencia sanitaria que posee el sistema de salud español. Por último, la enseñanza de la disciplina enfermera debe estar inmersa en el *marco conceptual* de la profesión. Debe ser orientada, planificada, enseñada y aprendida según un modelo que guíe las acciones de las estudiantes, futuras enfermeras.

Consideramos que el primer ciclo de la educación de Enfermería se debe ordenar teniendo en cuenta las exigencias de una formación general sólida y las necesidades derivadas de la estructura de empleo. En definitiva, este ciclo prepara a las profesionales para que sean capaces de planificar, administrar y evaluar los cuidados de Enfermería prestados a un individuo o a un grupo en el medio extra o intrahospitalario.

Este primer ciclo, que otorga la titulación de diplomado en Enfermería, consta de tres cursos académicos. En nuestra Escuela los estructuramos dedicando el primer año al estudio de los conceptos de Enfermería y de salud, las necesidades y funciones humanas básicas y la ayuda a las personas en las actividades diarias, sin considerar o haciéndolo mínimamente, la terapia en sí. El segundo curso se centra en la Enfermería clínica o cuidados a personas con disfunciones comunes, problemas físicos o emocionales que ocurren en cualquier situación. El último año de la carrera se centra en el estudio de los cuidados de Enfermería, enfocados hacia grupos de edad y riesgos asociados (madres, niños, ancianos) en situaciones concretas de enfermedad (física y/o mental), considerando a los individuos integrantes de una comunidad en busca de una mejor salud.

PROCESO DE ELABORACION DE LOS PROGRAMAS

Los programas de las asignaturas del área de Enfermería de nuestra Escuela, son parte del trabajo general que iniciamos hace cinco años. Consideramos importante exponer someramente cómo surgieron para poder enmarcarlos en su contexto y no considerarlos como unos programas más aislados de otras áreas del conocimiento.

Comenzamos nuestra tarea con la meta de estructurar la organización de las enseñanzas, para lo que se planificó un programa de trabajo de Escuela consistente en definir primeramente la filosofía del Centro en cuanto a la concepción de la Enfermería, el perfil profesional que queríamos conseguir, los objetivos institucionales y la consideración del proceso enseñanza-aprendizaje.

Consideramos esencial la concepción filosófica de la Enfermería para poder determinar qué tenemos que enseñar. Así, una vez aceptada y asumida la filosofía de la Escuela por el grupo de profesores, decidimos basar nuestras enseñanzas sobre los cuidados de Enfermería según el modelo de autocuidado de Dorothea E. Orem. A partir de aquí iniciamos la formulación de objetivos y elaboración de contenidos siguiendo un proceso que fue largo pero eficaz.

1. Se celebró un claustro de profesores donde se presentaron las directrices generales para la elaboración de los programas y fijación del calendario de trabajo.

2. Se agruparon las asignaturas por áreas con el fin de que los profesores llegáramos a un acuerdo en los objetivos y contenidos, haciéndolos coherentes y evitando repeticiones. Las áreas que para este fin se definieron en este primer paso fueron:

Area de Ciencias Básicas: Bioquímica-Biofísica, Anatomofisiología, Nutrición y Dietética y Farmacología Clínica.

Area de Ciencias Psicosociales: Ciencias de la Conducta I, Ciencias de la Conducta II y Ciencias de la Conducta III.

Area de Salud Pública: Introducción a la Salud Pública, Salud Pública I, Salud P. II, Bioestadística y Administración Sanitaria.

Area de Ciencias de la Enfermería: Fundamentos de Enfermería, Enfermería Medicoquirúrgica I y II, Enfermería Materno-Infantil, Enfermería Geriátrica, Enfermería Comunitaria y Ética-Legislación.

3. El siguiente paso fue otra ronda de reuniones de trabajo para revisar los borradores de los programas de las asignaturas que forman parte de las áreas de conocimientos descritas en el Reglamento General de Escuelas del Instituto Nacional de la Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo):

Area de Fundamentos de Enfermería: Biofísica y Bioquímica, Anatomofisiología, Fundamentos de Enfermería y Etica-Legislación.

Area de Enfermería Medicoquirúrgica: Enfermería Medicoquirúrgica I y II, Farmacología Clínica y Nutrición-Dietética.

Area de Ciencias de la Conducta: Ciencias de la Conducta I y II, Ciencias de la Conducta III y Enfermería Psiquiátrica.

Area de Salud Pública: Bioestadística, Introducción a la Salud Pública, Salud Pública I, Enfermería Comunitaria, Enfermería Materno-Infantil, Enfermería Geriátrica y Administración Sanitaria.

4. La última fase de reuniones se realizó por cursos antes de celebrar nuevo claustro de profesores para presentar los programas definitivamente elaborados. En realidad, para entonces todos los profesores conocíamos los programas completos, pues el sistema de trabajo que utilizamos hizo que un porcentaje elevado de profesores tuviera que trabajar en varios grupos de los que se formaron.

Precisamente, el objetivo de esta metodología era que se coordinaran tanto cronológica como consecencial y coherentemente las enseñanzas y no crear en los profesores sentimiento de propiedad de los programas sino un clima que favoreciera el pensamiento de «los programas son de la escuela elaborados por los profesores de la misma».

OBJETIVOS INSTITUCIONALES

Con nuestras enseñanzas nos proponemos que al terminar los estudios las estudiantes sean capaces de:

1. Prestar cuidados de enfermería al individuo sano y enfermo, a la familia y a la comunidad en cualquier nivel de atención, enfocando estos cuidados para que el hombre alcance su salud y desarrolle al máximo de sus posibilidades el nivel de autocuidado.
2. Participar en el equipo de salud cumpliendo las funciones propias de la profesión de Enfermería.
3. Contribuir a la formación de los distintos niveles del personal de Enfermería.
4. Participar en programas de investigación en el campo de la Enfermería.

EL PROCESO ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

La educación tiene como objetivo la modificación, previamente definida, de los comportamientos de la estudiante en el curso de un periodo prefijado.

Este «comportamiento» resultante está definido, explícita e implícitamente, en forma de objetivos educativos que son alcanzados a través de un programa acorde y coherente con aquéllos.

El éxito del resultado final depende en gran parte de la puesta en marcha y desarrollo del programa.

Los objetivos educativos formulados, según lo que queremos que alcancen las estudiantes, están orientados a que la profesional que estamos formando sea capaz de identificar la función propia de la enfermera, asumir la responsabilidad a la que se ha comprometido y prestar una atención segura, eficaz y de la más alta calidad humana, técnica y científica.

Los programas de Enfermería describen un conjunto de actividades educativas planificadas que la estudiante sigue con nuestra ayuda, centrado más en los objetivos a alcanzar que en el tiempo a emplear. Al planificar la formación enfocamos los contenidos interesándonos más en lo que la alumna aprende que en lo que el profesor presente.

Enseñar Enfermería como cualquier otra ciencia, no es hacer que se registre en la memoria de la estudiante una serie de informaciones. La alumna tiene que participar en el proceso, pensar por sí misma, confrontar ideas, tolerarse las imperfecciones y comprender su derecho al error. En definitiva, la alumna no sólo debe recibir sino aportar.

Por la naturaleza de la profesión, hacemos que la alumna aprenda de forma que los conocimientos teóricos sean llevados a la práctica clínica con las habilidades y actitudes que garantizan el cumplimiento de la función que posteriormente tendrá que desempeñar en la sociedad. Esto requiere que el aprendizaje se realice según un método que implica una serie de actividades para completar la comprensión de las explicaciones dadas por el profesor.

Para la elección de la actividad analizamos diferentes aspectos de los contenidos a aprender por la estudiante. No es lo mismo un tema meramente informativo, una lección que necesita del aprendizaje de algunas técnicas, un tema que apela a la reflexión y creatividad o el que necesita de una motivación previa (cuadro número 1).

CUADRO N.º 1

NIVEL TAXONOMICO	TIPO DE ENSEÑANZA	LUGAR	METODOLOGIA
COGNOSCITIVO <i>SABER</i>	TEORICA	AULA	CLASES EXPOSITIVAS SEMINARIOS RESOLUCION DE CASOS REPETICIONES MANIPULACIONES IMITACIONES REPRODUCCIONES DE ACTOS ATENCIÓN DIRECTA EN CAMPO OTROS
AFECTIVO <i>SABER ESTAR</i>	PRACTICA	SALA DE DEMOSTRACION	
PSICOMOTOR <i>SABER HACER</i>	CLINICA	CENTROS DE ATENCION - PRIMARIA - ESPECIALIZADA	

PRIMER CURSO

Las estudiantes, a su ingreso en la Escuela, poseen la capacidad intelectual y formación que las habilitan para iniciar los estudios universitarios, comenzando para ellas un período de desarrollo y crecimiento personal nuevo.

Las presunciones, opiniones y valores que adoptamos se basan en los criterios fundamentales que poseemos el personal docente acerca de la concepción del ser humano, el concepto de salud y la naturaleza de los cuidados de enfermería, meta del proceso enseñanza-aprendizaje de primer curso.

Este curso es el que introduce a las alumnas en la profesión que han elegido, siendo los objetivos finales:

A *nivel cognoscitivo*, conocer y comprender al hombre como un ser biopsico-social, su estructura, funcionamiento y desarrollo; interpretar la salud como un fenómeno dinámico, relativo y variable en la especie humana, influida por factores biológicos, sociales, culturales, económicos, etc., y por último, entender la Enfermería como un servicio humano orientado a ayudar a las personas a llevar a cabo y mantener por sí mismas acciones de autocuidado para conservar la vida, la salud y el bienestar, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar sus consecuencias.

A *nivel volitivo* las estudiantes deberán mostrar una actitud de aceptación de las responsabilidades y exigencias de la profesión.

A *nivel psicomotor* demostrarán las habilidades y destrezas necesarias para ayudar a las personas, según el grado de incapacidad, a mantener cubiertos los requisitos de autocuidado en las necesidades fundamentales.

Según esto, los contenidos del programa incluyen el estudio del hombre desde su vertiente neurofisiológica, psicológica y social, realizándose el estudio a través del conocimiento profundo del organismo humano en su estructura y funcionamiento, la comprensión de los fenómenos biofísicos y bioquímicos, la organización psicológica y el entendimiento de éste como un todo. De estos conceptos se ocupan las asignaturas de Anatomofisiología, Bioquímica-Biofísica y Ciencias de la Conducta I.

El estudio de la materia denominada «Introducción a la Salud Pública» pretende que las alumnas interpreten el concepto de salud como una circunstancia o situación dinámica y conozcan los factores físicos, químicos, biológicos, socioculturales, etc., que la condicionan.

Con el estudio de los Fundamentos de Enfermería las alumnas conocerán las bases históricas y los fundamentos teórico-metodológicos de la Enfermería como profesión, y aprenderán los cuidados básicos dirigidos a cubrir las necesidades fundamentales del ser humano.

Otras materias, que sirven como soporte a la profesión, se imparten en este primer curso con el fin de que las estudiantes integren los conocimientos necesarios. Así, la Deontología ayuda a las futuras profesionales a reflexionar sobre las normas y conductas de tipo ético dentro de las cuales deben actuar. Por medio de la Legislación conocen las normas de derecho positivo vigente que pueden incidir en los distintos campos de actuación en el ejercicio profesional. Y por último, con la asignatura de Bioestadística adquieren conocimientos básicos para iniciar trabajos y estudios intelectuales. Asimismo, esta materia es fundamental para la comprensión posterior de la Epidemiología y el método epidemiológico.

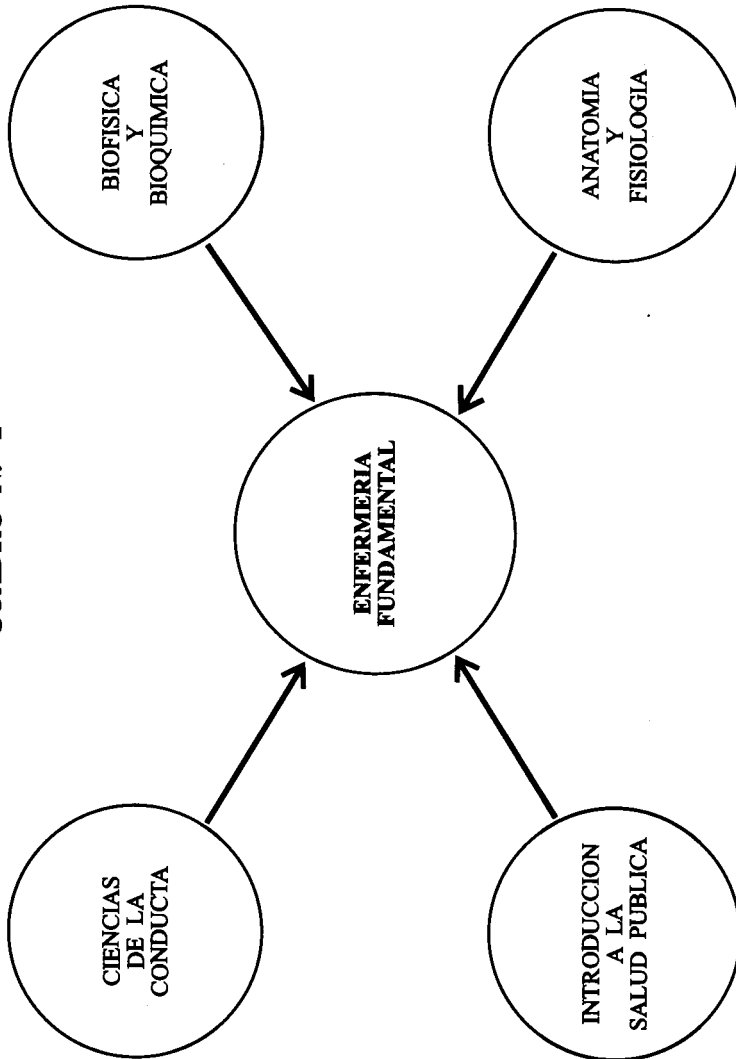
En la impartición de las diferentes asignaturas cuidamos minuciosamente la coordinación de las materias, tanto en contenidos como en cronología, para que las alumnas asimilen los conocimientos. No podemos obviar que esto presenta dificultades. A veces la planificación no resulta fácil pues son varios los profesores que deben ponerse de acuerdo, pero las dificultades se resuelven con el esfuerzo y la coordinación continua de las áreas de conocimientos. De otro modo no es posible dar a las estudiantes una formación lógica, completa y ordenada.

En este sentido hemos conseguido evitar, unos y otros, las típicas «intruducciones», explicaciones esquemáticas para cubrir las lagunas que las alumnas pudieran tener. Por ejemplo, si en Fundamentos de Enfermería se analizan los cuidados básicos referentes a la necesidad de la alimentación, las alumnas ya conocen la función digestiva y nutritiva, la importancia social de la alimentación, la influencia de los hábitos y costumbres y toda una serie de puntos previos al tema. Por poner otro ejemplo, al estudiar los problemas que pueden producirse por alteraciones de las necesidades de soledad, intimidad, comunicación, interacción y conformidad con las normas del grupo* las alumnas han estudiado en Ciencias de la Conducta la estructura del psiquismo humano y las bases neurofisiológicas, los fenómenos afectivos y, en fin, todo lo necesario para la fácil comprensión de los nuevos conceptos.

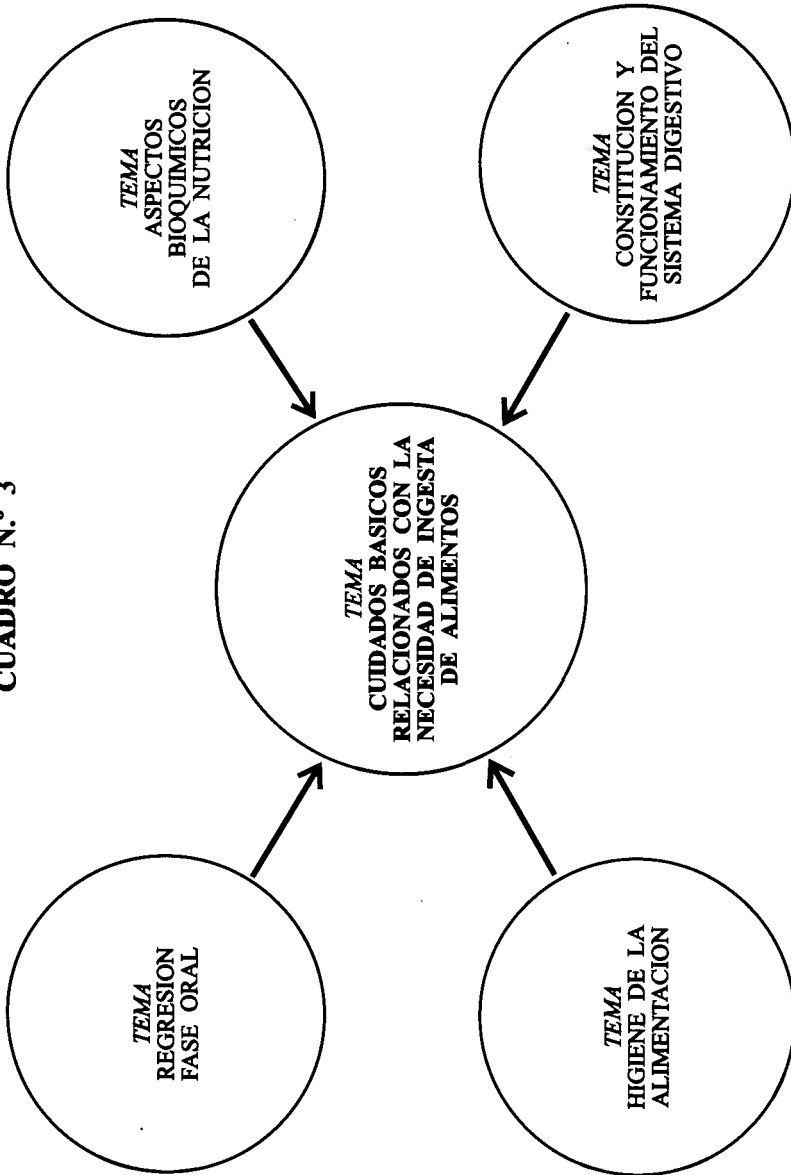
Es importante hacer notar que para la coordinación y planificación de contenidos en este curso, la asignatura de referencia es la de Fundamentos de Enfermería (cuadros núms. 2, 3, 4 y 5).

* Recordamos al lector, que en nuestro centro el marco teórico de las enseñanzas es el modelo de autocuidado de Dorothea E. Orem.

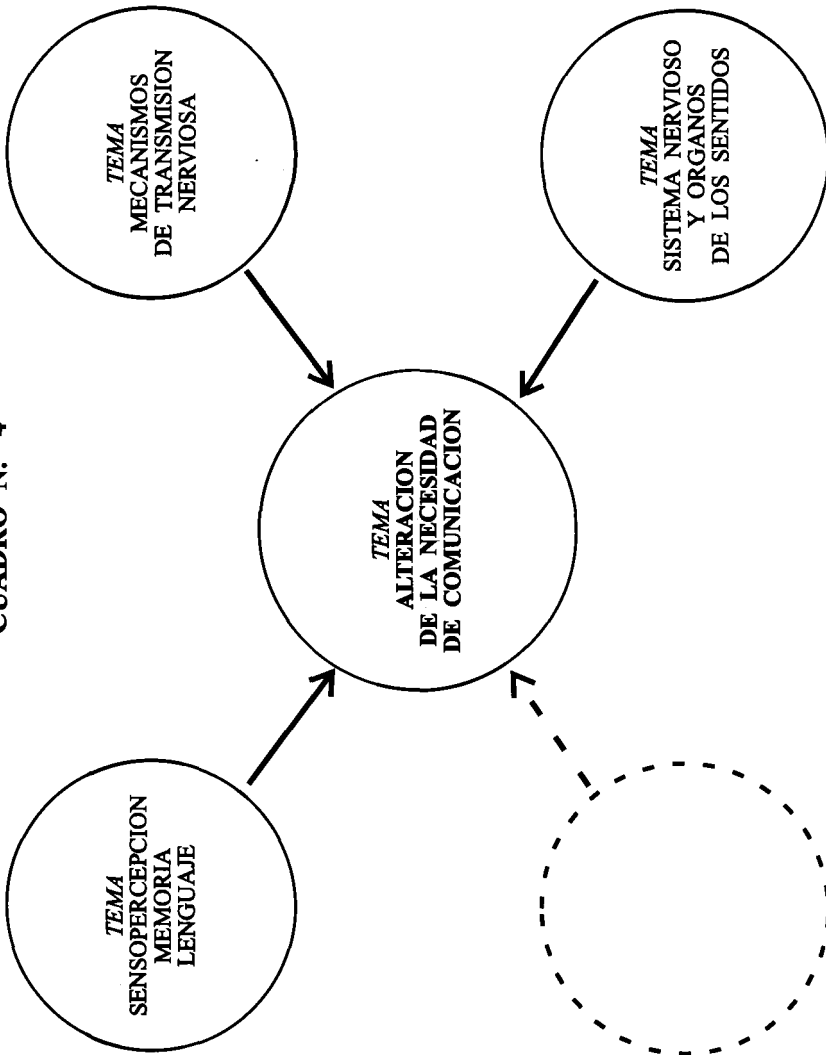
CUADRO N.º 2



CUADRO N.º 3



CUADRO N.º 4



CUADRO N.º 5: PERIODOS TEORICOS PRIMER CURSO

	<i>Primero</i>	<i>Segundo</i>	<i>Tercero</i>	<i>Cuarto</i>
Fundamentos de Enfermería	<p>Evolución histórica de los cuidados enfermeros. Concepto actual de enfermería.</p>	<p>Fundamentos teóricos: — Ciencia y método científico. — Marco teórico. — Teorías generales y Model. de enfermería.</p>	<p>Metodología del trabajo de enfermería.</p>	<p>Cuidados básicos en problemas de déficit de autocuidado en relación con las necesidades básicas.</p>
Anatomo-fisiología	<p>Citología e histiología.</p>	<p>Estructura y funcionamiento del cuerpo humano: — Anatomía funcional del sistema locomotor.</p>	<p>— SNC y periférico. — Organos de los sentidos. — Sistema digestivo. — Sistema renal.</p>	<p>— Sistema cardiovascular. — Sistema respiratorio. — Hematología. — Endocrinología</p>
Bioquímica y biofísica	<p>La membrana celular. Mecanismos de transmisión nerviosa y muscular. Principios inmediatos. Metabolismos de los mismos. Aspectos bioquímicos y genéticos de la nutrición.</p>			
Ciencias de la conducta	<p>Psicología general. Estructura del psiquismo humano.</p>		<p>Psicología evolutiva.</p>	<p>Atención psicológica al individuo.</p>
Salud pública	<p>Ciclo salud-enfermedad: — Ecología. Concepto actual de salud. Evolución histórica.</p>			

SEGUNDO CURSO

Este curso se dedica fundamentalmente al aprendizaje de los cuidados de enfermería al adulto con problemas derivados de necesidades alteradas por una enfermedad.

Al iniciar los estudios de este año, las alumnas poseen las bases necesarias que las capacitan para comprender la fisiopatología y cómo ésta altera las funciones de la vida. Precisamente por esto, las exigencias de la Escuela son que, al finalizar este curso, las alumnas:

A nivel cognoscitivo identifiquen los procesos desencadenantes de la enfermedad y las implicaciones resultantes de la misma. Asimismo, deben aprender a resolver los problemas derivados de las necesidades alteradas y las demandas nuevas de autocuidado.

A nivel volitivo deberán mostrar una actitud responsable, ética y humanística a la vez que técnica en la ayuda de la persona que demanda cuidados de enfermería en una situación de enfermedad.

A nivel psicomotor, mostrarán las destrezas y habilidades necesarias para realizar las técnicas que se utilizan en el cuidado de la persona enferma.

De este modo, los contenidos de los programas se refieren a la atención integral del enfermo.

Por la complejidad que supone el cuidado de la persona enferma, el aprendizaje de este cuidado se reserva en el segundo curso a situaciones en la que la persona necesita ayuda bajo los sistemas de compensación parcial y apoyo educativo (según el modelo de autocuidado), reservándose para el último curso de la carrera el estudio de los cuidados de enfermería a pacientes en situaciones críticas, en donde la enfermera lleva a cabo el sistema de compensación total.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, las estudiantes aprenden a observar y valorar las manifestaciones, reacciones y conductas del individuo que sufre un problema de salud; conocen la fisiopatología básica de muchos trastornos; aplican los principios aprendidos en biología, fisiología, psicología, metodología de los cuidados, etc.; formulan juicios asistenciales; trabajan sobre bases lógicas; realizan acciones que conforman las funciones independiente, interdependiente y dependiente de la enfermera y todas aquéllas que capacitan para aplicar el cuidado de enfermería apropiado.

Para alcanzar esta meta, los contenidos se reparten en una serie de materias. Así, la asignatura de Ciencias de la Conducta II está dedicada a que las alumnas conozcan los comportamientos psicológicos del ser humano como componente de un grupo social, y los procesos y ajustes grupales; esto es útil para conseguir la integración en el equipo de trabajo, pues hay que tener en cuenta que, en este curso, las horas de prácticas clínicas en el hospital aumentan considerablemente. Asimismo, en esta asignatura, se estudian las dimensiones psicosociales de la enfermedad y se aprenden las diferentes alternativas para resolver los posibles problemas de esta naturaleza.

Con el estudio de la Salud Pública I se conocen los diferentes niveles de prevención y su aplicación a las distintas situaciones de salud o enfermedad, así como el concepto de Epidemiología, el método de trabajo de ésta y los patrones epidemiológicos de las enfermedades más frecuentes en España.

En Farmacología Clínica se imparten los conocimientos necesarios para integrar en los cuidados de enfermería, la aplicación de los tratamientos médicos como actividad derivada en el ejercicio profesional.

A través de la Nutrición-Dietética se adquieren los conocimientos para asumir por una parte, la responsabilidad educadora en el cuidado nutricional de los individuos, y por otra, aplicar en los cuidados las dietas precisas en cada situación.

Por último, la asignatura central de este curso, Enfermería Medicoquirúrgica I, es un compendio de los cuidados terapéuticos. Los contenidos están elaborados según las necesidades alteradas por una situación de enfermedad.

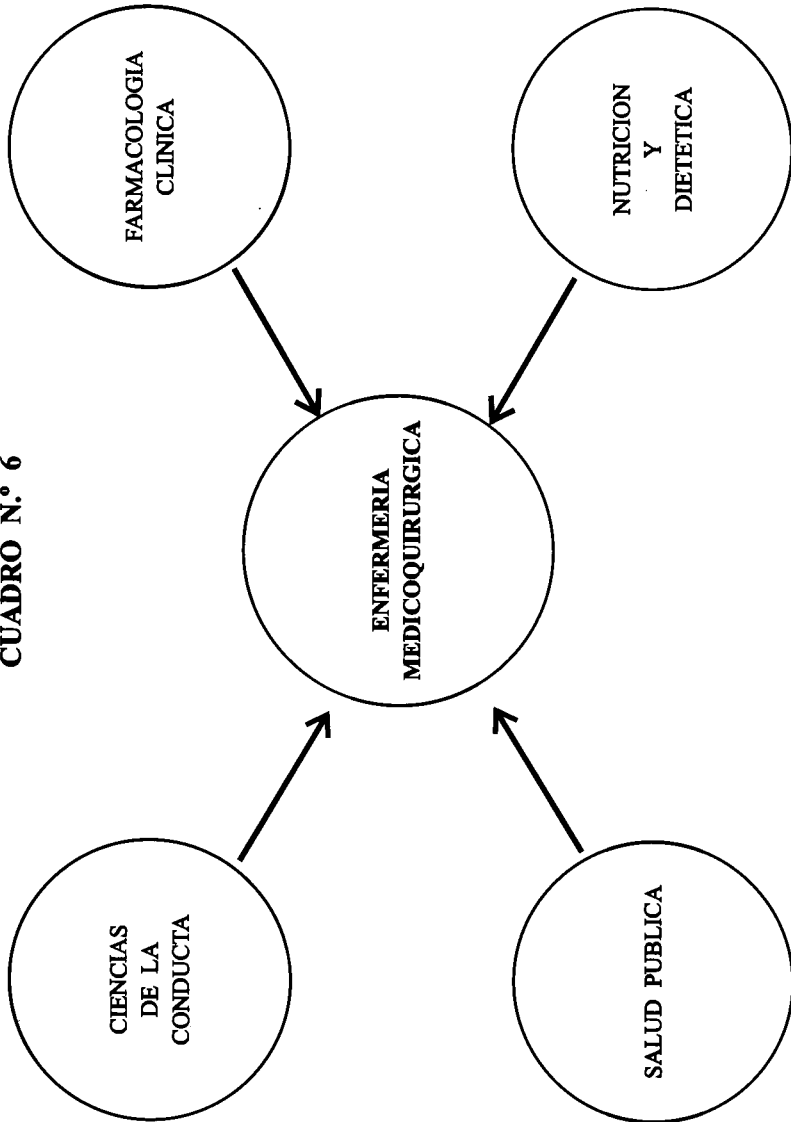
Siguiendo los principios de la Escuela, se enfocan las enseñanzas inculcando a las alumnas a que en sus actuaciones tengan presente al individuo como un ser biopsicosocial, capaz de aprender acciones beneficiosas encaminadas a su recuperación, haciéndolo sujeto activo del proceso salud-enfermedad según sus posibilidades.

Es importante la coordinación de las diferentes actividades docentes para conseguir una enseñanza integrada, asegurando así el funcionamiento armónico del proceso educativo y una formación más eficaz. Si en la enseñanza tradicional el sistema cardiovascular, por ejemplo, es tratado por separado y a veces de modo conflictivo por el fisiólogo, el cirujano, el médico internista, la enfermera que imparte los cuidados a pacientes con problemas cardiovasculares, etc., los estudiantes escuchan, repiten y olvidan mientras esperan la clase siguiente.

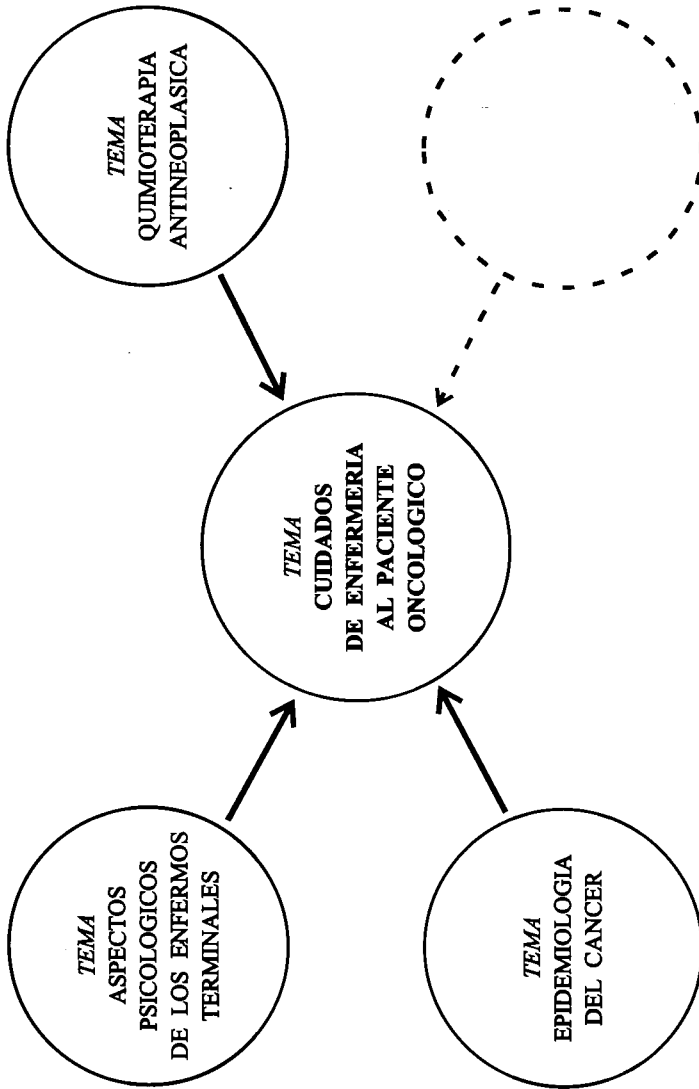
Nosotros establecemos la enseñanza modular mediante una coordinación previa. Todo lo enseñado en una parte del programa se relaciona con lo que se enseña en otras materias. Con esto se reduce repeticiones superfluas que confunden a las estudiantes; se presenta la temática en un orden lógico y se reducen los detalles no esenciales. La discusión previa de los profesores da como resultado el equilibrio de un tema según un objetivo común; mejora la calidad de la enseñanza y fomenta las relaciones interprofesores al realizar un trabajo en equipo.

La asignatura de referencia para la coordinación de materias y planificación de clases teóricas, prácticas y clínicas es la Enfermería Medicoquirúrgica (cuadros núms. 6, 7, 8 y 9).

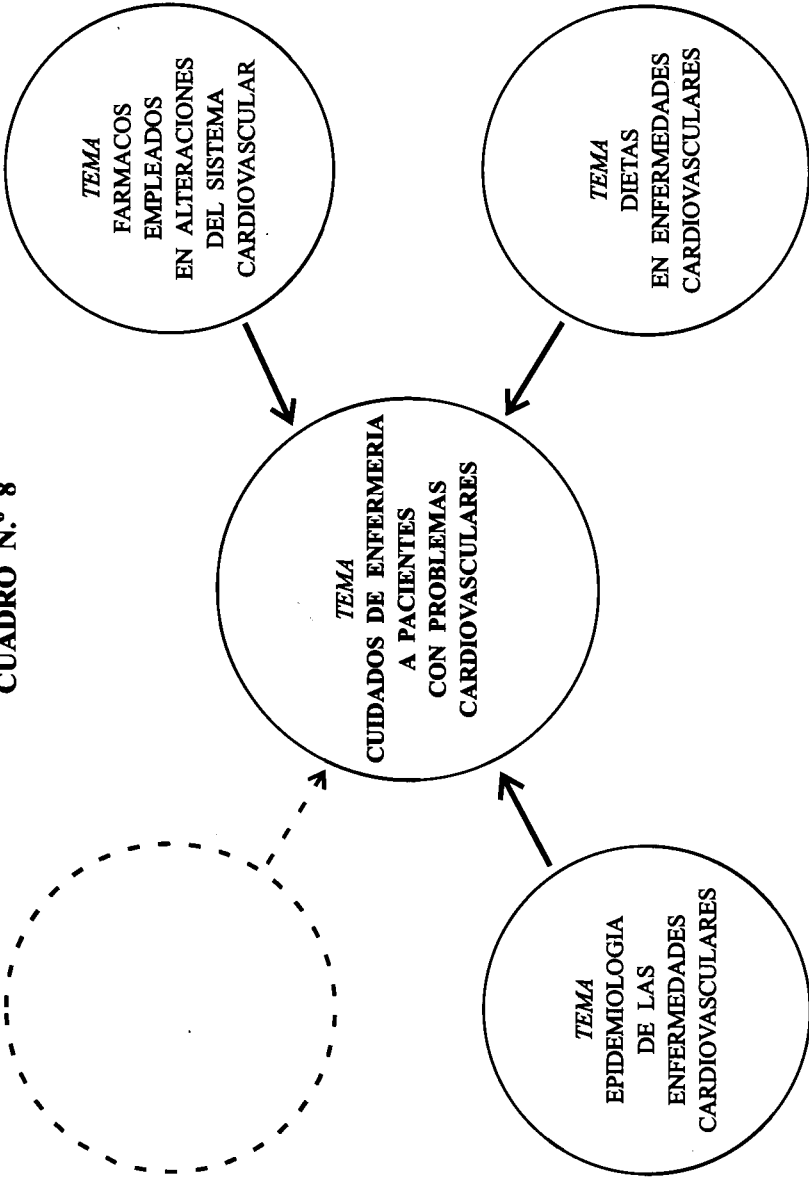
CUADRO N.º 6



CUADRO N.º 7



CUADRO N.º 8



CUADRO N.º 9: PERIODOS TEORICOS SEGUNDO CURSO

<i>Asignaturas</i>	<i>Primero</i>	<i>Segundo</i>	<i>Tercero</i>
<p>Enfermería médico-quirúrgica</p>	<p>Introducción a la EMQ. Técnicas en el cuidado del enfermo. El departamento quirúrgico. Atención de enfermería a pacientes — Cuidados a pacientes con problemas digestivos.</p>	<p>con desviaciones específicas del estado de salud: — Cuidados a pacientes con problemas del sistema cardiorrespiratorios y vasculares.</p>	<p>— Cuidados a pacientes con problemas del sistema locomotor, ORL, urinarios y ginecológicos.</p>
<p>Farmacología clínica</p>	<p>Conceptos generales de farmacología. Farmacología en relación con problemas de carácter general. Farmacología en relación con problemas — Fármacos empleados en el sistema digestivo.</p>	<p>medicoquirúrgicos de carácter específico: — Fármacos empleados en alteraciones del sistema respiratorio y cardiovascular.</p>	<p>— Fármacos empleados en alteraciones del sistema excretor urinario.</p>
<p>Nutrición y dietética</p>	<p>Principios de alimentación-nutrición. Introducción a la dietética terapéutica: — Dietética hospitalaria. — Dietas en cirugía. — Dietas en enfermedades digestivas. — Alimentación enteral y parenteral.</p>	<p>— Dietas en enfermedades renales y cardiovasculares. — Dietas para control de peso, en problemas especiales y quemados. — Técnica dietética.</p>	

CUADRO N.º 9: PERIODOS TEORICOS SEGUNDO CURSO (CONCLUSION)		
<i>Asignaturas</i>	<i>Primero</i>	<i>Segundo</i> <i>Tercero</i>
Salud pública	Epidemiología y método epidemiológico. Epidemiología de las enfermedades transmisibles. La infección hospitalaria.	Epidemiología de otros problemas de salud que afectan a la comunidad: — Enfermedades crónicas. — Epidemiología de los accidentes. — Alteraciones genéticas y subnormalidad. Las dependencias. La alergias. — Exámenes en salud. Patrón epidemiológico español.
Ciencias de la conducta	Psicosociología.	Psicosociología de los grupos. Aspectos psicosociales de los cuidados de enfermería.

TERCER CURSO

El último curso comprende el estudio de los cuidados de enfermería aplicados al tipo y necesidades de los usuarios, enfermos o sanos, enfocando éstos bien desde el punto de vista de grupos de edad y riesgos asociados (madres, niños, ancianos), bien en situaciones concretas de enfermedad (física, mental), considerando a los individuos como integrantes de una comunidad en busca de una salud mejor.

Según esto, al finalizar el curso tercero las alumnas habrán adquirido los conocimientos necesarios para que:

A nivel cognoscitivo sean capaces de identificar y resolver los problemas específicos de salud a todos los grupos de edad dentro del ciclo vital del ser humano.

A nivel volitivo, deben mostrar una actitud ética, responsable y profesional en todas las actividades relacionadas con la práctica de la Enfermería.

A nivel psicomotor, deberán mostrar las destrezas y habilidades necesarias para prestar cuidados a los diferentes grupos de población en situación de salud o enfermedad.

Para conseguir estas metas los contenidos que conforman el curso corresponden a las asignaturas de Enfermería Medicoquirúrgica II, que por su extensión y contenidos es una continuación de la parte iniciada en segundo curso, impartiendo aquí los problemas específicos que no fueron abordados en el curso anterior. Asimismo, se agrupan y estudian los cuidados de enfermería a pacientes en situaciones críticas y que se encuentran en estados clínicos que los incapacitan y/o limitan totalmente. Esta parte del programa se imparte en este curso por la complejidad de los cuidados que requieren estos enfermos, ya que la experiencia en la práctica clínica y los conocimientos adquiridos anteriormente en el aula facilitan la comprensión e interiorización de esta parte del programa.

La asistencia integral a la madre y al niño conjuntamente la aprenden las alumnas en la asignatura denominada Enfermería Maternal, incluyendo los aspectos de la gestación, del parto y los cuidados que deben prestarse a la madre y al recién nacido.

Por otro lado, considerando que lo que define la actividad de las enfermeras es el grupo y necesidades de los usuarios por su edad y características, los niños desde el nacimiento hasta la edad adulta pasan por diferentes etapas en su desarrollo madurativo, lo que hace que los cuidados de enfermería dirigidos a ellos tengan entidad propia, quedando incluidos en la asignatura de Enfermería Infantil.

Otro grupo importante a tener en cuenta, tanto en estado de salud como en la enfermedad son los ancianos, que difieren del resto de los grupos de la población por los problemas que aparecen derivados de la etapa del ciclo vital en la que se encuentran. Es por esta razón por la que se incluye en el currículum la asignatura de Enfermería Geriátrica.

También se realiza un estudio de los conceptos básicos de Enfermería Psiquiátrica, necesarios para la actuación profesional, con el fin de capacitar a las alumnas para prestar cuidados de enfermería a pacientes con alteraciones conductuales más frecuentes.

La Salud Pública II centra sus contenidos en aquellos conocimientos útiles que capacitan a las alumnas para actuar como miembro del equipo de salud comunitario, a la vez que aprenden a planificar y ejecutar programas educativos según las necesidades de la comunidad.

Por último, con la asignatura de Administración, se introduce a las alumnas en el análisis de los aspectos más importantes referidos a la gestión de los servicios de salud en general y a los de Enfermería en particular.

El orden cronológico del proceso enseñanza-aprendizaje se encuentra descrito en el cuadro núm. 10.

ASIGNATURAS OPTATIVAS

Las peculiares características de la sociedad actual y el cada vez más frecuente intercambio de ideas y experiencias entre los diferentes grupos geográficos y culturales han hecho imprescindible el estudio de, al menos, un segundo idioma que facilite la comunicación entre individuos o entidades con intereses comunes en el campo de la ciencia, la técnica, el arte, el comercio o las meras relaciones personales. Esta es la razón fundamental por la que la mayor parte de las carreras incluyen en sus planes de estudios la enseñanza de una lengua extranjera que favorezca tales interrelaciones.

Puesto que el Inglés es en estos momentos el idioma más utilizado en el contexto científico internacional, se ha considerado el más adecuado para ser incluido entre los programas que se imparten en esta Escuela, estudiándose a lo largo de los tres cursos de que consta la carrera de Enfermería.

CUADRO N.º 10: PERIODOS TEORICOS TERCER CURSO

<i>Asignaturas</i>	<i>Primero</i>	<i>Segundo</i>
Enfermería medico- quirúrgica	Atención de enfermería a pacientes con desviaciones específicas del estado de salud: — Cuidados de enfermería a enfermos con problemas del sistema nervioso, sistema endocrino y metabólico, dermatológicos y hematológicos.	Atención de enfermería a pacientes que necesitan del sistema de compensación total para el autocuidado.
Enfermería materno- infantil	Generalidades sobre la reproducción. Cuidados de enfermería a la mujer gestante. Cuidados de enfermería en el parto y puerperio.	Atención de enfermería al niño sano. Cuidados de enfermería al niño enfermo.
Enfermería geriátrica	Conceptos generales de gerontología y geriatría. Atención de enfermería al anciano sano. Cuidados de enfermería al anciano enfermo.	
Enfermería psiquiátrica	Cuidados de enfermería al paciente con alteraciones psíquicas.	
Salud pública	Enfermería de la comunidad. Educación para la salud.	
Administración	Administración de los servicios de salud. Administración de los servicios de enfermería.	

SEGUNDA PARTE

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

LAS ASIGNATURAS DE ENFERMERIA EN EL CURRÍCULUM BÁSICO

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

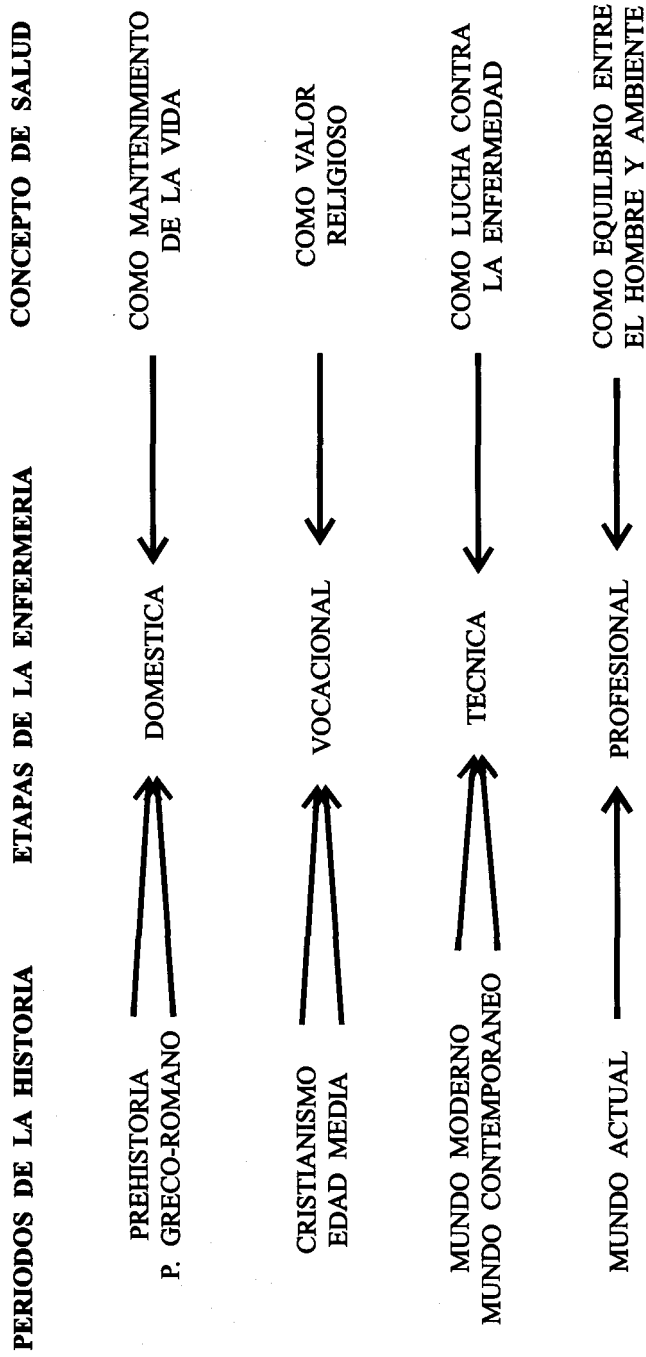
COMO LUCHA CONTRA
LA ENFERMEDAD

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:

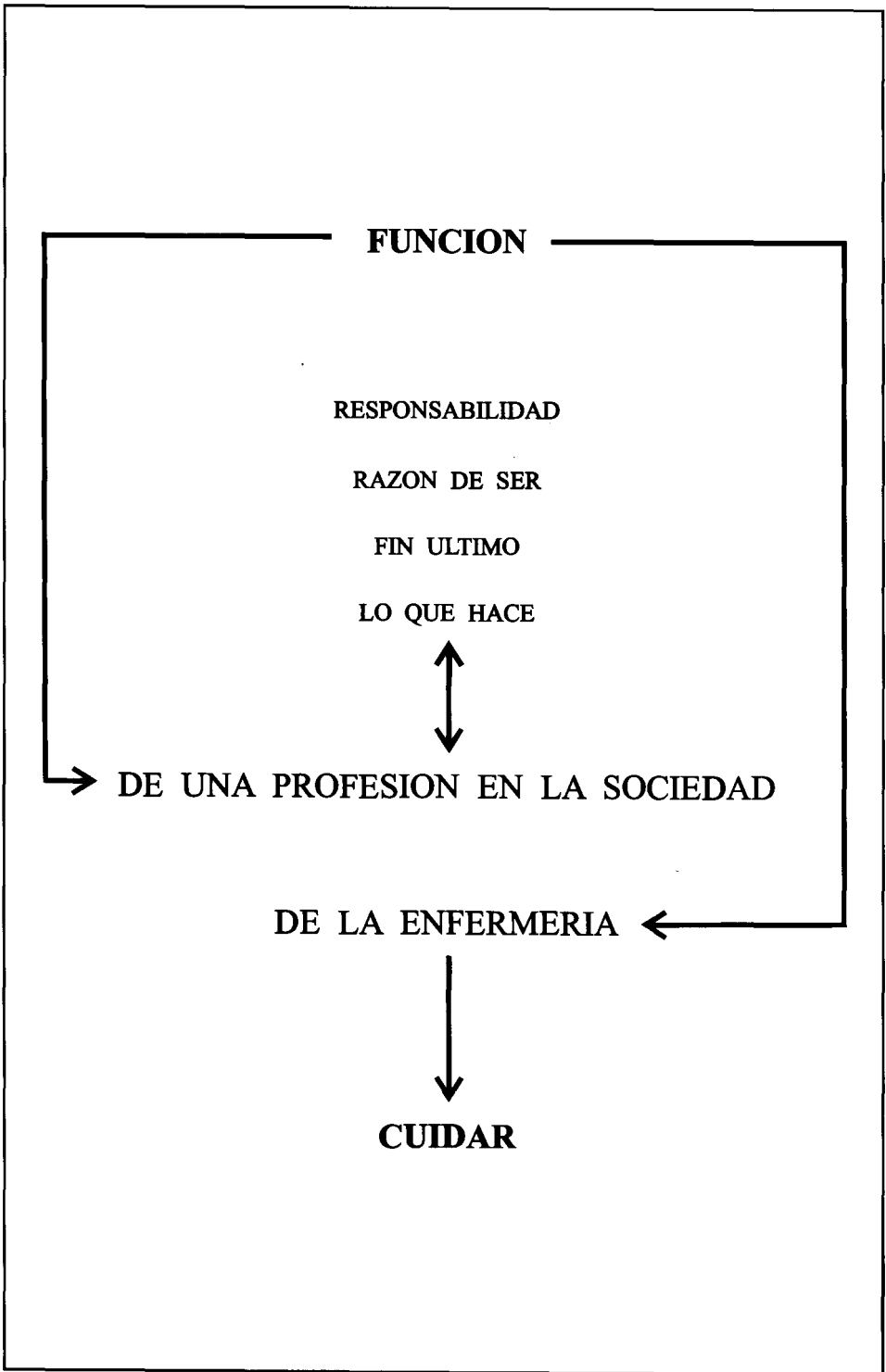
- Educa a sus miembros.
- Está organizada.
- Se autogobierna.
- Es altruista.
- Se adapta a nuevas necesidades.
- Promueve seguridad y bienestar de sus miembros.
- Posee un código de ética.

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

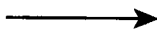
- Estudio de nuevos métodos de trabajo.
- Estudio de situaciones de Enfermería.

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.

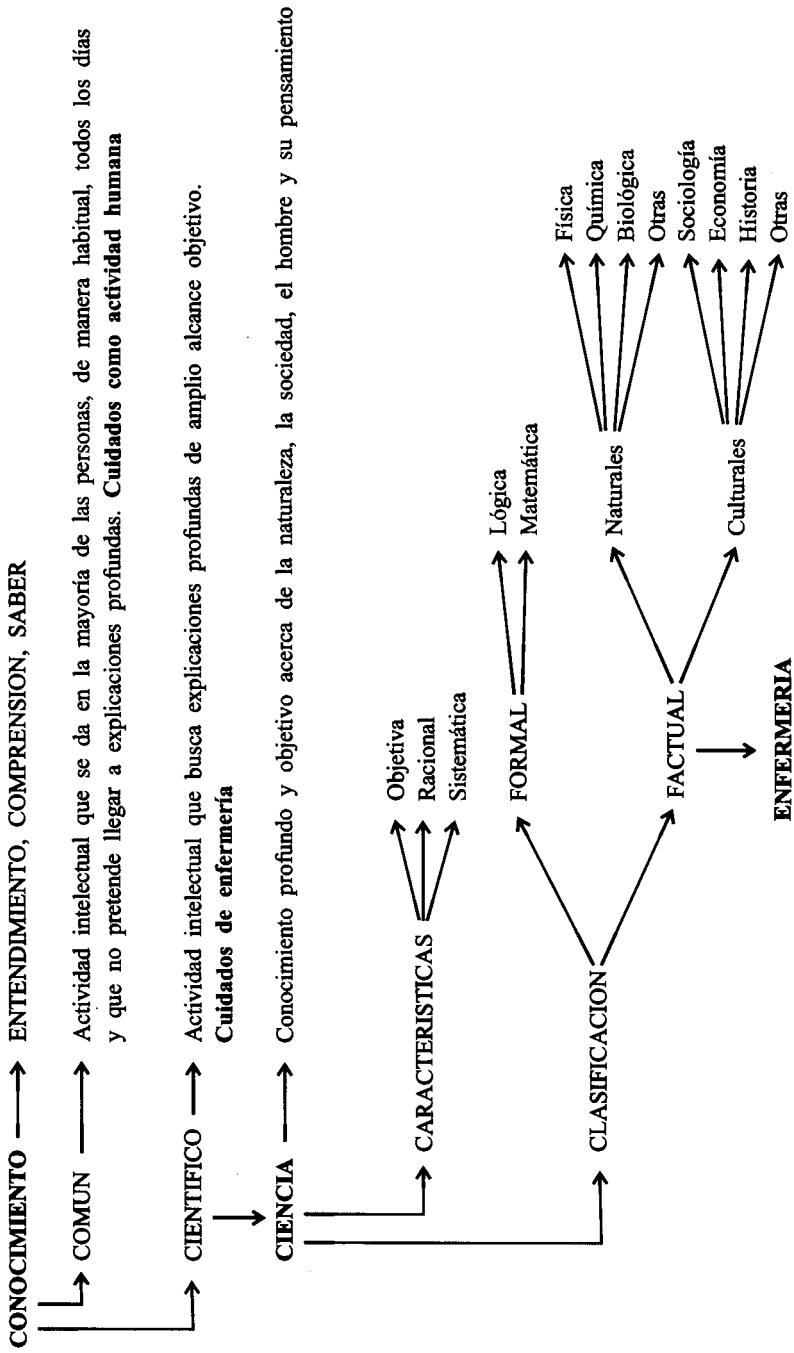
OBJETIVOS ESPECIFICOS

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.

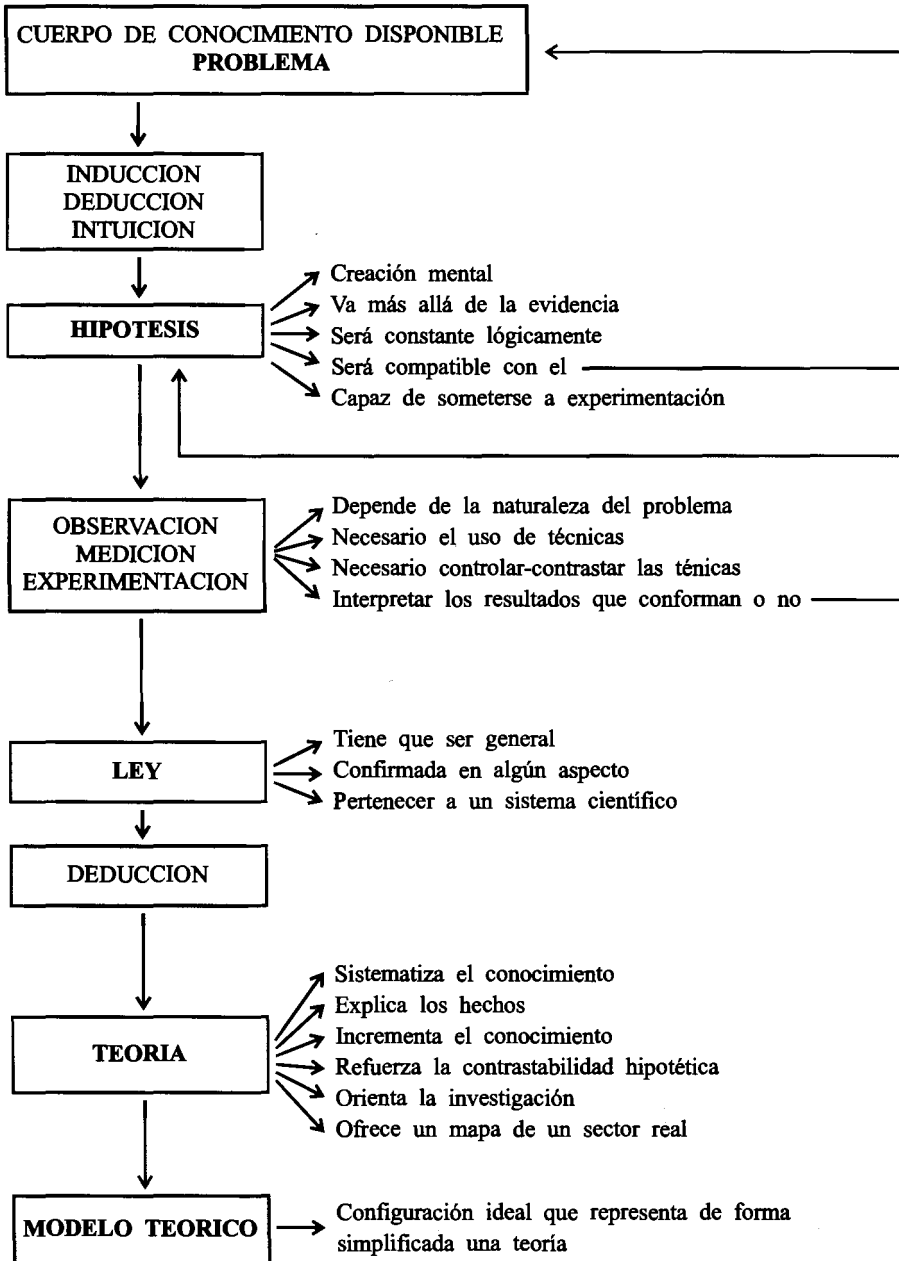
* Se describe la unidad completa.

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

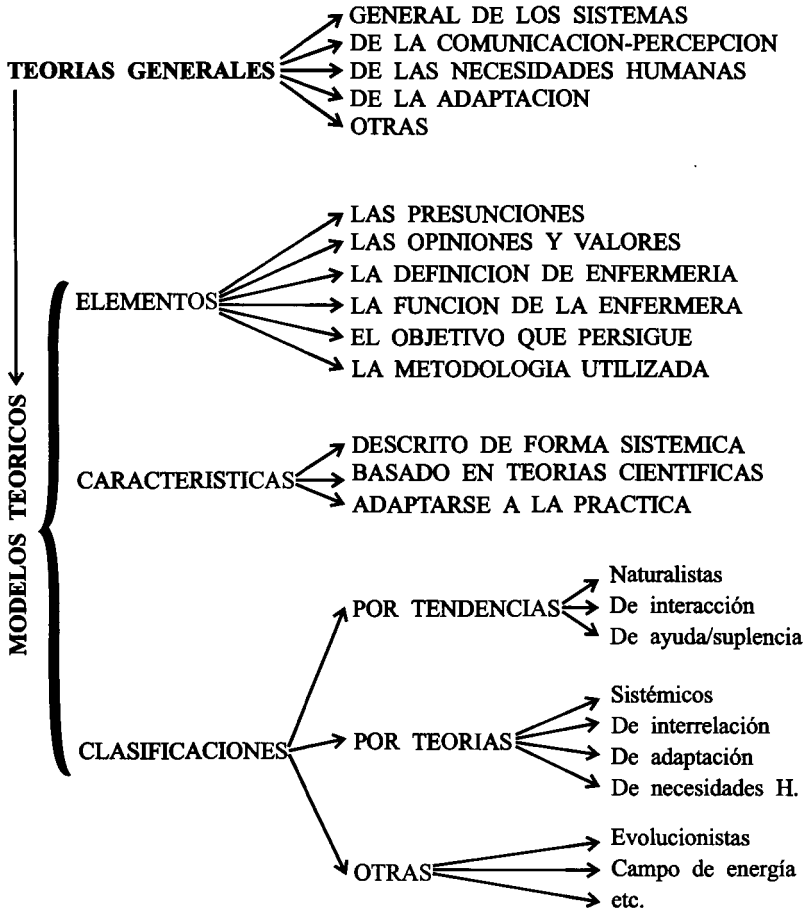


EL METODO DE LA CIENCIA



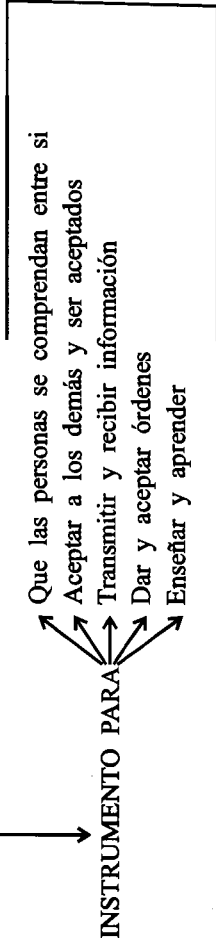
MARCO CONCEPTUAL

- 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



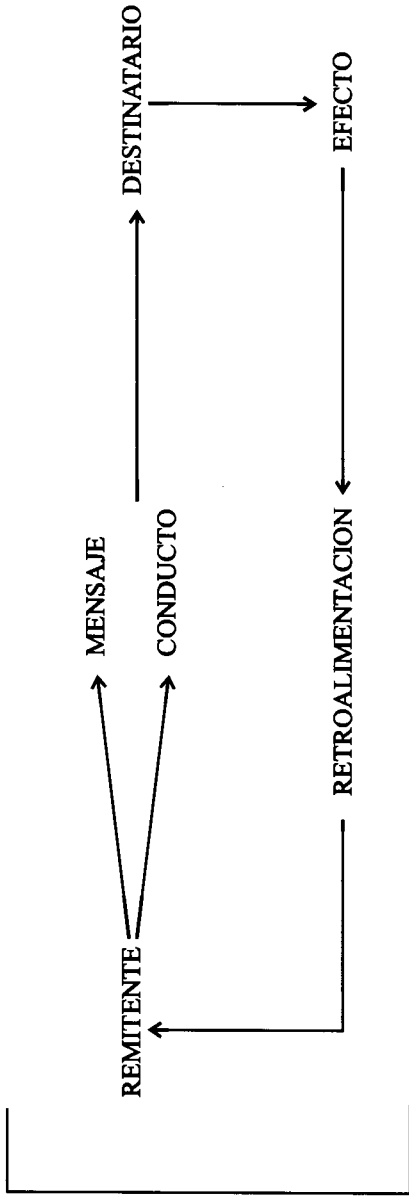
UTILIZACION DE LA TEORIA DE LA COMUNICACION EN ENFERMERIA (I)

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

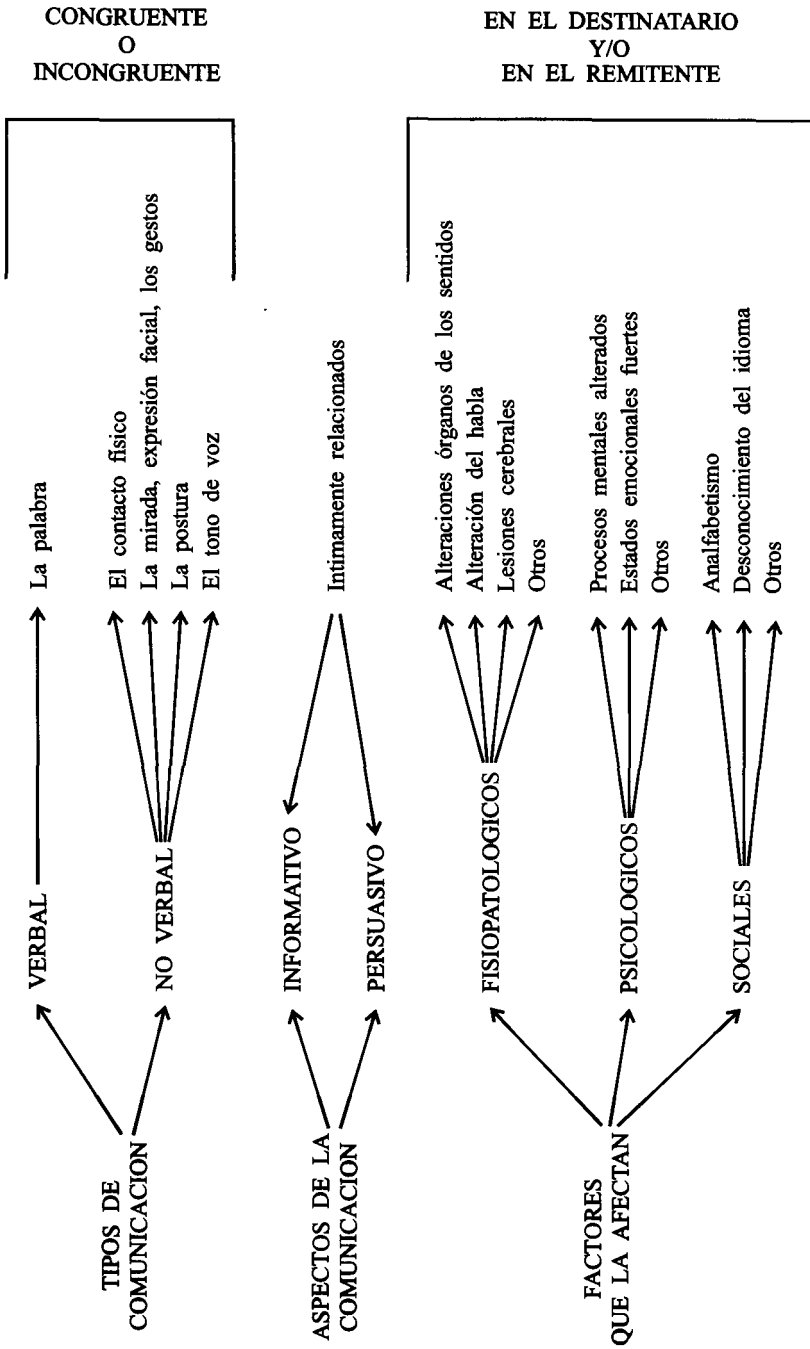


ESENCIAL EN EL PROCESO DE CUIDAR

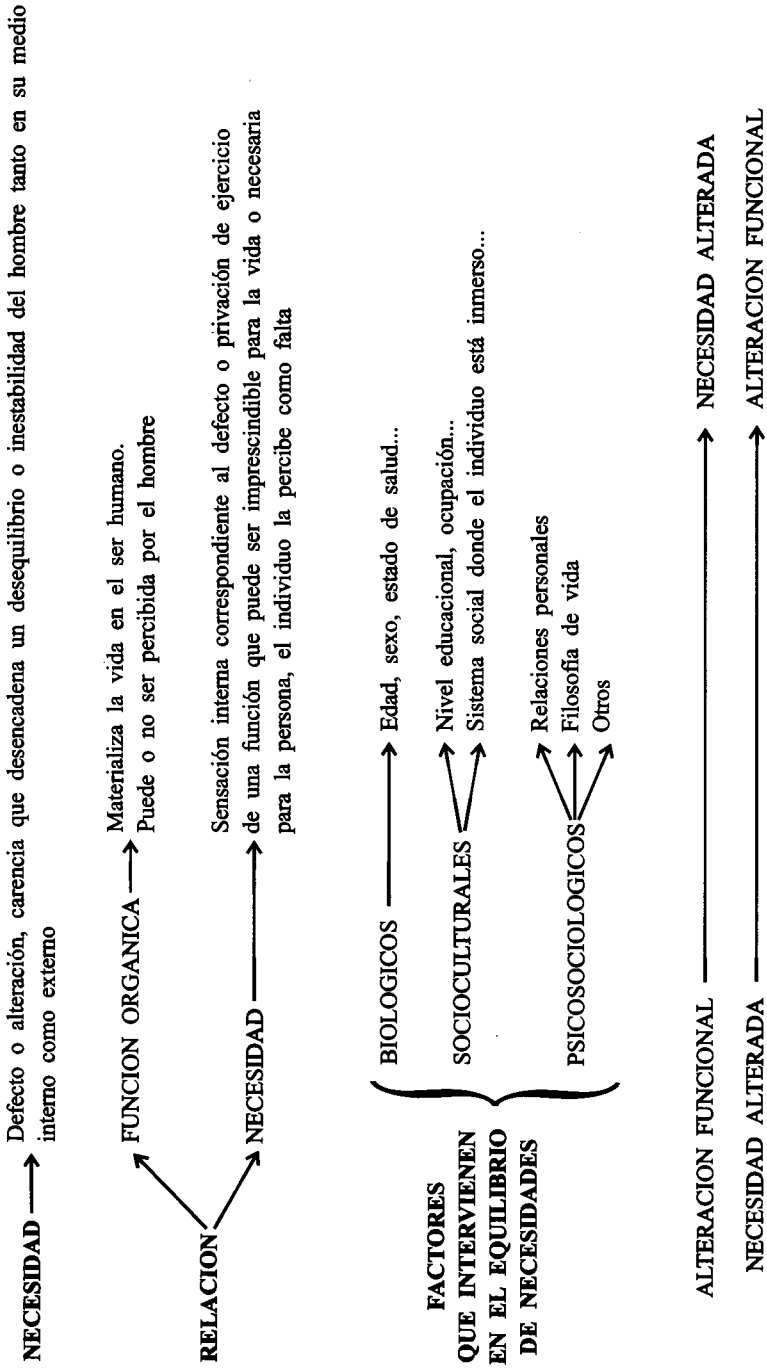
ESQUEMA BASICO (ELEMENTOS QUE INTERVIENEN)



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

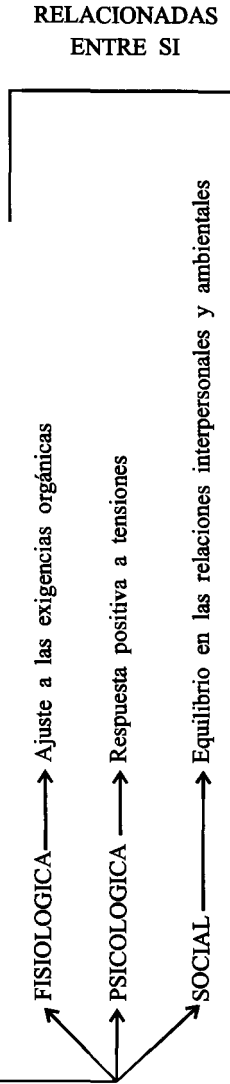
→ **ADAPTACION** → Equilibrio que mantiene el hombre ante las variaciones constantes producidas por los estímulos que recibe del medio interno y/o externo

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

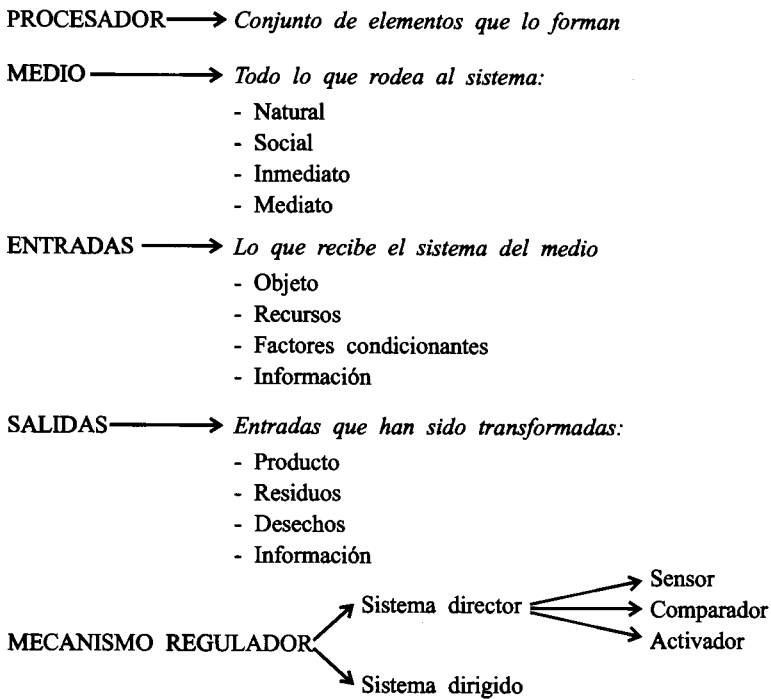
La forma en que se modifica o altera una de las partes y repercute en las demás

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:

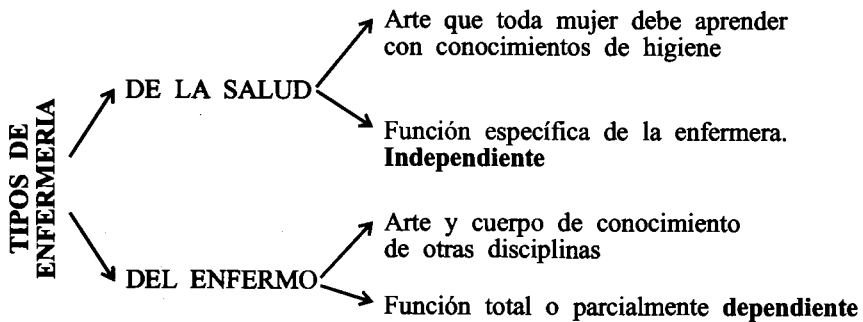
La acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos

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)

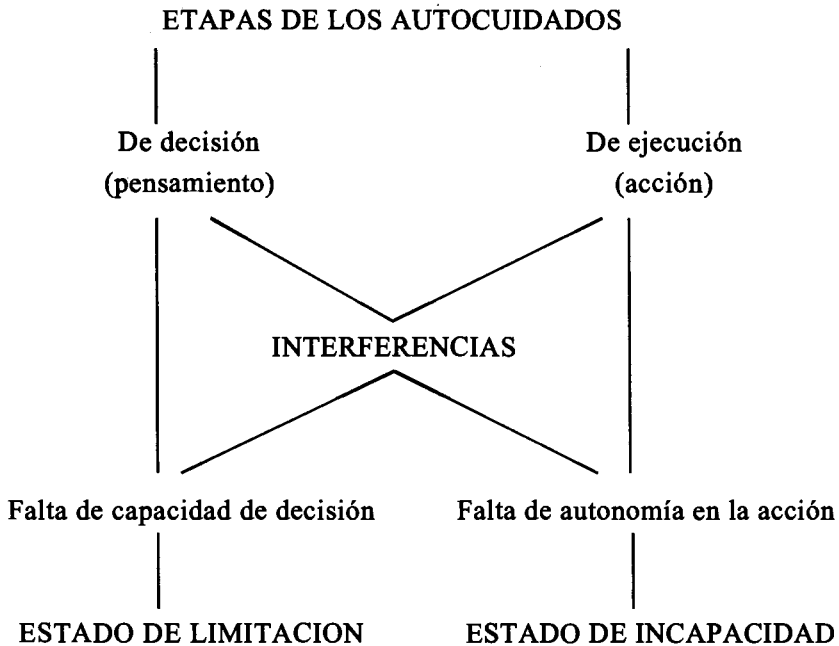
LOS AUTOCUIDADOS

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 AUTOCCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM (III)

<i>Estado de</i>	<i>Limitación</i>	<i>Incapacidad</i>
Factores determinantes — Estados del ciclo vital. — Estados psicológicos. — Estados físicos. — Estados adaptativos. — Estados intelectuales deficientes. — Desconocimiento sobre las desviaciones del estado de salud.	— Defectos físicos congénitos. — Defectos físicos adquiridos. — Enfermedades incapacitantes. — Dolores incapacitantes.	
Afectación	Total Parcial Permanente Transitoria	Total Parcial Permanente Transitoria
Intensidad	Variable (de sinuosa a grave)	Variable (de leve a grave)
Evolución	Variable	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"> — 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.*

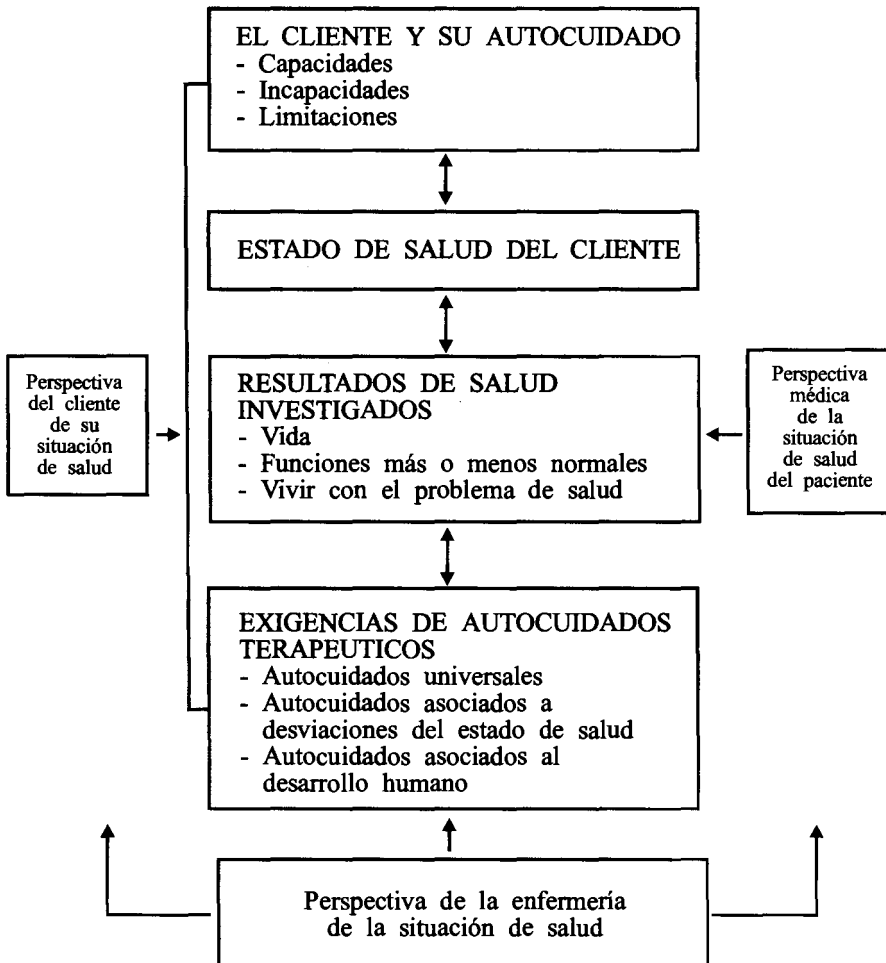
FUNCION DE LA ENFERMERA EN EL MODELO

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).

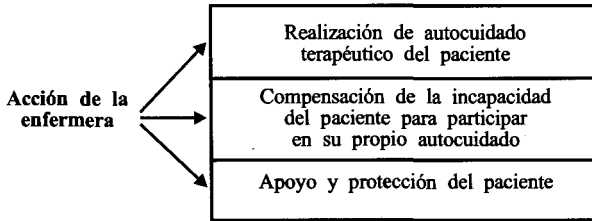
EL MODELO DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM (VI)

FACTORES QUE GUIAN LA ACTIVIDAD DE ENFERMERIA (VALORACION)

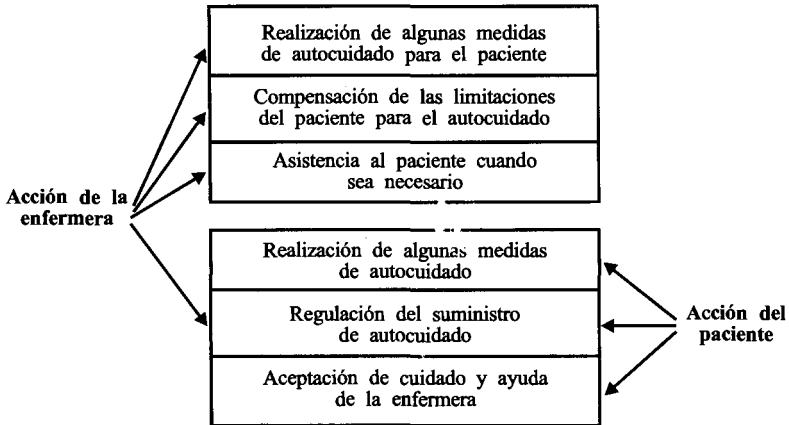


EL MODELO DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM (VII)

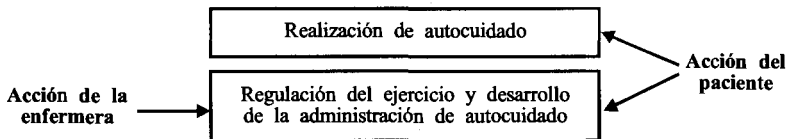
FACTORES QUE GUIAN LA ACTIVIDAD DE ENFERMERIA (INTERVENCIONES)



SISTEMA DE COMPENSACION TOTAL

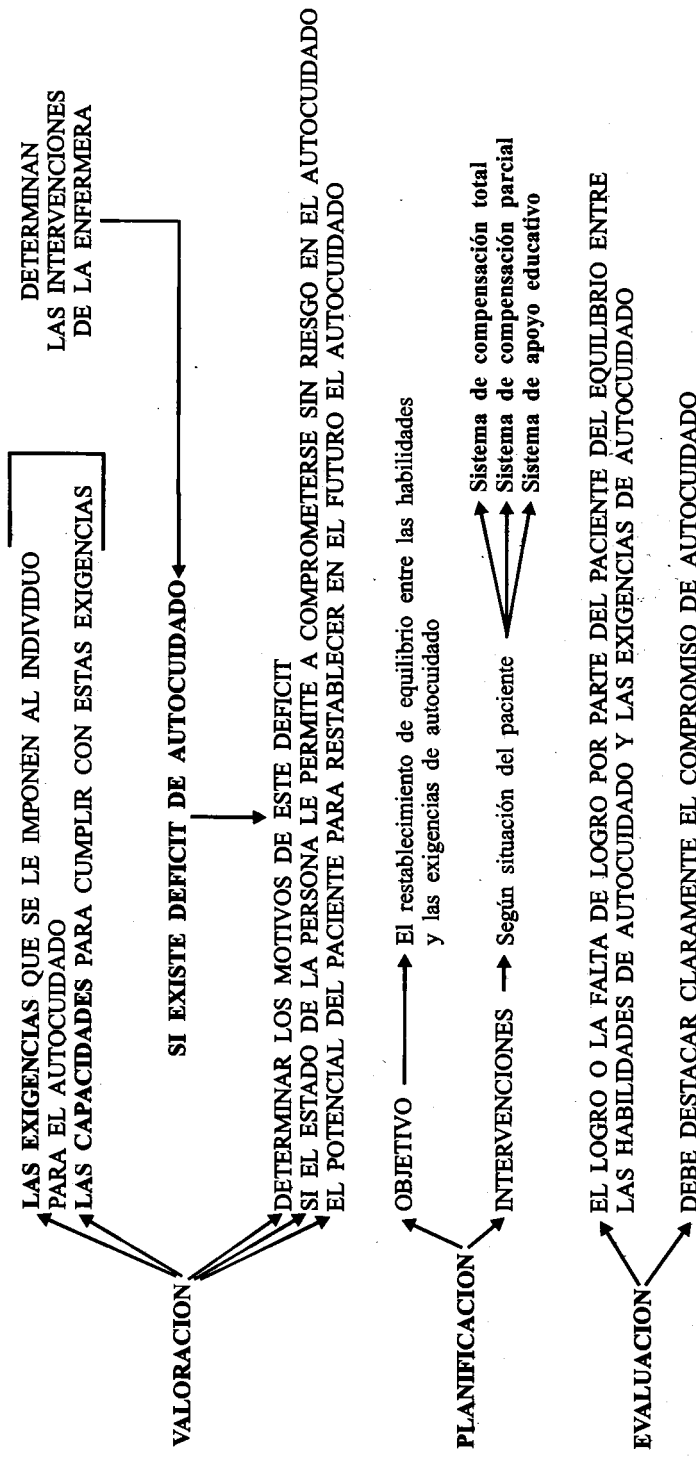


SISTEMA DE COMPENSACION PARCIAL



SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO

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. LOVAINÉ

Por la situación de la Sra. Lovainé 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. Lovainé, 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

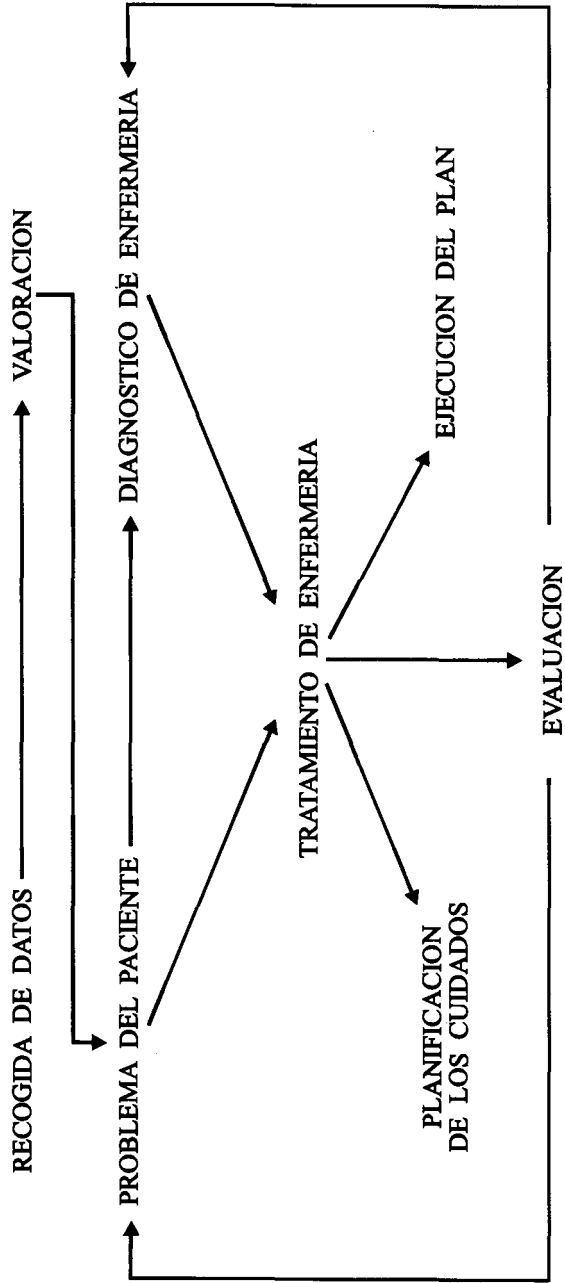


**INSTRUMENTO DE TRABAJO UTILIZADO
POR LA ENFERMERA
DURANTE EL PROCESO DE CUIDAR**

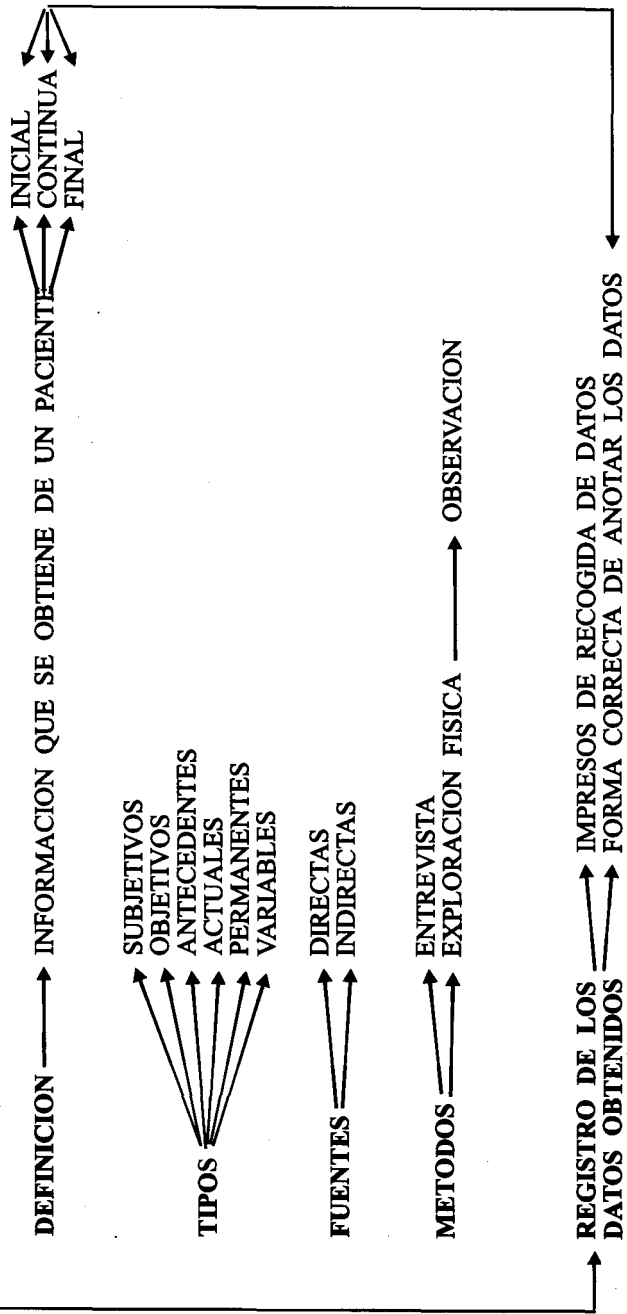


**CONJUNTO DE ACCIONES ORDENADAS Y RELACIONADAS
ENTRE SI CON EL FIN DE QUE EL USUARIO
DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA
RECIBA EL MEJOR CUIDADO POSIBLE**

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

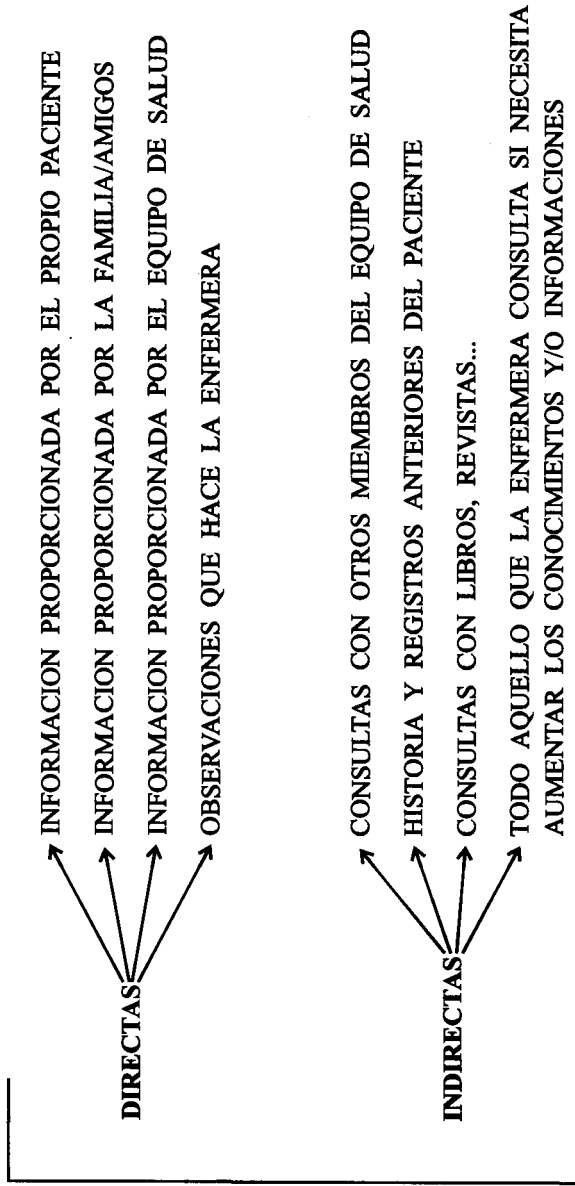
ACTUALES → HECHOS QUE OCURREN EN EL PRESENTE

PERMANENTES → NO VARIAN
→ DATOS SOCIOCULTURALES, GENERALMENTE

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

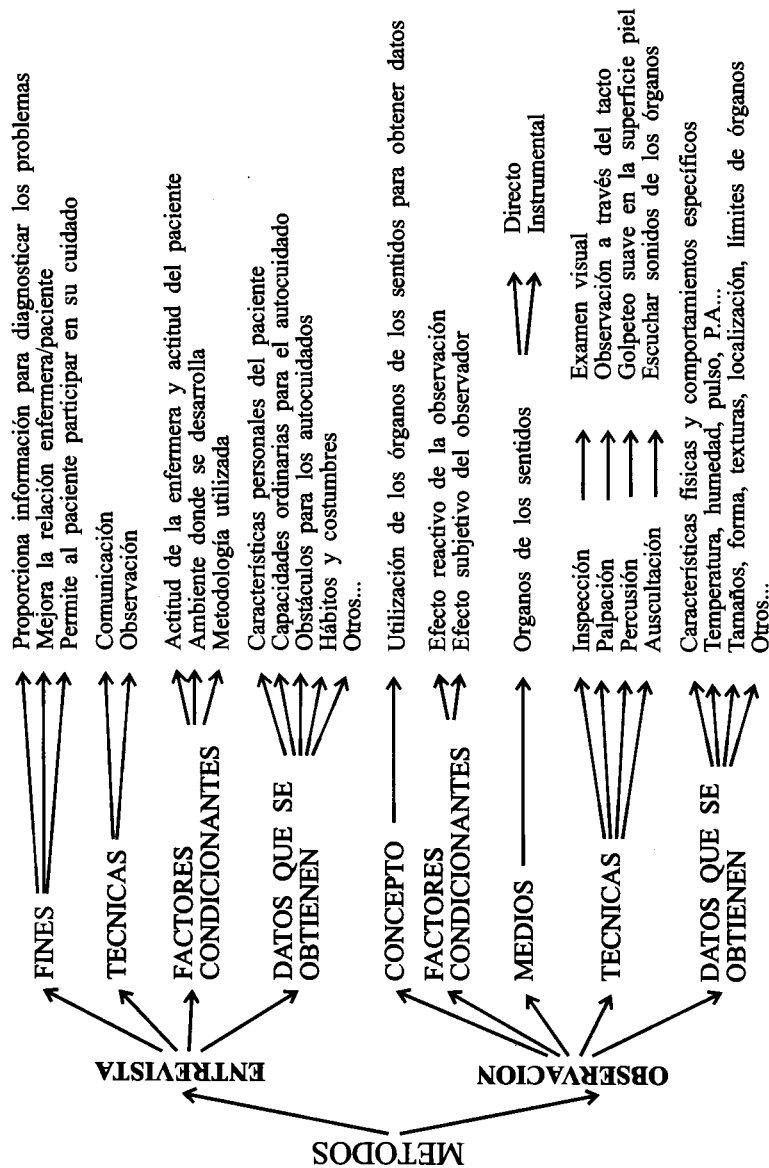
TIPOS
DE
DATOS

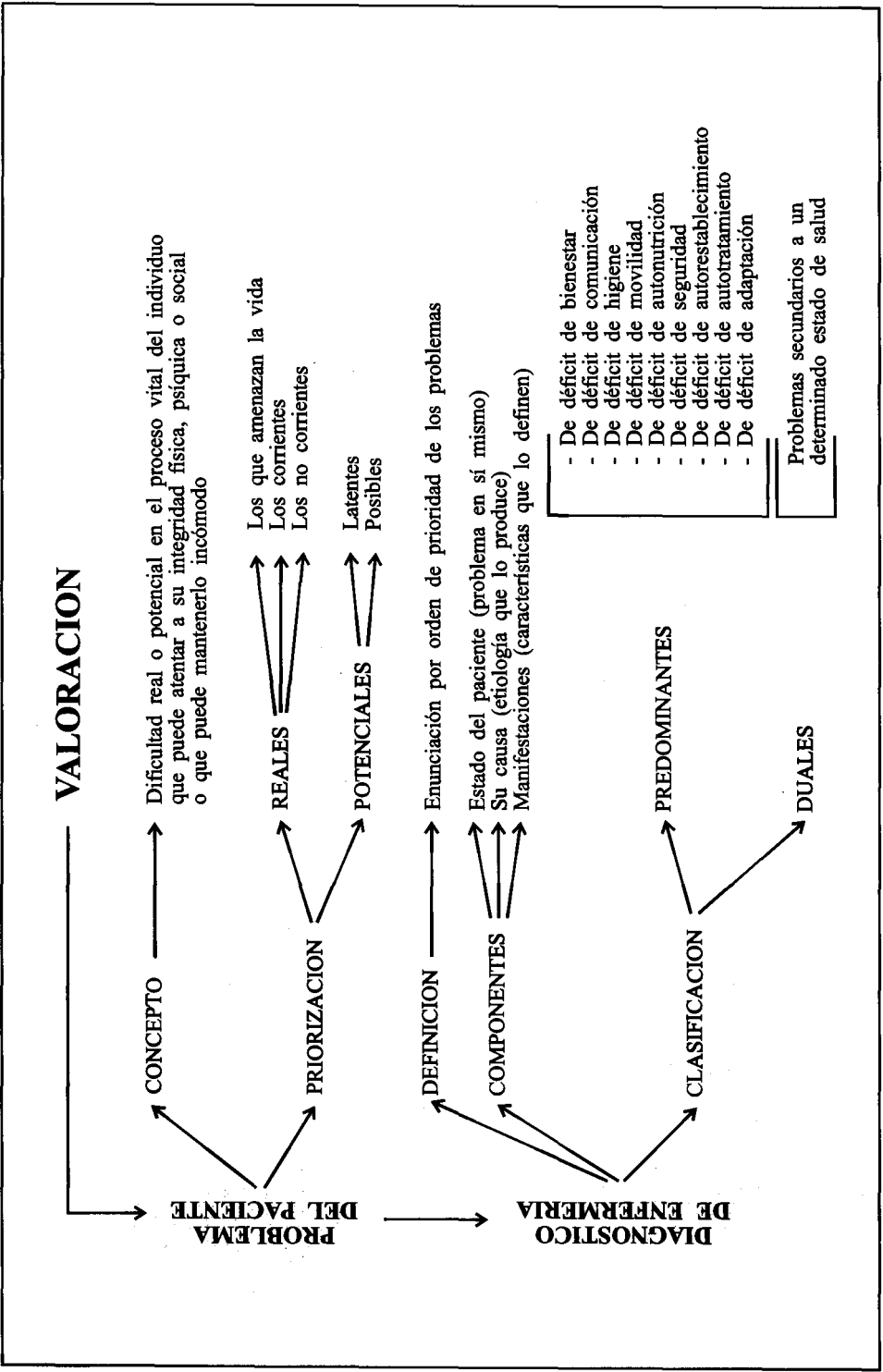
OBTENCION DE DATOS (III)



**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:

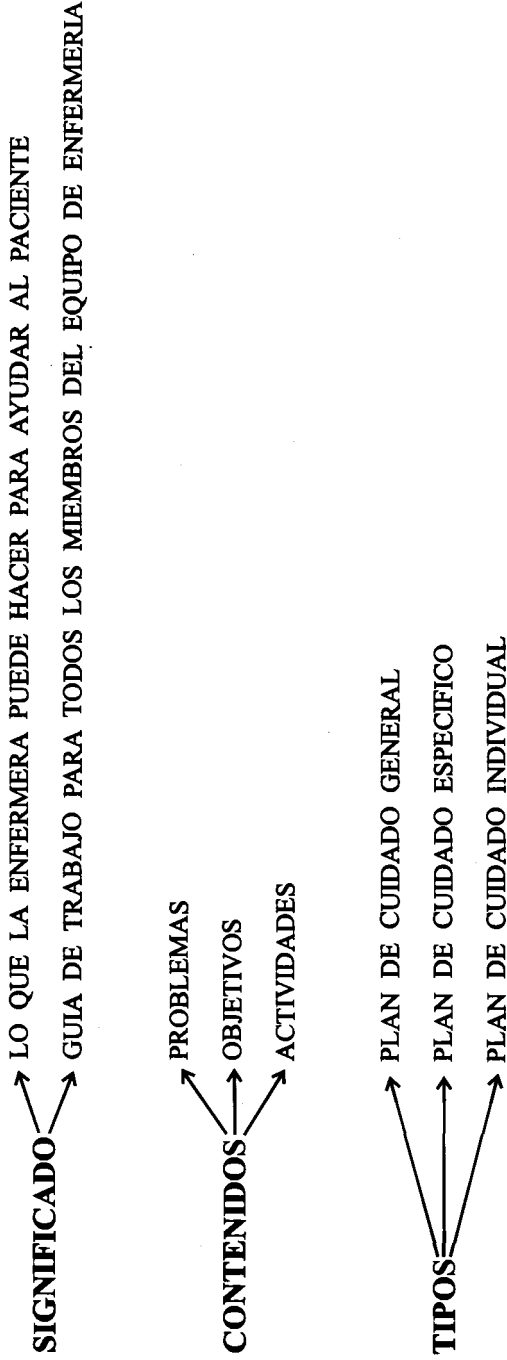
- PROCESO DE PUESTA EN MARCHA DEL PLAN DE CUIDADO

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

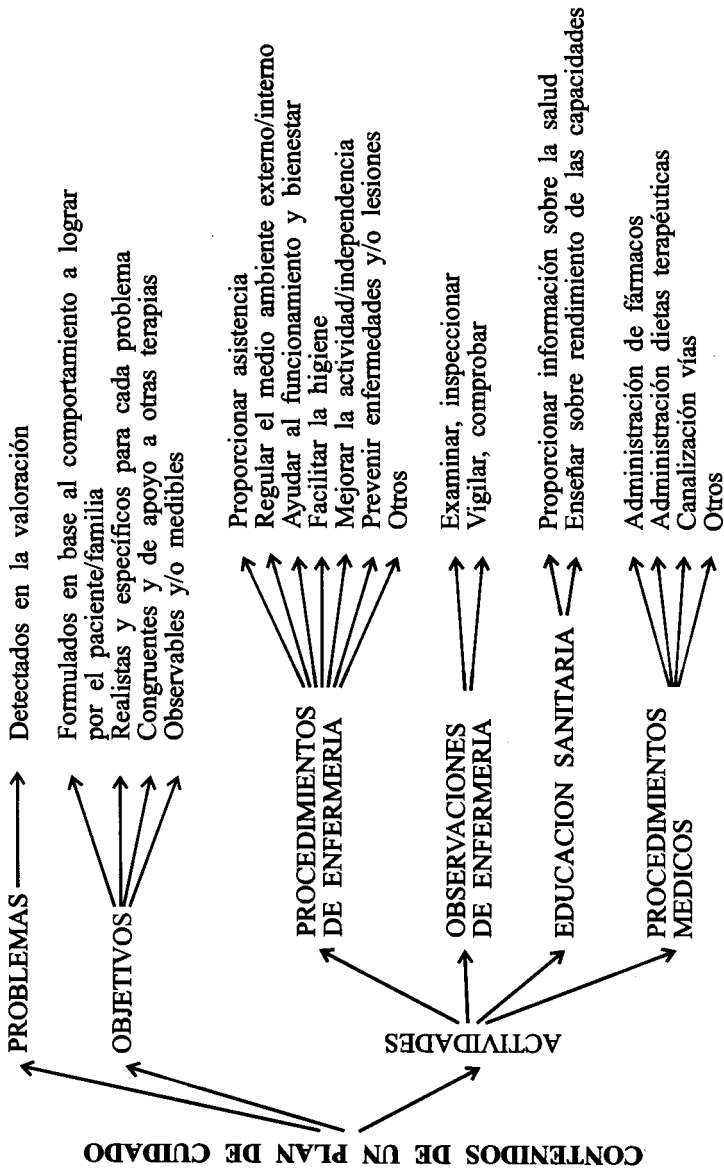
- LA ENFERMERA APLICA LAS POLITICAS GENERALES DE LA INSTITUCION (normas y procedimientos, protocolos, etc.)

- DECIDE QUE MEDIDAS DEL PLAN PUEDE DELEGAR EN OTROS TRABAJADORES

PLANIFICACION DE LOS CUIDADOS (I)



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

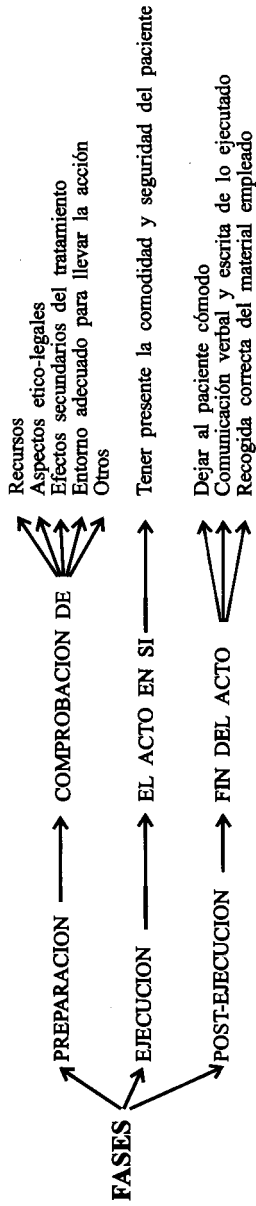
Enfermos encamados
inconscientes
otros

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

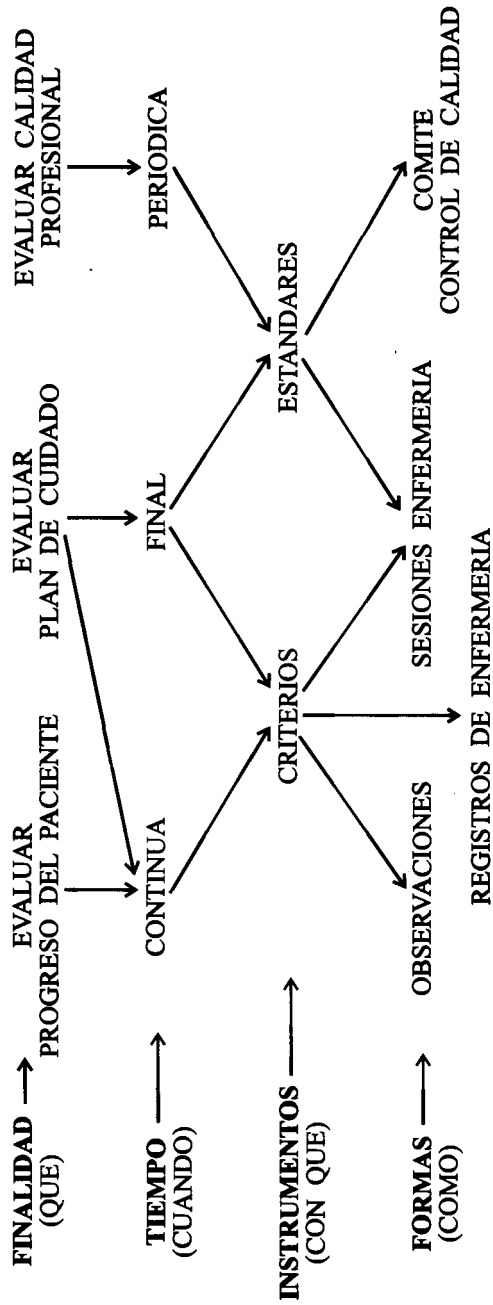
- REALIZA ACTIVIDADES PROPIAS → Presta cuidados directos
- FUNCION INDEPENDIENTE → Asesora y/o instruye
- REALIZA ACTIVIDADES DERIVADAS → Supervisa
- FUNCION DEPENDIENTE → Cumplimenta órdenes otros profesionales

SISTEMAS DE ASISTENCIA

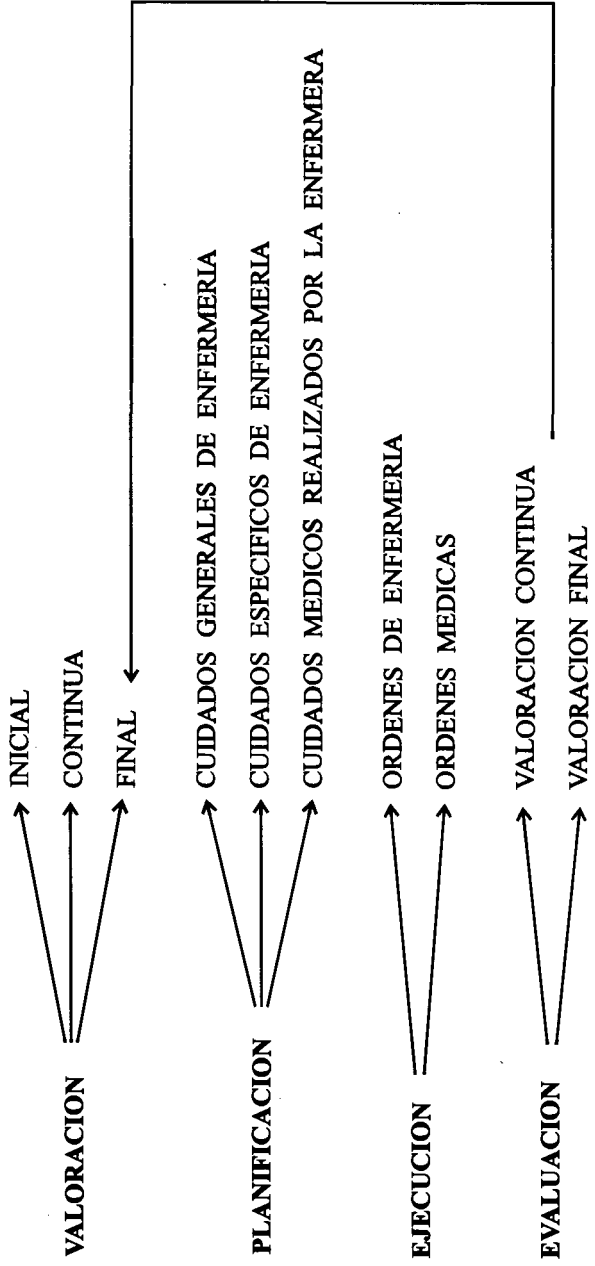
- DE COMPENSACION TOTAL
- DE COMPENSACION PARCIAL
- DE APOYO EDUCATIVO

→ 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 panículo 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:

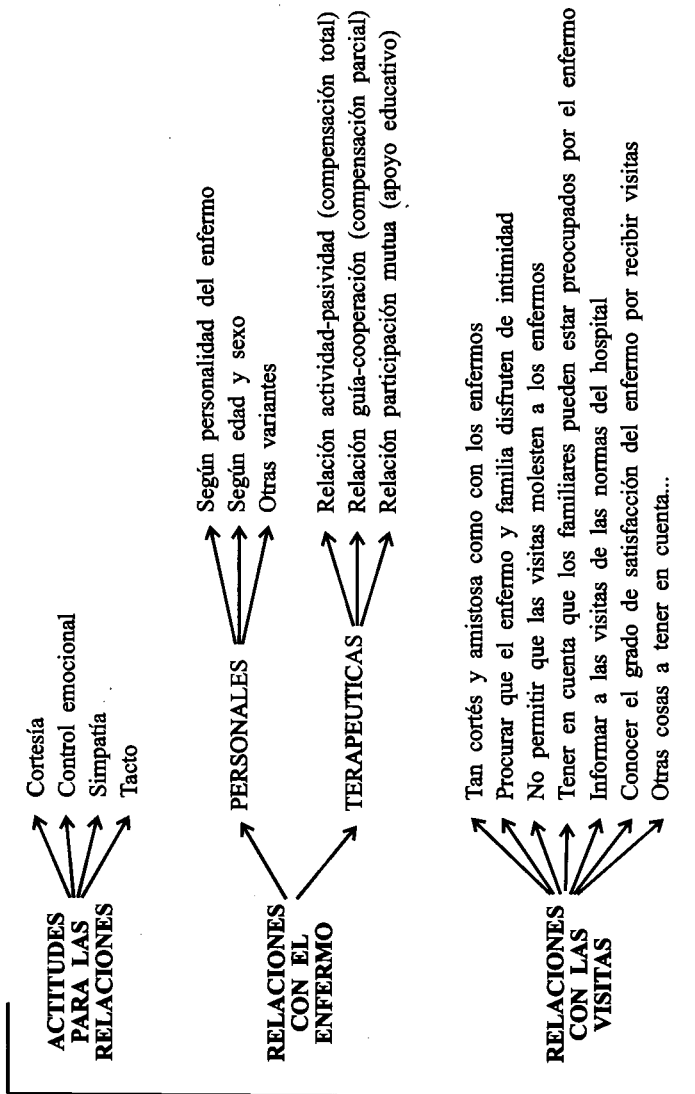
- Ingreso del enfermo.
- Cuidados de Enfermería relacionados con la necesidad de ingesta.
- Cuidados de Enfermería relacionados con la necesidad de seguridad.
- Cuidados de Enfermería relacionados con la necesidad de comunicación.

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.

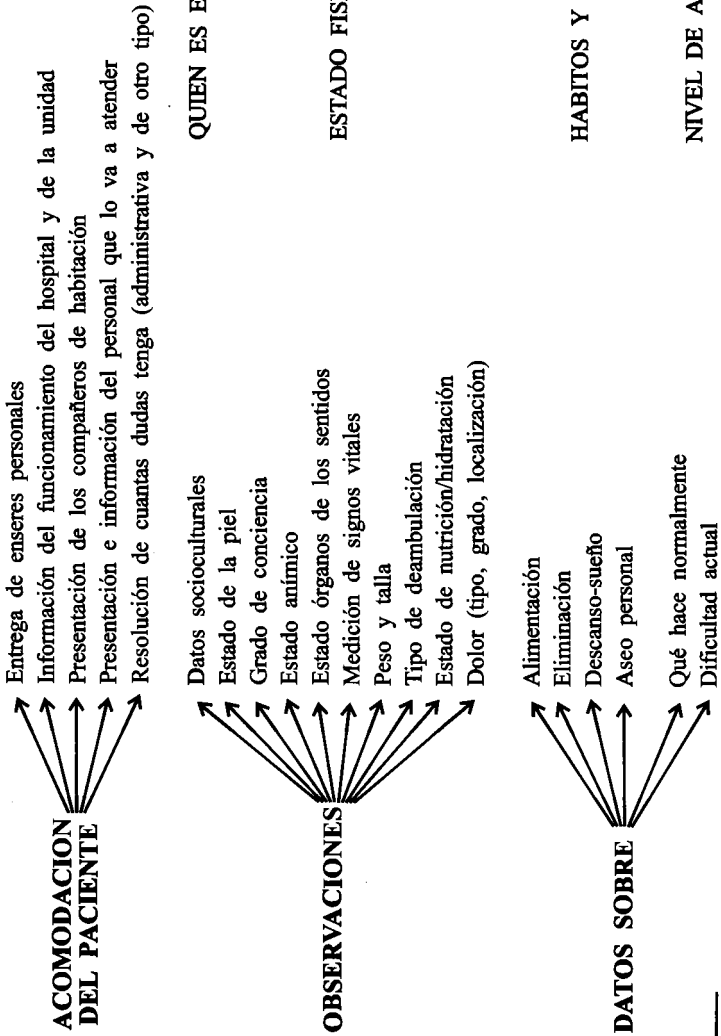
INGRESO DEL ENFERMO EN EL HOSPITAL (I)



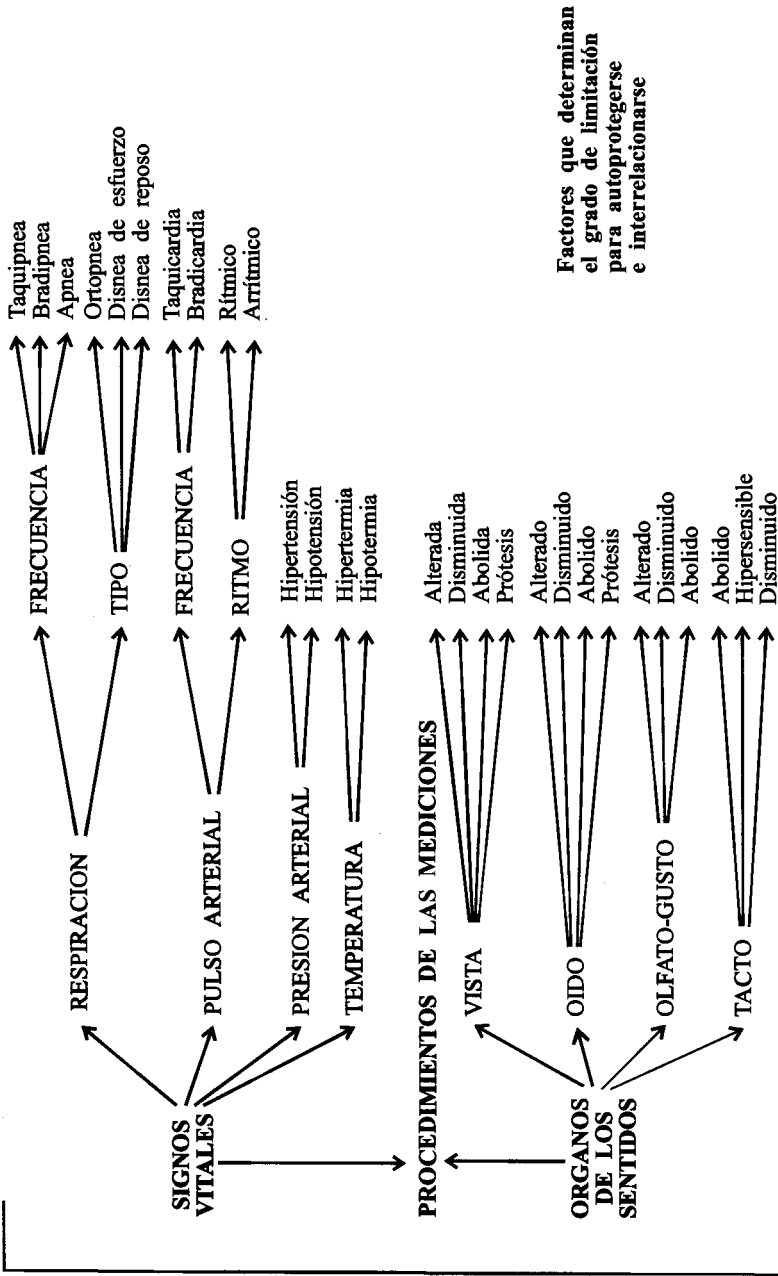
INTERVENCIONES

INGRESO DEL ENFERMO EN EL HOSPITAL (III)

FUNCION INDEPENDIENTE DE LA ENFERMERA



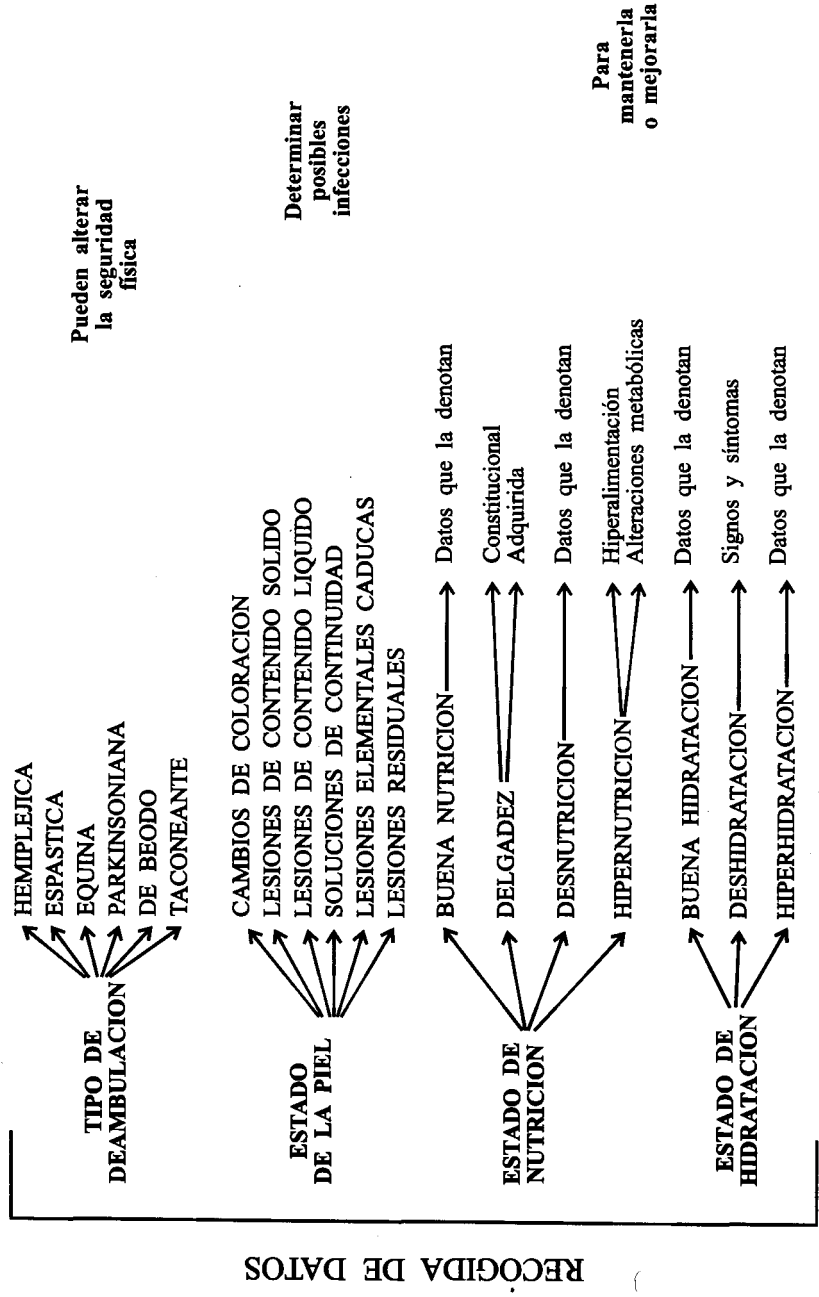
INGRESO DEL ENFERMO EN EL HOSPITAL (III)



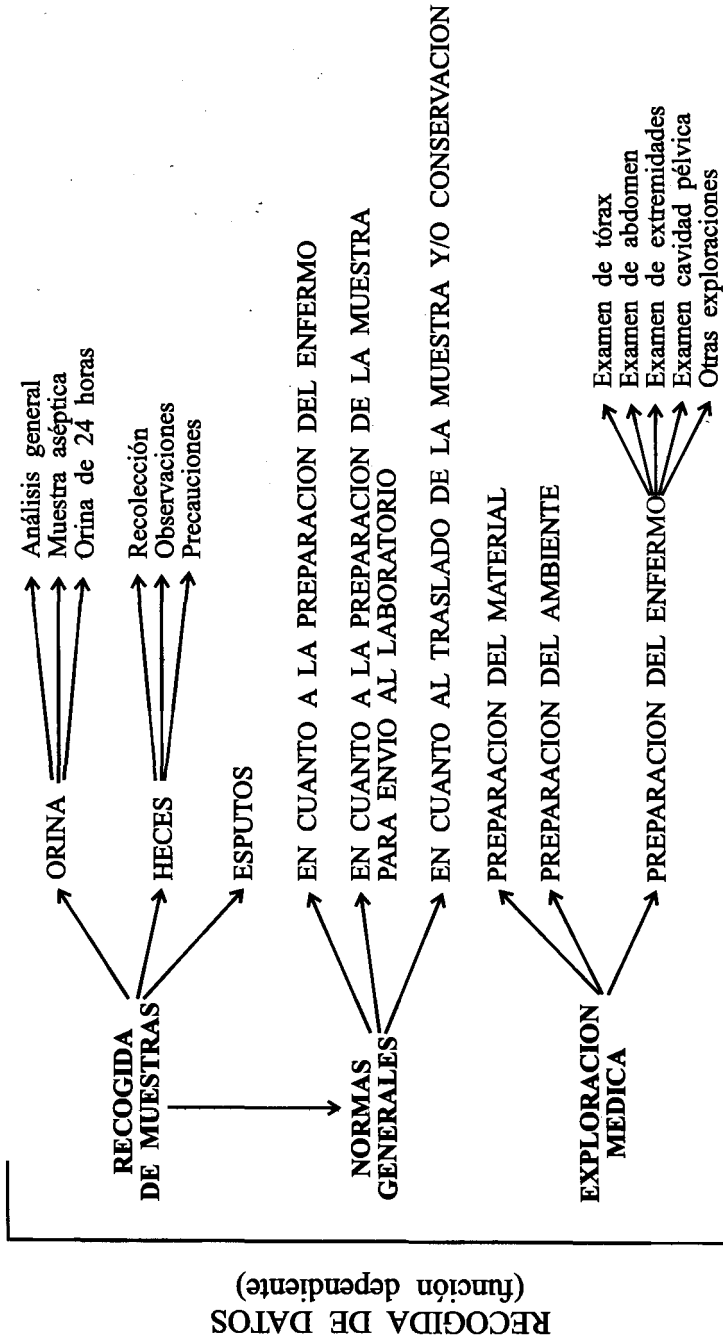
Factores que determinan el grado de limitación para autoprotogerse e interrelacionarse

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:

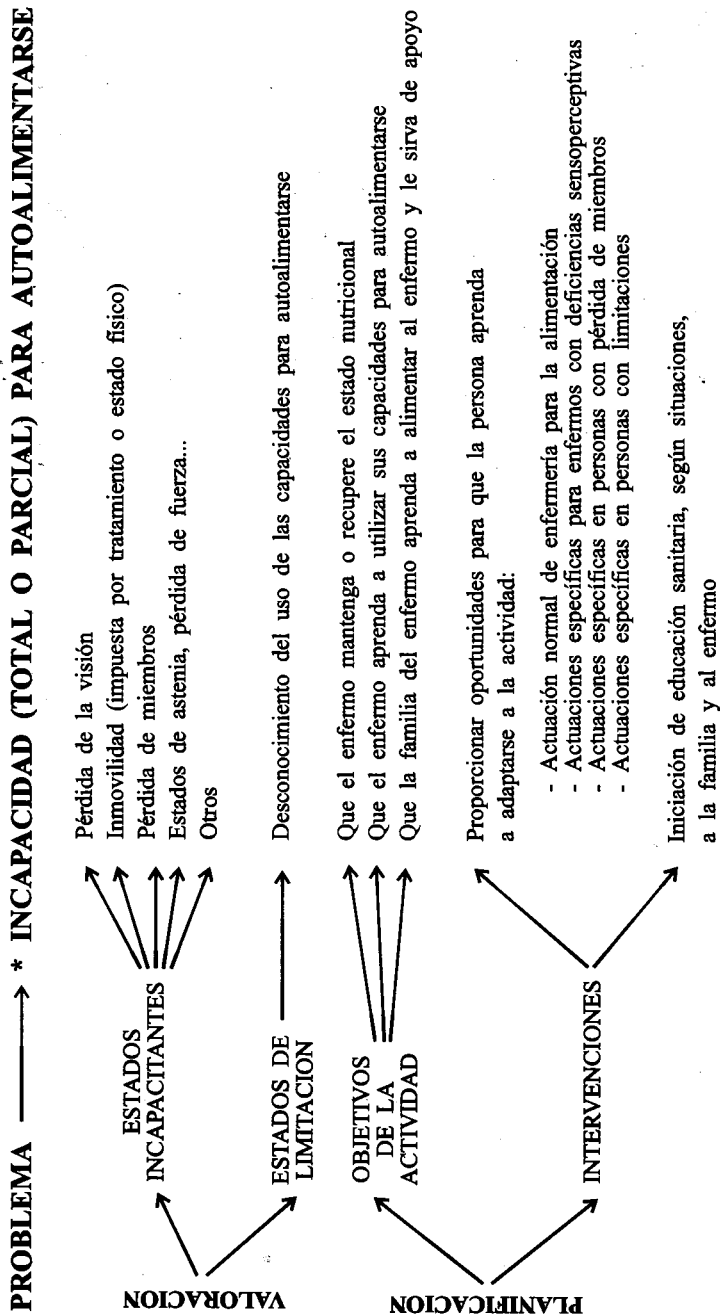
Estado en el que el individuo experimenta de una forma real o potencial una reducción del peso corporal en relación con una inadecuada ingesta de nutrientes

**ALTERACION
EN LA
NUTRICION**

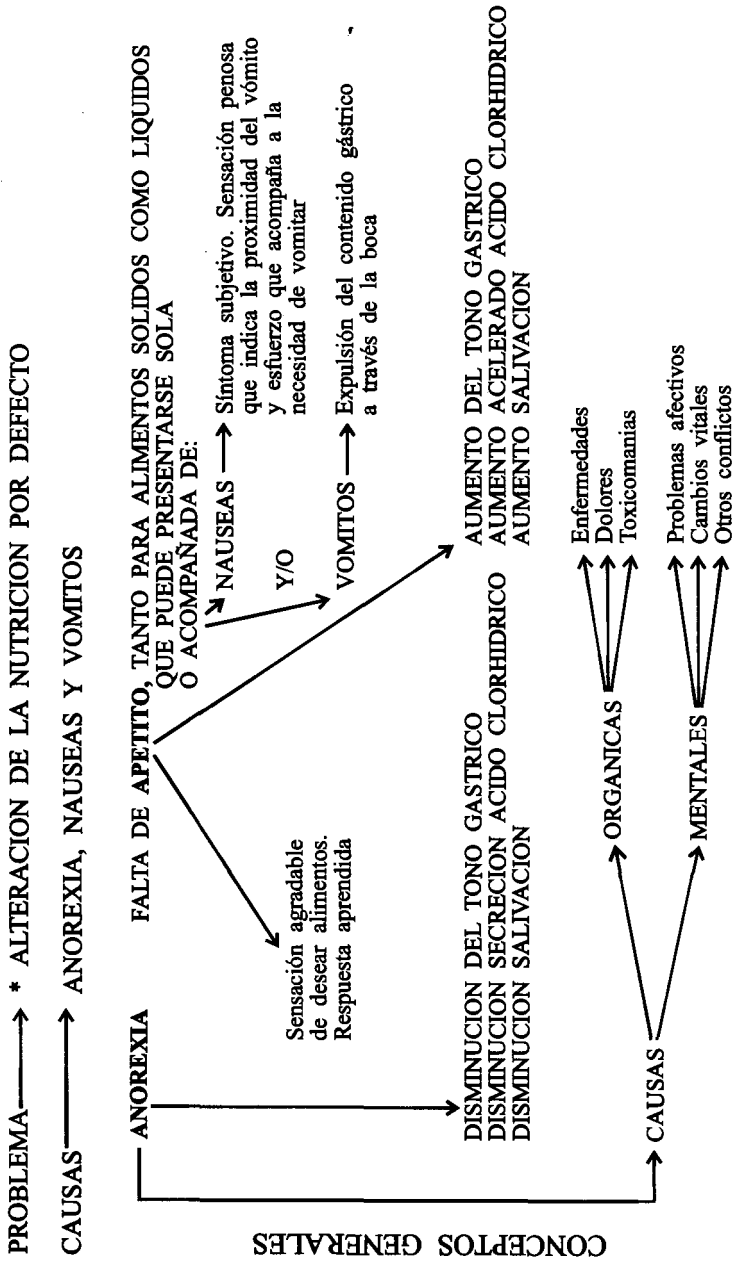
POR EXCESO:

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

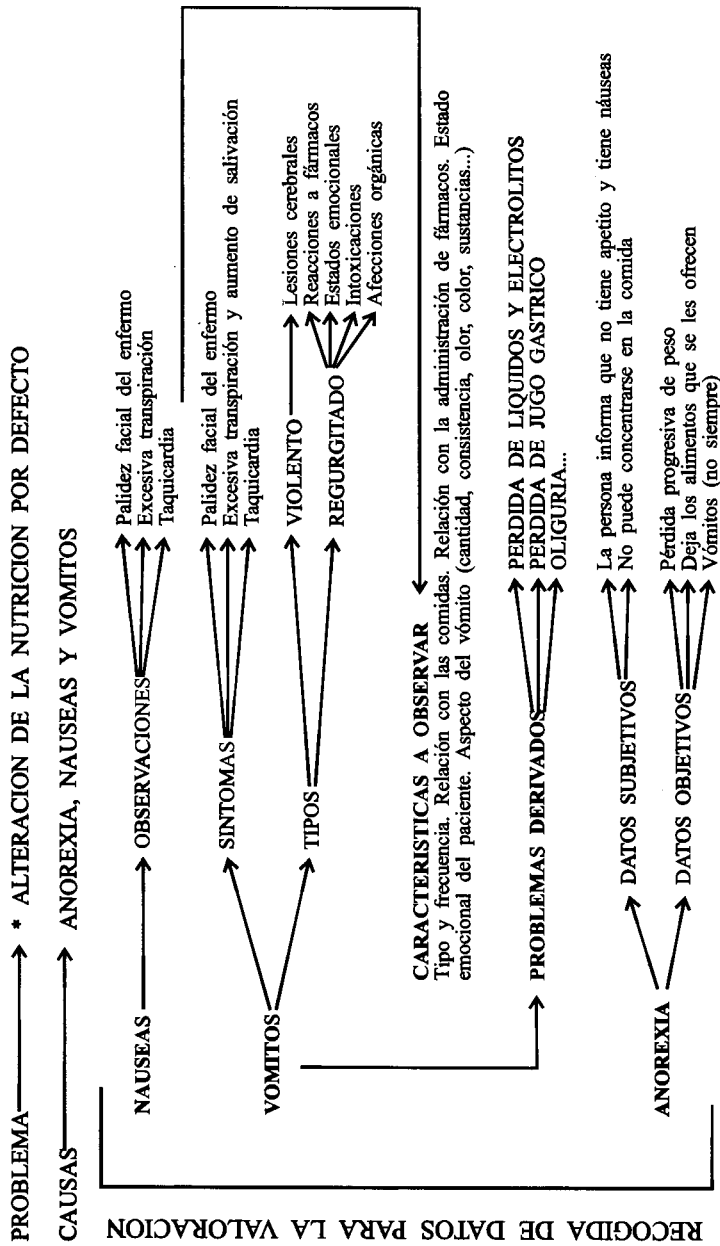
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN RELACION CON LA NECESIDAD DE INGESTA (II)



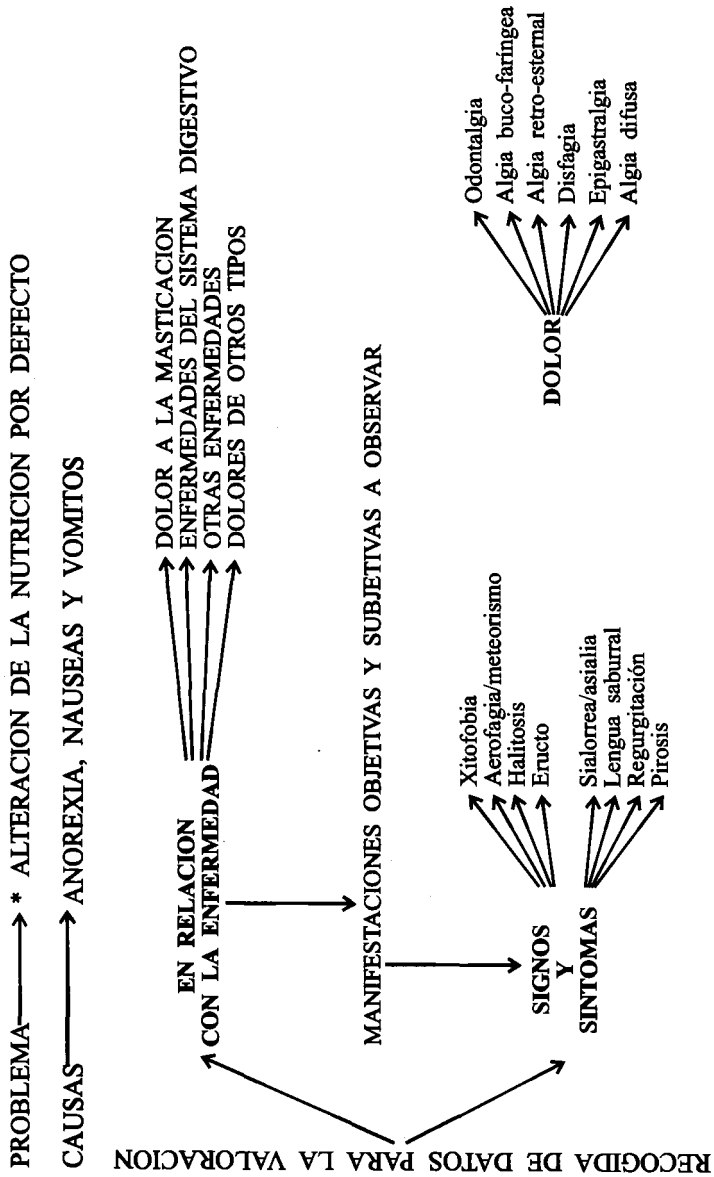
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN RELACION CON LA NECESIDAD DE INGESTA (III)



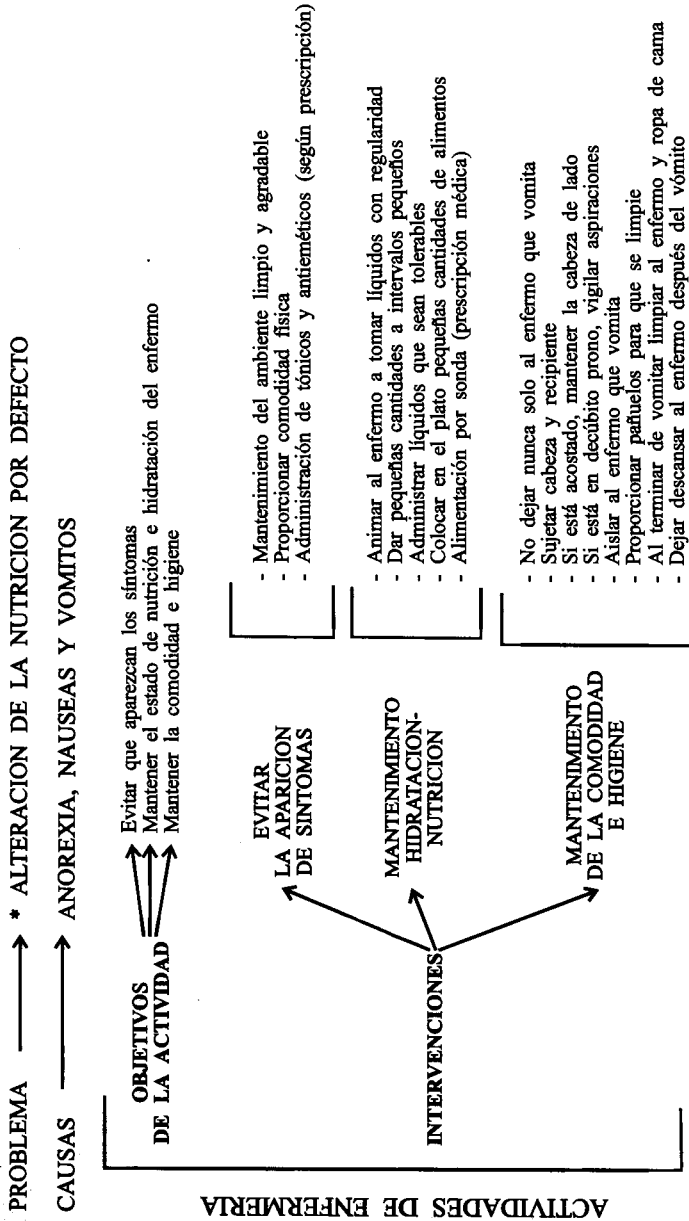
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN RELACION CON LA NECESIDAD DE INGESTA (IV)



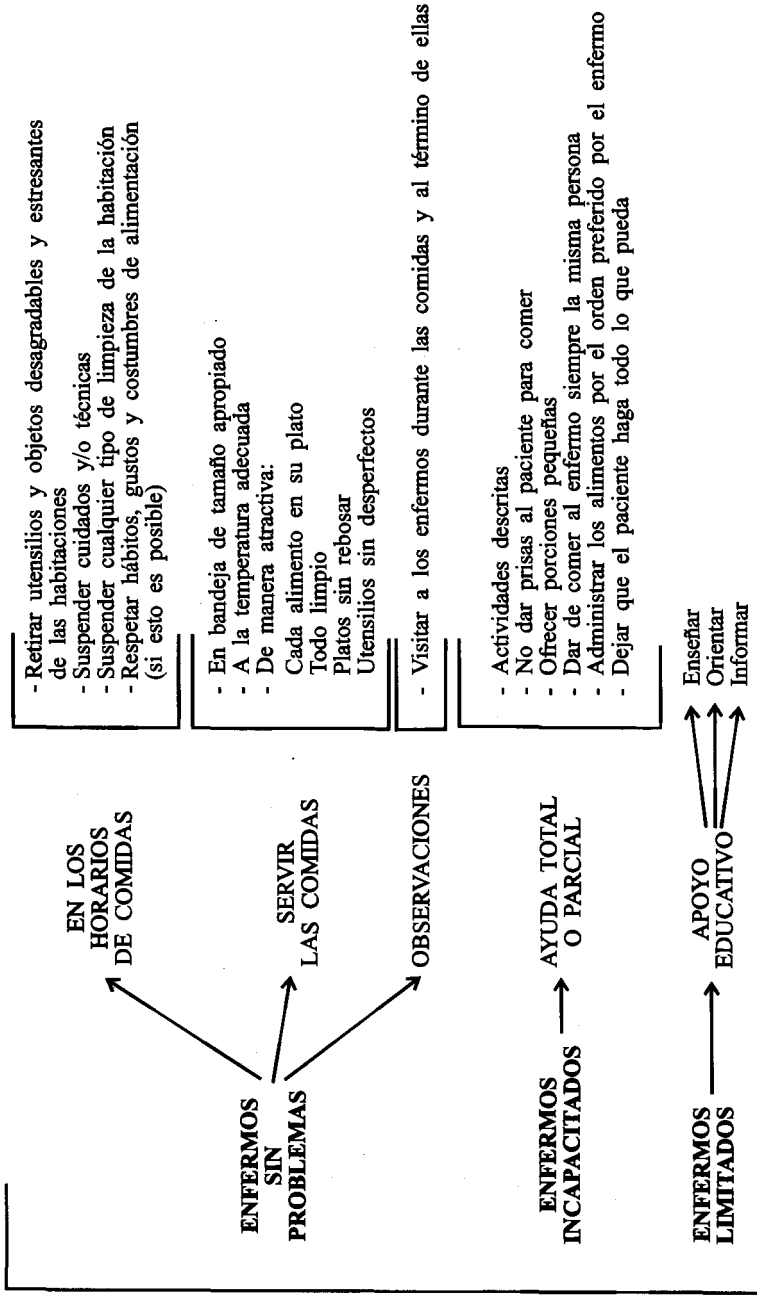
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN RELACION CON LA NECESIDAD DE INGESTA (V)



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



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



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.

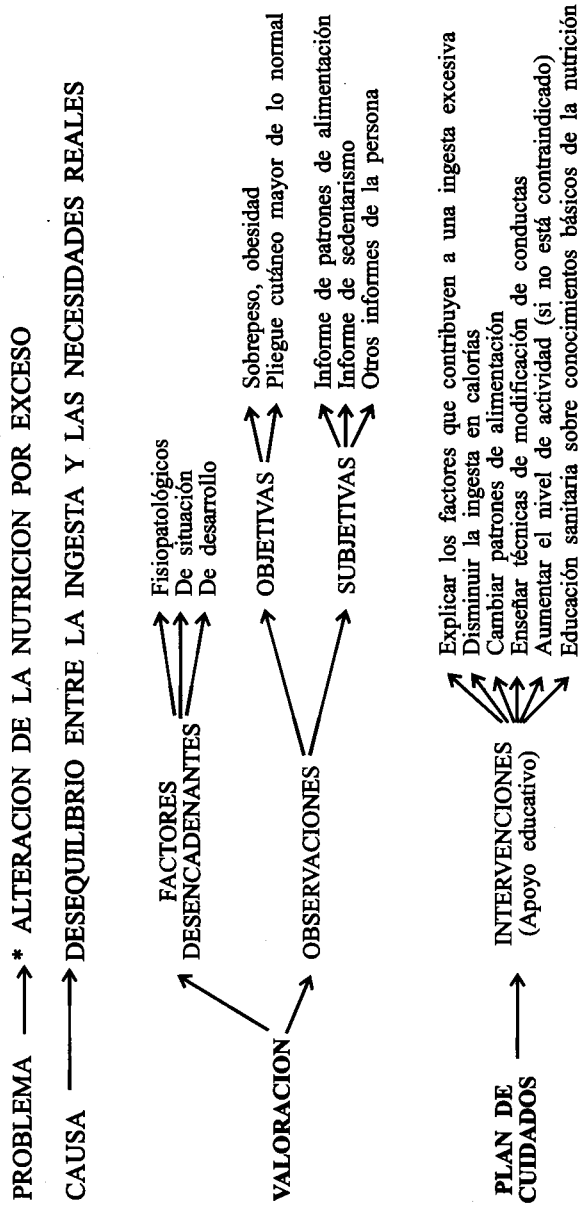
ALIMENTACION

- 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)

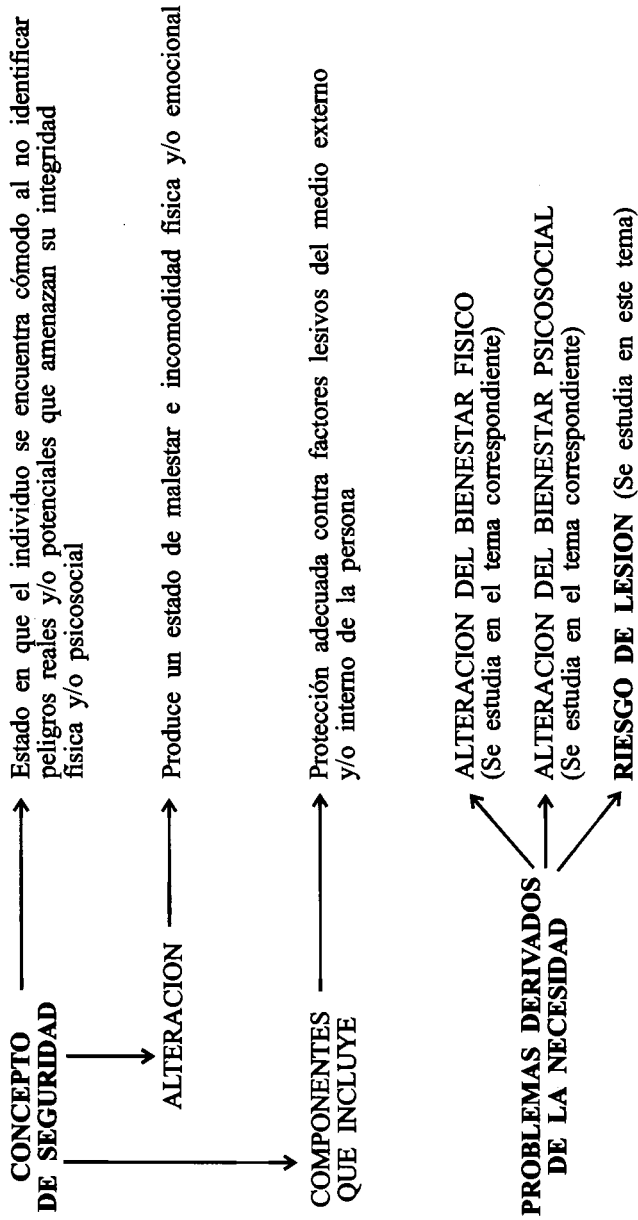


TEMA: CUIDADOS DE ENFERMERIA RELACIONADOS CON LA NECESIDAD DE SEGURIDAD

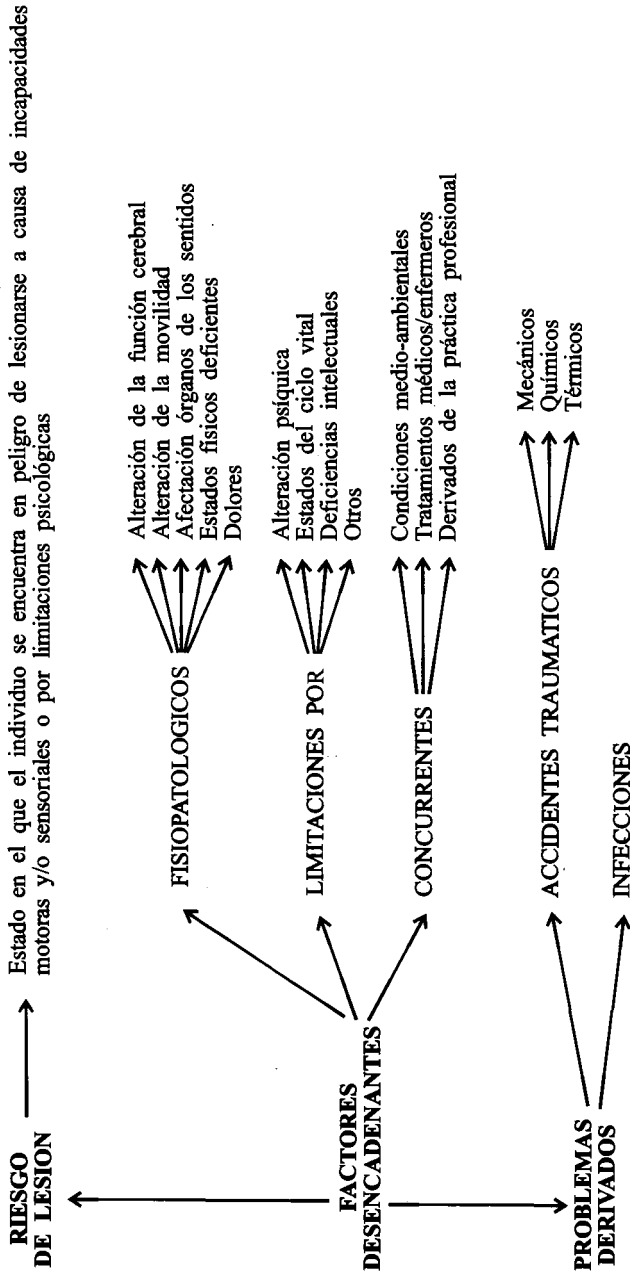
OBJETIVOS ESPECIFICOS

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.

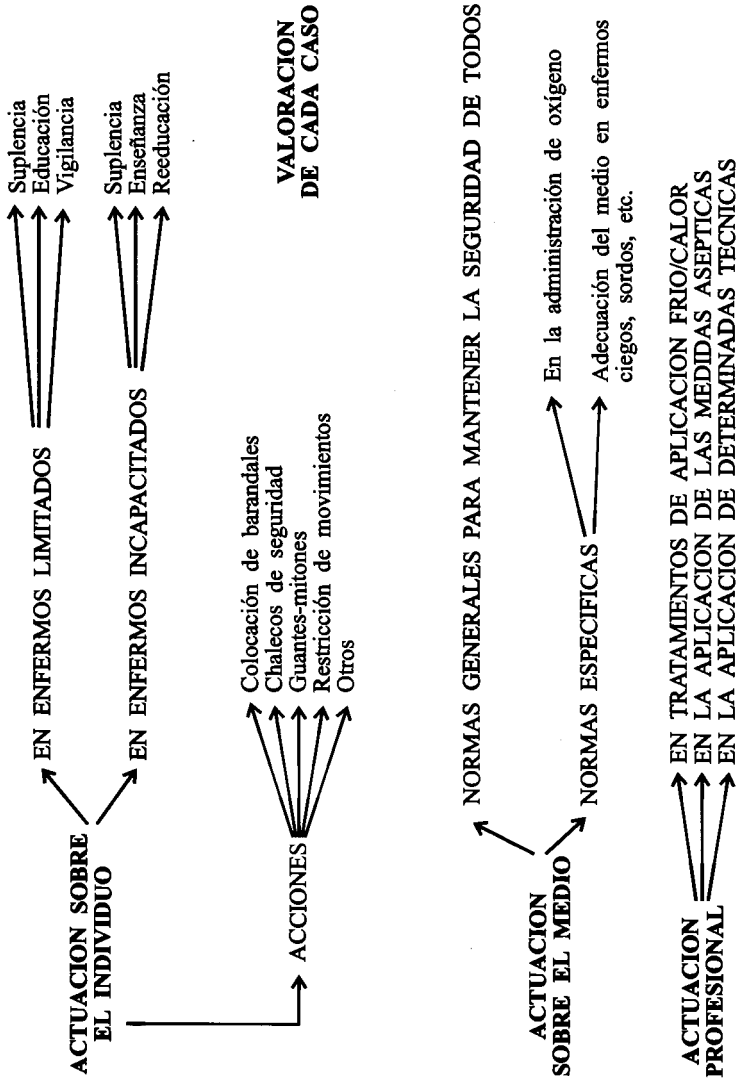
CUIDADOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD (I)



CUIDADOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD (II)



CUIDADOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD (III)



PLANIFICACION Y EJECUCION DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA

VALORACION DE CADA CASO

NORMAS GENERALES PARA MANTENER LA SEGURIDAD DE TODOS LOS PACIENTES

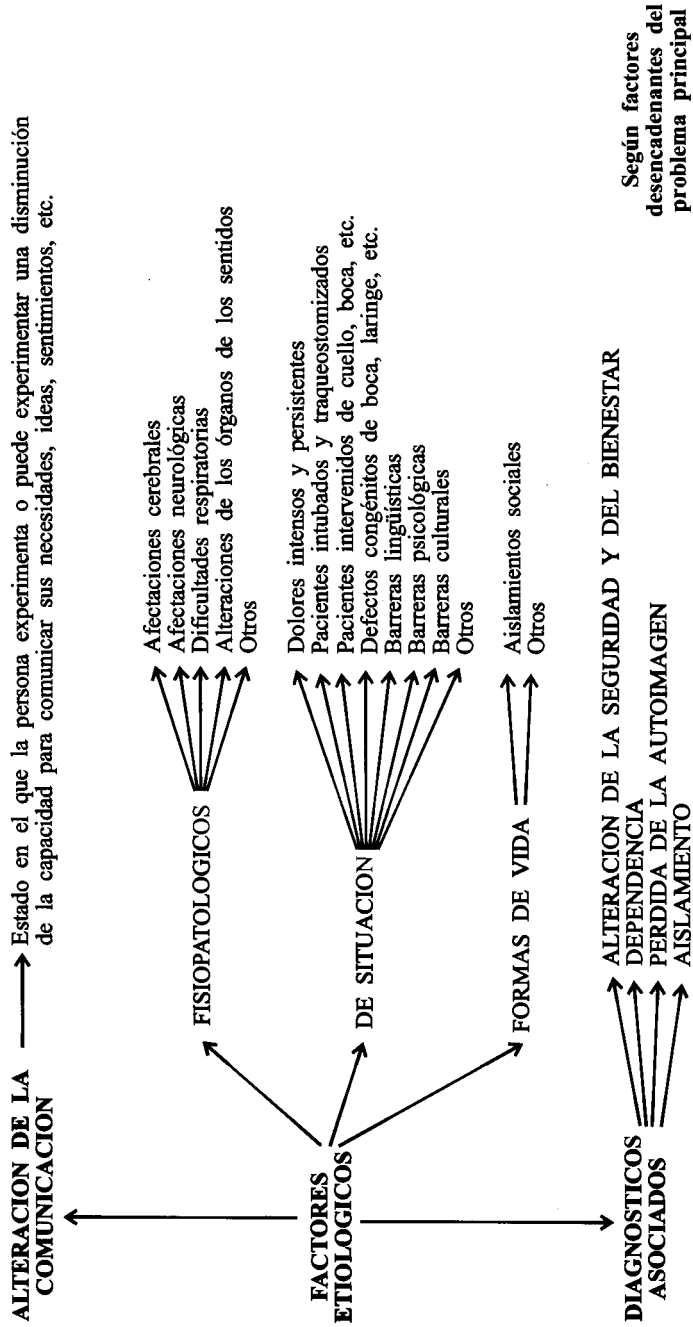
ACTUACION PROFESIONAL
EN TRATAMIENTOS DE APLICACION FRIO/CALOR
EN LA APLICACION DE LAS MEDIDAS ASEPTICAS
EN LA APLICACION DE DETERMINADAS TECNICAS

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.

ENFERMERIA MEDICOQUIRURGICA

UNIDAD I

GENERALIDADES DE ENFERMERIA MEDICOQUIRURGICA*

OBJETIVO GENERAL

Al finalizar el estudio de la unidad, las alumnas serán capaces de prestar cuidados a pacientes con desviaciones del estado de salud que producen cambios en el funcionamiento integral del ser humano, guiando sus acciones para que el individuo desarrolle al máximo su nivel de autocuidado.

* Temas que se describen:

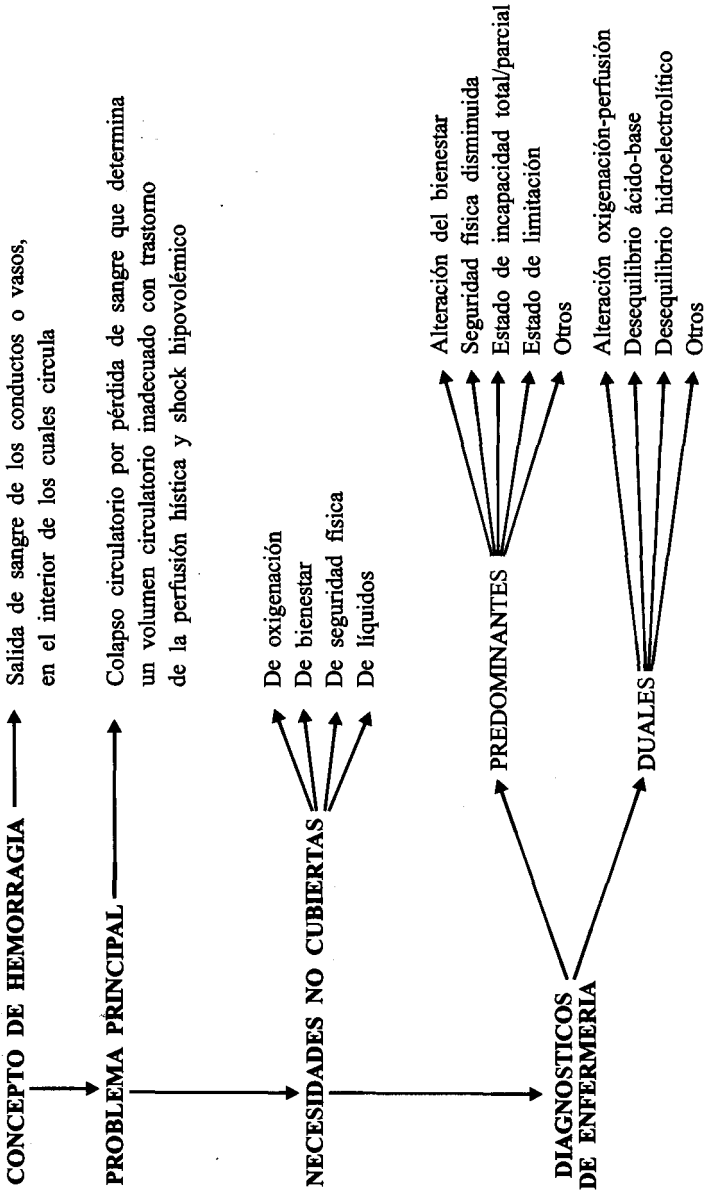
- El síndrome hemorrágico
- Cuidados de enfermería al paciente oncológico.

TEMA: EL SINDROME HEMORRAGICO

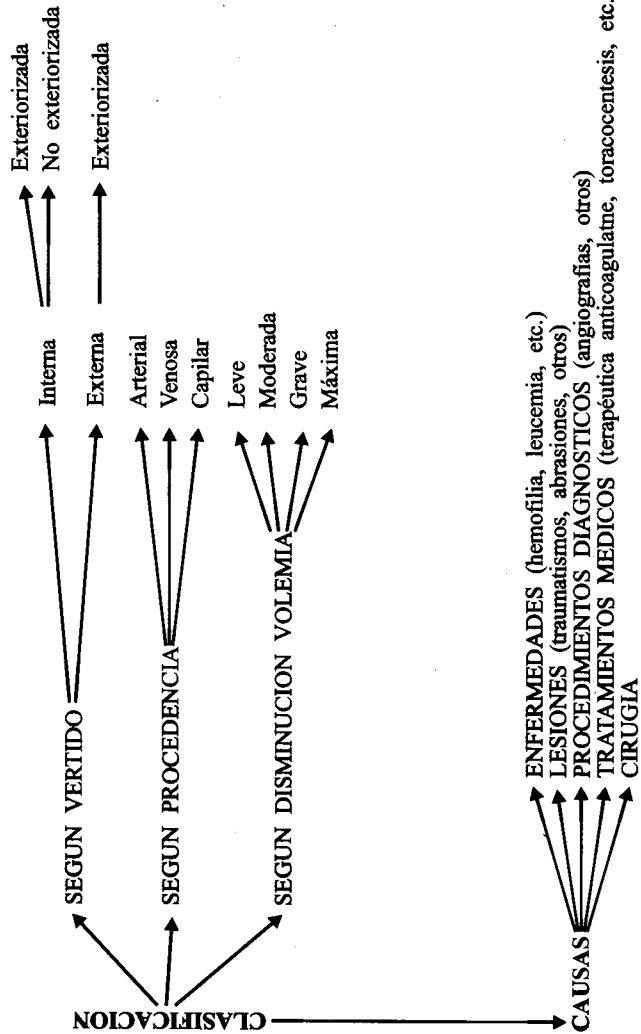
OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1. Describir el concepto de hemorragia, las causas y clasificación de las mismas, así como los mecanismos de compensación del organismo humano cuando existe hemorragia.**
- 2. Describir las manifestaciones comunes que presentan los enfermos con un problema de hemorragia.**
- 3. Identificar los problemas del enfermo derivados de esta alteración.**
- 4. Determinar las acciones de enfermería más adecuadas para solucionar los problemas identificados.**
- 5. Describir los criterios de normalidad y/o adaptación que denotan la mejoría del enfermo.**

EL SINDROME HEMORRAGICO (I)

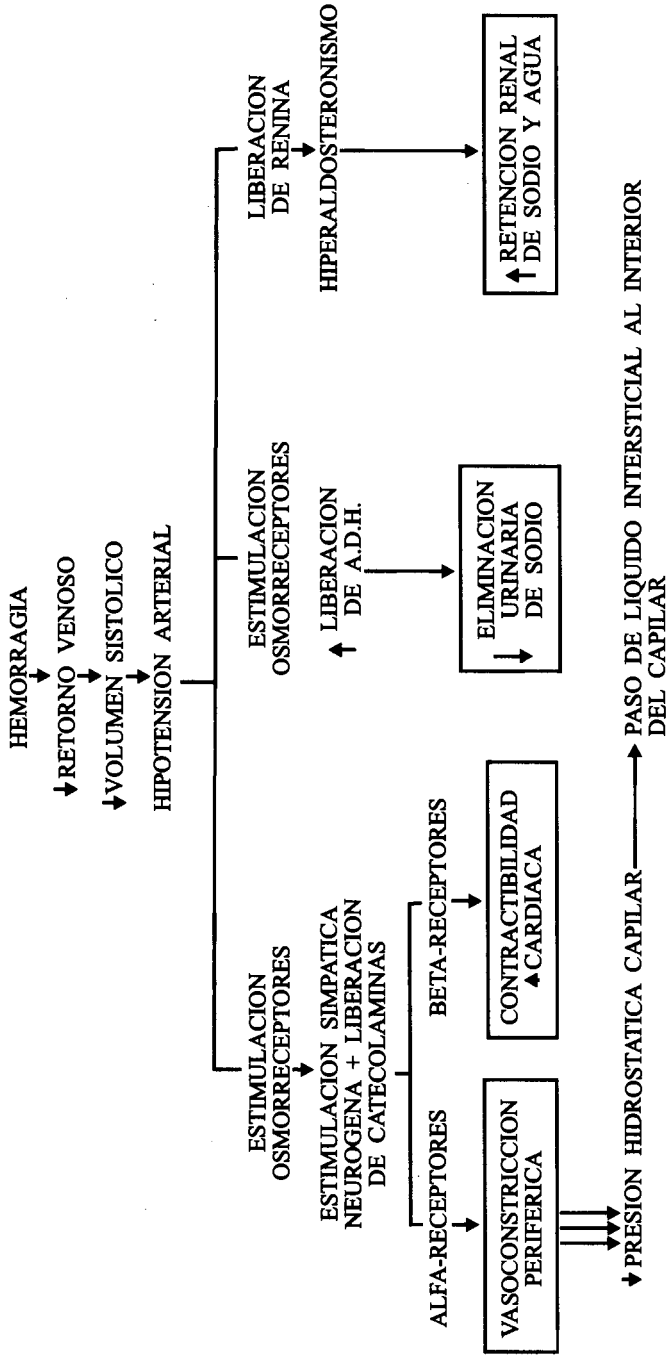


EL SINDROME HEMORRAGICO (II)



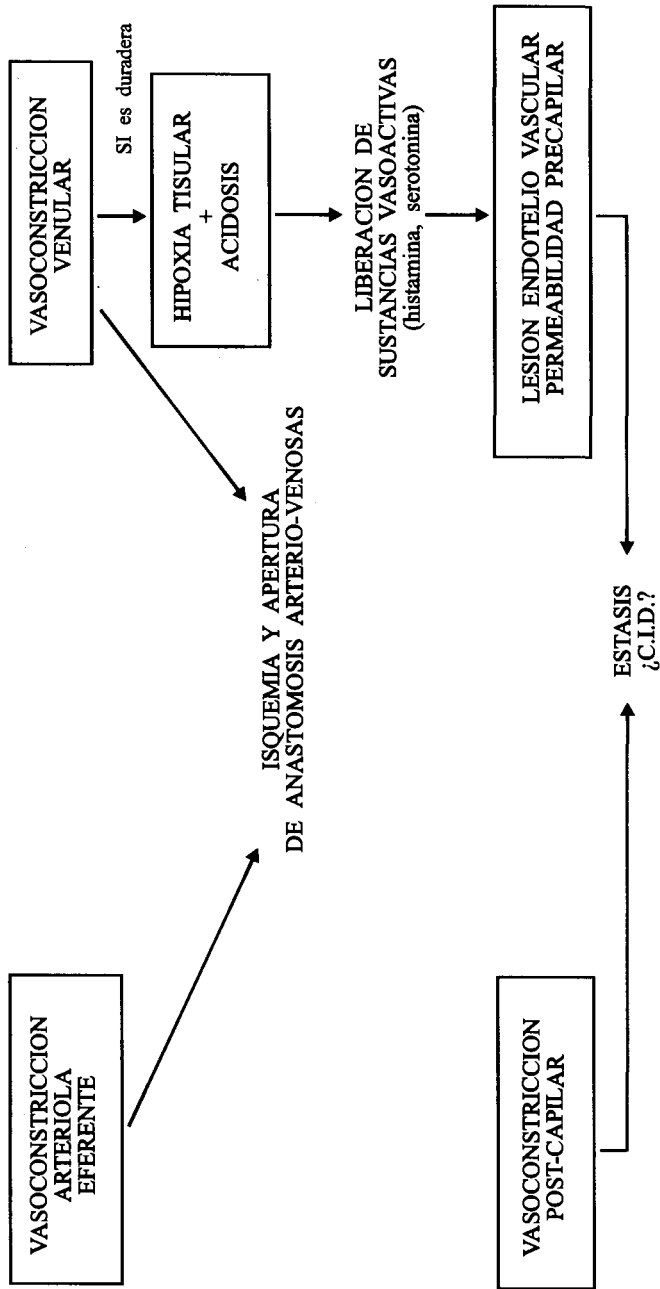
EL SINDROME HEMORRAGICO (III)

ALTERACIONES HEMODINAMICAS

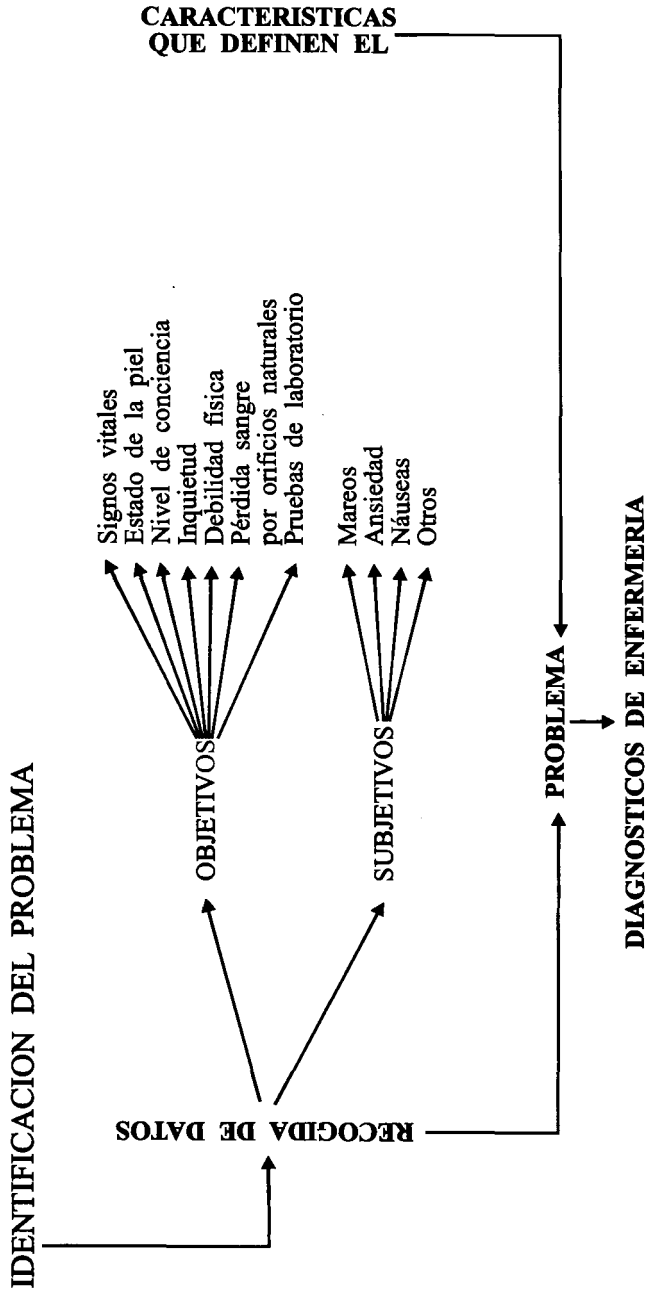


EL SINDROME HEMORRAGICO (IV)

ALTERACIONES A NIVEL HISTICO



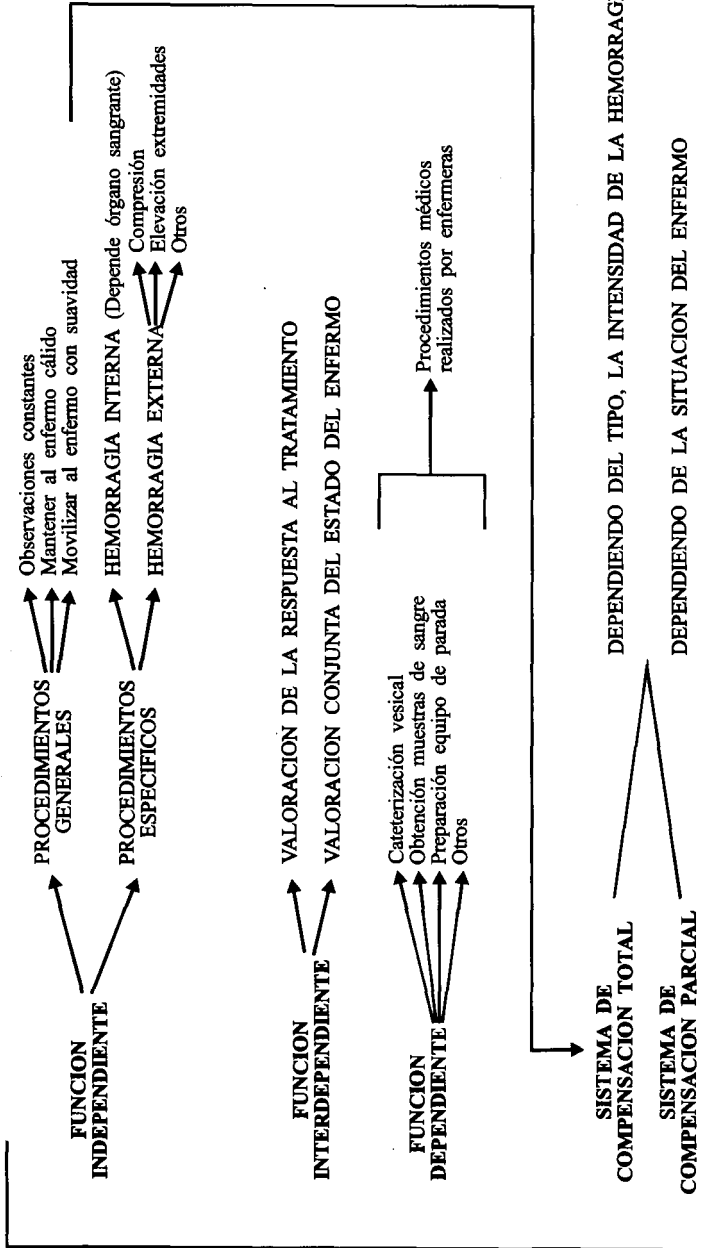
EL SINDROME HEMORRAGICO (V)



EL SINDROME HEMORRAGICO (VI)
VALORACION CLINICA DE LA HEMORRAGIA

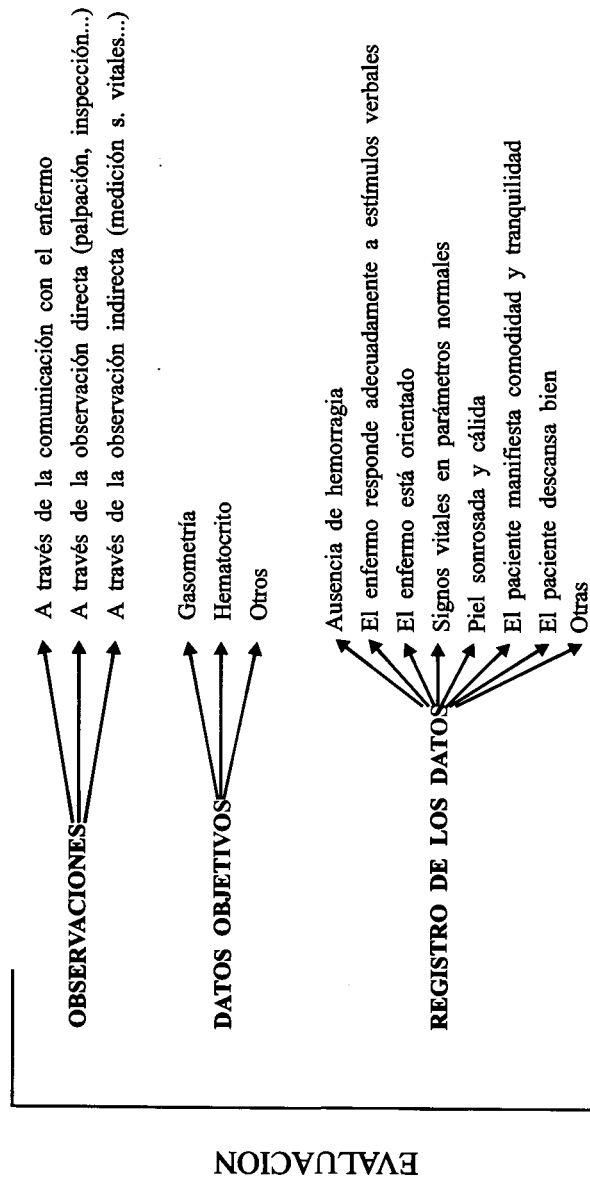
<i>Hemorragia</i>	<i>Disminución volémica</i>	<i>Datos clínicos</i>
Leve	10 % (500 c.c.)	<ul style="list-style-type: none"> — Equivalente a una donación normal de sangre. — Apenas existen modificaciones cardiorrespiratorias.
Moderada	10-25 % (500-1.250 c.c.)	<ul style="list-style-type: none"> — T.A. sistólica superior a 100 mmHg. — Pulso no superior a 100 lat/min. — Ligera vasoconstricción periférica (discreta palidez, pies y manos fríos). — Prueba inclinación: + -
Grave	25-35 % (1.250-1.750 c.c.)	<ul style="list-style-type: none"> — T.A. máxima menor de 100 mmHg. — Pulso entre 100-120 lat/min. — Evidente vasoconstricción periférica (palidez, marcada frialdad). — Inquietud y agitación. — Sed, sudoración, oliguria. — Prueba inclinación: +++
Masiva	35-50 % (1.750-2.500 c.c.)	<ul style="list-style-type: none"> — T.A. máxima menor de 7 mmHg. — Pulso superior a 120 lat/min. — Intensa vasoconstricción periférica (cianosis, acra). — Estupor, coma. — Sudoración profusa, oliguria. — Shock. — No hacer prueba inclinación.

EL SINDROME HEMORRAGICO (VII)



PLANIFICACION DE LOS CUIDADOS

EL SINDROME HEMORRAGICO (VIII)

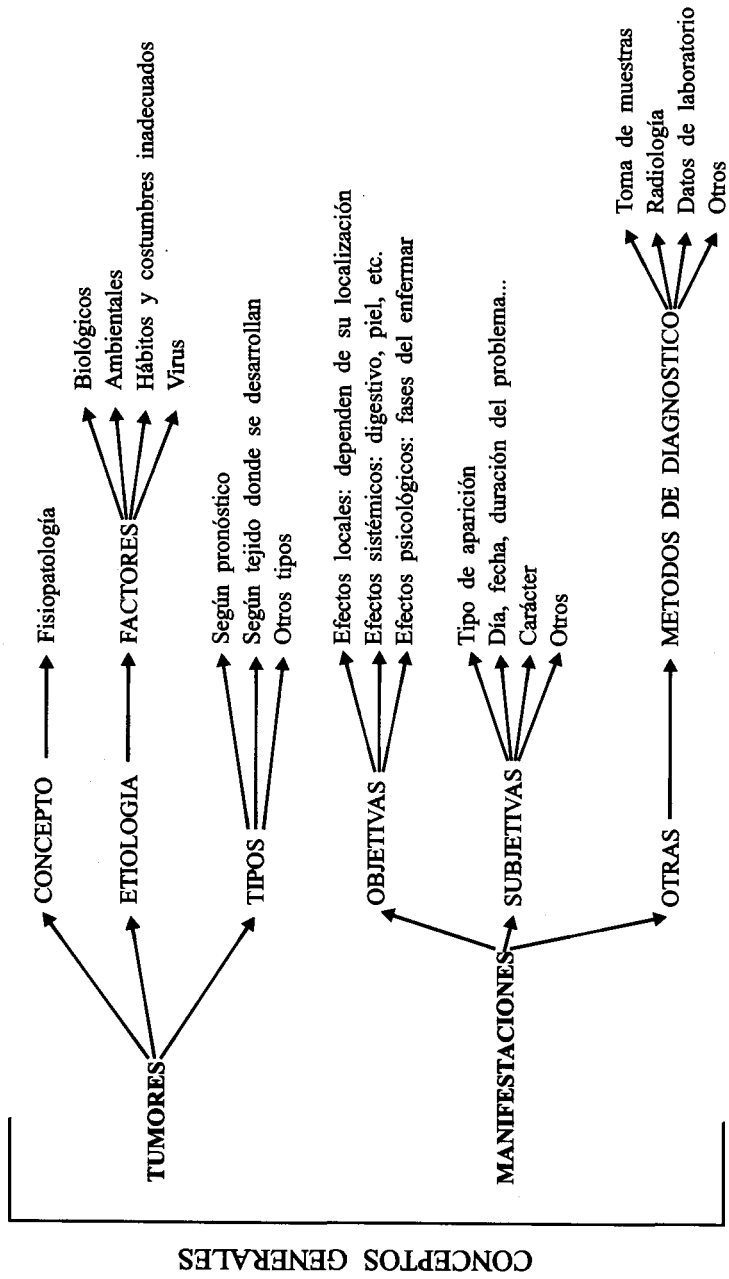


TEMA: CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE ONCOLOGICO

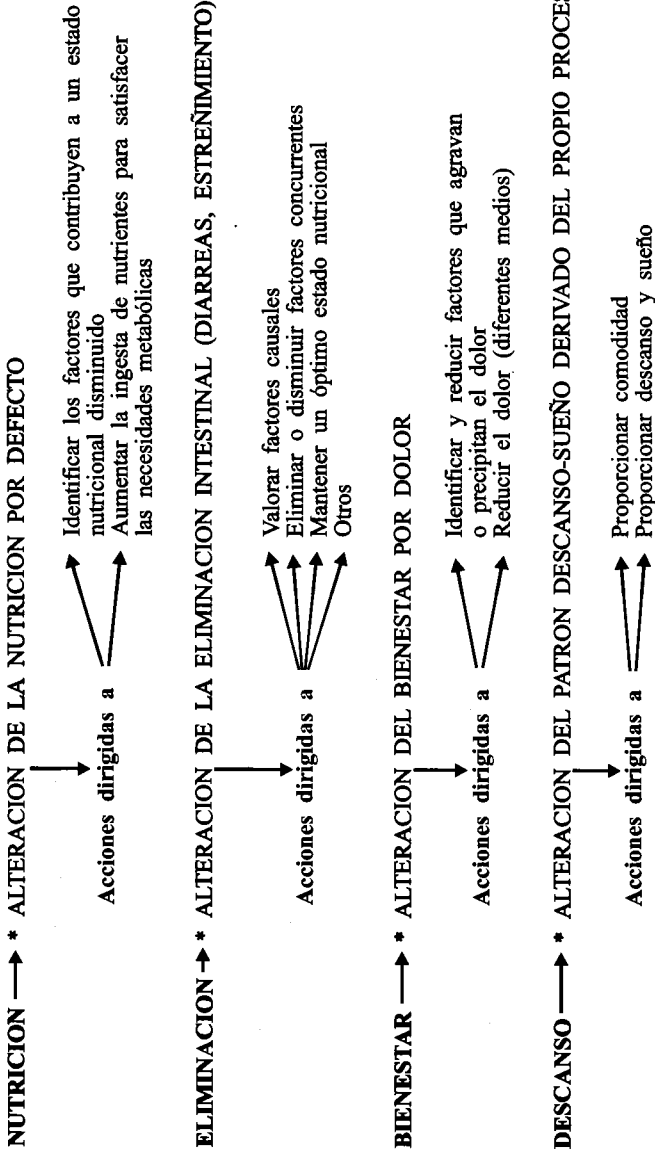
OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir las causas que alteran las necesidades fundamentales en el paciente oncológico.
2. Identificar los problemas que se producen como consecuencia de las necesidades alteradas.
3. Describir los problemas derivados de los tratamientos antineoplásicos.
4. Identificar las características que definen los problemas de estos enfermos.
5. Explicar las acciones de enfermería encaminadas a prevenir, mejorar y resolver los problemas que padecen o pueden padecer estos enfermos.
6. Describir las precauciones y normas generales que hay que seguir en la administración de quimioterapia antineoplásica.

CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE ONCOLOGICO (I)



CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE ONCOLOGICO (III)

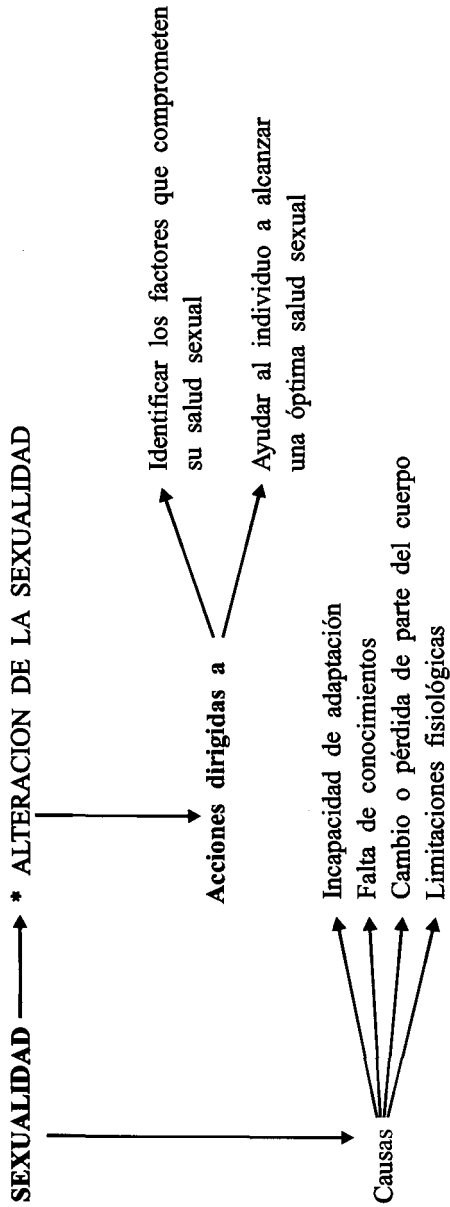


OTRAS NECESIDADES

PROBLEMAS DERIVADOS DE LOS AUTOCUIDADOS UNIVERSALES

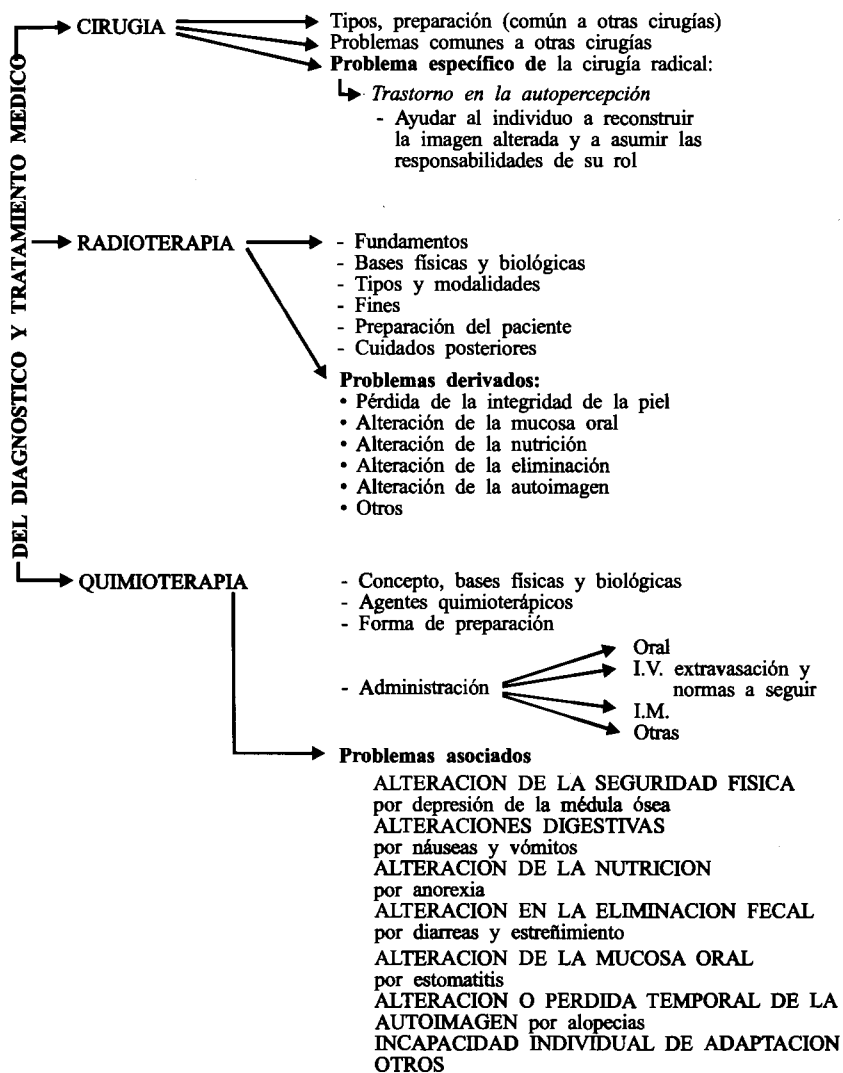
CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE ONCOLOGICO (III)

PROBLEMAS DERIVADOS DEL PROCESO DE DESARROLLO HUMANO

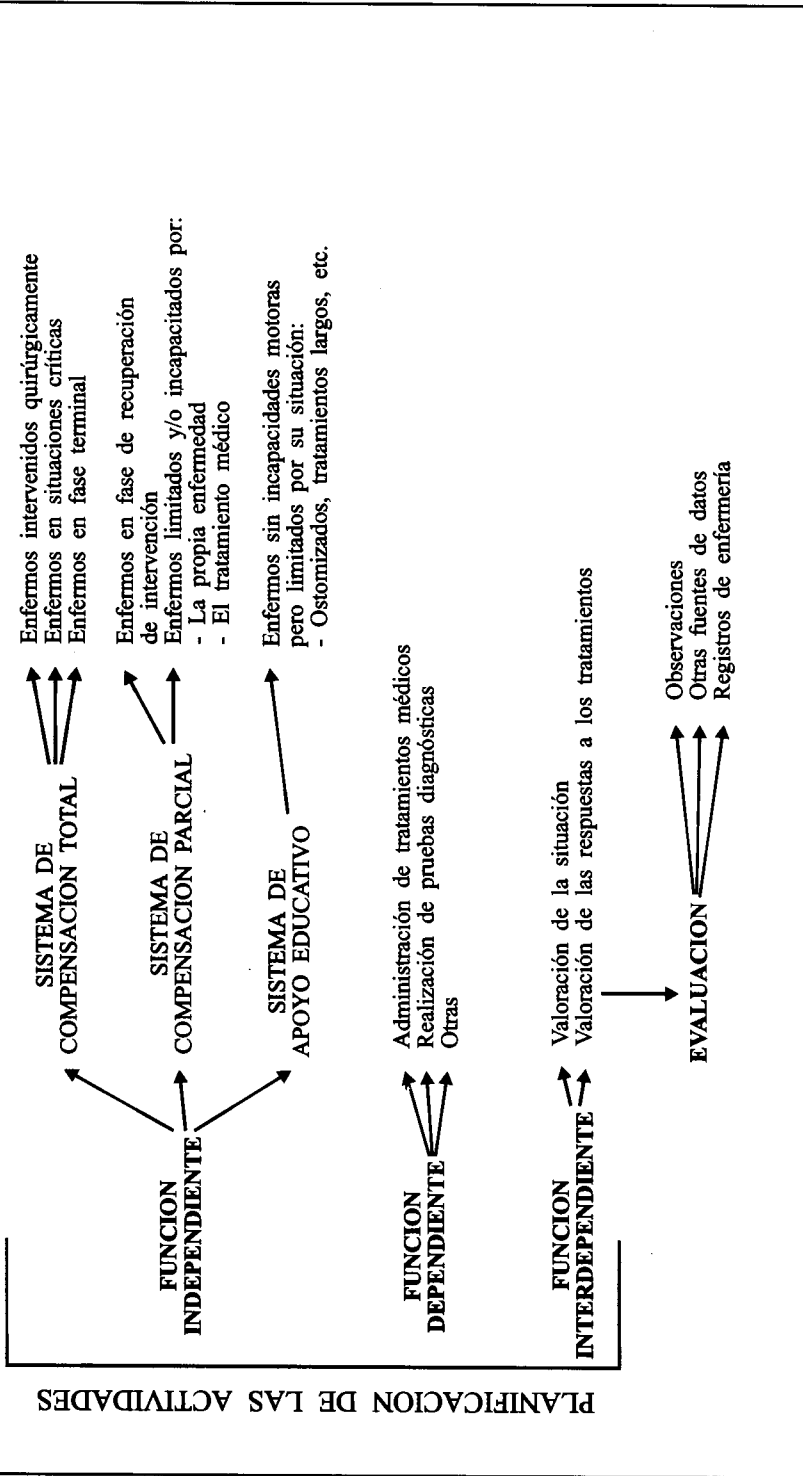


CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE ONCOLOGICO (IV)

PROBLEMAS DERIVADOS DE LA DESVIACION DEL ESTADO DE SALUD DEL PROCESO DE LA ENFERMEDAD NEOPLASICA



CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE ONCOLOGICO (V)



PRUEBA DE EVALUACION SOBRE GENERALIDADES MEDICOQUIRURGICAS

EJERCICIO 1

1. Describa el concepto y las funciones de la Enfermería Medicoquirúrgica.
2. Explique el proceso de cicatrización de las heridas.
3. Describa qué necesidades pueden alterarse en un enfermo con problema de dolor.
4. Describa los cuidados de enfermería específicos al paciente que padece shock hipovolémico producido por hemorragia externa.
5. Describa el desequilibrio ácido-base.

RESPUESTAS

1. DESCRIBA EL CONCEPTO Y LAS FUNCIONES DE LA ENFERMERIA MEDICOQUIRURGICA

Enfermería Medicoquirúrgica es la parte de la Enfermería básica que trata de los cuidados al enfermo que tiene las necesidades alteradas por una enfermedad o un proceso fisiopatológico. Estas necesidades alteradas originan una serie de problemas que se caracterizan por un déficit de los autocuidados universales derivados del estado de salud.

La función de la enfermera medicoquirúrgica la constituye una serie de actividades dirigidas a:

- Ayudar al enfermo a que mantenga y/o recupere el equilibrio perdido (fisiológico y psicosocial).
- Ayudar al individuo a que supere los problemas derivados de la alteración fisiológica.
- Ayudar a reducir las molestias, producidas por el proceso patológico, para que la persona enferma alcance cierto grado de bienestar.
- Ayudar a mantener la motivación necesaria mientras el enfermo se somete a los procedimientos necesarios para la reparación de la salud.
- Colaborar con el médico y otros miembros del equipo sanitario, en los aspectos diagnósticos y terapéuticos.

2. EXPLIQUE EL PROCESO DE CICATRIZACION DE LAS HERIDAS

Recibe el nombre de cicatriz la formación de nuevo tejido conjuntivo, revestido de epitelio, que va a rellenar el espacio que dejara abierto una herida.

La pérdida de substancia que supone una herida no va a ser cubierta con tejido de la naturaleza que era antes de la lesión, sino simplemente por el conectivo; pero además, este tejido neoformado no tiene los caracteres normales. Así, la epidermis es muy delgada y no es festoneado como normalmente se ofrece su límite profundo en contacto con la dermis. Como carece de esta capa profunda no tiene pelos ni glándulas sebáceas ni sudoríparas. La capa queratínica queda reducida a una lámina translúcida.

El tejido conectivo está formado por una serie de planos paralelos a la epidermis, duros y fibrosos, observándose una serie de tabiques perpendiculares a éstos. Los vasos de la cicatriz, en un principio numerosos, van disminuyendo progresivamente; de aquí el cambio de color que va sufriendo la cicatriz con el tiempo. Primero es rojo vivo, va palideciendo poco a poco hasta transformarse en blanquecino. Los haces del conectivo van ahogando a los vasos para terminar siendo estos tabiques perpendiculares a los paralelos del revestimiento.

La cicatrización de las heridas tiene lugar de dos formas: cicatrización por primera y segunda intención.

En la *cicatrización por primera intención*, los labios de la herida se funden directamente, tardando en este proceso muy pocos días sin que tenga lugar la infección. Para que esta forma de cicatrización tenga lugar es preciso que los bordes de la herida estén bien captados, que sea aséptica y que no contenga substancias extrañas.

En la *cicatrización por segunda intención*, el tiempo de duración es mucho mayor, y ésta no tiene lugar hasta que el relleno de la cavidad de la herida no se ha hecho gracias a la formación de las granulaciones (mamelones carnosos). Esta forma de cicatrización tiene lugar cuando los labios de la herida están separados y queda entre ellos un espacio que ha de cubrir el tejido conjuntivo; cuando sobreviene la infección y cuando existe en su interior materias extrañas.

3. DESCRIBA QUE NECESIDADES PUEDEN ALTERARSE EN UN ENFERMO CON PROBLEMA DE DOLOR

El dolor es uno de los factores que pueden alterar todas las necesidades básicas, dependiendo de la intensidad, la duración, la localización y el tipo de dolor. También intervienen la reacción y la percepción de la persona al dolor.

Por todo esto es importante evaluar estos datos para identificar qué necesidades pueden alterarse en el enfermo con dolor. Pero de forma general son tres las necesidades que los pacientes con dolor van a tener comúnmente alteradas:

- a) *El bienestar*: los estímulos dolorosos hacen que la persona proteja su cuerpo adoptando la inmovilidad y posturas no habituales, contraiga los músculos y otras respuestas que impiden a la persona relajarse para sentirse a gusto consigo mismo y con todo lo que le rodea; para descansar y conciliar el sueño.
- b) *La seguridad*: el dolor tiene una función protectora que hace saber a la persona el peligro, real o potencial, de un daño a los tejidos orgánicos. Por otro

lado, un dolor intenso puede provocar un colapso de los mecanismos de adaptación del organismo.

- c) *La actividad:* la persona con dolor tiende a la inmovilidad pues, determinados movimientos hacen aparecer o intensifican el dolor, por lo que el enfermo restringe (en grado diferente) la movilidad habitual.

4. DESCRIBA LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA ESPECIFICOS AL PACIENTE QUE PADECE SHOCK HIPOVOLEMICO PRODUCIDO POR HEMORRAGIA EXTERNA

Las actividades de la enfermera, en el paciente con problema de shock hipovolémico, las podemos clasificar en tres apartados: actividades de asistencia, actividades de observación y procedimientos médicos realizados por la enfermera.

A) *Actividades de asistencia:*

- Colocar al enfermo en posición de decúbito supino o de Trendelenburg.
- Cubrirlo con mantas ligeras.
- Mantener una temperatura templada en la habitación.
- No administrar estimulantes orales.
- Administrar agua por vía oral (hasta un litro) si el enfermo está en condiciones de tomarla y la tolera.
- Administrar oxígeno humidificado.
- Si existe dificultad respiratoria, ventilar al enfermo.
- Colocar sonda vesical permanente.
- Monitorizar al paciente.

B) *Actividades de observación:*

- Medición de signos vitales (frecuencia según situación).
- Auscultar frecuencia y ritmo del latido en punta.
- Realizar balance hídrico.
- Vigilar gases arteriales.

C) *Procedimientos médicos:*

- Administración de líquidos intravenosos (solución salina isotónica o de Ringer lactato).
- Obtención de muestra de sangre para laboratorio, para determinar: recuento, gases arteriales, electrolitos y pruebas cruzadas.

- Preparar equipo para PVC y equipo de respiración mecánica.
- Administración de transfusiones de sangre.
- Administración de fármacos.

5. DESCRIBA EL DESEQUILIBRIO ACIDO-BASE

Se denomina así al desequilibrio fisiológico entre los iones hidrógeno y el bicarbonato en la sangre, en la relación normal.

En las alteraciones del equilibrio ácido-base se originan dos situaciones patológicas:

- Acidosis y alcalosis respiratorias (de origen predominantemente pulmonar).
- Acidosis y alcalosis metabólicas.

- A) *Acidosis respiratoria*: debida a una acumulación de ácido carbónico (hipercapnia). Aumenta el bicarbonato en sangre. Si este aumento no es capaz de compensar el exceso de ácido carbónico, desciende el pH (acidosis respiratoria descompensada).
- B) *Alcalosis respiratoria*: pérdida de un exceso de ácido carbónico por polipnea. En este caso hay un descenso de la proporción de bicarbonato. Si este descenso, del bicarbonato, no es capaz de compensar la pérdida de ácido carbónico, aumenta el pH (alcalosis respiratoria).
- C) *Acidosis metabólica*: es debida, generalmente, a residuos orgánicos que se acumulan en exceso (cetonemia diabética) o que son eliminados insuficientemente (insuficiencia renal).

Los catabolitos ácidos por efecto tampón provocan la transformación de los bicarbonatos en ácido carbónico con la siguiente disminución de la reserva alcalina. El pulmón tiende entonces a eliminar el exceso de ácido carbónico y el riñón a reconstruir los bicarbonatos. En este caso, los mecanismos de regulación pueden estar saturados, dando origen a una acidosis descompensada con descenso del pH.

- D) *Alcalosis metabólica*: se produce en los casos de pérdidas excesivas de componentes ácidos (vómitos abundantes) y también como resultado de una sucesión compleja de acontecimientos metabólicos que se desarrolla en todos los casos de hipopotasemia (disminución de la proporción de potasio en la sangre). Se tiene un aumento de reserva alcalina a expensa del ácido carbónico: el pulmón está prácticamente al margen, puesto que no puede disminuir de forma considerable la frecuencia respiratoria. El riñón trata de reducir la eliminación de los iones H^+ y la reabsorción de bicarbonato. Si el mecanismo renal resulta insuficiente, el pH aumenta.

UNIDAD II

**TECNICAS MAS USUALES EN EL CUIDADO
DEL ENFERMO***

OBJETIVO GENERAL

Al finalizar el estudio de esta unidad, las estudiantes habrán adquirido los conocimientos teóricos necesarios para llevar a la práctica las técnicas que se describen en el programa, utilizando los principios en que están apoyadas cada una de ellas.

* Tema que se describe:
El sondaje vesical.

TEMA: EL SONDAJE VESICAL

OBJETIVOS INTERMEDIOS

1. Definir el concepto de sondaje vesical.
2. Describir los fines del sondaje vesical.
3. Describir los tipos de sondas vesicales y aplicación específica de cada una.
4. Describir la técnica y los procedimientos del sondaje vesical.
5. Identificar los problemas que pueden derivarse de un sondaje vesical.
6. Describir las acciones necesarias para el buen mantenimiento de una sonda vesical.
7. Valorar la importancia de educación sanitaria al paciente con sonda vesical permanente, así como a su familia, en lo referente a los autocuidados específicos en situaciones concretas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Preparar correctamente, en la sala de demostración, el material necesario para la realización de un sondaje vesical.
2. Realizar con la técnica correcta, en el maniquí de prácticas, un sondaje vesical.
3. Realizar la preparación correcta, del maniquí de prácticas para efectuar un sondaje vesical.

EL SONDAJE VESICAL

CONCEPTO → Introducción de un catéter en la vejiga para drenar la orina o instilar soluciones

FINES

- **PRESTAR CUIDADOS:**
 - Proporcionar comodidad en pacientes con retención urinaria
 - Mantener la integridad de la piel en pacientes incontinentes
- **POR DERIVACION DEL TRATAMIENTO MEDICO:**
 - Extracción de orina para pruebas
 - Post-operaciones
 - Otras

TIPOS DE SONDAJES → **PERMANENTE** ← Cuándo y por qué?
 → **INTERMITENTE** ←

TIPOS DE SONDAS → **FOLEY** ← Cuándo y por qué?
 → **PECHER** ←
 → **RIGIDA** ←
 → **OTRAS** ←

PREPARACION → **DEL PACIENTE**
 → **DEL AMBIENTE**
 → **DEL MATERIAL** Descripción técnica

PROCEDIMIENTO → **SEGUN SEXO**
 → **SEGUN FINES**
 → **SEGUN NORMAS**

CUIDADOS POSTERIORES → **POR PARTE DE LA ENFERMERA** ayuda, vigilancia, enseñanza, registro
 → **POR PARTE DEL ENFERMO/FAMILIA** autocuidado (según capacidades/limitaciones)

PROBLEMAS DERIVADOS → **PREOCUPACION DEL PACIENTE** en relación con el sondaje
 → **INFECCION URINARIA** por falta de asepsia en el procedimiento y mantenimiento
 → **DISMINUCION DE LA ACTIVIDAD** por falta de aprendizaje
 → **OTROS**

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE TECNICAS EN EL CUIDADO

EJERCICIO 1

1. Describa tres factores que favorecen la aparición de tromboflebitis en el paciente con terapia intravenosa.
2. Explique las acciones de enfermería para el mantenimiento de una sonda vesical permanente.
3. Enumere los puntos a tener en cuenta al aplicar un vendaje.
4. Enumere las contraindicaciones y los riesgos derivados de la aspiración endotraqueal en un enfermo no intubado.
5. Describa el problema principal que puede producirse al transfundir sangre a un enfermo. Explique las acciones de enfermería en este problema.

RESPUESTAS

1. DESCRIBA TRES FACTORES QUE FAVORECEN LA APARICION DE TROMBOFLEBITIS EN EL PACIENTE CON TERAPIA INTRAVENOSA

- a) *Vena lesionada*, durante la punción.
- b) *Desplazamiento de la aguja*, posterior a la punción.
- c) *Irritación del vaso*, por:
 - Tratamientos prolongados de terapia intravenosa.
 - Administración de fármacos irritantes.
 - Vena de escaso calibre para determinada cantidad y tipo de solución.
 - Ritmo de goteo lento que hace que se forme un coágulo en la punta del catéter o aguja.

Las manifestaciones locales de este problema son:

- Ritmo lento del goteo.
- Miembro edematoso.
- Dolor y calor alrededor de la zona de la punción.
- Vena dura al tacto.
- Color rojo en línea ascendente, desde el punto de la punción.

2. EXPLIQUE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA PARA EL MANTENIMIENTO DE UNA SONDA VESICAL PERMANENTE

- a) *Objetivo de las acciones de enfermería:* el cuidado al paciente con una sonda vesical permanente se dirige fundamentalmente a prevenir infecciones de vías urinarias.
- b) *Acciones:*
- Aseo de la región perineal-genital, al menos dos veces al día, con agua templada y jabón, retirando cualquier incrustación en la sonda.
 - Cambio periódico de sonda. La frecuencia del cambio viene dada por las políticas de cada institución.
 - Mantenimiento de la permeabilidad del sistema, comprobando que no existe obstrucción en el sistema de evacuación. La comprobación deberá realizarse al menos tres veces al día.
 - Prevención de contaminación del sistema, para lo que se procederá al vaciado de la bolsa utilizando técnica aséptica.
 - Enseñanza al paciente sobre:
 - La importancia de mantener siempre el sistema cerrado.
 - El mantenimiento del sistema por debajo de la vejiga.
 - Como debe prevenir la tensión sobre la sonda.
 - Forma de ser independiente.

3. ENUMERE LOS PUNTOS A TENER EN CUENTA AL APLICAR UN VENDAJE

- Limpiar y secar la parte del organismo que va a ser vendada.
- Colocar cómodamente al paciente antes de hacer el vendaje.
- El vendaje debe de ser adecuado a la parte del cuerpo que se quiere vendar (circulares u oblicuos en miembros; cruzados en T o en X cuando se aplica en un miembro con la unión al tórax).
- Proteger todas las prominencias óseas antes de hacer un vendaje.
- No aplicar el vendaje húmedo, pues al secarse aumenta la presión en la zona.
- No aplicar un vendaje de forma que queden en contacto dos superficies cutáneas (dos dedos, brazo y tronco, etcétera).
- Dejar, siempre, al descubierto las puntas de los dedos de manos y pies, para observar cualquier alteración circulatoria.

- No obstaculizar la circulación (arterial y venosa) por excesiva compresión.
- La zona que se va a vendar deberá estar en la posición que deberá conservar.
- El vendaje se comienza desde la parte inferior de los miembros a la parte superior.
- Un vendaje muy apretado puede producir dolor y dificulta la circulación.
- Un vendaje muy flojo se desplaza y no es eficaz en la sujeción.
- La sujeción del vendaje se hace en la parte contraria a la lesión corporal por la que se realiza el vendaje.

4. ENUMERE LAS CONTRAINDICACIONES Y LOS RIESGOS DERIVADOS DE LA ASPIRACION ENDOTRAQUEAL

A) *Contraindicaciones:*

- Pacientes asmáticos en crisis aguda.
- Obstrucciones de vías respiratorias altas por edema de laringe, faringe o crup.
- Hemorragias nasofaríngeas, varices esofágicas, pacientes leucémicos y hemofílicos.
- Estenosis traqueal.
- Infarto de miocardio en fase aguda.
- Enfermos intervenidos de resección de pulmón.

B) *Complicaciones:*

- Hipoxia.
- Broncoespasmo, estimulación vagal.
- Lesión de la mucosa respiratoria.
- Arritmias cardíacas. Paro cardíaco o respiratorio.

5. DESCRIBA EL PROBLEMA PRINCIPAL QUE PUEDE PRODUCIRSE AL TRANSFUNDIR SANGRE A UN ENFERMO. EXPLIQUE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA EN ESTE PROBLEMA

El principal problema es la **reacción a la transfusión**, producida por una reacción antígeno-anticuerpo o incompatibilidad del receptor de los componentes sanguíneos. Este problema puede producirse durante la administración de la sangre o después de ella. Según esto, las dos reacciones que se pueden producir son:

A) *Reacción por incompatibilidad* del grupo y/o factor Rh (muy grave). Los signos y síntomas de este problema son:

- Escalofríos y fiebre durante el tratamiento.
- Dolor súbito en tórax y espalda.
- Sensación de que «se estalla la cabeza».
- Distensión de las venas del cuello.
- Taquicardia, polipnea e hipotensión.
- Oliguria.

B) *Reacción alérgica*. Sucede cuando el receptor tiene anticuerpos contra fármacos, alimentos u otros antígenos de la sangre del donante. Se manifiesta con:

- Prurito, enrojecimiento facial, habones o exantema.
- Disnea, sibilancias y edema laríngeo.

Actividades de enfermería:

De asistencia:

- Suspender la transfusión inmediatamente y devolver la bolsa y el sistema al banco de sangre después de la reacción.
- Mantener una vía venosa con solución salina, para administración de fármacos en caso de shock y para prevenir el fracaso renal.
- Cubrir con mantas ligeras al enfermo en caso de escalofríos.
- Enviar muestra de sangre al laboratorio para determinación de pruebas cruzadas y tipificación.
- Enviar muestra de orina al laboratorio para determinación de hemoglobina en la orina (indica hemólisis intravascular).
- Preparar equipo de oxigenoterapia y fármacos específicos.

De observación:

- Cada quince minutos vigilar presión arterial, frecuencia y ritmo respiratorios, frecuencia, ritmo y volumen del pulso.
- Vigilar temperatura corporal cada quince minutos, al menos durante la primera hora.
- Medir diuresis horaria.

Administración del tratamiento médico:

- Adrenalina para aumentar la presión arterial y la contractilidad miocárdica.
- Noradrenalina para aumentar la presión arterial.
- Manitol para forzar la diuresis y reponer líquidos.
- Bicarbonato sódico para prevenir la precipitación de la hemoglobina en los túbulos renales.
- Antihistamínicos para evitar o rebajar la liberación de histamina.

UNIDAD III

EL DEPARTAMENTO QUIRURGICO*

OBJETIVO GENERAL

Al finalizar el estudio de esta unidad, las estudiantes habrán adquirido los conocimientos necesarios para atender al enfermo en sus necesidades básicas antes, durante y después de una intervención quirúrgica, identificando las funciones propias de la enfermera dentro del equipo que actúa en la sala de operaciones.

OBJETIVOS INTERMEDIOS

1. Describir las funciones de la enfermera dentro del equipo quirúrgico.
2. Explicar el concepto de cirugía y sus tipos.
3. Describir las acciones de enfermería al paciente en las fases pre, intra y posoperatorias.
4. Describir las características, equipo técnico y material del departamento quirúrgico.
5. Determinar los métodos de esterilización adecuados para los diferentes tipos de materiales.
6. Identificar las necesidades del paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica.
7. Identificar los problemas derivados de la anestesia.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. En una mesa preparada, identificar el instrumental que hay en ella.
2. Vestirse adecuadamente con la ropa quirúrgica.

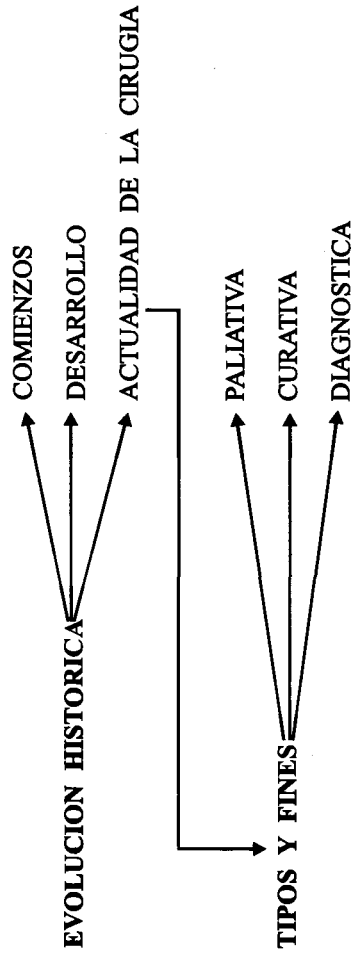
* Se describe la unidad completa.

3. Colocarse los guantes correctamente, al menos dos veces, en la sala de demostración.
4. Circular correctamente en la sala de demostración, preparada para una intervención quirúrgica.
5. Colocar correctamente, en la posición que se solicite, el maniquí de prácticas en la mesa quirúrgica.
6. Manipular el instrumental y material estéril en una intervención simulada en la sala de prácticas.
7. Realizar el lavado de manos quirúrgico al menos dos veces en la sala de prácticas.
8. Preparar la zona quirúrgica en el maniquí de prácticas.
9. Colocar los paños estériles en el maniquí de prácticas.
10. Montar, desmontar y enebrar las agujas en el portaagujas.

EL DEPARTAMENTO QUIRURGICO (I)

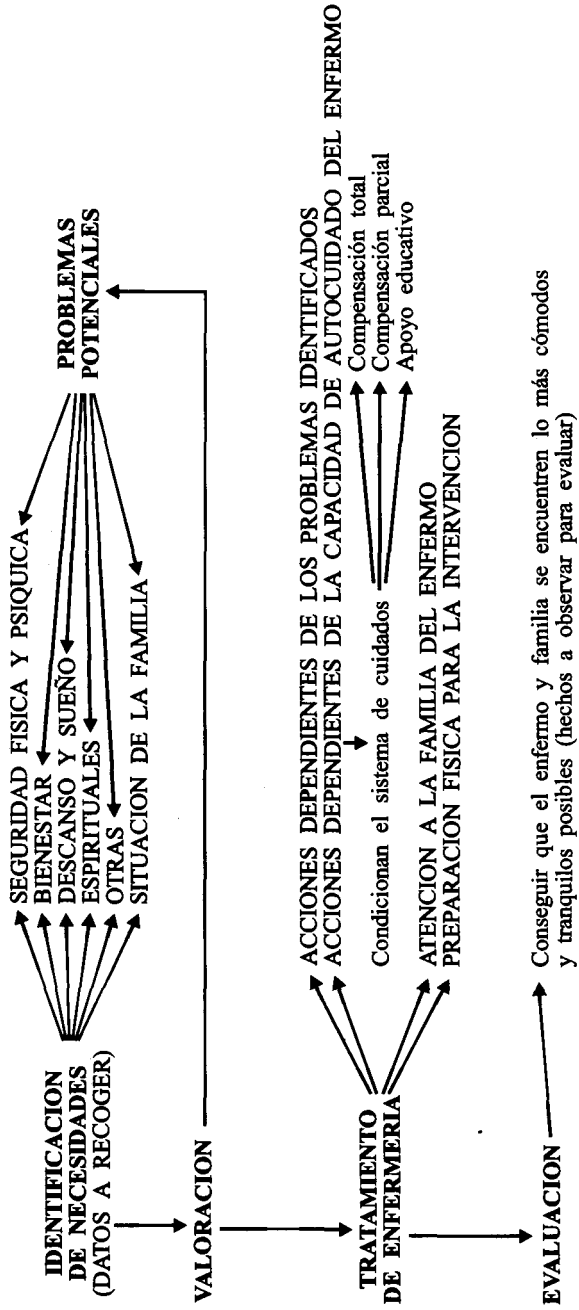
CONCEPTOS INTRODUCTORIOS

CONCEPTO DE CIRUGIA



EL DEPARTAMENTO QUIRURGICO (II)

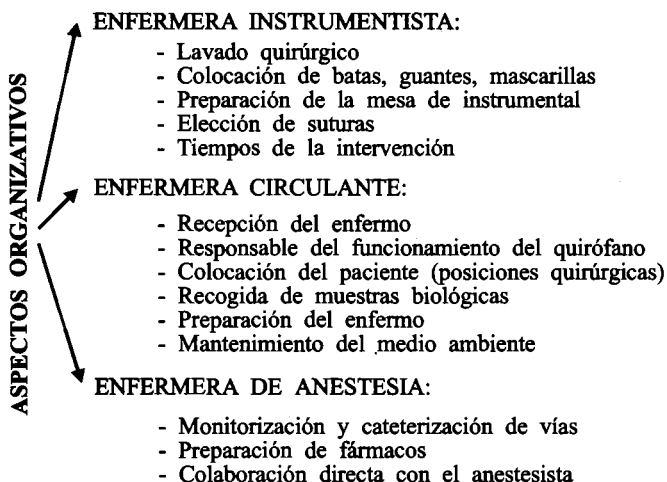
CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE EN EL PRE-OPERATORIO



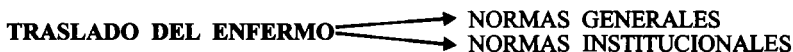
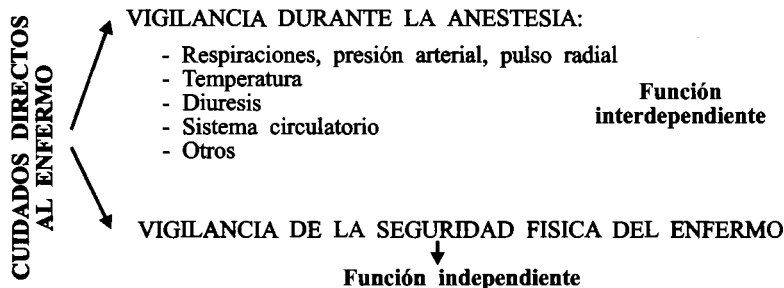
EL DEPARTAMENTO QUIRURGICO (III)

ACTUACIONES DE ENFERMERIA EN LA SALA QUIRURGICA

- ASPECTOS TECNICOS**
- Descripción del departamento quirúrgico
 - Descripción del equipo técnico
 - Material e instrumental
 - Asepsia y antisepsia quirúrgica
 - Tipos de intervenciones quirúrgicas

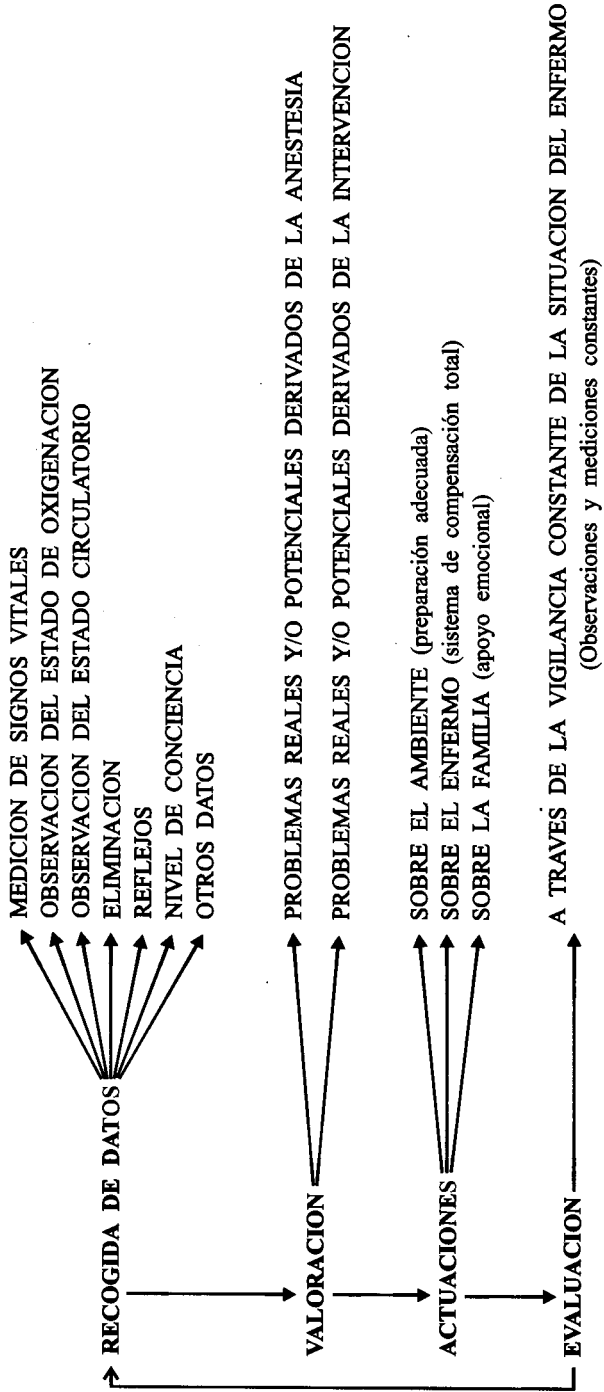


ATENCION A LA FAMILIA DEL ENFERMO



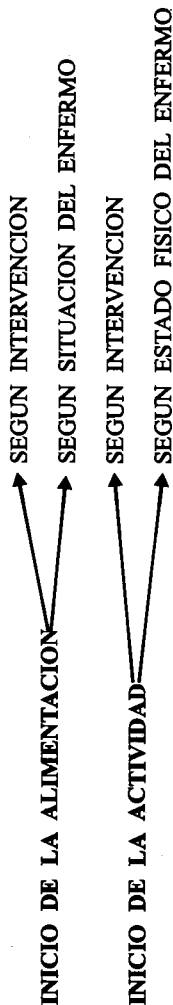
EL DEPARTAMENTO QUIRURGICO (IV)

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL POST-OPERATORIO INMEDIATO



EL DEPARTAMENTO QUIRURGICO (V)

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA RECUPERACION POSTERIOR DEL ENFERMO



PROBLEMAS QUE SE PUEDEN PRESENTAR EN EL ENFERMO

DEPENDIENDO DE LA INTERVENCION, ESTADO FISICO, PERSONALIDAD DEL ENFERMO Y OTRAS VARIANTES:

Alteración del bienestar por dolor
Alteración de la eliminación fecal por estreñimiento
Otros

ACCIONES DE ENFERMERIA → SEGUN DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA FORMULADOS

↓
SISTEMA DE COMPENSACION PARCIAL (generalmente)

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE EL DEPARTAMENTO QUIRURGICO

EJERCICIO 1

1. Describa la preparación física a un enfermo que va a ser sometido a una intervención quirúrgica.
2. Defina la denominación de los términos quirúrgicos que se citan:
 - A) Resección.
 - B) Ectomía.
 - C) Laparotomía.
 - D) Diéresis.
 - E) Gastroenterostomía.
 - F) Gastroenterotomía.
 - G) Enucleación.
 - H) Exéresis.
 - I) Toracoplastia.
3. Describa el problema de «colapso pulmonar» por acumulación de secreciones en el posoperatorio inmediato.

RESPUESTAS

1. **DESCRIBA LA PREPARACION FISICA A UN ENFERMO QUE VA A SER SOMETIDO A UNA INTERVENCION QUIRURGICA**
 - Rasurado y lavado de la zona, en forma amplia, con agua y jabón. Si la zona operatoria tiene vello o pelo largo, cortar antes de rasurar.
 - Ducha con jabón antes de la intervención.
 - Mantener al enfermo en ayunas doce horas antes de la intervención (si el paciente va a recibir anestesia general).
 - Hacer que el enfermo evacue la vejiga antes de ser trasladado a quirófano.
 - Hacer que el enfermo defaque, si no lo ha hecho antes de las doce horas de la intervención.
 - Retirar las prótesis (dentales, oculares, etc.) si el enfermo las tuviera.
 - Recoger el pelo y colocar al paciente gorro.

- Retirar esmaltes de uñas. Advertir que no se maquille.
- Retirar anillos, pulseras, cadenas y otras alhajas.

2. DEFINA LA DENOMINACION DE LOS TERMINOS QUIRURGICOS QUE SE CITAN

- A) *Resección*: extirpación de parte de un órgano.
- B) *Ectomía*: extirpación.
- C) *Laparotomía*: apertura del abdomen.
- D) *Diéresis*: separación de los tejidos.
- E) *Gastroenterostomía*: creación quirúrgica de una comunicación entre el estómago y una porción del intestino.
- F) *Gastroenterotomía*: incisión quirúrgica del estómago e intestino.
- G) *Enucleación*: extirpación de un tumor encapsulado o del globo ocular.
- H) *Exéresis*: separación de una parte del cuerpo o extracción de cuerpos extraños.
- J) *Toracoplastia*: resección de parte de la pared torácica.

3. DESCRIBA EL PROBLEMA DE «COLAPSO PULMONAR» POR ACUMULACION DE SECRECIONES EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO

A) *Causa del problema*: después de una intervención quirúrgica, con anestesia general, puede haber un aumento en la formación de secreciones debido a los gases anestésicos inhalados y a la propia intubación, que producen irritación de la mucosa del tracto respiratorio.

Además, la anestesia deprime la actividad de los cilios. El moco es más viscoso que normalmente debido a que el enfermo puede estar falto de líquido (el periodo preoperatorio de ayuno para asegurar un estómago vacío es un factor importante); la administración, en muchos casos, de atropina como parte de la premedicación anestésica, produce también sequedad de las secreciones. Por todas estas razones, es más difícil para la actividad ciliar mantener limpias las vías respiratorias.

B) *Características del problema*: como mecanismo de defensa al estimularse los nervios en las paredes bronquiales, por la presencia de secreciones, excita el reflejo de *la tos*. La fuerte espiración hace que se expulse el moco en forma de *esputo*.

La tos es dolorosa, por lo que los enfermos intervenidos de tórax o de abdomen

son reacios a toser con fuerza, por lo que no expulsan las secreciones que quedan acumuladas en los bronquios. No puede así entrar el aire en los alveolos y el aire estancado en ellos es absorbido rápidamente en la sangre y los alveolos se colapsan.

C) *Pacientes propensos*: son enfermos en riesgo de padecer este problema todos los que por alguna causa tengan aumentada la irritación local de las vías aéreas, como son:

- Enfermos con bronquitis aguda o crónica.
- Enfermos con gripe.
- Personas fumadoras.
- Pacientes muy obesos con dificultad para el movimiento.

D) *Cuidados de enfermería*:

- A todos los enfermos en riesgo, explicar la importancia de la tos y enseñarles a toser antes de la intervención.
- Enseñarles, antes de la intervención, ejercicios respiratorios profundos.
- Aconsejar al paciente que deje de fumar unos días antes de la intervención.
- Una vez operados, ayudar a toser a los enfermos sujetándoles la herida quirúrgica para aliviar o evitar la aparición del dolor.
- Mantener a los pacientes, si no existe contraindicación, en posición de semisentados.
- A enfermos bronquíticos hacer drenajes posturales.
- Si es preciso, aspiración bronquial.
- Auscultación frecuente de los pulmones para detectar presencia de secreciones.
- A los pacientes en riesgo, si no existe contraindicación, se les debe levantar de la cama precozmente.

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE EL DEPARTAMENTO QUIRURGICO

EJERCICIO 2

Con los datos que se le dan deberá:

1. Enunciar los problemas del enfermo en forma de diagnósticos de enfermería.
2. Elaborar un plan de cuidado que contenga los objetivos en relación con los diagnósticos formulados y las actividades a llevar a cabo.

Caso en estudio:

Paciente de setenta y ocho años, que fue intervenido de una peritonitis hace tres días. Presenta las siguientes manifestaciones:

- Mantiene signos vitales en los siguientes parámetros:
 - Presión arterial: 140/80 mmHg.
 - Pulso radial: 90/m.
 - Respiraciones: 20/m.
 - Temperatura: 36° C.
- Piel seca. Extremada delgadez.
- Diuresis de 600-650 cc.
- Inapetente. Bebe poco.
- Se queja de dolor en zona de herida quirúrgica. Herida en buenas condiciones.
- Le cuesta trabajo realizar los movimientos. Adinámico.
- Habla poco. Llama constantemente al personal de Enfermería sin solicitar nada en concreto. Impresiona de encontrarse triste. Pregunta constantemente por «la hora de las visitas». Dice que los días se le hacen muy largos.

RESPUESTAS

- | | |
|--|--|
| 1. <i>Diagnósticos de enfermería:</i> | <i>Objetivos:</i> |
| — <i>Incapacidad parcial para realizar el autocuidado, por senilidad (disminución de las capacidades).</i> | — El paciente tendrá cubiertas sus necesidades de autocuidados. Será capaz de realizarlos con el nivel de independencia adecuado, al alta. |

- *Aislamiento social*, por separación familiar.
- *Alteración del bienestar*, por dolor.
- *Potencial aparición de úlceras de decúbito*, por sus condiciones físicas.
- *Potencial deshidratación*, por disminución de la ingesta de líquidos.
- *Posible desnutrición*, por escasa ingesta de alimentos.
- Manifestará de forma verbal o no verbal su integración en el medio.
- Expresará encontrarse más a gusto.
- Mantendrá piel íntegra en todo momento.
- En el plazo de dos días presentará piel húmeda y diuresis de al menos 1.500 cc.
- En el plazo de cinco días el peso habrá aumentado, al menos en 200 g.

2. *Actividades a llevar a cabo:*

- Proporcionar ayuda en el aseo, ingesta, movilización, etc., hasta que sea capaz de asumir estas actividades.
- Facilitar la presencia constante de un familiar que le haga compañía.
- Hablar con el paciente sin prisas y hacerle visitas frecuentes.
- Mover al enfermo con suavidad y enseñarle a protegerse la herida al toser, al moverse, etcétera.
- Colocarlo en posición de decúbito supino y piernas ligeramente flexionadas y evitar presiones sobre la incisión.
- Administrar calmantes, si es necesario (siguiendo prescripción médica).
- Masajes con crema hidratante en puntos de presión, tres veces al día.
- Levantar durante dos horas, por la mañana y por la tarde, y darle paseos.
- Dar líquidos de su elección, aumentando progresivamente la ingesta hasta un total de 2.000 cc diarios.
- Hacer balance hídrico.
- Si rechaza los líquidos, consultar con el médico posible fluidoterapia.
- Proporcionar una dieta de 2.300 calorías/día rica en proteínas, respetando en lo posible los gustos del enfermo.
- Dar de comer frecuentemente y en pequeñas cantidades.
- Pesar cada tres días.

UNIDAD IV

ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES CON DESVIACIONES ESPECIFICAS DEL ESTADO DE SALUD*

OBJETIVO GENERAL

Al finalizar el estudio de la unidad, las estudiantes habrán adquirido los conocimientos teóricos necesarios para poder valorar las alteraciones del organismo y aplicar los cuidados de enfermería en aquellos estados de salud que se estudian en esta parte del programa.

* Temas que se describen:

- Cuidados de enfermería a pacientes con problemas respiratorios.
- La paciente con problemas ginecológicos.

TEMA: CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES CON PROBLEMAS RESPIRATORIOS

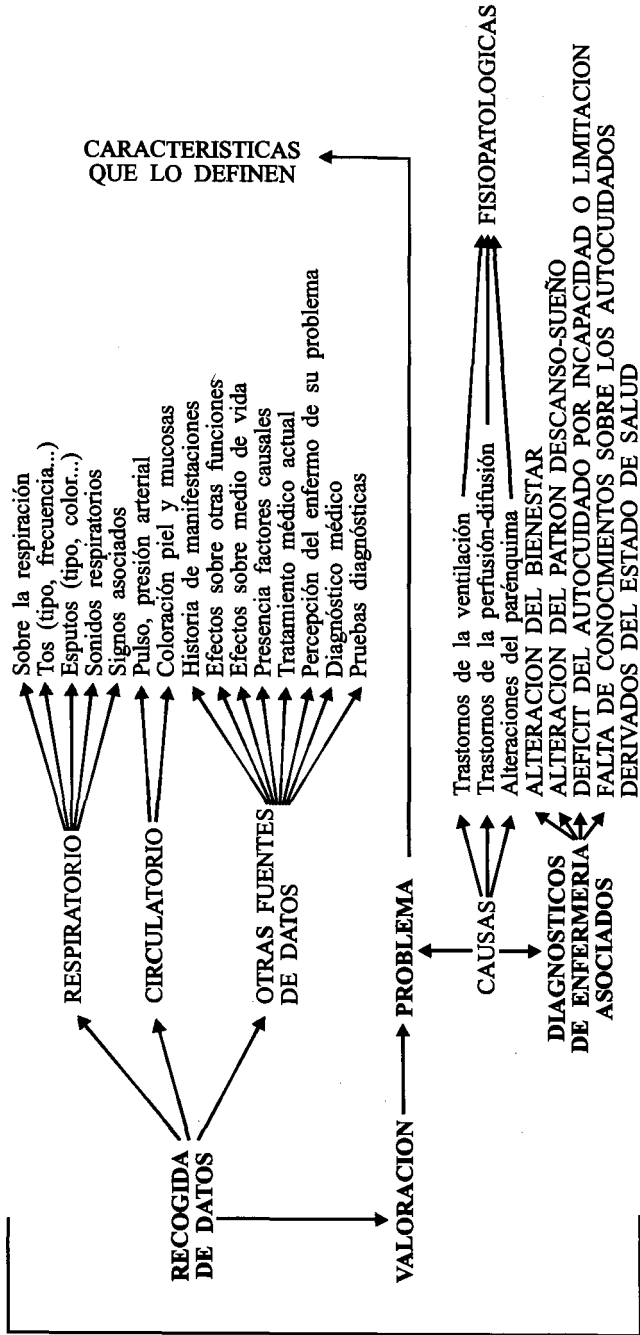
OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir las causas que alteran las necesidades básicas de los pacientes con problemas respiratorios.
2. Interpretar las manifestaciones objetivas y subjetivas comunes que se pueden dar en los enfermos con problemas respiratorios.
3. Interpretar el problema de «alteración en la función respiratoria».
4. Identificar los diagnósticos de enfermería asociados al problema central.
5. Identificar las características que definen los diagnósticos asociados.
6. Formular los objetivos adecuados para resolver los problemas identificados.
7. Fundamentar las acciones que conforman la función propia de la enfermera para resolver los problemas de los enfermos con alteración de la función respiratoria.
8. Describir las actividades que conforman las funciones interdependientes y dependientes a realizar por la enfermera en los pacientes con problemas respiratorios.
9. Describir los criterios que denotan normalidad, adaptación y/o grado de mejoría en los enfermos con alteraciones de la función respiratoria.
10. Elaborar un plan de cuidados en un paciente con problemas respiratorios.

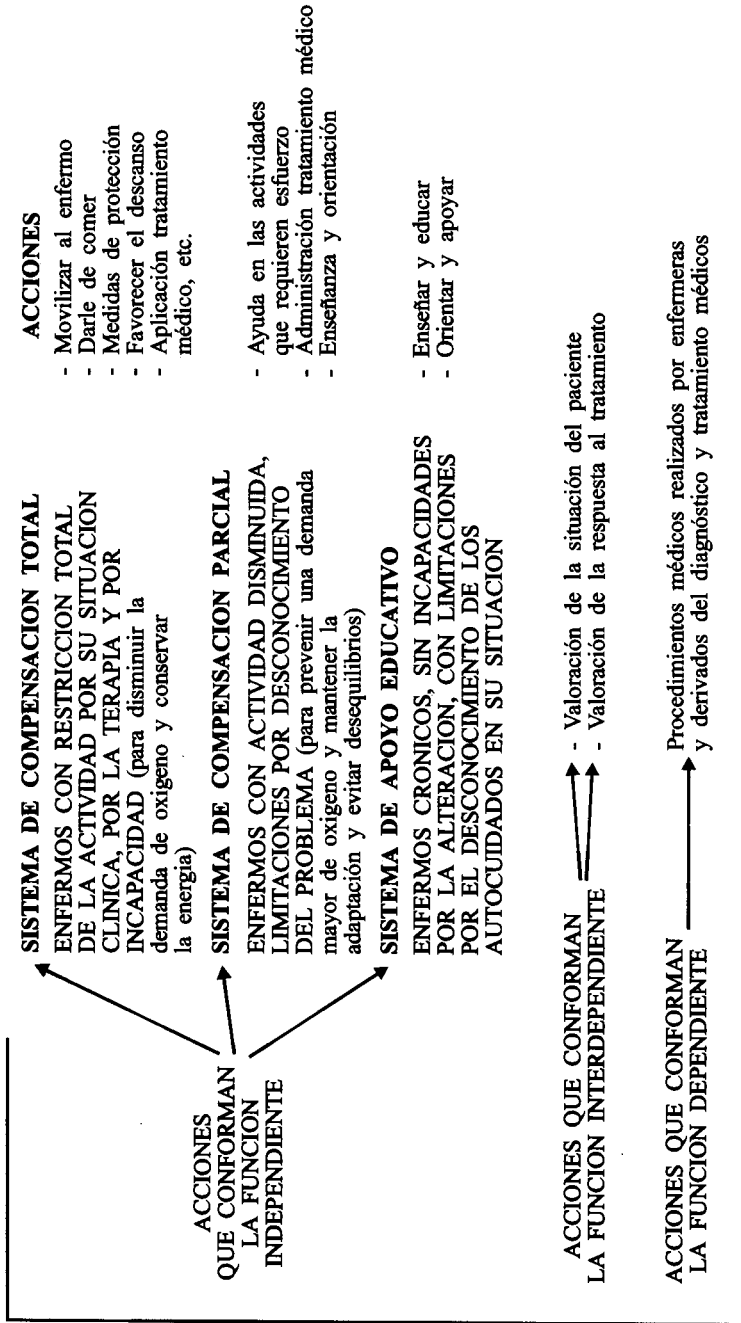
CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES CON PROBLEMAS RESPIRATORIOS (I)

Situación en la que el individuo experimenta una amenaza, real o potencial, en su integridad física y psicológica, al paso del aire a través de las vías respiratorias y en el intercambio de gases entre los pulmones y el sistema vascular.

DEFINICION DEL PROBLEMA:



CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES CON PROBLEMAS RESPIRATORIOS (III)

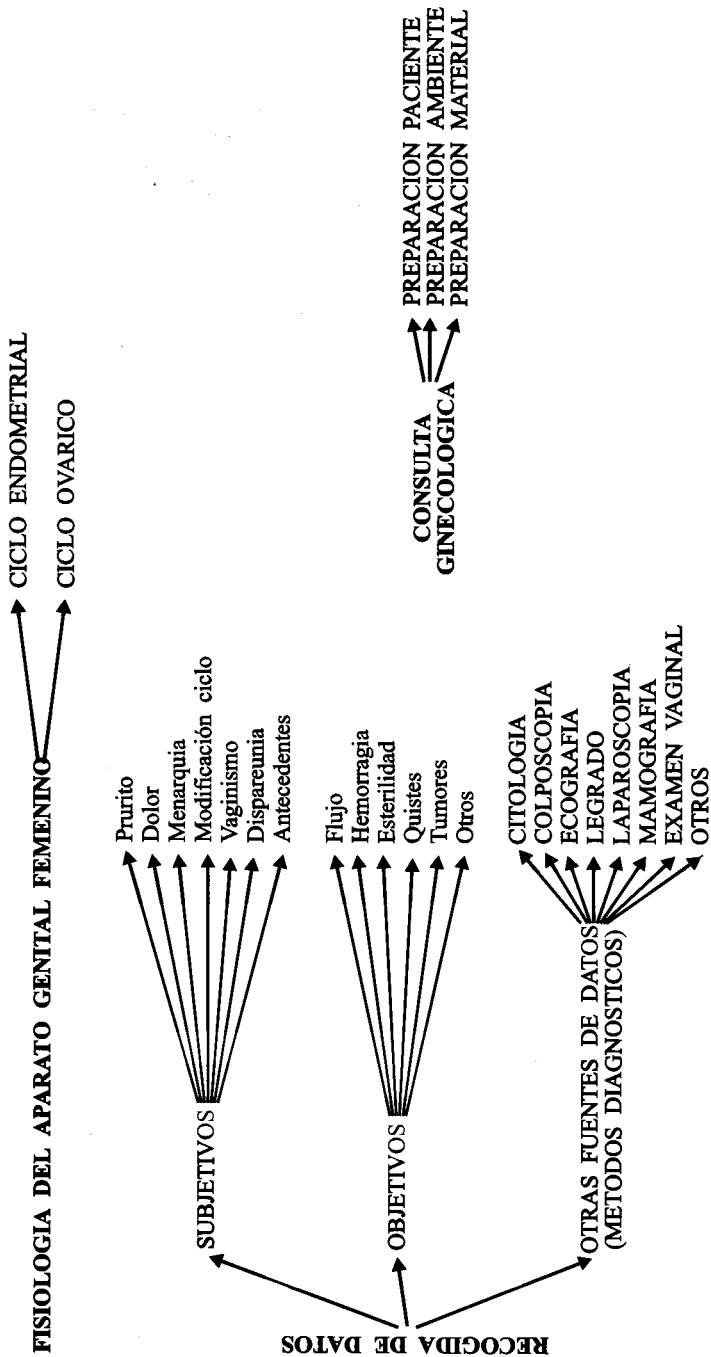


TEMA: LA PACIENTE CON PROBLEMAS GINECOLOGICOS

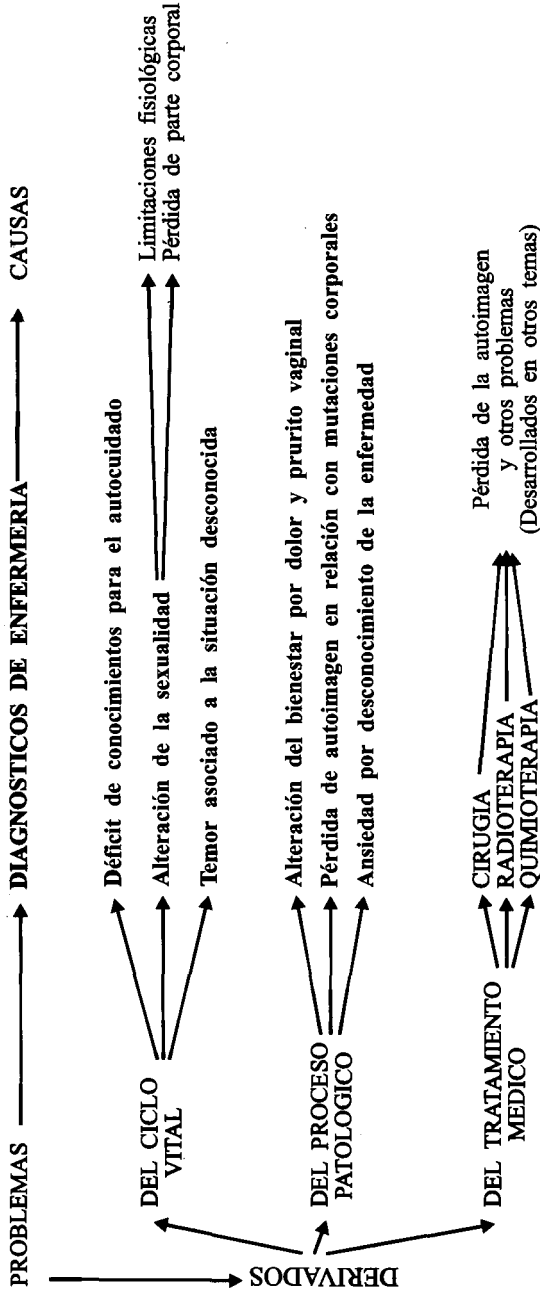
OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir las causas más comunes que pueden provocar alteraciones ginecológicas.
2. Describir las manifestaciones más comunes que presenta la mujer con problemas ginecológicos.
3. Identificar los problemas de la mujer, derivados de las alteraciones ginecológicas.
4. Determinar las actividades de enfermería para solucionar los problemas identificados.
5. Describir la preparación de la paciente, el ambiente y el material necesario para el examen ginecológico.
6. Valorar la importancia de la educación sanitaria a las enfermas ginecológicas.

CUIDADOS DE ENFERMERIA A LA PACIENTE CON PROBLEMAS GINECOLOGICOS (I)

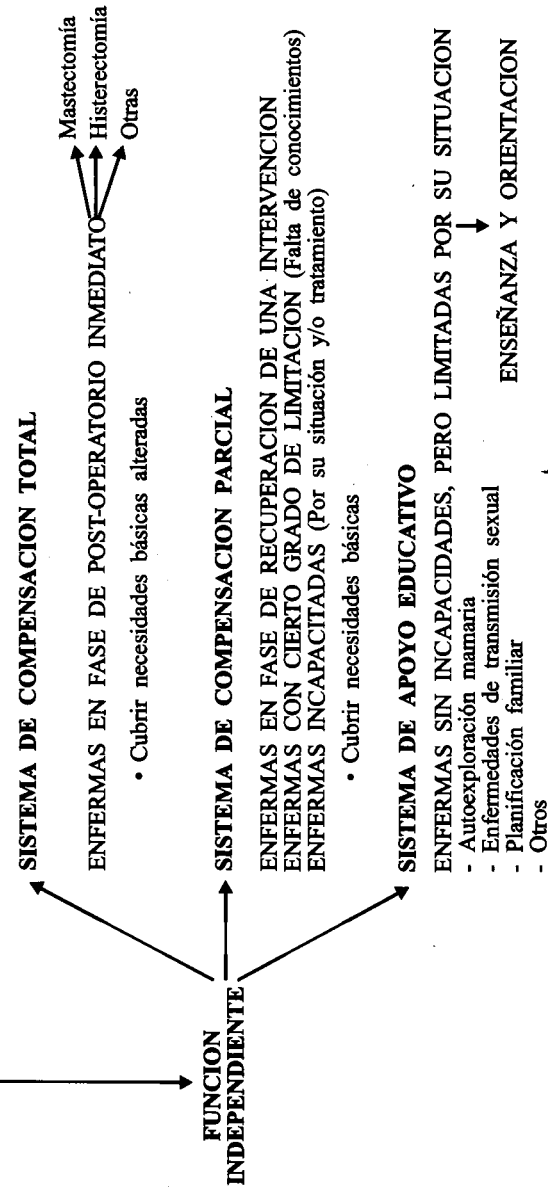


CUIDADOS DE ENFERMERIA A LA PACIENTE CON PROBLEMAS GINECOLOGICOS (II)

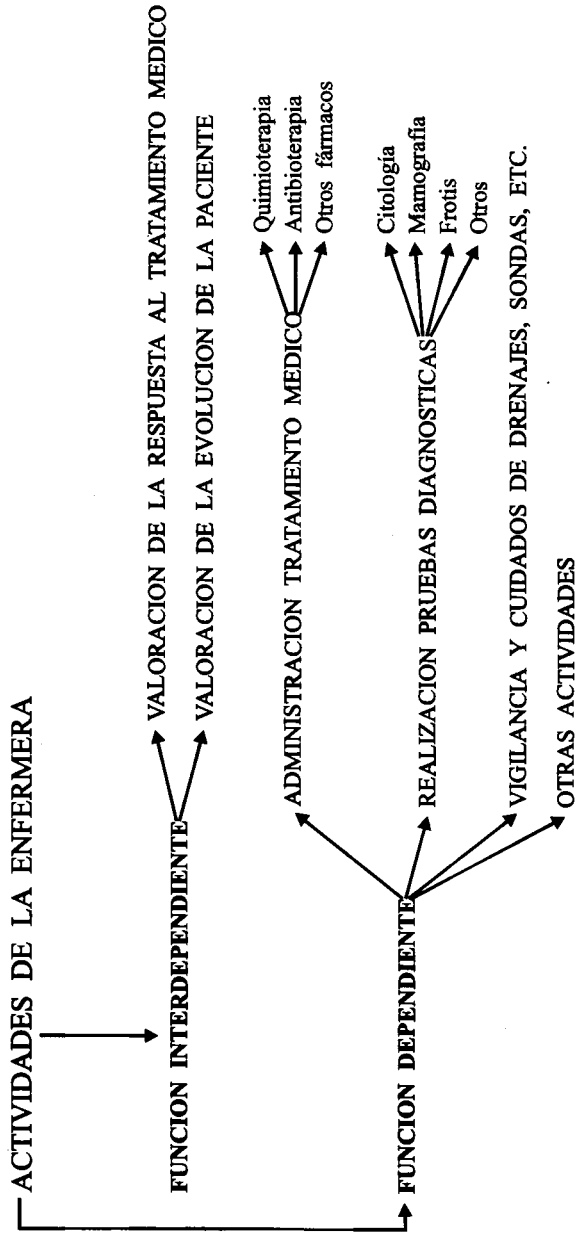


CUIDADOS DE ENFERMERIA A LA PACIENTE CON PROBLEMAS GINECOLOGICOS (III)

ACTIVIDADES DE LA ENFERMERA



CUIDADOS DE ENFERMERIA A LA PACIENTE CON PROBLEMAS GINECOLOGICOS (IV)



PRUEBA DE EVALUACION SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES CON DESVIACIONES ESPECIFICAS DEL ESTADO DE SALUD

EJERCICIO 1

1. Explique las acciones específicas en un enfermo con tracción esquelética. Razone las respuestas.
2. Razone los problemas que se pueden presentar en un enfermo con fractura de pelvis.
3. Describa las complicaciones más graves de la cirrosis hepática.
4. Describa el concepto y las manifestaciones del problema «abdomen agudo».
5. Describa los factores desencadenantes de la formación de un trombo.
6. Describa el problema de «molestias por sensibilidad a la luz».
7. Describa los datos que deben recogerse para valorar el problema de «sobrecarga circulatoria».
8. Explique qué haría hasta la llegada del médico si identifica un problema de «edema agudo de pulmón». Razone la respuesta.
9. Describa los consejos que debe dar a un enfermo con problema de la circulación arterial.
10. Describa la necesidad fundamental que puede verse alterada en un enfermo con convulsiones.

RESPUESTAS

1. EXPLIQUE LAS ACCIONES ESPECIFICAS EN UN ENFERMO CON TRACCION ESQUELETICA. RAZONE LAS RESPUESTAS

La tracción esquelética consiste en la implantación transversal, en un hueso, de un clavo de acero o alambre de Kirschner. Su aplicación tiene tres objetivos principales:

- A) *Restablecer la adecuada posición de un hueso perdida por una fractura o luxación.*
- B) *Inmovilizar una extremidad u otra parte del cuerpo.*
- C) *Vencer espasmos cuando los músculos que mueven una articulación irritable se contraen y se deforman.*

Las acciones específicas en un paciente con tracción continua son de asistencia y de educación.

A) *De asistencia:*

- Ayudar al paciente en los autocuidados. Se debe enseñar al paciente a que aprenda estas tareas, para que sea lo más independiente posible.
 - El enfermo al que se le ha colocado una tracción debe permanecer en cama e inmovilizar la parte del cuerpo dañada. Esto supone que la movilidad habitual queda parcialmente abolida. La persona, por falta de experiencia, desconoce los movimientos adecuados que pueden proporcionarle independencia.
- Colocar un tablero debajo del colchón para proporcionar dureza a la cama.
 - Una cama blanda favorece movimientos inadecuados al enfermo que puede hacer desalinear la tracción.
- Mantener la posición anatómica correcta.
 - Con el fin de que al producirse la cicatrización ósea se realice de la forma correcta y no se produzcan deformidades.
- Al cambiar al paciente de posición o movilizarlo hacerlo gradualmente.
 - Los movimientos bruscos producen desplazamientos de la tracción.
- Limpiar diariamente con técnica aséptica la zona de alrededor del clavo.
 - La implantación del clavo supone la pérdida de solución de continuidad de la piel, por lo que puede ser un problema potencial de infección local.
- No producir movimientos de la cama.
 - Las sacudidas pueden desplazar la tracción.
- Mantener constantemente la alineación de las cuerdas y poleas de la tracción.
 - La alineación correcta de ambas permite la tracción constante sobre huesos específicos, sin que se interrumpa la posición de cicatrización.

B) *De educación:*

- Informar y enseñar al paciente cómo puede mantener la tracción en posición correcta.
- Enseñar cómo debe hacer los ejercicios de movilización.
- Explicar cómo pueden adaptarse las ropas a las necesidades de la situación, para facilitar el vestirse con la tracción y para cubrir los instrumentos de la misma.

2. RAZONE LOS PROBLEMAS QUE SE PUEDEN PRESENTAR EN UN ENFERMO CON FRACTURA DE PELVIS

Las fracturas pélvicas pueden tener como consecuencia *hemorragias* producidas por desgarros de vasos (venas y arterias), causa de las espículas óseas pro-

ducidas por la fractura. Además, pueden presentarse *roturas de órganos o desgarrros de vísceras* situadas en la cavidad pélvica (vejiga, uretra, intestino). Estas roturas se producen, asimismo, por los fragmentos de los huesos pélvicos rotos.

3. DESCRIBA LAS COMPLICACIONES MAS GRAVES DE LA CIRROSIS HEPATICA

- A) *Hipertensión portal*: aumento en la presión de la vena porta, debido a la obstrucción parcial del flujo de la sangre de la vena porta a través del hígado. Esta complicación aparece a causa de la fibrosis del patrón de la estructura del hígado enfermo y de la transmisión de la presión del sistema arterial en la función trastornada del filtro de los vasos hepáticos.
- B) El aumento de la presión en el sistema porta puede conducir a *hemorragias* que producen anemia ferropénica.
- C) *Varices esofágicas*: ruptura brusca de las venas gastroesofágicas que se encuentran dilatadas, produciendo hematemesis.
- D) *Ascitis*: líquido libre dentro de la cavidad abdominal que se desarrolla debido a la hipertensión portal o a un descenso en el nivel de albúmina en el plasma a causa de la producción reducida en el hígado, con el consiguiente descenso de la presión osmótica.

4. DESCRIBA EL CONCEPTO Y LAS MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA «ABDOMEN AGUDO»

Se denomina así al dolor abdominal que se presenta de una manera súbita, fuerte y continua. Puede afectar a uno o más órganos situados en la cavidad abdominal.

Manifestaciones generales:

- Dolor fuerte.
- Náuseas y vómitos.
- Palidez facial y expresión de ansiedad.
- Vientre rígido y distendido (en tabla).
- Hipersensibilidad a la palpación abdominal.
- Hipotensión y pulso débil (dependiendo de los factores fisiopatológicos causantes del problema).

5. DESCRIBA LOS FACTORES DESENCADENANTES DE LA FORMACION DE UN TROMBO

- *Alteración de la superficie endotelial de los vasos* (arterioesclerosis, inflama-

ciones de la pared vascular, acción de agentes físicos: quemaduras, traumatismos).

- *Pérdida o disminución de la velocidad de la corriente sanguínea* (varices, pacientes quemados).
- *Alteraciones de la composición de la sangre* (aumento de plaquetas o trombocitos y hematíes: trombocitopenias y policitemias).
- *Otras situaciones que provocan la aparición de trombos:*
 - Descompensaciones cardíacas. Infarto de miocardio.
 - Inmovilización de miembros. Postoperatorios. Puerperio.
 - Tumores malignos, etcétera.

6. DESCRIBA EL PROBLEMA DE «MOLESTIAS POR SENSIBILIDAD A LA LUZ»

Es este un problema en el que la persona tiene molestias físicas a la luz brillante.

A) *Causas:*

- Enfermedades del propio órgano de la visión (conjuntivitis, úlcera córnea).
- Enfermedades ajenas al órgano de la visión (avitaminosis A, fiebre amarilla).
- Tratamientos farmacológicos (administración de soluciones oculares de belladona y atropina).

B) *Características que definen el problema:*

- Datos objetivos: parpadeo y lagrimeo excesivo.
- Datos subjetivos: sensación de irritación ocular, percepción excesiva de la luz y fotofobia.

C) *Necesidades alteradas:*

- Seguridad física disminuida.
- Bienestar alterado.

D) *Actividades de enfermería:*

- Mantener la habitación del paciente con poca luz.
- No aplicar luces de exploración en la cara del enfermo.
- Mantener al enfermo con gafas de sol.

- Observar el tamaño de la pupila, la igualdad y la respuesta a la luz. Al hacer esta inspección no aplicar la luz de exploración directamente a la pupila.
- Valoración de la respuesta al tratamiento médico y a los cuidados enfermeros.

7. DESCRIBA LOS DATOS QUE DEBEN RECOGERSE PARA VALORAR EL PROBLEMA DE «SOBRECARGA CIRCULATORIA»

A) Datos objetivos:

- Distensión venosa.
- Presión arterial y PVC elevadas.
- Taquicardia.
- Piel enrojecida.
- Respiración superficial y rápida.
- Tos y estertores.
- Poliuria (diuresis superior a 50 cc/hora).
- Densidad de la orina disminuida

B) Datos subjetivos:

- Cefalea de tipo opresivo.
- Disnea.
- Ansiedad.

C) Otras fuentes de datos:

- Historia médica de insuficiencia renal.
- Perfusiones intravenosas.
- Administración de transfusiones de sangre.

8. EXPLIQUE QUE HARIA HASTA LA LLEGADA DEL MEDICO SI IDENTIFICA UN PROBLEMA DE «EDEMA AGUDO DE PULMON»

Administrar oxígeno: el líquido acumulado en el tejido intersticial de los pulmones y los alveolos causa dificultad respiratoria. La ingesta de oxígeno más alta que el respirado por el enfermo de forma ordinaria facilita la respiración y proporciona bienestar.

Aplicar torniquetes rotatorios: esta medida interfiere el retorno venoso, quedando la sangre estancada en las extremidades, reduciéndose así el volumen

de sangre que llega a los pulmones, impidiendo el drenaje excesivo de líquido en los pulmones.

Colocar al paciente en posición de sentado y con los miembros inferiores colgando: esta posición hace que el tórax se expanda y el enfermo respire mejor. Además, hace drenar el líquido retenido en los pulmones y disminuye la circulación de retorno.

Instaurar sueroterapia a velocidad muy lenta, para administrar medicación. La velocidad de la perfusión intravenosa rápida hace que el enfermo reciba más líquidos y se favorezca el encharcamiento pulmonar.

Obtener muestra de sangre y enviar al laboratorio para determinación de electrolitos, hemograma y gases arteriales.

Medición de signos vitales, para controlar función cardiorrespiratoria.

Preparar medicación:

- Aminofilina, para mejorar la ventilación.
- Digoxina, para reforzar la función cardíaca.
- Diuréticos, para disminuir la sobrecarga de líquidos.
- Morfina, para calmar la ansiedad y mejorar la función respiratoria.

9. DESCRIBA LOS CONSEJOS QUE DEBE DAR A UN ENFERMO CON PROBLEMA DE LA CIRCULACION ARTERIAL

- *Evitar posiciones que alteren la circulación:*
 - No permanecer mucho tiempo de pie.
 - No permanecer mucho tiempo con las rodillas flexionadas.
 - No cruzar las piernas.
 - Evitar la presión en la parte posterior de las rodillas.
- *Cambiar frecuentemente de posición.*
- *No colocarse almohadas, mantas, cojines, etc., debajo de las rodillas.*
- *No usar prendas constrictivas.*
- *No usar medias elásticas.*
- *Evitar exceso de peso corporal.*
- *Andar, correr, caminar con rapidez varias veces al día.*
- *No aplicar fuente de calor en ninguna zona del cuerpo (bolsa de agua caliente, manta eléctrica, etc.).*

- *Usar calcetines de lana en invierno.*
- *No utilizar baño caliente, sauna, etcétera.*
- *Advertir que acuda al médico si observa:*
 - Piel fría, azulada, pálida o tumefacta.
 - Entumecimiento, hormigueo y dolor.
 - Aparición de heridas cutáneas en pies.
 - Ausencia de pulso en las extremidades inferiores.

10. DESCRIBA LA NECESIDAD FUNDAMENTAL QUE PUEDE VERSE ALTERADA EN UN ENFERMO CON CONVULSIONES

Fundamentalmente la *seguridad física* por las contracciones y relajaciones musculares involuntarias, la inestabilidad y la pérdida temporal de la conciencia, factores que aumentan la posibilidad de caídas, golpes, etc., durante la crisis convulsiva.

EJERCICIO 2

Caso en estudio:

Mujer de cincuenta y ocho años de edad, que ingresa por el servicio de urgencias tras haber sufrido un accidente de tráfico. Al ingreso presenta:

- Fractura abierta de tibia derecha con hemorragia.
- Gran edema y pequeño hematoma en tobillo izquierdo.
- Sed, ansiedad, mareos, debilidad y náuseas.
- Hipotensión, taquicardia, pulso filiforme, taquipnea con respiraciones superficiales, piel húmeda y fría, palidez facial.
- Ligera obnubilación.
- La enferma refiere antecedentes de nefritis aguda.
- Muy preocupada, intranquila, no se concentra en las preguntas que se le hacen.
- Constantemente solicita se avise a la familia, dice que ésta estará muy preocupada por su larga ausencia de casa.
- Pregunta repetidas veces por «lo que le van a hacer», «si presenta gravedad su estado» y «en qué centro se encuentra».

Se le instaura tracción esquelética en pierna derecha, sondaje vesical permanente y vía venosa para reposición de la volemia.

Pasados tres días del ingreso, la paciente presenta fracaso renal agudo como consecuencia de sus antecedentes renales y del shock hipovolémico. Es sometida a tratamiento de diálisis peritoneal.

Recuperada de la insuficiencia renal aguda, emite orina escasa y de aspecto turbio.

Se solicita urocultivo.

En el transcurso de la hospitalización, la paciente comunica a la enfermera que se «nota un bulto en el pecho». Tras el correspondiente estudio es diagnosticada de «tumoración en cuadrante superior externo de la mama derecha». Se le practica mastectomía.

Después de sesenta y cinco días de hospitalización la paciente es dada de alta.

Cuestiones para contestar:

1. Describa qué problemas puede presentar esta enferma al ingreso tras la valoración inicial.
2. Describa los conceptos: esguince y luxación.

3. Describa, brevemente, el concepto de nefritis aguda.
4. Enumere los problemas que se pueden presentar, una vez solucionados los que la enferma presentó al ingreso.
5. Describa la insuficiencia renal aguda.
6. Fundamente el tratamiento de la diálisis peritoneal.
7. Describa las acciones específicas que llevaría a cabo durante el tratamiento de diálisis peritoneal.
8. Fundamente las precauciones y observaciones que deben hacerse en el procedimiento de la diálisis peritoneal.
9. Describa la finalidad del urocultivo y la técnica de recogida de la muestra para esta prueba en la mujer.
10. Describa las acciones específicas de enfermería a la paciente después de haber sido intervenida de mastectomía.

RESPUESTAS

1. DESCRIBA QUE PROBLEMAS PUEDE PRESENTAR ESTA ENFERMA AL INGRESO TRAS LA VALORACION INICIAL

- A) *Shock hipovolémico*, por hemorragia.
- B) *Seguridad física disminuida*, por la hemorragia, posible infección de la herida e inmovilidad.
- C) *Alteración del bienestar* por el dolor de la fractura.
- D) *Ansiedad*, por desconocimiento de la situación.

2. DESCRIBA LOS CONCEPTOS: ESGUINCE Y LUXACION

- A) *Esguince*: es una torcedura o distensión violenta de una articulación, pudiendo llegar a la rotura de algún ligamento o fibras musculares próximas.

La articulación más frecuentemente afectada es la tibiotarsiana. En el esguince de esta articulación existe:

- *Dolor*, muy intenso en principio, impidiendo a la persona apoyar el pie en el suelo, haciéndolo muy despacio para no aumentar el dolor.
- *Inflamación* homogénea, llegando a borrar los límites del maleolo externo.
- *Dificultad funcional*, al restringirse los movimientos de la articulación por temor al dolor.

B) *Luxación*: separación, total o parcial, de las superficies articulares entre sí, sin volver a su estado normal. En este caso los signos y síntomas son:

- *Dolor*, muy intenso al principio que va desapareciendo según pasan las horas, pero se instaura al menor movimiento.
- *Imposibilidad de movimientos activos* en un principio, pero pasados unos días el miembro puede moverse con relativa facilidad.
- Puede apreciarse *deformidad*, sobre todo al compararlo con el lado sano.
- *La inflamación* no se hace muy manifiesta.

Las luxaciones y los esguinces se producen por el mismo mecanismo:

- Una acción brusca y violenta que lleva más allá del límite los movimientos articulares.
- Por tratar de mover la articulación en un sentido en que ésta no puede hacerlo.

3. DESCRIBA, BREVEMENTE, EL CONCEPTO DE NEFRITIS AGUDA

Enfermedad renal bilateral que, afecta difusamente a todos los glomérulos, produciendo su inflamación y evoluciona en pocas semanas hacia la curación.

Aparece en relación con una infección provocada, generalmente, por el estreptococo beta-hemolítico, procedente, fundamentalmente de las vías respiratorias altas.

Las manifestaciones de esta lesión son:

- Edemas.
- Hipertensión arterial.
- Hematuria.
- Retención de productos nitrogenados (proteinuria, uremia).

4. ENUMERE LOS PROBLEMAS QUE SE PUEDEN PRESENTAR, UNA VEZ SOLUCIONADOS LOS QUE LA ENFERMA PRESENTO AL INGRESO

- A) *Infección*, a consecuencia de la pérdida de solución de continuidad de la piel en la pierna y por el tratamiento de tracción esquelética.
- B) *Temor* por desconocimiento del pronóstico y evolución.
- C) *Posible impotencia funcional* de pierna debida a la fractura.
- D) *Incapacidad para el autocuidado* por el tratamiento de tracción e inmovilidad.

- E) *Alteración del bienestar*, por tracción esquelética y posición en la cama.
- F) *Posible aparición de úlceras de decúbito*, por movilidad restringida.

5. DESCRIBA LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

Muchas enfermedades renales destruyen el tejido renal, dando lugar a una insuficiencia renal o uremia. La afección se manifiesta con:

- Malestar general, cefaleas e insomnio.
- Anorexia y vómitos frecuentes.
- Aumento de sustancias nitrogenadas en la sangre (uremia y cetonuria).

La insuficiencia renal se debe a dos hechos principales:

- A) *Insuficiencia para excretar los productos de desechos* del metabolismo de las proteínas. Las sustancias principales que se liberan en condiciones normales son urea, potasio, sulfatos y cloruros. En la insuficiencia renal estas sustancias no se excretan, se acumulan en el organismo hasta niveles tóxicos.
- B) *Insuficiencia de excreción de agua*. Si una persona con insuficiencia renal bebe agua en cantidades normales es evidente que habrá un exceso de líquidos en el organismo, lo que causará insuficiencia cardiaca-circulatoria, pudiendo llegar a la muerte por intoxicación de agua.

El tratamiento de la insuficiencia renal (aguda o crónica) está encaminado a prevenir estos problemas, por medio de hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante de riñón.

6. FUNDAMENTE EL TRATAMIENTO DE LA DIALISIS

El tratamiento por diálisis se basa en el hecho de que si dos soluciones de distinta concentración se separan por una membrana semipermeable, los solutos en concentración alta se difundirán a través de la membrana al área de concentración más baja hasta que ambas soluciones sean idénticas. Si por lo tanto, la sangre de un enfermo que padece insuficiencia renal contiene una alta concentración de urea se pasa por un tubo exterior hecho de material semipermeable en un baño de líquido en el que no hay urea, la urea se difundirá de la sangre al líquido de baño. Durante este tiempo saldrá del sistema vascular del paciente el exceso de urea y el contenido de urea en el organismo descenderá a valores normales. Consideraciones similares se aplican a otros productos residuales metabólicos tóxicos. Existen dos métodos de diálisis: la hemodiálisis y la diálisis peritoneal.

En la *diálisis peritoneal* se aplica el mismo principio de la difusión de solutos que en la hemodiálisis, pero en esta técnica el peritoneo del enfermo constituye la membrana semipermeable. El equivalente del baño salino del riñón artificial se produce por la gravedad de la cavidad peritoneal del enfermo a través de un catéter

de plástico pequeño insertado en la pared abdominal inferior. Se inyecta líquido en cantidades de un litro y se le deja permanecer en la cavidad peritoneal durante quince minutos mientras tienen lugar la difusión de solutos, después se extrae el líquido mediante la gravedad y se repite el mismo ciclo tantas veces como sea necesario para devolver a la sangre del paciente una concentración normal; por lo general, es necesario un período de doce horas.

7. DESCRIBA LAS ACCIONES ESPECIFICAS QUE LLEVARIA A CABO DURANTE EL TRATAMIENTO DE DIALISIS PERITONEAL

Las acciones de enfermería, en este caso, van dirigidas a que la enferma tenga cubiertas las necesidades alteradas por factores fisiopatológicos y por el propio tratamiento de diálisis. Estas necesidades alteradas son:

- La de eliminación (de los desechos de sustancias nitrogenadas).
- La de bienestar y comodidad (por la propia técnica que aunque no es dolorosa sí resulta molesta).
- La seguridad física (posibilidad de infección peritoneal).
- La independencia (por la restricción de movimientos que impone la diálisis).

A) *Actividades de asistencia:*

- Proporcionar ayuda a la enferma hasta que aprenda a autocuidarse.
- Atender constantemente a la enferma (mientras dura el procedimiento).
- Mantenerla en posición supina o ligeramente incorporada.
- No administrar enemas (mientras el líquido esté en el peritoneo).
- No mover la cama.
- Cambiar el apósito con frecuencia para que permanezca seco y limpio.
- Al terminar la diálisis colocar apósito estéril.

B) *Actividades de observación:*

- Vigilar frecuencia y ritmo central (especialmente si existen arritmias).
- Vigilar frecuencia y ritmo respiratorio y si existe dificultad respiratoria, drenar inmediatamente el líquido del peritoneo.
- Observar apósito de alrededor del catéter por si hay hemorragia.
- Hacer balance de líquidos.
- Vigilar la presión arterial más frecuentemente al comenzar la diálisis.

- Vigilar temperatura corporal.
- Observar si la enferma se queja de dolor (especialmente durante el drenaje del líquido).
- Al término de la diálisis enviar la punta del catéter al laboratorio para cultivo.

8. FUNDAMENTE LAS PRECAUCIONES Y OBSERVACIONES QUE DEBEN HACERSE EN EL PROCEDIMIENTO DE LA DIALISIS PERITONEAL

- A) *No debe entrar aire en el tubo de entrada del líquido de diálisis:* el flujo del aire en la cavidad peritoneal aumenta la presión y provoca dolor.
- B) *Templar el líquido de diálisis a la temperatura corporal antes de ser introducido:* el líquido frío puede producir calambres abdominales, y puede hacer que la persona sufra hipotermia al enfriarse, por contacto, los tejidos del interior del organismo.
- C) *Comprobar que el catéter de diálisis no presenta fugas ni desplazamientos:* el flujo normal de solución hacia dentro y hacia fuera de la cavidad peritoneal elimina las toxinas, la urea y los electrólitos desde la sangre a través de la membrana peritoneal.
- D) *Comprobar continuamente la cantidad de solución que se retiene en la cavidad peritoneal y la cantidad de líquido que se drena:* la pérdida de una cantidad excesiva de líquido a través del drenaje peritoneal originará pérdida excesiva de electrólitos. Si se retienen grandes cantidades de líquido de diálisis, quiere decir que se ha absorbido demasiado líquido, lo que podría conducir a sobrecarga circulatoria.
- E) *Observar el aspecto del líquido de diálisis extraído:* si el líquido es sanguinolento puede significar hemorragia precipitada por la heparina que se añade al líquido de diálisis. El líquido turbio indica pérdida de proteínas.

9. DESCRIBA LA FINALIDAD DEL UROCULTIVO Y LA TECNICA DE RECOGIDA DE LA MUESTRA PARA ESTA PRUEBA EN LA MUJER

El urocultivo es el análisis bacteriológico de la orina, por el que se determina si existe infección urinaria y tipo de germen que la ocasiona.

Recogida de la muestra:

- Lavado genital, con agua y jabón (sin antisépticos), limpiando bien la vulva y el meato urinario con compresas estériles.
- Hacer que la enferma miccione y se desperdician los primeros centímetros cúbicos de orina emitida.
- A continuación, la enferma micciona directamente en el envase estéril que va a ser enviado al laboratorio.

- Una vez la orina está en el envase se cierra este herméticamente.
- Se etiqueta el envase con los datos de la enferma y se envía la muestra al laboratorio lo antes posible (antes de los veinte minutos de la recogida; si no, se guarda en nevera a 4° C).

Precauciones:

- Antes del lavado genital la enfermera deberá lavarse las manos.
- Durante la recogida de la muestra no se debe contaminar ésta.

10. DESCRIBA LAS ACCIONES ESPECIFICAS DE ENFERMERIA A LA PACIENTE DESPUÉS DE HABER SIDO INTERVENIDA DE LA MASTECTOMIA

A) Postoperatorio inmediato:

Actividades de asistencia:

- Colocación de la paciente en decúbito lateral sobre el lado no afecto hasta que haya recobrado la conciencia.
- Cuando la paciente esté consciente se colocará en posición de semi-Fowler, manteniendo el brazo afecto por encima del nivel cardíaco.

Actividades de observación:

- Vigilar nivel de conciencia.
- Medición de signos vitales.
- Hacer balance hídrico.

B) Postoperatorio tardío:

Estas acciones van encaminadas a prevenir y/o resolver los problemas específicos que se pueden producir, en este caso pueden ser:

- Impotencia funcional del miembro superior, por inmovilidad voluntaria del brazo y hombro en prevención de aparición del dolor o por dolor real.
- Alteración de la percepción de sí misma, por pérdida de una parte del cuerpo.
- Alteración de la sexualidad, por sentimiento de no resultar deseable.

Actividades de asistencia:

- Hacer ejercicios específicos del brazo para prevenir el acortamiento muscular y conservar el tono muscular, ampliar los límites del movimiento y favorecer el drenaje linfático del brazo.
- Establecer una relación de confianza enferma/enfermera para que la persona

expresar sus sentimientos sobre la forma en que se siente o se ve a sí misma y para que la paciente haga libremente preguntas sobre su problema de salud. La enfermera debe proporcionar una información fiable a la paciente.

- Proporcionar intimidad y ambiente seguro.
- Promover la interacción social, animando y ayudándola para que acepte el apoyo de familiares y amigos.
- Evitar que la familia y amigos la superprotejan.
- Apoyar a la familia en el proceso de adaptación.
- Favorecer la actividad.

Actividades de observación:

- Inspección de la zona intervenida (inflamación, edema, aspecto de la herida, etcétera).
- Inspección de brazo (linfedema).

Actividades de educación:

- Recomendar el uso de sujetador para soporte de la mama no intervenida.
- Recomendar implantación de prótesis mamaria adecuada (almohadillado blando poco después de la intervención y colocación profesional más tarde).
- Enseñar cómo se limpia y lubrica la zona quirúrgica.
- Recomendar y enseñar los ejercicios postmastectomía.
- Explicar cómo debe hacerse la exploración mamaria periódica.
- Describir los síntomas que deben comunicarse (inflamación, supuración, nuevas masas, linfedema progresivo del brazo, etcétera).

UNIDAD V

SISTEMA DE COMPENSACION TOTAL EN ENFERMERIA*

OBJETIVO GENERAL

Al finalizar el estudio de la unidad, los estudiantes habrán adquirido los conocimientos necesarios para prestar cuidados de enfermería a pacientes en situaciones críticas por alteración de las funciones vitales.

OBJETIVOS INTERMEDIOS PRINCIPALES

1. Describir las características comunes de los pacientes ingresados en unidades de cuidados especiales.
2. Valorar las necesidades alteradas de los pacientes en situación crítica.
3. Identificar los problemas comunes de los enfermos en situación crítica.
4. Explicar las técnicas y procedimientos especiales utilizados en el cuidado de estos enfermos.
5. Planificar los cuidados para dar solución a los problemas por orden de prioridad.
6. Identificar las manifestaciones objetivas y subjetivas para evaluar la evolución del estado del enfermo.
7. Valorar la importancia de la atención a la familia del paciente ingresado en unidades de cuidados especiales.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Ante un caso dado, en el que a la alumna se le da una serie de datos, formular los problemas de enfermería, clasificándolos por orden de prioridad.

* Se describe la unidad completa.

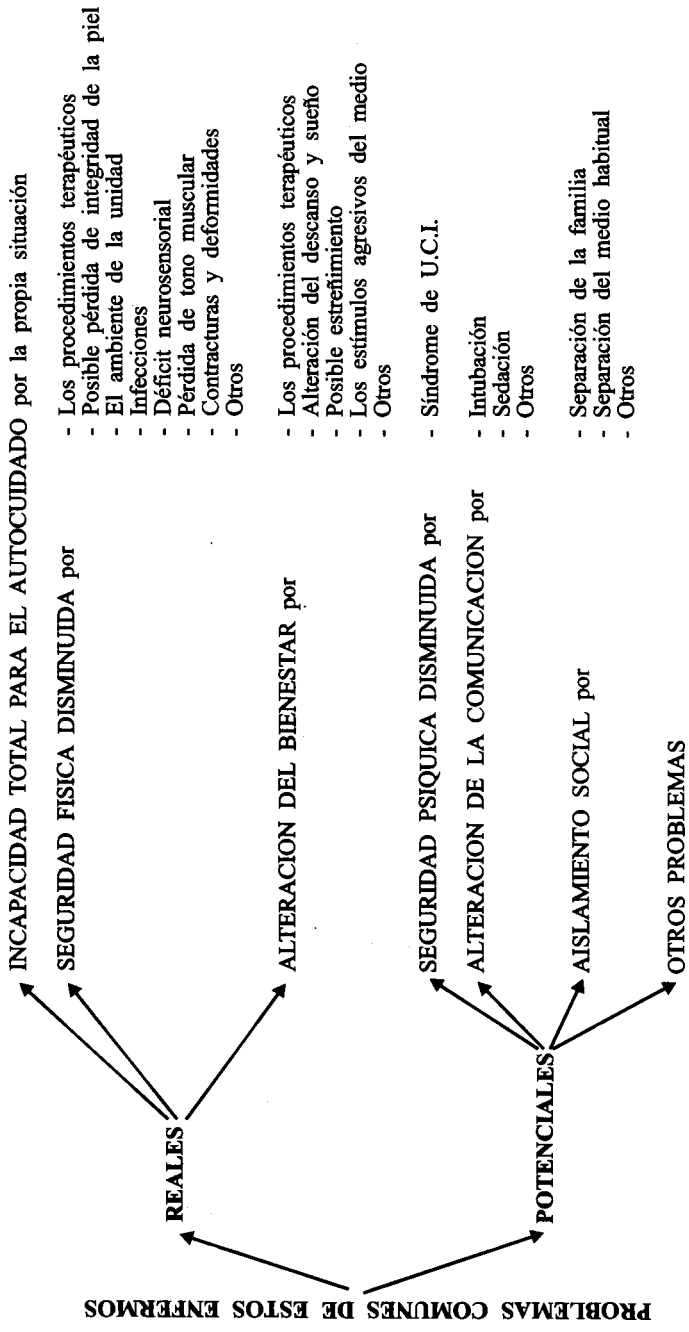
2. Elaborar un plan de cuidado para un paciente en situación crítica, cuyos problemas serán dados a conocer a la alumna.
3. En un caso dado formular los parámetros deseados para considerar que la situación del enfermo evoluciona favorablemente.
4. Interpretar las alteraciones electrocardiográficas que denotan un problema de amenaza de vida para el paciente.
5. Realizar en el maniquí de prácticas las maniobras de resucitación cardiorrespiratoria.
6. Preparar en sala de prácticas un respirador para conectar a un paciente.
7. Registrar los datos que se le dan, a la alumna, en una gráfica especial.
8. Preparar y medir en la sala de prácticas la PVC.
9. Preparar y manejar en la sala de prácticas la técnica de diálisis peritoneal.
10. Realizar en el maniquí de prácticas una desfibrilación.

SISTEMA DE COMPENSACION TOTAL EN ENFERMERIA (I)

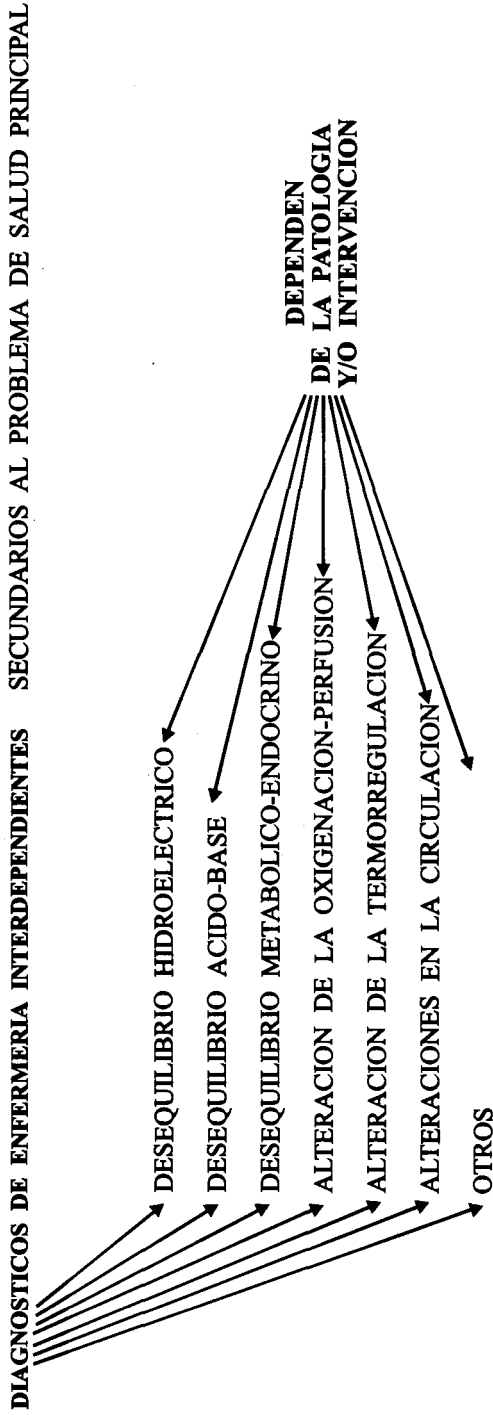
AGRUPACION DE PACIENTES:

- **PROBLEMAS PRODUCIDOS POR AGENTES FISICOS**
(Grandes quemados y congelaciones importantes)
- **PACIENTES QUE HAN SUFRIDO INTOXICACIONES**
- **PACIENTES POLITRAUMATIZADOS**
- **ENFERMOS INTERVENIDOS DE GRANDES OPERACIONES**
(Por la duración de la intervención y/o por los órganos afectados)
- **ENFERMOS CON PROBLEMAS CORONARIOS**
- **ENFERMOS INCONSCIENTES**
(Cualquiera que sea la causa de la inconsciencia)
- **ENFERMOS SOMETIDOS A TRASPLANTES DE ORGANOS**

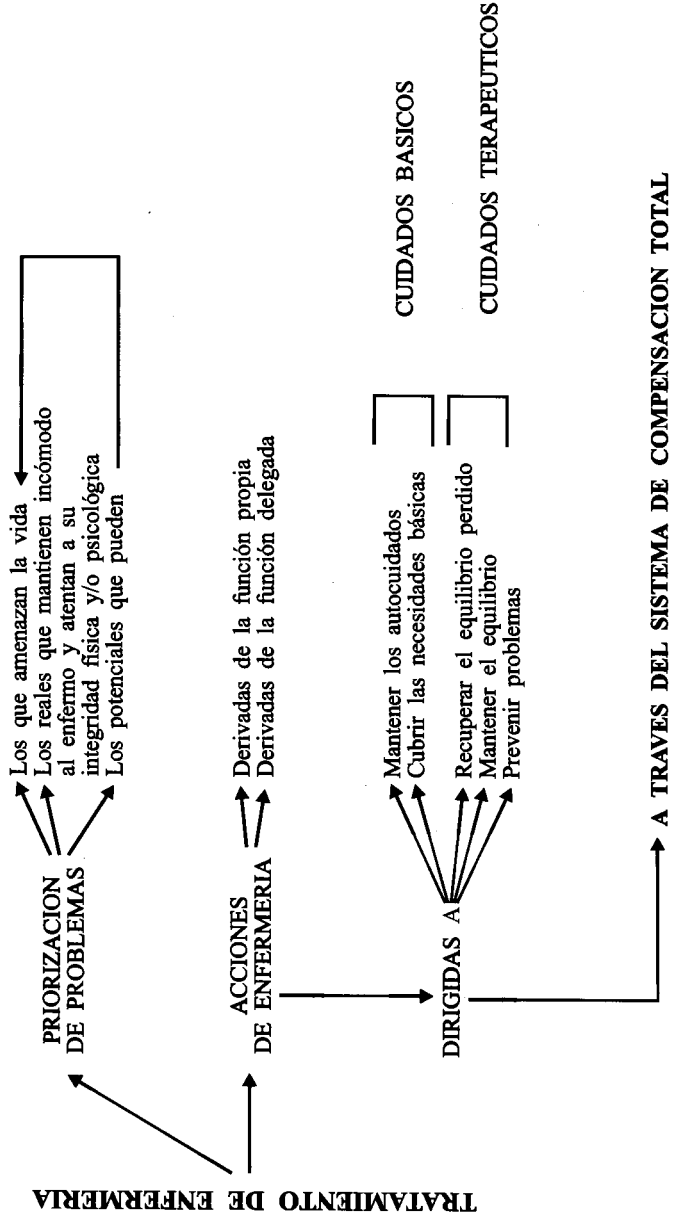
SISTEMA DE COMPENSACION TOTAL EN ENFERMERIA (II)



SISTEMA DE COMPENSACION TOTAL EN ENFERMERIA (III)

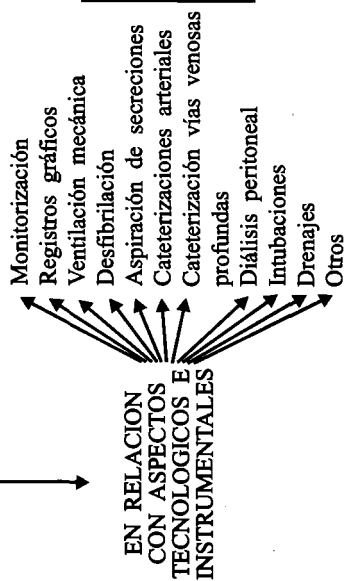


SISTEMA DE COMPENSACION TOTAL EN ENFERMERIA (IV)



SISTEMA DE COMPENSACION TOTAL EN ENFERMERIA (V)

PROCEDIMIENTOS ESPECIALES EN EL CUIDADO DE ESTOS ENFERMOS



- APORTAN DATOS PARA DETECTAR PROBLEMAS
- AYUDAN AL CUIDADO TERAPEUTICO
- DERIVADOS DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO MEDICO
- NO SUPLEN LOS CUIDADOS ENFERMEROS

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE SISTEMA DE COMPENSACION TOTAL EN ENFERMERIA

EJERCICIO 1

De las afirmaciones que se hacen a continuación deberá decir cuáles son verdaderas y cuáles son falsas. Deberá razonar sus respuestas.

1. Si una cánula de traqueostomía se cubre de secreciones y no puede limpiarse correctamente estando colocada, se deben hacer las maniobras suficientes hasta su desobstrucción y limpieza completa.
2. Los tubos de drenajes torácicos se deben ordeñar en segmentos cortos y con acciones suaves.
3. Si al observar el sistema de drenaje torácico el líquido en la cámara de cierre hidráulico no fluctúa, lo primero que deberá hacerse es elevar el sistema de drenaje por encima del nivel del tórax del enfermo.
4. El paciente sometido a tratamiento con respiración de presión positiva intermitente puede padecer dolor de cabeza y vértigo.
5. Al paciente diagnosticado de infarto agudo de miocardio se le debe mantener en reposo absoluto.
6. No existe ninguna postura ideal para el cuidado de los pacientes con infarto de miocardio.
7. A los pacientes con grandes quemaduras conviene meterlos en ambiente fresco por padecer mucho calor.
8. En un paciente con quemaduras graves en cara y cuello lo más importante en la valoración inicial es observar si existen signos de incremento de la presión intracraneal.
9. Un paciente considerado «gran quemado» tiene mayores necesidades nutricionales.
10. Al determinar las prioridades de actuación ante una intoxicación, no se considera el tipo de tóxico ingerido.
11. En la intoxicación por morfina está indicada la «diuresis forzada».
12. Las intoxicaciones por gases y ácidos no tienen importancia.
13. A los enfermos en coma se les debe estimular y prestar la misma atención que a los enfermos conscientes.
14. Uno de los signos de aumento de la presión intracraneal es un cambio en el nivel de conciencia del enfermo.
15. En un paciente con aplastamiento de tórax, traumatismo abdominal, posible lesión cerebral y fracturas múltiples, los cuidados van dirigidos a llevar a

cabo una valoración física minuciosa, controlar los signos vitales y cubrir las heridas abiertas.

16. A todos los pacientes intervenidos de craneotomía se les deben colocar en posición horizontal y con la cabecera de la cama elevada en ángulo de 30-35°.
17. Es conveniente que durante su permanencia en la unidad de cuidados intensivos los enfermos estén constantemente despiertos, por lo que hay que estimularlos permanentemente para que no se duerman.
18. No es actividad de la enfermera de unidad de cuidados intensivos dedicar tiempo a la atención de los familiares de los enfermos.
19. El paciente ingresado en la unidad de cuidados intensivos está sometido a estrés.

RESPUESTAS

1. *Falso:* en este caso se debe retirar la cánula con suavidad, mantener el estoma abierto e insertar una cánula nueva. Las maniobras excesivas y prolongadas dañan la mucosa traqueofaríngea y retrasan el mantenimiento de la permeabilidad de las vías aéreas. Para el intercambio de gases es esencial la permeabilidad completa de las vías respiratorias. Asimismo, la higiene del estoma y de la cánula previene la infección del tracto respiratorio y proporciona comodidad al paciente.
2. *Verdadero:* el ordeñamiento de los segmentos cortos de los tubos crea una aspiración suficiente para desplazar residuos y coágulos de fibrina desde las aberturas del tubo de drenaje torácico, desprendiéndolas del paciente. Si la acción es demasiado enérgica puede provocar molestias y lesiones en las membranas pleurales y tejidos circundantes.
3. *Falso:* si se eleva el sistema de drenaje por encima del nivel del tórax, las secreciones drenadas volverán hacia el espacio pleural. Si el sistema de drenaje se interrumpe antes de cualquier otra acción se deberá comprobar si existen fugas y obstrucciones.
4. *Verdadero:* la hiperventilación produce cefaleas ligeras o vértigos debido al descenso en la concentración de CO_2 . Esto puede ser problema de que el enfermo entre en alcalosis respiratoria.
5. *Verdadero:* el infarto de miocardio consiste en la destrucción del tejido miocárdico a causa de una interrupción de la irrigación sanguínea normal. Esta necrosis hística altera de manera significativa la dinámica del corazón y reduce el gasto cardiaco. Los mecanismos compensatorios aumentan la demanda de oxígeno, lo que provoca mayor destrucción de los tejidos. Si el enfermo realiza cualquier esfuerzo esta demanda aumenta. Al mantener al enfermo en reposo se reduce considerablemente la demanda de oxígeno.
6. *Verdadero:* lo mejor es permitirles que adopten la postura más cómoda para

ellos. No obstante, hay algunas indicaciones específicas para posiciones especiales en la cama; un paciente con fallo del ventrículo izquierdo siempre preferirá sentarse, mientras que la hipotensión puede corregirse mediante la elevación de los pies de la cama.

7. *Falso*: los enfermos quemados suelen padecer frío, pues las quemaduras cutáneas no permiten que los vasos periféricos se contraigan, por lo que no se retiene el calor corporal por pérdida de la integridad de la piel y por pérdida de líquidos.
8. *Falso*: lo primordial es observar si presenta cambios en la circunferencia del cuello. Esto puede significar que existe edema. Valorar parámetros respiratorios por posible inhalación de humos. Al no existir lesión en la cabeza no es un problema potencial la presión intracraneal.
9. *Verdadero*: el paciente quemado tiene aumentado el metabolismo basal, lo que conlleva a un incremento de la demanda nutritiva del organismo. Son signos indicativos de alimentación insuficiente *el edema* que aparece tras la fase de reanimación y *la disminución de la concentración sérica de proteínas*. Asimismo, *la cicatrización retardada de las heridas* puede ser signo de nutrición insuficiente.
10. *Verdadero*: cualquier tipo de intoxicación puede poner en peligro la vida del enfermo por alteración importante de las funciones vitales. Las acciones, inicialmente, van dirigidas a mantener o restablecer la función respiratoria y circulatoria, el equilibrio ácido-base e hidroelectrolítico y la función renal. Posteriormente se considerará el tipo de tóxico ingerido.
11. *Verdadero*: en el 90 por 100 de los casos la morfina se elimina por vía renal, por lo que está indicada la estimulación de la eliminación urinaria.
12. *Falso*: estas intoxicaciones son graves, pues pueden producir estados de shock. Se pueden producir, además, perforaciones gástricas y esofágicas, peritonitis o mediastinitis y edema laríngeo.
13. *Verdadero*: estos enfermos deben recibir los estímulos del medio adecuados, por lo que se les deberá de hablar cuando se les atiende, explicarles los procedimientos que se les están practicando; durante el día mantener las ventanas de la habitación abiertas para que entre la claridad y la iluminación adecuada; conviene mantener la radio en marcha, etc. Estas acciones favorecen la estimulación sensorial de los enfermos en cama.
14. *Verdadero*: esta alteración suele ser debida a una disminución de aporte de oxígeno al tronco cerebral, donde se localizan los centros de vigilia y de la función mental.
15. *Falso*: en caso de politraumatismo es prioritario la valoración de los signos vitales, el control de las hemorragias externas y determinar si existen lesiones críticas. La valoración física completa y minuciosa es demasiado extensa para realizarla en primera instancia. Asimismo, las heridas abiertas pueden curarse más tarde.
16. *Falso*: la posición en que se debe mantener a estos enfermos, depende del

tipo de craneotomía practicada. La posición del enfermo se ajustará al tipo de intervención, tipo de lesión y objetivos a conseguir (asegurar el drenaje del líquido cefalorraquídeo, evitar el edema, favorecer el drenaje venoso, etcétera).

17. *Falso*: mantener constantemente despierto a los enfermos cuando más necesitan el descanso y sueño, para resistir el estrés fisiológico postquirúrgico o el de una enfermedad grave hace que aparezca deprivación del sueño. Si un enfermo ingresado en la unidad de cuidados intensivos no duerme un ciclo completo de sueño, comenzará a sentir los efectos, tanto físicos como mentales. Probablemente esto hará que su proceso de recuperación sea más lento.
18. *Falso*: los familiares de los pacientes ingresados en unidades de cuidados especiales pueden sentirse abandonados, preocupados, solos, con sensación de no estar haciendo algo útil por el paciente y otras sensaciones que hacen que se sientan incómodos. Por todo esto se les debe mantener informados, darles oportunidad y animarlos a que hagan preguntas, etc. De cualquier manera la enfermera debe tener presente que en la sala de espera se encuentran unos familiares que pasan por momentos críticos.
19. *Verdadero*: el estrés está ocasionado por un conjunto de factores, entre los que se destacan el ambiente impersonal y poco familiar para el paciente de la unidad; los ruidos, las luces, cuidados continuos, etc., que hacen que el enfermo no descansa lo necesario; las molestias que producen los tratamientos; el temor ante la situación que está viviendo; la separación de la familia y la escasa comunicación con los seres queridos.

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE SISTEMA DE COMPENSACION TOTAL EN ENFERMERIA

EJERCICIO 2

1. Enumere las normas de actuación de enfermería para evitar el aumento de la presión intracraneal.
2. Explique a qué son debidas las arritmias en los enfermos con afecciones respiratorias crónicas.
3. Enumere los grupos susceptibles de sufrir un problema de «embolia grasa».
4. Describa el signo característico de la «embolia grasa».
5. Describa los datos para valorar el estado de conciencia de un enfermo.

RESPUESTAS

1. **ENUMERE LAS NORMAS DE ACTUACION DE ENFERMERIA PARA EVITAR EL AUMENTO DE LA PRESION INTRACRANEAL**

- A) Mantener constantemente la permeabilidad de las vías aéreas.
- B) Mantener una adecuada ventilación.
- C) Facilitar el retorno venoso al corazón.
- D) Evitar la maniobra de Valsalva.
- E) Restringir los líquidos.
- F) Mantener la temperatura corporal en límites normales.
- G) Controlar los líquidos corporales y electrolitos.
- H) Mantener al paciente en reposo absoluto: posición de semisentado 30°, manteniendo cabeza y cuello alineados y evitando ejercicios isométricos musculares).

2. **EXPLIQUE A QUE SON DEBIDAS LAS ARRITMIAS EN LOS ENFERMOS CON AFECCIONES RESPIRATORIAS CRONICAS**

La retención de CO_2 y el consiguiente descenso de O_2 abocan al corazón a una hipoxia constante que favorece el desarrollo de arritmias.

3. **ENUMERE LOS GRUPOS DE ENFERMOS SUSCEPTIBLES DE SUFRIR UN PROBLEMA DE «EMBOLIA GRASA»**

— Politraumatizados y enfermos con fracturas de huesos largos.

- Intoxicados y quemados.
- Pacientes intervenidos de by-pass cardiopulmonar.
- Pacientes sometidos a cirugía ortopédica.
- Pacientes sometidos a trasplantes de órganos.

4. DESCRIBA EL SIGNO CARACTERISTICO DE LA «EMBOLIA GRASA»

El signo más significativo de este problema son las petequias (se presentan en más del 50 por 100 de los casos). El resultado de la trombosis intravascular provocada por la disminución de oxígeno es la aparición de manchas rojas, pequeñas, planas, que no palidecen con la presión y duran, solamente, de unas cuatro a seis horas. Aparecen con frecuencia en las axilas, pero también pueden aparecer en la conjuntiva de los párpados inferiores o en el paladar blando.

5. DESCRIBA LOS DATOS PARA VALORAR EL ESTADO DE CONCIENCIA DE UN ENFERMO

La valoración se basa en el resultado obtenido según el tipo de respuesta del enfermo a determinados estímulos.

- A) *Paciente alerta*: responde de forma inmediata, completa y apropiada a estímulos visuales, auditivos y táctiles. Nivel de conciencia normal.
- B) *Paciente letárgico*: indica cierto nivel de conciencia. Duerme la mayor parte del tiempo, pero se despierta fácilmente y responde de forma adecuada.
- C) *Paciente obnubilado*: indica cierto nivel de conciencia. Puede despertarse y responder, pero está confuso y vuelve a dormirse tan pronto como deja de ser estimulado.
- D) *Paciente estuporoso*: no responde a estímulos visuales, auditivos ni táctiles. Responde a estímulos dolorosos rehuyéndolos, pero no recobra la conciencia.
- E) *Paciente semicomatoso*: no responde a estímulos visuales, auditivos ni táctiles. Responde de forma inapropiada mediante uno o dos reflejos motores no intencionados. Se mantiene en postura de decorticación o de descerebración.
- F) *Paciente comatoso*: no responde en absoluto a estímulos incluidos los dolorosos. Permanece totalmente arrefléxico. Parece que duerme.

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE SISTEMA DE COMPENSACION TOTAL EN ENFERMERIA

EJERCICIO 3

1. Describa los cuidados sistematizados a un paciente inconsciente.
2. Describa los cuidados de enfermería específicos a un paciente intervenido de pancreatocetomía.
3. Describa las actividades de enfermería dirigidas a evitar problemas en un paciente con convulsiones.

RESPUESTAS

1. DESCRIBA LOS CUIDADOS SISTEMATIZADOS A UN PACIENTE INCONSCIENTE

Los cuidados de enfermería van dirigidos a que el paciente mantenga cubiertas sus necesidades básicas, de forma que no presente problemas derivados de su situación.

A) *Facilitar la adecuada función respiratoria y circulatoria:*

- Medición periódica de los signos vitales (frecuencia respiratoria y tipo de respiración, pulso radial y apical, presión arterial y temperatura).
- Auscultación periódica de sonidos pulmonares para determinar necesidad de aspiración endotraqueal.
- Realizar periódicamente análisis de gases sanguíneos.
- Medir densidad de la orina.
- Hacer balance hídrico.
- Cambios posturales y masajes frecuentemente.
- Ejercicios de movilización pasiva cada cuatro horas.

B) *Proteger al enfermo:*

- Mantener la cabecera de la cama elevada en ángulo de 30° y el cuello en posición adecuada.
- Si el paciente está en decúbito lateral, mantener la cabeza de lado para evitar que la lengua obstruya las vías respiratorias y permitir la salida de secreciones.
- Mantener las barandillas de la cama levantadas y colocar almohadillas por si se producen convulsiones.
- Si el enfermo tiene colocadas sondas y/o drenajes del lado que está acostado vigilar que no estén acodadas ni causen molestias al enfermo.

— Vigilar periódicamente el correcto funcionamiento de los equipos de aspiración, oxígeno, etcétera.

C) *Mantener la higiene:*

— Baño completo diario.

— Cuidado de los ojos.

— Limpieza de las cavidades nasal y bucal.

D) *Mantener al enfermo en posición adecuada para:*

— Prevenir la aspiración y oclusión de las vías respiratorias.

— Evitar las úlceras por decúbito.

— Prevenir el aumento de la presión intracraneal.

— Prevenir deformidades de miembros.

E) *Mantener una nutrición adecuada:*

— Los preparados para administrar por sonda nasogástrica deberán estar a temperatura ambiente.

— Administrar el alimento según pauta médica.

— Mantenimiento adecuado de la sonda nasogástrica.

— Prevenir problemas de alimentación por sonda nasogástrica.

F) *Mantenimiento de la necesidad de eliminación:*

— En la fase crítica colocación de sonda vesical.

— A medida que la situación se estabiliza se puede recurrir a opciones alternativas.

— Para simular al máximo una función vesical normal se debe pinzar la sonda a intervalos regulares.

— Realizar ejercicios que faciliten la función intestinal.

— Anotar diuresis y deposiciones para controlar eliminación.

G) *Estimular la función sensorial:*

— Hablar al enfermo siempre que se le estén prestando cuidados.

— Conviene mantener la habitación durante el día iluminada, con música, de forma que el ambiente sea el mismo que el de cualquier otro enfermo.

2. DESCRIBA LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA ESPECIFICOS A UN PACIENTE INTERVENIDO DE PANCREATECTOMIA

A) *Problemas potenciales o posibles:*

— Fístula pancreática.

- Extravasación anastomótica.
- Hemorragias.
- Absceso pancreático, intraabdominal con peritonitis o ambos.

B) *Actividades de asistencia:*

- Mantenimiento del volumen sanguíneo y del equilibrio hidroelectrolítico.
- Mantenimiento del estado de nutrición (generalmente nutrición parenteral total, una vez que el paciente está estabilizado).

C) *Actividades de observación:*

- Vigilar el estado hemodinámico y la función respiratoria.
- Medir líquidos aspirados por sondas y drenajes.
- Vigilar herida y apósito.
- Vigilar niveles de glucemia.
- Vigilar gases arteriales.

3. DESCRIBA LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERIA DIRIGIDAS A EVITAR PROBLEMAS EN UN PACIENTE CON CONVULSIONES

Las actividades de enfermería, en este caso, van dirigidas a controlar la crisis convulsiva, mejorar el control del ataque y evitar posibles lesiones.

A) *Controlar la crisis convulsiva:*

- Observar el ataque y registrar las observaciones:
 - Tomar nota de la hora y de los signos de un ataque inminente.
 - Observar las partes corporales afectadas, el orden de participación y las características de los movimientos.
 - Ver si hay desviación de los ojos o nistagmo y los cambios de tamaño pupilar.
 - Tomar nota de las fases tónica y clónica.
 - Valorar el patrón respiratorio.
- Después de la crisis:
 - Asegurar una vía aérea adecuada y verificar si hay lesiones manifiestas.
 - Valorar el estado neurológico del enfermo, en especial debilidad motora y lenguaje.

B) *Prevención de lesiones durante el ataque:*

- No introducir nunca a la fuerza algún objeto en la boca.
- No tratar de restringir los movimientos del enfermo.
- Retirar los objetos cercanos que pueden causar lesión.
- Proteger la cabeza de posibles lesiones.
- Retirar la ropa que oprima al enfermo.

C) *Mejorar el control de los ataques:*

- Eliminar los factores desencadenantes:
 - Falta de cumplimiento del tratamiento farmacológico.
 - Abuso del alcohol.
 - Estrés emocional.
 - Falta de nutrición apropiada.
 - Falta de descanso y sueño apropiados.

ENFERMERIA MATERNAL

UNIDAD I

GENERALIDADES SOBRE LA REPRODUCCION*

OBJETIVO GENERAL

Al finalizar el estudio de la unidad, las alumnas habrán adquirido los conocimientos necesarios para conocer las distintas fases de la reproducción y ciclo sexual de la mujer.

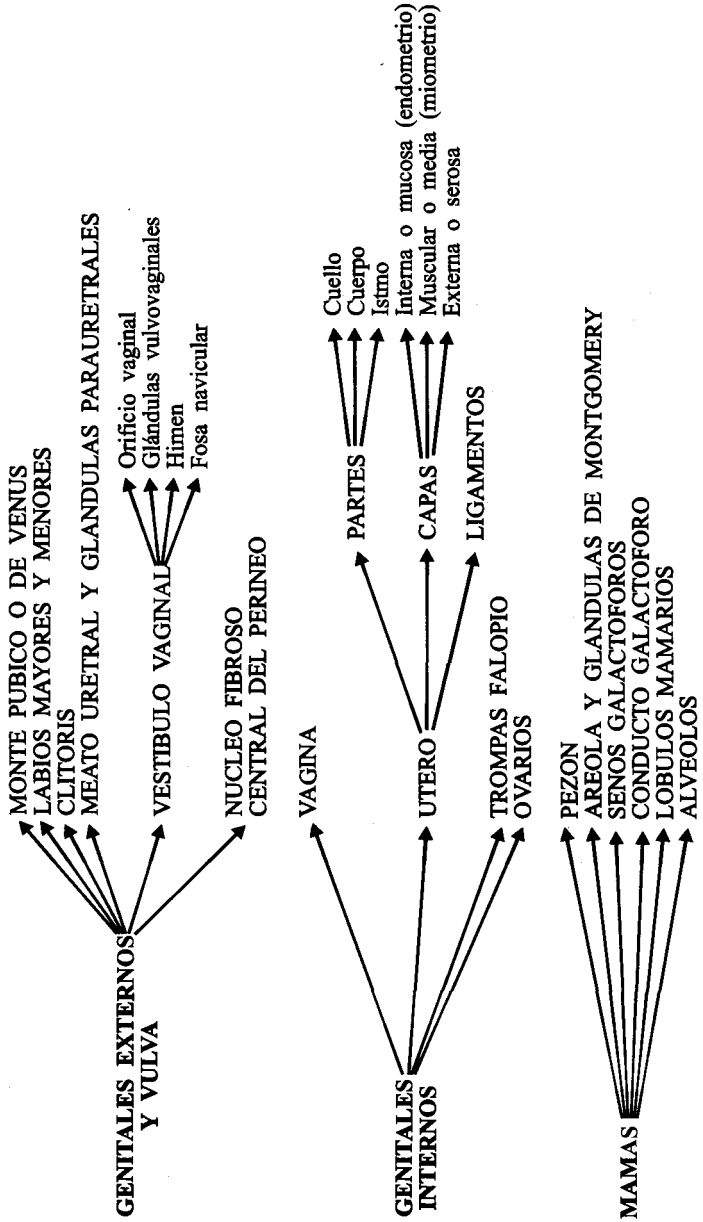
OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Explicar el ciclo genital femenino.
2. Definir y diferenciar las formas de reproducción.
3. Describir los cambios sexuales que se producen en el ciclo vital de la mujer.
4. Describir las funciones de la enfermera en el campo de la Enfermería Maternal.

* Se describe la unidad completa.

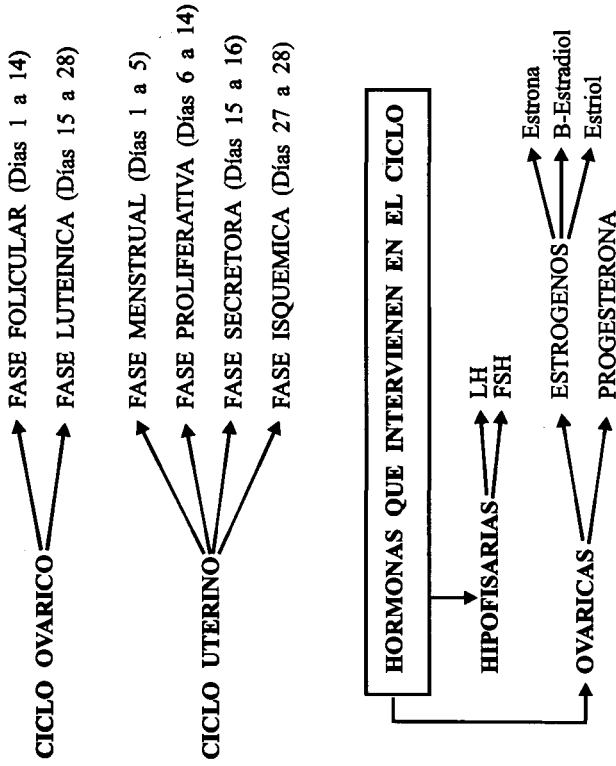
GENERALIDADES SOBRE LA REPRODUCCION (II)

EL APARATO GENITAL FEMENINO



GENERALIDADES SOBRE LA REPRODUCCION (III)

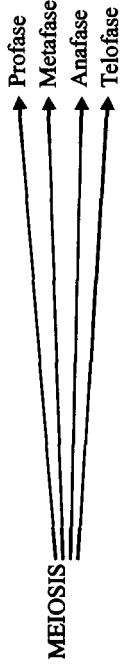
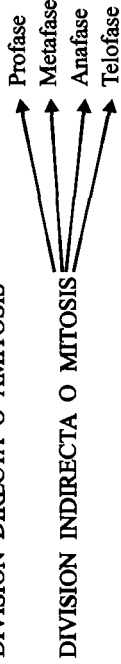
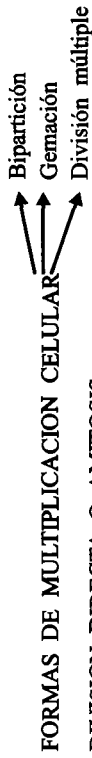
EL CICLO GENTAL FEMENINO



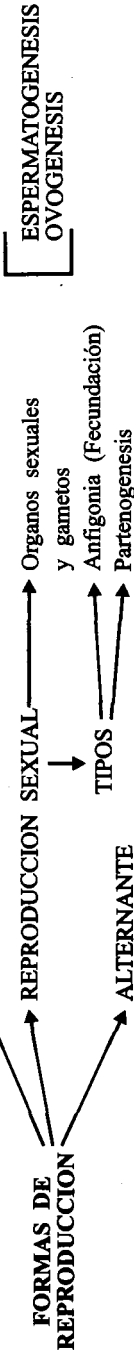
GENERALIDADES SOBRE LA REPRODUCCION (III)

LA REPRODUCCION

CONCEPTO DE REPRODUCCION Y CRECIMIENTO



ASEXUAL, AGAMICA O VEGETATIVA

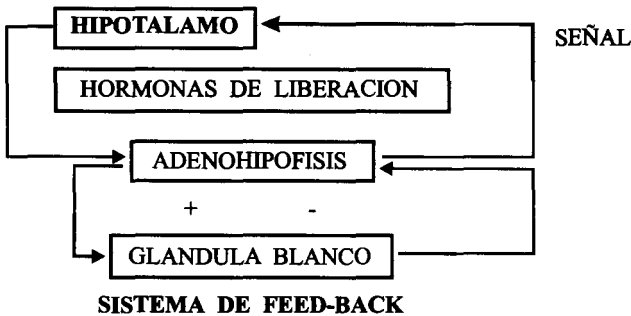
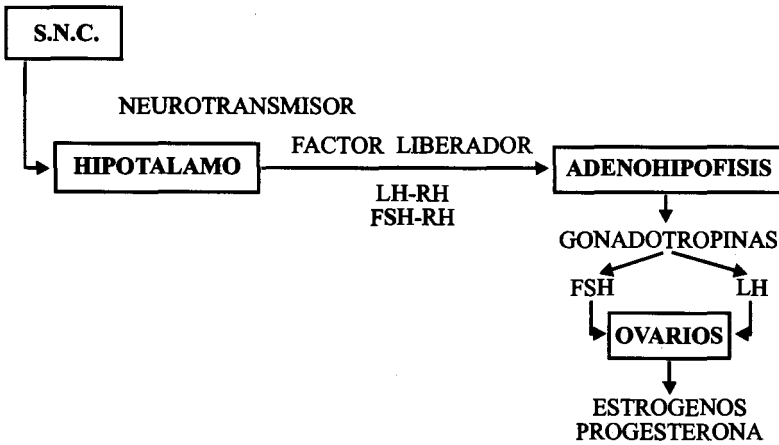
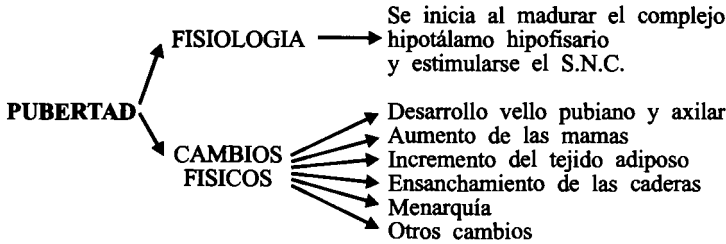


DIFICULTADES DE LA REPRODUCCION HUMANA



GENERALIDADES SOBRE LA REPRODUCCION (IV)

LA VIDA SEXUAL DE LA MUJER



GENERALIDADES SOBRE LA REPRODUCCION (V)

EL CLIMATERIO

CONCEPTO → La menopausia es consecuencia de una serie de cambios fisiológicos que se presentan en la mujer de mediana edad, a causa del descenso de las concentraciones de hormonas sexuales. Los ovarios dejan de producir óvulos y estrógenos, con lo que las menstruaciones se vuelven escasas, irregulares y espaciadas hasta desaparecer por completo

FISIOLOGIA →
CESE DE LA FUNCION OVARICA Y DE LA MENSTRUACION
CAMBIOS EN LA CAPACIDAD REPRODUCTORA
CONSERVACION DE LA CAPACIDAD SEXUAL
OTROS CAMBIOS

MODIFICACIONES FISIOLOGICAS →
UTERO → Disminución del tamaño
OVARIOS → Atrofia y disminución del tamaño
VAGINA → Disminución en anchura y longitud
Estrechamiento del introito vaginal
Disminución y alcalinización de las secreciones vaginales

PROMOCION DE LA SALUD →
EJERCICIO FISICO
CONTROL DIETETICO
ACTIVIDADES QUE ESTIMULEN LA AUTOESTIMA
OTROS

PREVENCIÓN DEL MALESTAR →
PREVENCIÓN DE LA DISPAREUNIA
ALIVIO DEL PRURITO VAGINAL
ALIVIO DE LAS REACCIONES VASOMOTORAS
OTROS

ACTIVIDADES DE APOYO,
EDUCACION Y ORIENTACION

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE GENERALIDADES DE LA REPRODUCCION

EJERCICIO 1

1. Describa el concepto de reproducción.
2. Describa, esquemáticamente, el ciclo sexual femenino.
3. Enumere las causas de esterilidad femenina y masculina.
4. Describa el concepto de ovulación.
5. Describa el principal inconveniente que presenta el diafragma como método anticonceptivo.
6. Describa el efecto de los anticonceptivos de espuma en aerosol.
7. Describa la valoración de la «dispareunia funcional».
8. Describa los cambios que se producen en la pubertad masculina.
9. Describa las modificaciones del climaterio femenino.
10. Describa qué signos, de los que se dan a continuación, son normales en la mucosa vaginal de la mujer menopáusica: mucosa seca y atrófica; mucosa congestionada y de color azulado; mucosa hiperémica e hipertrófica.

RESPUESTAS

1. DESCRIBA EL CONCEPTO DE REPRODUCCION

La reproducción es la función por la cual los seres vivos originan una progenie que presenta los caracteres fundamentales del generador o generadores. La reproducción es un atributo fundamental, típica de todos los seres vivos.

La posibilidad de reproducirse se desarrolla a diversos niveles y con modalidades diferentes. En definitiva, es un presupuesto fundamental para la misma la capacidad de replicación (duplicación) del material genético, así como la de autorreproducción del núcleo celular.

2. DESCRIBA ESQUEMATICAMENTE EL CICLO GENITAL FEMENINO

La mujer se caracteriza porque en la edad adulta presenta cíclicamente la menstruación, que consiste en la descamación de una parte del útero (el endometrio) acompañado de hemorragia. La primera menstruación es la menarquía, e indica el comienzo de la pubertad y la capacidad reproductora, cuyo final es la menopausia. En la mujer el ciclo genital dura aproximadamente veintiocho días, y hacia el día decimocuarto (pero no siempre es así) se produce la ovulación, que es la liberación del óvulo o célula germinal, que puede ser fecundado en las trompas de Falopio o no.

En el ciclo genital hay una serie de partes, que son: *fase folicular*, en la que en el ovario se desarrolla y madura un folículo, simultáneamente en el útero se produce la *fase proliferativa* que consiste en la regeneración del endometrio, que se ha perdido con la menstruación. Al final de la fase folicular se produce la *ovulación*, y a continuación, en el ovario, se forma el cuerpo lúteo, esta *fase lútea* se corresponde en el útero con la *fase secretora*, caracterizada por desarrollo y producción de glucógeno en las glándulas del endometrio. Posteriormente, y al cabo de siete-ocho días, se produce en el ovario la *degeneración del cuerpo lúteo*, y en el útero la *menstruación*.

3. ENUMERE LAS CAUSAS DE ESTERILIDAD FEMENINA Y MASCULINA

A) *Esterilidad femenina*: puede ser a consecuencia de:

- Malformaciones congénitas de la vulva y de la vagina.
- Estenosis del cuello del útero.
- Posiciones viciosas o malformaciones de útero.
- Alteraciones del endometrio.
- Obstrucciones de las trompas (caso más frecuente).
- Alteraciones de la ovulación y de la función endocrina ovárica.
- Alteraciones de la hipófisis, del tiroides y de las suprarrenales.

B) *Esterilidad masculina*: los factores pueden ser:

- Alteraciones en la producción de espermatozoides (criptorquidea, hipogonadismo).
- Lesiones en las vías seminales (consecuencia de procesos inflamatorios, tumores, traumatismos y anomalías congénitas).

4. DESCRIBA EL CONCEPTO DE OVULACION

Es el fenómeno por el cual se produce la liberación de un óvulo (por el ovario) tras la dehiscencia de un folículo maduro.

Durante el período fecundo de la mujer la ovulación se produce, por lo general, entre el décimosegundo y décimosexto día del comienzo de la menstruación. Es un fenómeno indispensable para que el gameto femenino (óvulo) se una al masculino (espermatozoide) y pueda producirse la fecundación.

El mecanismo íntimo de la ovulación constituye la ovogénesis.

Son muchos los factores hormonales que intervienen en la ovulación, que en substancia está regulada por la correlación entre la acción de la hipófisis y de

los ovarios, con el concurso de las respectivas hormonas. La producción de hormonas hipofisarias está vinculada, a su vez, a la influencia del sistema nervioso central y, sobre todo, a la zona del diencéfalo (hipotálamo). Según la concepción clásica, a partir del comienzo del flujo menstrual por la acción estimulante de la gonadotropina hipofisaria denominada FHS, se elaboran en el ovario cantidades crecientes de estrógenos. Estas hormonas, a su vez, por medio del hipotálamo frenan en proporción a su progresivo aumento la increción de FSH, de modo que cuando la tasa de esta hormona ha descendido por debajo de un nivel crítico se introduce otra gonadotropina hipofisaria, la LH que provoca la ovulación. Actualmente este esquema clásico se discute en parte, ya que se admite que la secreción de LH está presente, aunque en cantidad menor durante todo el ciclo menstrual.

5. DESCRIBA EL PRINCIPAL INCONVENIENTE QUE PRESENTA EL DIAFRAGMA COMO METODO ANTICONCEPTIVO

La manipulación vaginal y cervical que requiere la inserción del diafragma no les gusta a muchas mujeres. Existe mayor probabilidad de que la colocación sea incorrecta.

6. DESCRIBA EL EFECTO DE LOS ANTICONCEPTIVOS DE ESPUMA EN AEROSOL

Los aerosoles de espuma anticonceptiva alcanzan su efecto por inmovilización química y destrucción de los espermatozoides.

7. DESCRIBA LA VALORACION DE LA «DISPAREUNIA FUNCIONAL»

A) *Definición:* dolor durante el coito producido por causas psicológicas.

B) *Factores desencadenantes:*

- Amenaza de pérdida de las relaciones.
- Intento de controlar, sexualmente, a la pareja.
- Expresión indirecta de ansiedad, ira o rechazo.
- Pérdida de intimidad.
- Miedo al embarazo.
- Conflicto no resuelto por violación anterior.

C) *Manifestaciones:*

- No existen datos objetivos.
- Datos subjetivos: La mujer manifiesta:
 - Dolor genital persistente durante el coito.

- Molestias en el introito y canal genital.
- Dificultades de pareja.

8. DESCRIBA LOS CAMBIOS QUE SE PRODUCEN EN LA PUBERTAD MASCULINA

A) *Desarrollo de los caracteres secundarios:*

- Aparición de vello púbico, axilar y facial.
- Crecimiento rápido.
- Eyaculación.
- Acentuación de la nuez.
- Cambio del tono de voz.
- Disminución de la frecuencia del pulso.
- Aparición del acné.
- Aumento de las tensiones biológicas.

B) *Comportamiento:*

- Siente cada vez más interés por el sexo opuesto.
- Toma conciencia de su propia identidad.
- Experimenta deseos contradictorios de independencia e identificación con el grupo de amigos.
- Irritabilidad.
- Dificultad para los ajustes emocionales.

9. DESCRIBA LAS MODIFICACIONES DEL CLIMATERIO FEMENINO

A) *Cambios fisiológicos:*

- En principio, menstruaciones escasas, más tarde faltas ocasionales de períodos, y por último, cese completo de la menstruación.
- Disminución de la producción de estrógenos que puede ocasionar:
 - Crisis de sofocos, sudoración y escalofríos.
 - Excitabilidad, irritabilidad y depresión.
 - Disnea, vértigos, cefaleas y palpitaciones con opresión torácica.

- Cansancio y dolores articulares.
- Caída del pelo de cabeza y pubis, crecimiento del vello en el labio superior y mentón.
- Pérdida de elasticidad e hidratación de la piel; aparición o aumento de las arrugas; flacidez de la mamas y fragilidad de las uñas.
- Frialdad, entumecimiento y hormigueo de manos y pies.
- Prurito perineal, descarga vaginal, dispareunia.
- Aumento de peso, fundamentalmente en mujeres con hábitos de vida sedentarios.

B) Cambios psicológicos:

- Inestabilidad emocional.
- Tendencia al llanto, la melancolía y las preocupaciones.
- Insomnio.
- Autodepreciación y disminución del interés por el aspecto externo.
- Sentimiento de inutilidad (la menopausia coincide con la independencia de los hijos).
- Es frecuente que la mujer disfrute más con las relaciones sexuales al desaparecer el riesgo de embarazo.

10. DESCRIBA QUE SIGNOS DE LOS QUE SE DAN A CONTINUACION SON NORMALES EN LA MUCOSA VAGINAL DE LA MUJER MENOPAUSICA: MUCOSA SECA Y ATROFICA, MUCOSA CONGESTIONADA Y DE COLOR AZULADA, MUCOSA HIPEREMICA E HIPERTROFICA

Con la edad, la mucosa vaginal se deseca y atrofia, como otros tejidos del organismo. El tinte azulado indica signo de embarazo. La hiperemia se produce en la infección o irritación vaginal.

UNIDAD II

CUIDADOS DE ENFERMERIA A LA MUJER GESTANTE*

OBJETIVO GENERAL

Al finalizar el estudio de esta unidad, las estudiantes habrán adquirido los conocimientos básicos que las capacitan para atender a la mujer gestante en sus necesidades básicas modificadas por su estado, así como identificar y valorar las posibles alteraciones y aplicar los cuidados de enfermería en situaciones concretas.

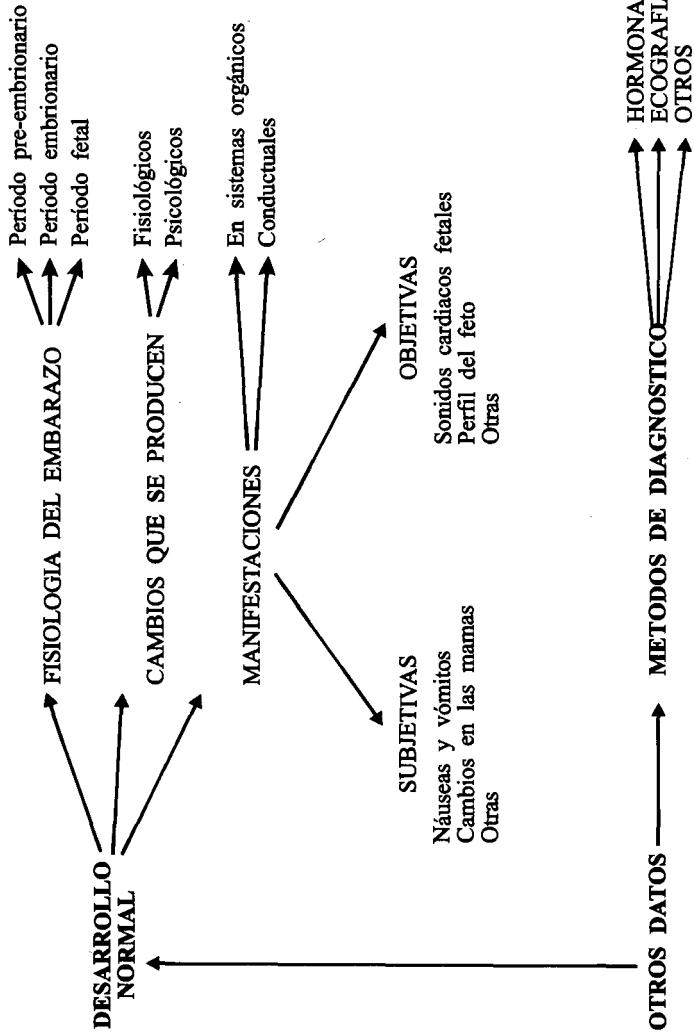
OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir esquemáticamente las fases del desarrollo embrionario.
2. Enunciar las funciones de la placenta y el líquido amniótico.
3. Identificar los cambios fisiológicos y psicológicos que se producen en la mujer embarazada.
4. Identificar las modificaciones de las necesidades fundamentales en la mujer embarazada.
5. Describir las recomendaciones que se deben dar a la mujer embarazada para fomentar su capacidad de autocuidados y prevenir los problemas.
6. Describir los problemas maternos más frecuentes que hacen peligrar el desarrollo de la gestación.
7. Explicar las alteraciones que se pueden producir en el transcurso del embarazo y ponen en peligro las vidas de la madre y el feto.
8. Identificar las manifestaciones de los problemas en la mujer gestante.
9. Delimitar las acciones específicas de enfermería en el cuidado de la mujer gestante con problemas.
10. Definir el concepto de aborto, embarazo ectópico y mola, así como las causas que con más frecuencia los producen.

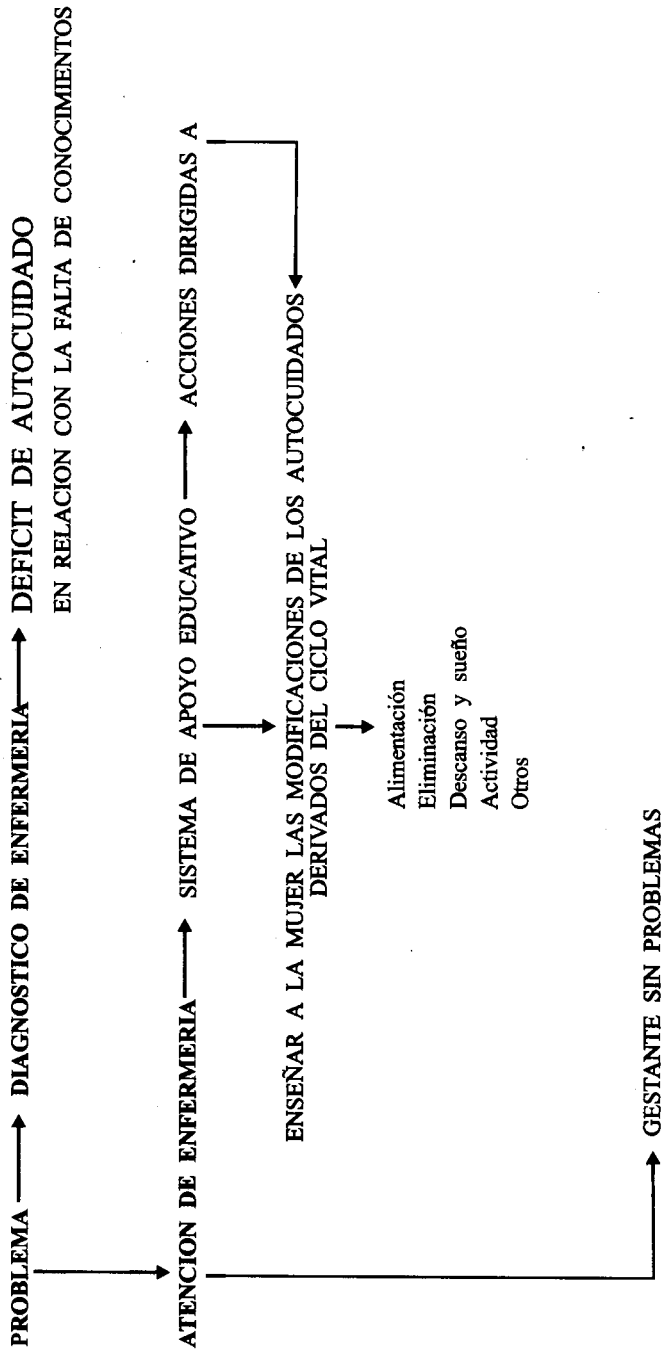
* Se describe la unidad completa.

11. Identificar los signos y síntomas de la interrupción del embarazo.
12. Valorar la importancia de la atención psicológica a la mujer cuyo embarazo ha sido interrumpido.
13. Describir los problemas fisiológicos derivados de la interrupción del embarazo.
14. Explicar las acciones sistemáticas en el cuidado postaborto.
15. Enumerar los métodos de determinación de embarazo.

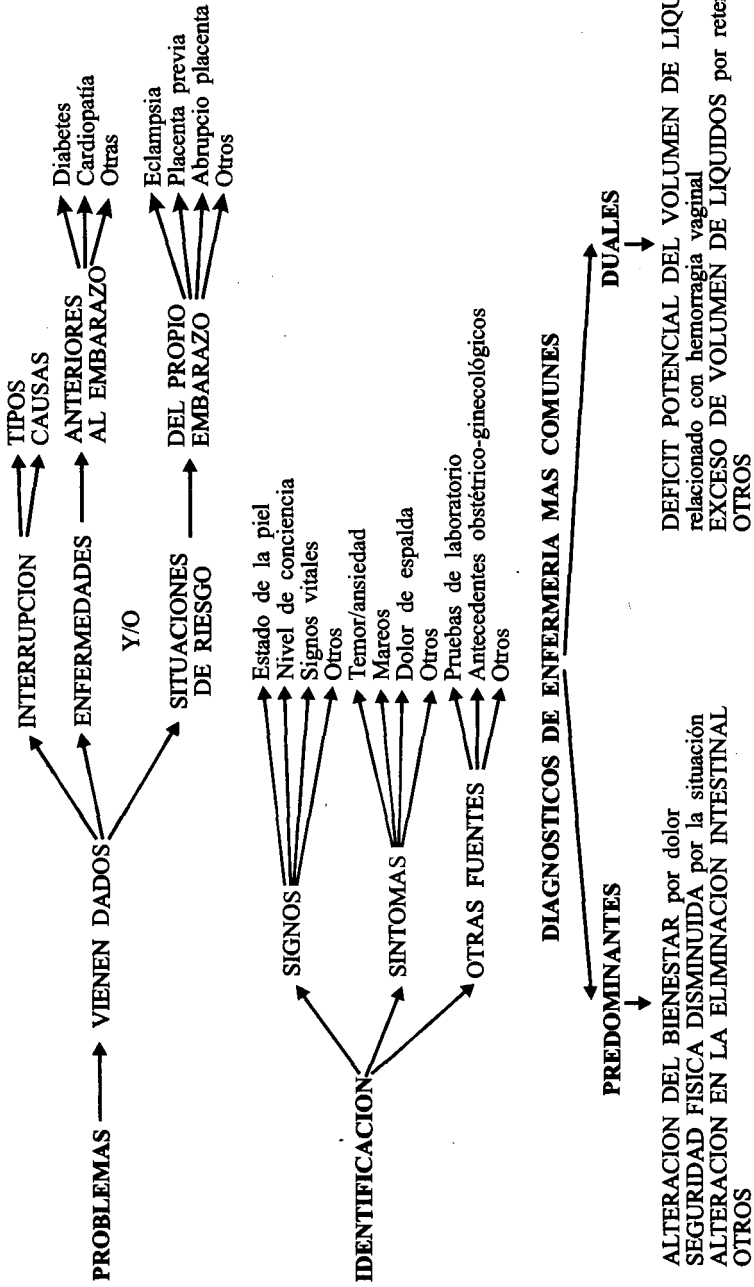
CUIDADOS DE ENFERMERIA A LA MUJER GESTANTE (I)



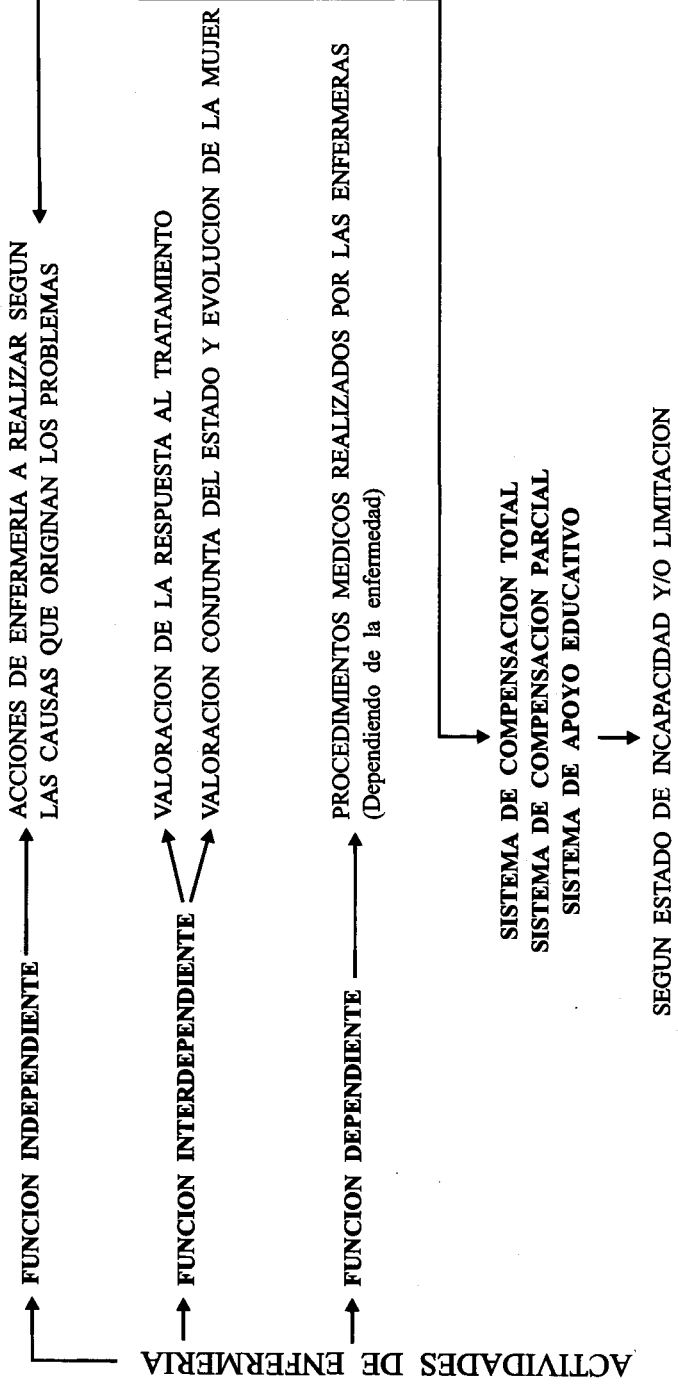
CUIDADOS DE ENFERMERIA A LA MUJER GESTANTE (II)



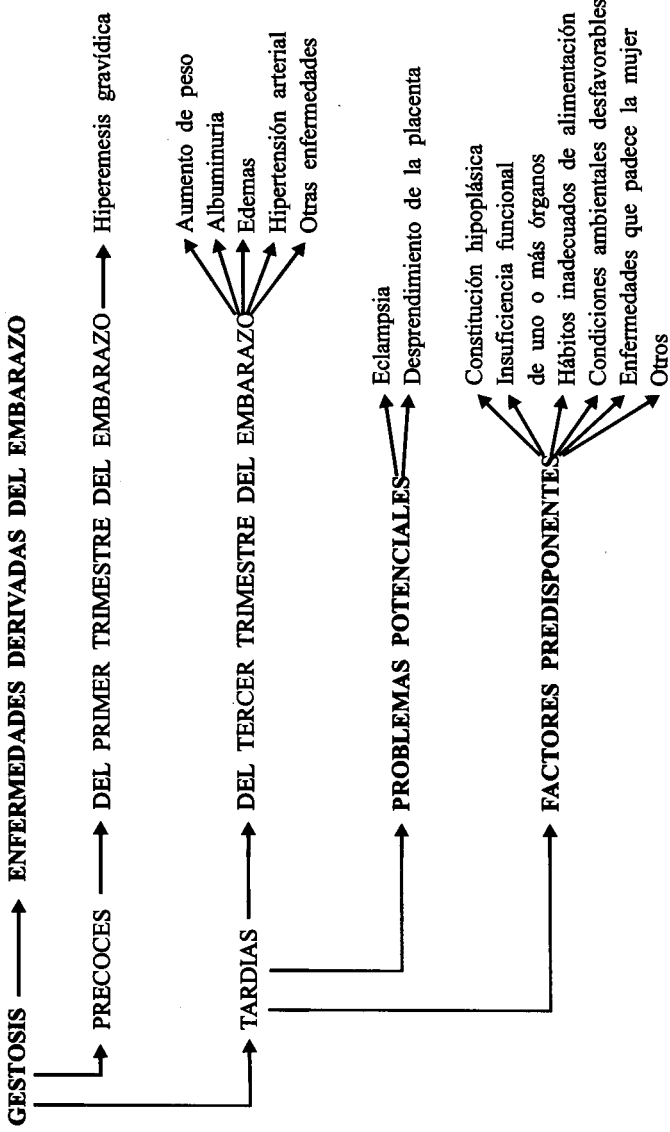
CUIDADOS DE ENFERMERIA A LA MUJER GESTANTE (III)



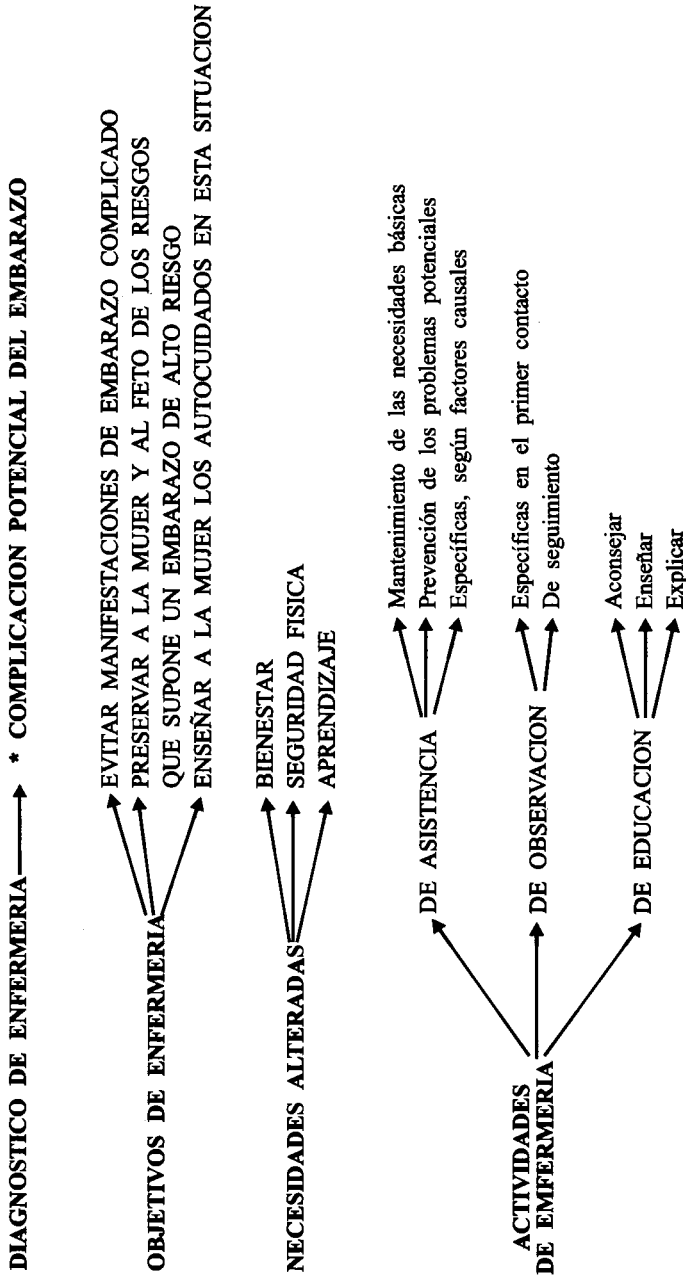
CUIDADOS DE ENFERMERIA A LA MUJER GESTANTE (IV)



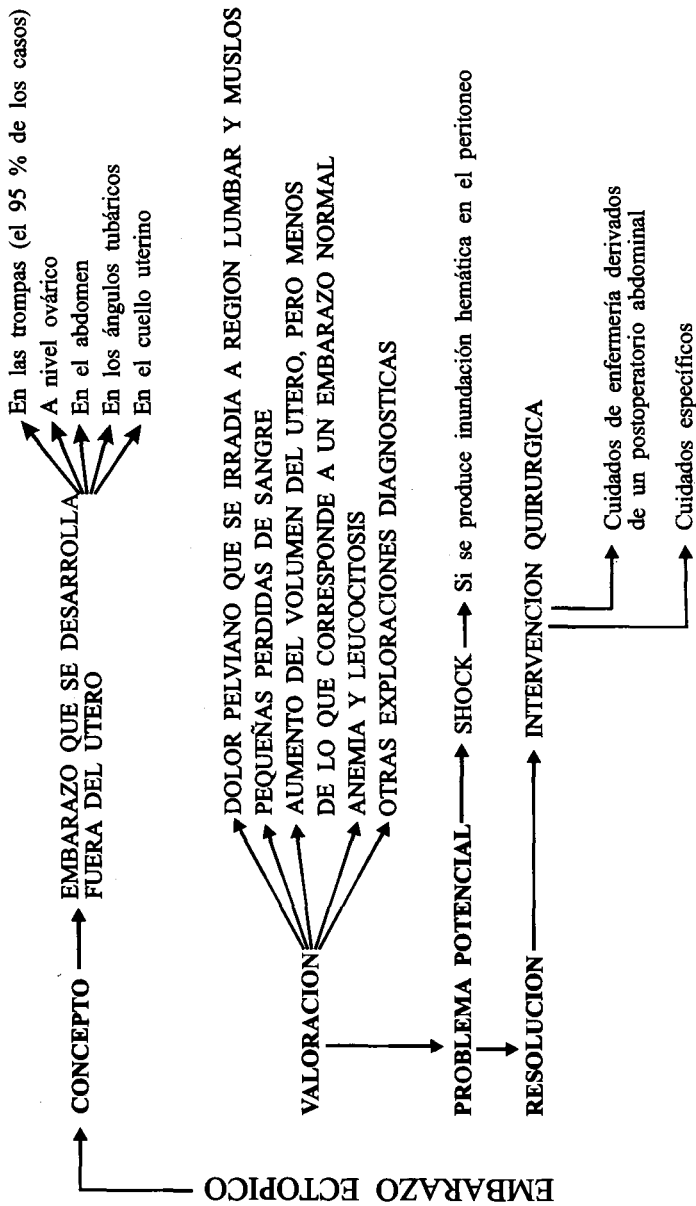
CUIDADOS DE ENFERMERIA A LA MUJER GESTANTE (V)



CUIDADOS DE ENFERMERIA A LA MUJER GESTANTE (VI)

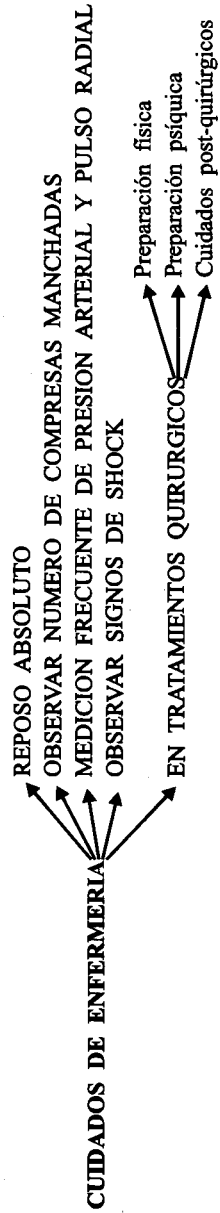
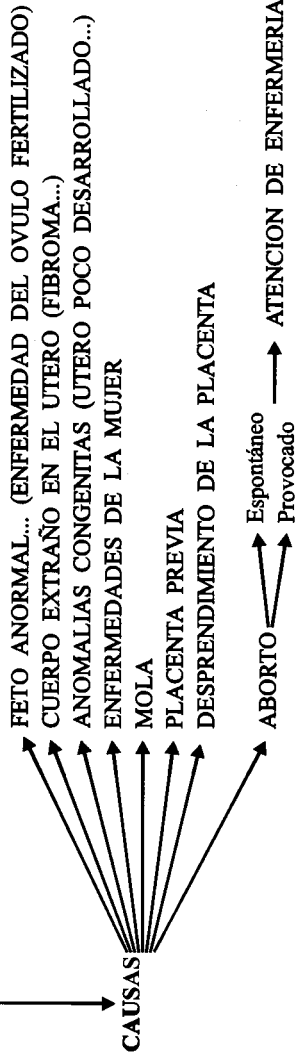


CUIDADOS DE ENFERMERIA A LA MUJER GESTANTE (VII)



CUIDADOS DE ENFERMERIA A LA MUJER GESTANTE (VIII)

HEMORRAGIAS DURANTE EL EMBARAZO



PRUEBA DE EVALUACION SOBRE ATENCION DE ENFERMERIA EN EL EMBARAZO

EJERCICIO 1

1. Describa cómo se diagnostica el embarazo.
2. Explique cómo se determina la fecha probable del parto.
3. Describa los cambios que se producen en el aparato genital de la mujer embarazada.
4. Describa las funciones de la placenta.
5. Explique las diferencias entre embrión y feto.
6. Describa las modificaciones en la necesidad de alimentación de la mujer embarazada.
7. Explique el concepto de mola.
8. Describa la atención que requiere la mujer con problema de «eclampsia».
9. Describa las manifestaciones y los riesgos de «placenta previa».
10. Describa las manifestaciones que indican «amenaza de aborto» y «aborto inminente».

RESPUESTAS

1. DESCRIBA COMO SE DIAGNOSTICA EL EMBARAZO

- Signos subjetivos (los que manifiesta la mujer).
- Signos objetivos (a través del examen físico).
- Pruebas de diagnósticos (laboratorio, ecografía).

Los signos y síntomas, se clasifican en tres grupos:

- Signos ciertos pueden aparecer después del cuarto mes.
- Signos probables suelen ser apreciados mucho antes.
- Síntomas de presunción suelen ser subjetivos y se aprecian en períodos diversos.

Pruebas de laboratorio:

- Prueba sérica, fiable tan pronto como falta la primera menstruación.
- Prueba de orina, fiable en el 95 por 100 de los casos, unos días después de la primera falta.

Examen radiológico:

- Se visualiza el esqueleto fetal.
- Método aplicable a partir del tercer mes, cuando el esqueleto comienza a calcificarse.
- Método al que se recurre sólo en ciertos casos (diagnóstico diferencial).

Ecografía:

- A la sexta semana se aprecia la vesícula embrionaria.

2. EXPLIQUE COMO SE DETERMINA LA FECHA PROBABLE DEL PARTO

La duración media del embarazo es de doscientos ochenta días (cuarenta semanas) si la cuenta se inicia el primer día del flujo menstrual. Como el intervalo entre el primer día de la menstruación (en que la mujer no puede quedar embarazada) es de unos doce días, la duración verdadera del embarazo es de unos doscientos sesenta y siete días. Por lo tanto, la fecha teórica del parto se calcula restando tres meses del primer día del último flujo menstrual y añadiendo luego siete días. Debido a que el intervalo entre la ovulación y el flujo menstrual siguiente es más constante que la fase preovulatoria del ciclo, la duración del embarazo (calculada a partir del primer día del último flujo) está relacionada con la duración del ciclo. O sea, que una mujer con un ciclo largo tendrá la ovulación más tarde y, si queda embarazada, la gestación comenzará después del día decimosegundo, terminando en consecuencia después de doscientos ochenta días.

La regla de Nägele consiste en sumar a la fecha de la última regla siete días y restarle tres meses. Es más imperfecta por la variación días/mes.

3. DESCRIBA LOS CAMBIOS QUE SE PRODUCEN EN EL APARATO GENITAL DE LA MUJER EMBARAZADA

El primer y más importante signo del comienzo de un embarazo es la falta de aparición del flujo menstrual (cuando se produce) en mujeres sanas y en edad férvida y hasta entonces con ciclos menstruales perfectamente regulares.

En los primeros meses del embarazo la mucosa vaginal y el cuello del útero se hacen particularmente blandos y adquieren una coloración cianótica; el útero aumenta progresivamente de volumen, tomando una forma globulosa y una consistencia pastosa tendiendo a contraerse a la palpación.

Las mamas se hacen turgentes y se recubren de una fina red venosa; la areola mamaria se ensancha hasta formar una areola secundaria, se vuelve más oscura y se forman unas pequeñas prominencias denominadas *tubérculos de Montgomery*, debidas a una hipertrofia de las glándulas sebáceas.

4. DESCRIBA LAS FUNCIONES DE LA PLACENTA

La placenta es el órgano que durante el embarazo permite los intercambios nutritivos entre la madre y el feto y desarrolla una importante actividad endocrina.

Función de intercambio

Los intercambios materno-fetales son múltiples: intercambios gaseosos, que afectan al oxígeno (respiración fetal) y al anhídrido carbónico; intercambios con respecto a las sustancias necesarias para la nutrición del embrión, como las sales minerales, los prótidos, los glúcidos, los lípidos, las vitaminas, las hormonas y finalmente, la función excretora, con el paso de la sangre fetal a la materna de todos los productos catabólicos del metabolismo del feto.

Función endocrina

La gonadotropina coriónica, segregada por el estrato de Langhans, aparece bastante pronto y permite las reacciones biológicas del embarazo.

Las hormonas sexuales (estrógenos y progesterona), en los primeros tres meses de embarazo, están formadas por el cuerpo lúteo gravídico del ovario materno; en los dos últimos trimestres lo están por la placenta, que sustituye al ovario. Estas hormonas aumentan progresivamente durante el curso de la gestación y su eliminación por la orina representa una constante biológica que permite controlar la evolución del embarazo.

5. EXPLIQUE LAS DIFERENCIAS ENTRE EMBRION Y FETO

Embrión: nombre del futuro ser humano, a partir del estadio de blastocito hasta que alcanza el estadio de feto; es decir, hasta los tres meses aproximadamente. El embrión se origina a expensas del botón embrionario y a partir del octavo día de la fecundación.

Feto: nombre del producto de la concepción a partir del tercer mes de embarazo y hasta el final de la vida intrauterina. El estado del feto sigue al del embrión. A partir de este tiempo y hasta el final del embarazo el feto va adquiriendo paulatinamente la forma humana.

6. DESCRIBA LAS MODIFICACIONES EN LA NECESIDAD DE ALIMENTACION DE LA MUJER EMBARAZADA

En el embarazo normal el organismo materno, por un mecanismo de regulación hormonal, se pone en condiciones de utilizar de la mejor forma posible los alimentos aportados por la dieta habitual. El aumento del aporte calórico necesario para la mujer grávida varía entre 200 y 400 calorías al día (no es exacta, por tanto, la creencia popular según la cual la mujer embarazada debe de «comer por dos»).

El régimen alimenticio debe ser variado y equilibrado; de los tres elementos

energéticos de una dieta equilibrada, los prótidos han de constituir el 15-20 por 100, los lípidos el 25-30 por 100 y los glúcidos el 55-60 por 100. Es necesaria una alimentación adecuada a base de fruta y de verdura frescas; es decir, ricas en vitaminas, cuya carencia puede determinar la aparición de diversos procesos morbosos.

La mujer embarazada, a pesar de que a menudo tiene sed, deberá evitar una excesiva ingestión de agua y limitar la de sal, sobre todo en los últimos meses de embarazo. El aumento de peso ha de ser de 1 kg. al mes, aproximadamente; si se observa tendencia a un aumento de peso excesivo será conveniente establecer una dieta hipocalórica.

7. EXPLIQUE EL CONCEPTO DE MOLA

Es una degeneración quística de las vellosidades placentarias con formación de un conglomerado de vesículas translúcidas. Es una afección benigna que se suele dar cada 2.500 embarazos. No obstante, si no se vigila puede evolucionar en un corioepitelioma maligno.

La mola evoluciona espontáneamente hacia el aborto en los primeros meses del embarazo.

8. DESCRIBA LA ATENCION QUE REQUIERE LA MUJER CON PROBLEMA DE «ECLAMPSIA»

Objetivos de la actividad:

- Prevenir los ataques.
- Evitar la repetición de los ataques.
- Prevenir complicaciones durante el ataque.

Acciones de asistencia:

- Mantener a la paciente tranquila y no molestarla.
- Evitar estímulos (ruidos, luces, tacto, etc.).
- La atención se hará con manipulaciones y movimientos suaves.

Acciones de observación:

- Medición periódica de la presión arterial, frecuencia cardiaca, respiraciones y temperatura.
- Controlar el balance hídrico.
- Comprobar albuminuria, dos veces al día.

Actividades derivadas de la función dependiente:

- Administración de antiespásticos, desintoxicantes y sedantes.

Actividades durante el ataque:

- Se llevarán a cabo las acciones comunes a cualquier paciente con crisis convulsivas.

9. DESCRIBA LAS MANIFESTACIONES Y LOS RIESGOS DE «PLACENTA PREVIA»

Manifestaciones:

- Fundamentalmente la hemorragia, que aparece en los últimos 3 meses de embarazo.
- La hemorragia no se acompaña de dolor y aparece espontáneamente.

Riesgos:

- Sobre la madre:
 - Shock hipovolémico por la pérdida masiva de sangre.
- Sobre el feto:
 - Anoxia consiguiente a la hemorragia.
 - Sufrimiento fetal si la placenta se ve desgarrada y por la anemia de la madre.

10. DESCRIBA LAS MANIFESTACIONES QUE INDICAN «AMENAZA DE ABORTO» Y «ABORTO INMINENTE»

Amenaza de aborto:

- Pérdida de sangre, generalmente en pequeñas cantidades, antes de las veinte primeras semanas desde el comienzo de la última menstruación.
- La sangre es de color rojo vivo u oscuro.
- Pueden presentarse cólicos ligeros y dolores difusos en región lumbar.

Aborto inminente:

- Pérdidas de sangre.
- Contracciones repetidas.
- Aumento de la frecuencia e intensidad de los dolores.
- Expulsión, al exterior, de la materia ovular.

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE ATENCION DE ENFERMERIA EN EL EMBARAZO

EJERCICIO 2

Caso en estudio

- Mujer de veintiocho años de edad, embarazada, que ingresa en la unidad de obstetricia, procedente de consulta, para control de diabetes *mellitus*.
- Tratamiento médico: insulina novo lenta, 15 UI antes del desayuno; dieta de 1.500 calorías (para diabéticos).

Datos obtenidos por la enfermera al ingreso

- Signos vitales: temperatura, 36,2° C; presión arterial, 130/80 mmHg; pulso radial, 82/m, y respiraciones, 18/m.
- Gestación de treinta y dos semanas. Primípara.
- Orientada en tiempo y espacio.
- Buen aspecto higiénico.
- Ha visitado periódicamente al obstetra.
- Diabética. Insulinodependiente. Se sabe administrar la dosis.
- Aumento de peso de 11 kg. durante la gestación.
- Edemas en tobillos (+++).
- Actividad normal para el autocuidado.
- Manifiesta preocupación por la evolución de la diabetes, por el momento del parto y por el tiempo de permanencia en el hospital.

Cuestiones para contestar

En relación con el caso descrito deberá:

1. Describir los problemas de la enferma, enunciados en forma de diagnósticos de enfermería.
2. Formular los objetivos del plan de cuidado.
3. Describir las acciones de enfermería dentro del plan de cuidados.

RESPUESTAS

Problemas:

1. *Exceso de peso* en relación con la edad gestacional.
2. *Retención de líquidos.*
3. *Temor* por desconocimiento de la situación.
4. *Potencial desequilibrio metabólico* en relación con la glucemia.

Objetivos:

- Mantendrá el mismo peso hasta el final del embarazo.
- Antes del parto disminuirá los líquidos corporales.
- Antes del parto manifestará sentirse más tranquila y segura.
- Mantendrá los niveles de glucosa dentro de los límites normales.

Acciones de enfermería:

- Pesar diariamente antes del desayuno.
- Controlar y vigilar la dieta prescrita.
- Hacer balance hídrico.
- Restringir líquidos orales a 1.000 cc/día.
- Recomendar y vigilar que no permanezca de pie más de dos horas seguidas.
- Recomendar y vigilar que cuando permanezca en cama o sentada, mantenga los pies en alto.
- Enseñar ejercicios circulatorios de miembros inferiores y que los realice tres veces al día.
- Mantener informada de las pruebas, tratamiento y evolución.
- Hacer análisis rápido de glucosuria-glucemia antes de cada comida.
- Control de signos vitales cada seis/ocho horas.
- Administrar insulina según prescripción.

UNIDAD III

ATENCION DE ENFERMERIA EN EL PARTO Y PUERPERIO*

OBJETIVO GENERAL

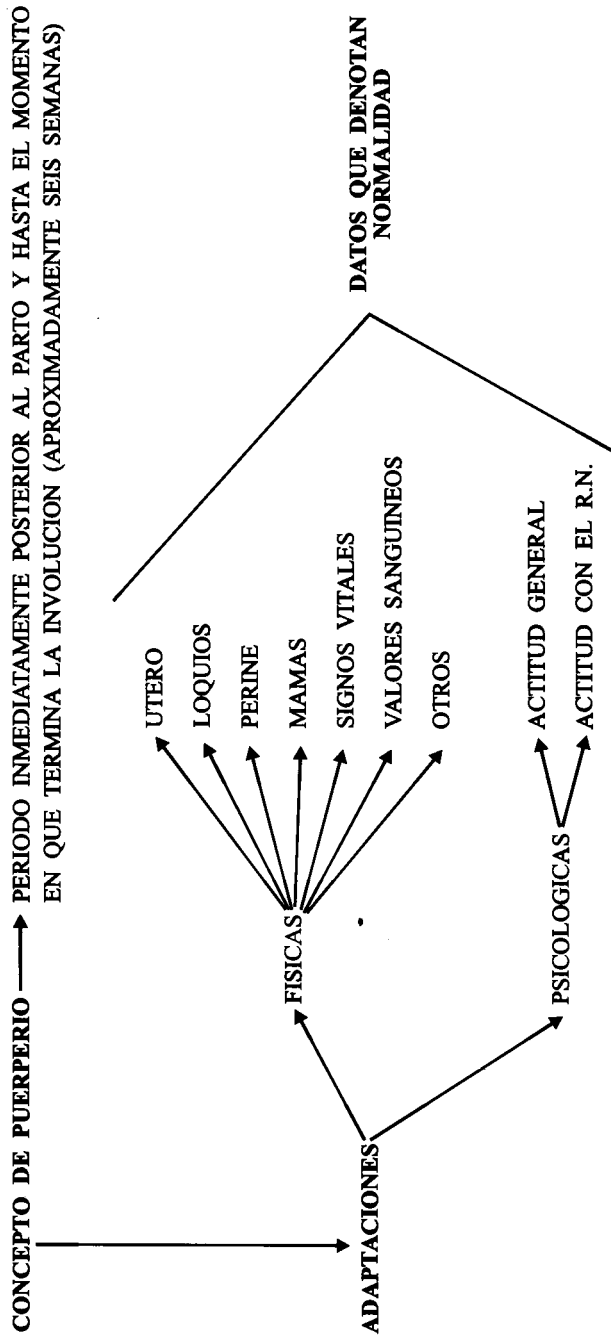
Al finalizar el estudio de esta unidad, las alumnas habrán adquirido los conocimientos teóricos necesarios que las capacitan para atender a la mujer en el parto y en el puerperio, dirigiendo sus acciones para que la mujer alcance al máximo su nivel de autocuidado en esta etapa de la vida.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

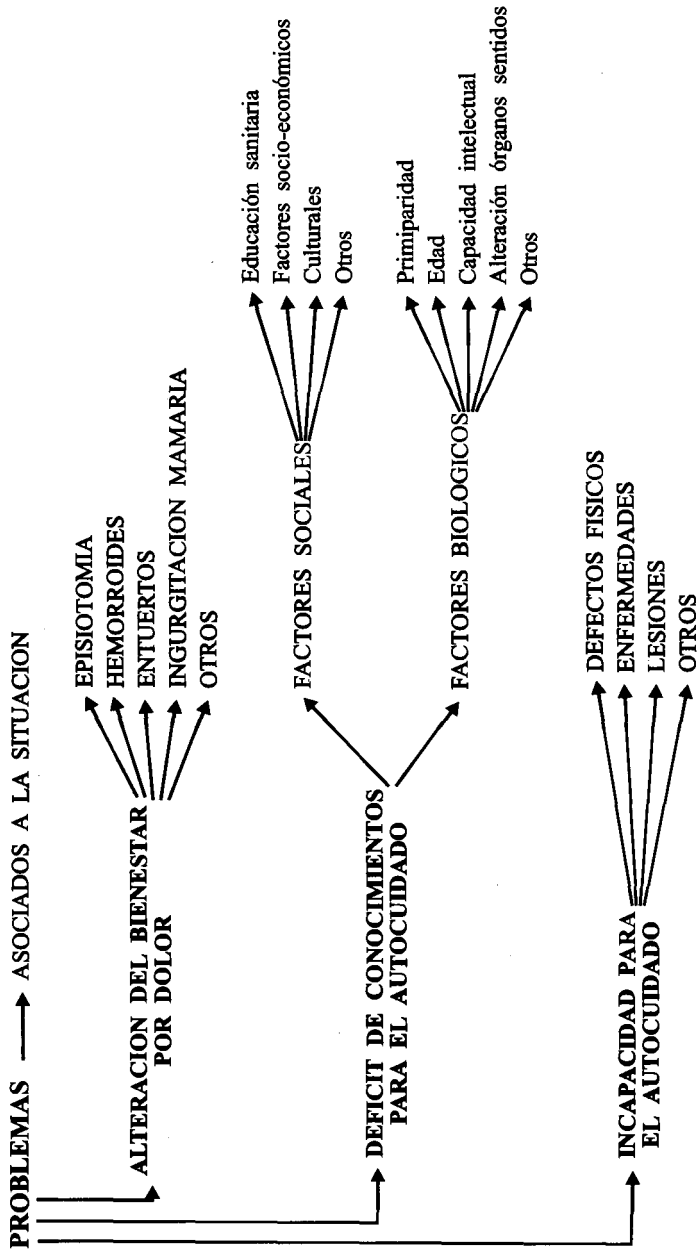
1. Enumerar las observaciones que deben hacerse para identificar problemas reales y/o potenciales en la mujer puérpera.
2. Describir las acciones de enfermería para resolver los problemas identificados en el puerperio.
3. Describir las normas generales de actuación para el cuidado general de las puérperas.
4. Explicar las acciones para promover una actitud positiva en la puérpera para el autocuidado de ella y el de su hijo.
5. Valorar la importancia de la incorporación y participación del padre en las diferentes etapas del puerperio.

* Tema que se describe: Cuidados de Enfermería a la mujer en el puerperio.

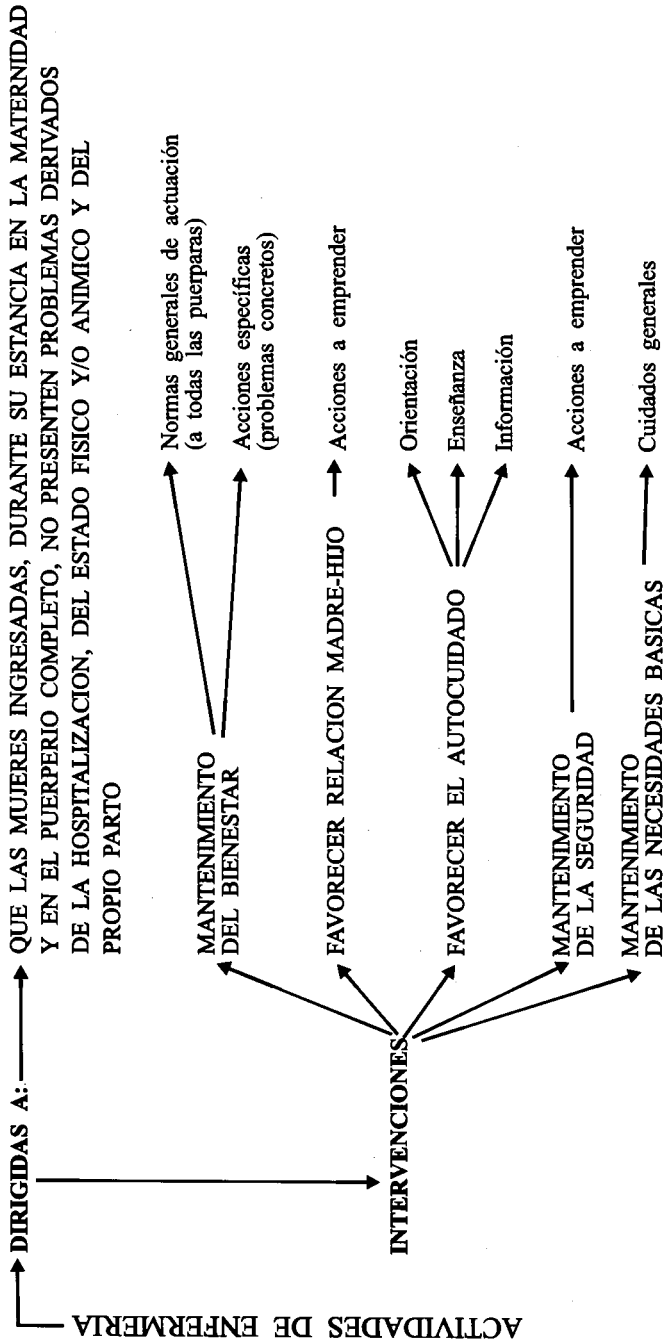
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PUERPERIO (I)



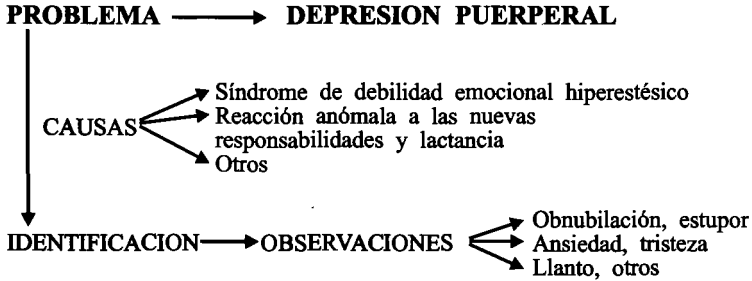
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PUERPERIO (II)



CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PUERPERIO (III)



CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PUERPERIO (IV)



PROBLEMA QUE DEBE SER TRATADO POR EL ESPECIALISTA

PROBLEMA → COMPORTAMIENTOS INHIBIDORES

	PADRES	NEONATO
VISUALES:	No intenta obtener la atención del R.N.	Tiene los ojos cerrados y duerme la mayor parte del tiempo
TACTILES:	Proporcionan poca estimulación, se separan de él al hacer contacto	Se resiste a ser abrazado llora y/o pone el cuerpo rígido
VOCALES:	No hablan, no vocalizan ni cantan al R.N.	Llora frecuentemente y por largo tiempo
ALIMENTACION:	Sujeta al R.N. en posición incómoda durante la alimentación. No lo hace erupitar	Rechaza el alimento. Succiona ineficazmente. Inquieto después de comer
PRESION:	No muestran interés en el reflejo de presión ni otros movimientos de acercamiento por parte del R.N.	No responde a la estimulación
CONSOLACION:	Encuentran difícil de consolar al R.N. cuando llora	No responde a las acciones de los padres (tacto...)

ACCIONES DE LA ENFERMERA



A VECES SE REQUIERE INTERVENCION DEL ESPECIALISTA

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PARTO Y PUERPERIO

EJERCICIO 1

De las afirmaciones que se hacen deberán determinar si son correctas o incorrectas razonando las respuestas.

A) Carmen López; embarazada de nueve meses es ingresada con discreta hemorragia y diagnosticada de «placenta previa». Se toman muestras de sangre, se inicia fluidoterapia intravenosa y administración de oxígeno por mascarilla. La paciente presenta ansiedad, inquietud y pregunta constantemente qué le está pasando.

1. La respuesta que la enfermera debe darle es que no se preocupe, que todo está bajo control y que se hará todo para que no haya problemas.

2. En el caso de Carmen López, usted incluiría en el plan de cuidado:

La observación constante de signos y síntomas de hemorragia.

3. Carmen va a ser sometida a un examen vaginal, por lo que la enfermera:

Debe estar preparada para una cesárea inmediata.

4. Carmen ha dado a luz un niño por cesárea. El niño pesa 2,800 kg. de peso:

La ingesta adecuada para este bebé es de 750 cc. de líquidos y 450 calorías/día.

5. En la unidad de cuidados al recién nacido la enfermera advierte que la piel del niño de Carmen se pone amarilla.

Lo primero que hace la enfermera es colocarle la luz ultravioleta.

B) En la trigésimo séptima semana de embarazo ingresa Luisa Sánchez en fase de parto latente. En la decimosegunda semana de embarazo fue sometida a un cerclaje uterino.

6. El cerclaje disminuye las contracciones uterinas.

7. A las tres horas del ingreso la Sra. Sánchez presenta rotura de membranas. El líquido amniótico es de color amarillo verdoso.

Lo más apropiado en este caso es inhibir el parto y controlar los signos vitales.

C) Enriqueta Castro ingresa por contracciones de parto cada quince minutos. El cuello del útero está moderadamente borrado y dilatado 4 cm.

8. Durante el período de dilatación la frecuencia del feto es de 152 latidos/min., lo que indica una bradicardia seria.

9. El parto de Enriqueta progresa normalmente. La enfermera la coloca en la mesa para partos con las dos piernas en los estribos al mismo tiempo:

Esta acción va dirigida a evitar el estasis venoso en las piernas.

10. Enriqueta ha decidido dar lactancia materna a su hijo. La enfermera al informarla al respecto:

Le aconseja que no se lave las mamas con jabón antes de dar la toma.

RESPUESTAS

1. *Incorrecta:* con esta respuesta podría estarse violando los derechos de la paciente. Todo enfermo tiene derecho a una explicación completa y exacta del tratamiento a que es sometido.
2. *Correcta:* el control de la hemorragia es importante a fin de evitar complicaciones maternas y fetales. En la madre existe problema potencial de shock hipovolémico, y en el feto problema de sufrimiento.
3. *Correcta:* un examen vaginal puede precipitar una hemorragia importante, que pondrá en peligro la vida de la madre y el feto; por consiguiente, la enfermera debe estar preparada para una intervención de cesárea a la paciente.
4. *Incorrecta:* un R.N. debe recibir aproximadamente 200 cc. de líquidos y 135 calorías por kg. de peso y día.
5. *Incorrecta:* lo primero que se debe hacer es determinar la edad del R.N. La ictericia que aparece antes de las cuarenta y ocho horas después del parto puede indicar una discrania sanguínea y necesita atención médica inmediata. La ictericia que aparece entre las cuarenta y ocho-setenta y dos horas después del nacimiento es producto de la rotura de los hematíes fetales y de la inmadurez hepática, siendo un proceso fisiológico normal.
6. *Incorrecta:* el cerclaje evita la dilatación del cérvix y la expulsión de un feto prematuro. El procedimiento no afecta las contracciones uterinas.
7. *Incorrecta:* la presencia de meconio en el líquido amniótico es indicativo de sufrimiento fetal. El feto debe ser expulsado lo antes posible. Por tanto, el paso más apropiado es la eliminación del anillo de cerclaje para la preparación al parto.
8. *Incorrecta:* una frecuencia de 100 a 120 latidos/minuto indica bradicardia moderada y una de 100 latidos/minuto bradicardia importante.
9. *Incorrecta:* al ascender el útero dentro de la cavidad abdominal se produce una elongación e hipertrofia de los ligamentos uterinos. Al levantar ambas piernas al mismo tiempo, se reduce la tensión localizada en los ligamentos.
10. *Correcta:* el jabón irrita, agrieta y seca las mamas y los pezones, por lo que la lactancia natural puede resultar molesta para la madre.

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PARTO Y PUERPERIO

EJERCICIO 2

1. Describa las características que definen un puerperio normal.
2. Describa los problemas más comunes en el puerperio.
3. Describa los cuidados de enfermería en el puerperio normal.
4. Describa brevemente la atención inmediata al recién nacido.
5. Describa el test de Apgar.

RESPUESTAS

1. **DESCRIBA LAS CARACTERISTICAS QUE DEFINEN EL PUERPERIO NORMAL**

Datos subjetivos: la mujer puede manifestar cansancio y cambios de humor.

Datos objetivos:

- Las mamas están llenas de leche.
- La parte superior del fondo uterino puede palparse como una masa firme redondeada y la altura del fondo disminuye cada día.
- La vejiga puede estar llena.
- Presencia de loquios de color rojo brillante, que pasan de forma progresiva a rosa y sin olor.
- La temperatura puede elevarse ligeramente después del parto, pero se normaliza antes de las veinticuatro horas.
- La frecuencia del pulso puede ser normal o lenta.
- La presión arterial es estable.
- No existen signos de tromboflebitis.
- Normalización gradual del recuento de leucocitos, hemoglobina, hematócrito y el recuento de hematíes.
- Sin signos de infección ni inflamación de la episiotomía.

2. **DESCRIBA LOS PROBLEMAS MAS COMUNES EN EL PUERPERIO**

Insomnio y trastornos emocionales: la mujer después del parto tiende a tener

algunos trastornos emocionales. Ha pasado por un esfuerzo físico agotador y ha experimentado miedo y ansiedad, y probablemente ha sufrido pérdida de sueño. Una gran parte del parto dependía de ella. En este momento cualquier cosa, por pequeña que sea, incluso irrazonable, puede afectarla.

Sepsis puerperal: grave afección de naturaleza septicémica, provocada por una infección producida en el momento del parto. El principal agente causal de la infección puerperal es el estreptococo. Esta complicación hoy es muy rara.

Pielonefritis: puede haber ocurrido durante la gestación o reaparecer durante el puerperio. Puede existir retención de orina residual.

Mastitis: inflamación aguda de las glándulas mamarias. Se presenta durante las primeras semanas de la lactancia o en el período del destete. Las manifestaciones son: aumento de volumen y consistencia de las mamas, dolor, presencia de pus mezclado con la leche, elevación de la temperatura corporal, malestar general y cefaleas.

Involución uterina inadecuada: puede ser debida a una distensión de la vejiga, sobrecarga intestinal o retención de membranas.

Trombosis venosa: si se da, puede ser de poca importancia o de carácter grave. La causa puede ser una infección o aparecer como resultado de un descenso de sangre en las venas por la inmovilidad.

Depresión puerperal: puede presentarse en mujeres que son muy lábiles emocionalmente o que tienen una historia familiar de trastornos mentales.

3. DESCRIBA LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PUERPERIO NORMAL

Actividades de asistencia:

- Proporcionar y estimular el reposo adecuado.
- Cubrir con mantas las primeras horas después del parto.
- Administrar líquidos templados.
- Proporcionar tranquilidad.
- Aplicar masajes al fondo uterino si se muestra relajado.
- Después de las seis-ocho horas del parto, estimular el ejercicio físico moderado.

Actividades de observación:

- Observar pérdidas de sangre.
- Observar transpiración anormal (profusa).
- Anotar diuresis y fundamentalmente primera micción después del parto.

- Controlar signos vitales cada seis-ocho durante horas las primeras veinticuatro horas.
- Observar episiotomía en busca de signos de inflamación o infección.
- Palpar útero cada treinta minutos durante las primeras doce horas. Después se pueden espaciar las palpaciones.

Actividades de educación:

- Informar a la mujer de los síntomas que deben comunicarse (hemorragia, dolor...).
- Enseñar los ejercicios postparto.
- Enseñar los autocuidados que debe seguir en el puerperio.
- Enseñar cómo debe cuidar al niño (alimentación, vestido, baño, etcétera).

4. DESCRIBA BREVEMENTE LA ATENCION INMEDIATA AL RECIEN NACIDO

- Ligar y curar el cordón umbilical.
- Desobstruir las vías aéreas de moco y eventual líquido aspirado.
- Lavado de los ojos e instilación de colirio antiséptico.
- Examen físico para investigar si existen anomalías.
- Baño con agua caliente, sin eliminar totalmente el «vérmix caseoso» que reviste la piel y tiene una función protectora. Secado cuidadoso especialmente en los pliegues cutáneos.
- Pesar, tallar y medir perímetros.
- Una vez vestido, colocar al niño en la cuna de lado o en decúbito prono para prevenir aspiración.
- La cuna y la habitación deberá tener una temperatura cálida.

5. DESCRIBA EL TEST DE APGAR

Es una prueba breve para determinar el estado general del recién nacido basada en las normas de Apgar. Los parámetros de esta prueba se basan en la valoración numérica de los siguientes signos:

TEST DE APGAR			
SIGNO	PUNTUACION		
	0	1	2
Fr. cardíaca	Ausente	< 100 Lpm	> 100 Lpm
Respiración	Ausente	Lenta (irregular)	Llanto energético
Tono muscular	Hipotonía	Cierta flexión activo extremidades	Movimiento
Reflejos	Sin respuesta	Cierto movimiento (muecas)	Tos, estornudos
Color	Azul	Tronco rosado y extr. cianóticas	Totalmente rosado

- La puntuación de 7 a 10 en este test indica que el R.N. no precisa cuidados especiales.
- La puntuación de 4 a 6 en este test indica que el R.N. se encuentra moderadamente deprimido.
- La puntuación de 0 a 3 en este test indica que el R.N. se encuentra severamente deprimido.

ENFERMERIA PEDIATRICA

UNIDAD I

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL NIÑO SANO*

OBJETIVO GENERAL

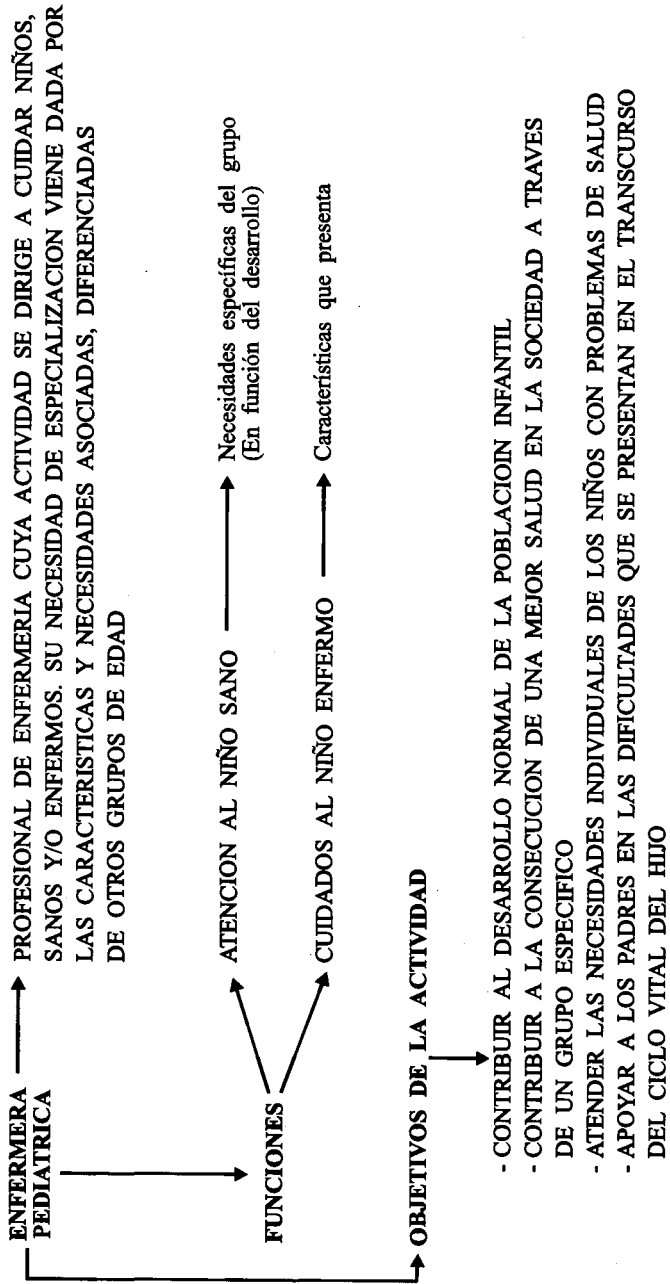
Al finalizar el estudio de la unidad, las alumnas habrán adquirido los conocimientos teóricos necesarios que las capacitan para identificar las necesidades del niño sano y para proporcionar la atención de enfermería para que el niño alcance un desarrollo normal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

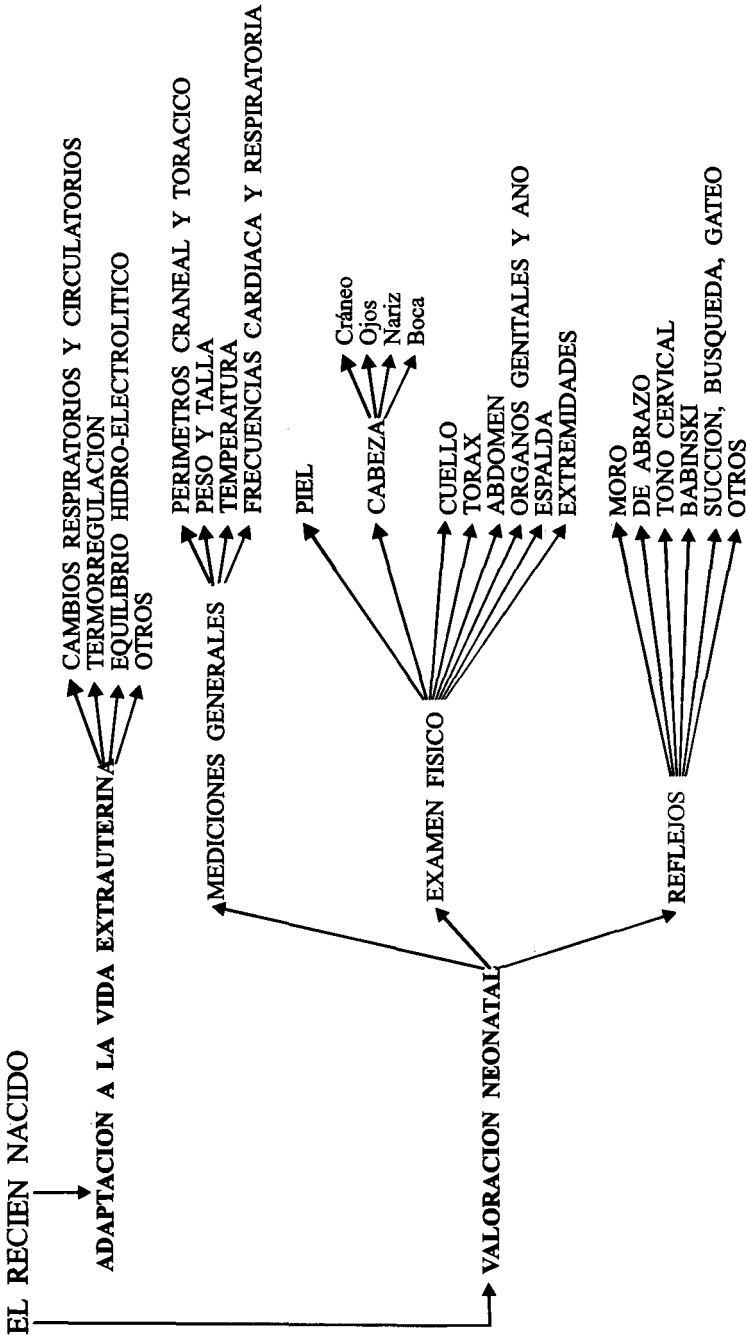
1. Describir las características generales y especiales del recién nacido.
2. Identificar las necesidades del niño sano desde su nacimiento hasta la adolescencia.
3. Detectar los problemas más frecuentes que impiden el desarrollo normal del niño.
4. Explicar las condiciones socioculturales que influyen en el desarrollo del niño.
5. Identificar la función de la enfermera en la atención al niño sano.

* Se describe la unidad completa.

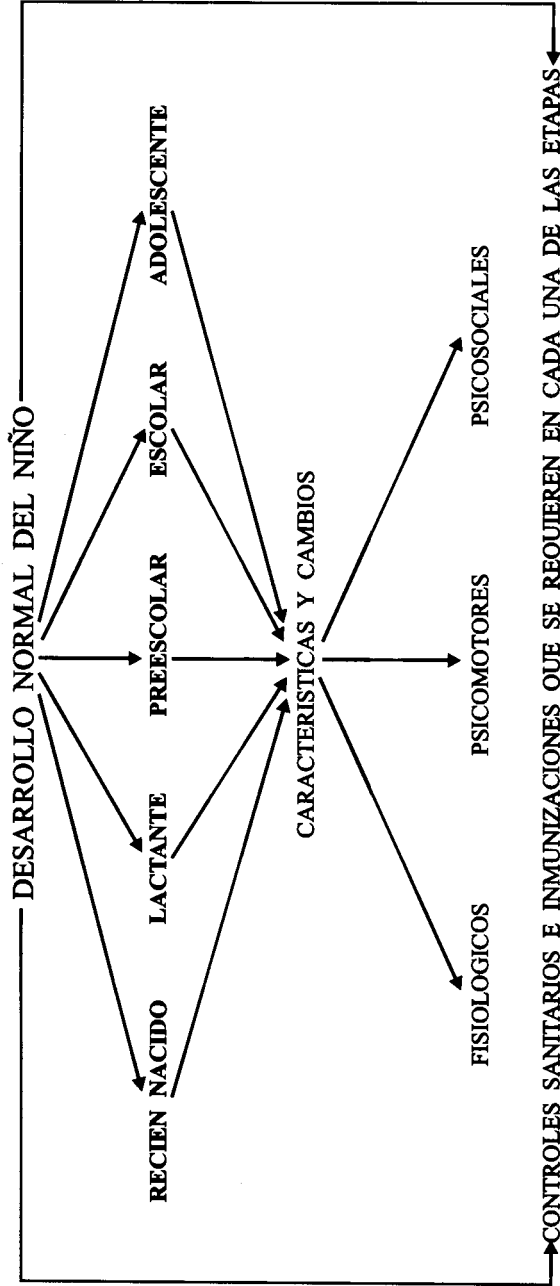
ATENCION DE ENFERMERIA AL NIÑO SANO (I)



ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL NIÑO SANO (II)

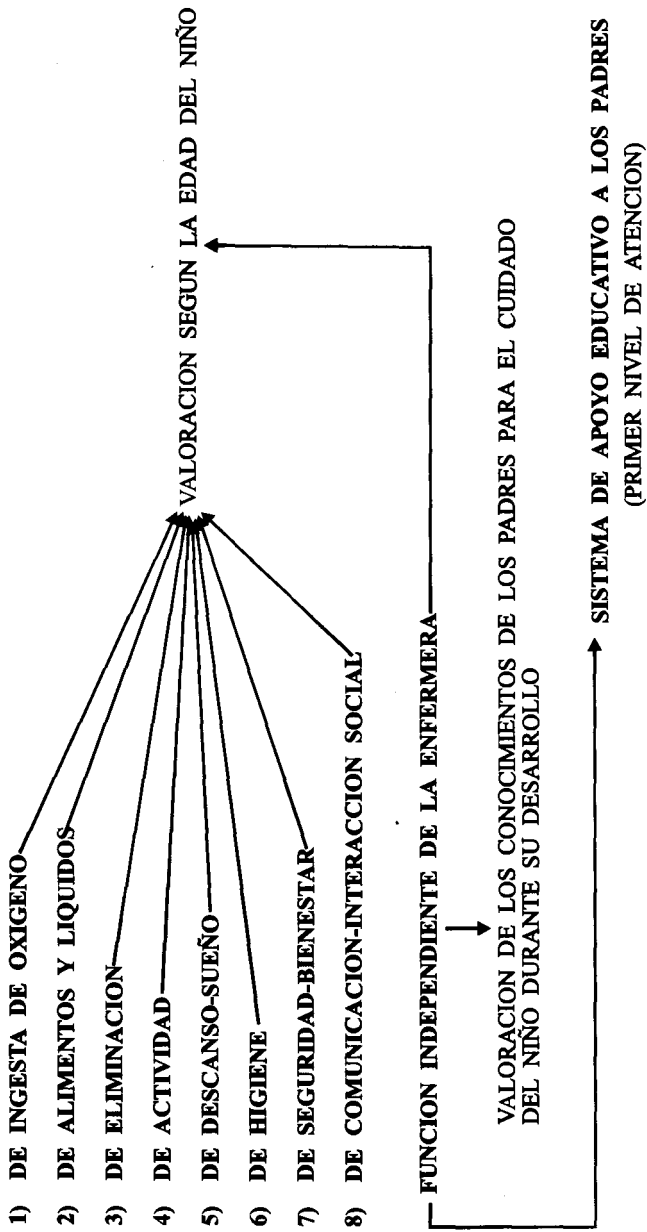


ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL NIÑO SANO (III)



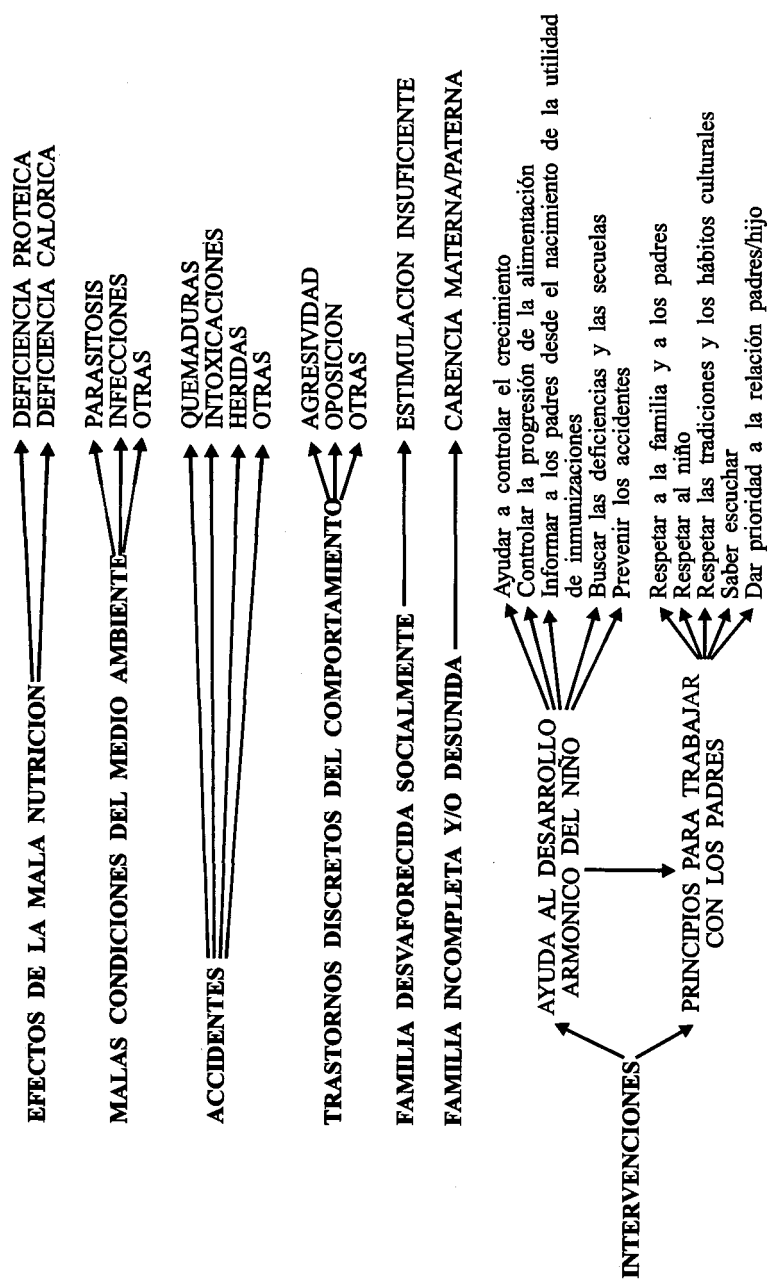
ATENCION DE ENFERMERIA AL NIÑO SANO (IV)

LAS NECESIDADES DEL NIÑO SANO



ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL NIÑO SANO (V)

OBSTACULOS EN EL DESARROLLO DEL NIÑO



PRUEBA DE EVALUACION SOBRE ATENCION DE ENFERMERIA AL NIÑO SANO

EJERCICIO 1

1. Describa el crecimiento del niño.
2. Describa esquemáticamente el desarrollo psicomotor del niño.
3. Describa las normas generales en la alimentación del niño a partir del año de vida.
4. Describa brevemente los trastornos discretos del comportamiento del niño.
5. Describa el papel del adulto en el aporte de los juegos sensoriomotrices, desde el nacimiento hasta los dos años.

RESPUESTAS

1. DESCRIBA EL CRECIMIENTO DEL NIÑO

El crecimiento de un niño no es un proceso uniformemente continuado, sino más bien irregular, con períodos de aceleración y períodos de relativo estacionamiento, sin relación con su salud. En líneas generales puede decirse que existen tres grandes períodos de crecimiento acelerado: el primero es continuación del rápido crecimiento del feto y dura hasta el final del primer año, el segundo tiene lugar alrededor de los siete años (estirón de la segunda infancia) y el tercero corresponde al desarrollo de la pubertad.

Aumento de peso: en los cuatro primeros días de vida se produce la *pérdida fisiológica* de peso, alrededor de 250 g., a causa de la desproporción entre la escasa cantidad de alimento ingerido y la eliminación normal del contenido intestinal, excreción renal, pérdida a través de la piel y de los pulmones. Hacia el décimo día se recupera el peso inicial y a partir de ahí comienza la ganancia de peso continua, aunque no uniforme.

Durante el primer trimestre se suele producir un aumento semanal de 200 g. aproximadamente, y a partir del cuarto mes este aumento va siendo progresivamente menor. En condiciones normales, hacia el quinto mes se dobla el peso del nacimiento, se triplica al año y se cuadruplica a los dos años. En niños muy pequeños al nacer este aumento es mayor, en tanto que los niños grandes aumentan relativamente menos. Pueden estacionar temporalmente el peso: la erupción de los dientes, un cambio de alimentación o las vacunaciones.

En los años en que la talla aumenta a mayor velocidad la ganancia de peso es menor, y al revés. El mínimo de aumento de peso recae en los niños de cinco a seis años, en que sólo ganan 1,5 kg. al año. En la pubertad, al igual que en la época de la lactancia, se produce un rápido aumento de peso y talla conjuntamente.

Existen tablas indicadores del promedio normal de peso a cada edad, pero debe

tenerse siempre muy presente que estas cifras admiten amplias variaciones y una desviación «fisiológica» en un niño determinado no tiene porqué indicar alteración de la salud. En este sentido, el mejor índice de una evolución normal lo constituye más que el peso el aspecto sano del niño que se muestra feliz, vigoroso y satisfecho.

Aumento de talla: el crecimiento en longitud es muy considerable durante los primeros meses, después del primer año es bastante más lento. El crecimiento depende tanto de factores endógenos como exógenos. Entre los primeros figuran fundamentalmente las hormonas producidas por las glándulas de secreción interna: así, en los primeros meses el papel del timo parece ser el más importante; hacia el final del primer año es el tiroideo el que asume la función primordial en este sentido; a partir del tercer o cuarto año la hipófisis rige todo el crecimiento hasta la época postpuberal. Entre los factores exógenos, la alimentación es el más importante. La vida sana al aire libre, la luz solar, las vitaminas, estimulan el crecimiento, en tanto que las enfermedades agudas o crónicas que inhiben el aumento de peso apenas trastornan el crecimiento en altura.

No todas las partes del cuerpo crecen con el mismo ritmo, puesto que las proporciones de los distintos segmentos del niño con relación al adulto no son todos iguales. Los segmentos proporcionalmente más desarrollados del recién nacido experimentan aumentos menores que aquellos otros que al principio están menos desarrollados. Así, mientras la cabeza aumenta al doble, el tronco triplica su longitud, las extremidades superiores la cuadruplican y las inferiores la quintuplican. Todos los segmentos aumentan, pero cada uno a su ritmo, ya que las proporciones que se deben alcanzar en el adulto difieren mucho de las del recién nacido. En éste la cabeza representa la cuarta parte de la longitud total del cuerpo, mientras que en el adulto es sólo la octava parte. Al nacer el punto medio del cuerpo se encuentra por encima del ombligo, en tanto que el adulto lo tiene a la altura de los trocánteres. Las extremidades, sobre todo las inferiores, son proporcionalmente mucho menores que en el adulto.

2. DESCRIBA ESQUEMATICAMENTE EL DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO

Al mes:

- El niño sigue con la mirada una luz brillante.
- Entre las cuatro a seis semanas comienza a sonreír.
- Duerme mucho y cuando está despierto hace continuos movimientos incoordinados, con los brazos y las piernas, sin finalidad concreta.

A los dos meses:

- En decúbito prono, levanta la cabeza y la gira para contemplar algún objeto en movimiento.
- Aparece la primera articulación de palabras tartamudeadas.

A los tres meses:

- La cabeza hace movimientos voluntarios.
- Fija la mirada en los objetos y dirige la atención hacia el sonido.
- Reconoce a su madre.
- Comienza a contemplar sus manos.
- Cuando se le habla «contesta» con monosílabos.

A los cuatro-cinco meses:

- Si se le sostiene sentado es capaz de mantener la cabeza erguida y moverla libre.
- Reconoce la voz de sus padres.
- Contempla sus manos y pies.
- Puede coger espontáneamente los objetos que se le ofrecen.
- Ríe.

A los seis meses:

- Se sostiene sentado sin apoyo guardando bien el equilibrio.
- Comienza a jugar con los objetos que le dan, los cambia de mano llevándoselos a la boca.
- El balbuceo se hace más variado y expresivo.
- Aprende a reconocer lo que le rodea, aunque su memoria es aún muy escasa, pues basta una separación de pocos días para que lo olvide todo, incluso a su madre.
- Hace intentos para ponerse de pie.

A los nueve meses:

- Se mantiene en pie sin apoyo y estando echado puede sentarse solo. Puede gatear.
- Comienza a repetir las palabras que oye con frecuencia, aunque no comprende su significado; son simple imitación.
- Es capaz de coger un objeto entre el índice y el pulgar y llevárselo a la boca o soltarlos deliberadamente; puede comer solo una galleta.
- Se interesa por su mundo circundante y se asusta ante personas extrañas.

Al año:

- Entre los doce y catorce meses inicia la deambulaci3n.

- Al poder andar conoce su ambiente mucho mejor, iniciando el proceso de adaptación a la sociedad.
- El aprendizaje consciente del habla hace que ya pueda decir unas cuantas palabras conociendo su significado.
- Sabe beber en vaso, destapar una botella y desenvolver el papel de un caramelo.
- Manifiesta sensaciones anímicas simples, como miedo, alergia, ira, desilusión, etcétera.
- Puede aprender algunas «habilidades», como decir adiós con la mano, acariciar, etcétera.

A los dieciocho meses:

- Anda con soltura y trepa a una silla. Puede tirar una pelota y realizar juegos sencillos.
- Sostiene un vaso con seguridad y come solo con cuchara.
- El vocabulario se enriquece (unas 15 palabras) y liga palabras con algún sentido.
- Obedece órdenes simples.

A los dos años:

- Puede correr, sostiene un vaso con una sola mano y puede girar las hojas de un libro una a una.
- Forma frases de tres y cuatro palabras. Su vocabulario asciende a 200 ó 300 palabras.
- Desea compañía y amigos para jugar, pues empieza a desarrollar sus aptitudes sociales.
- Domina su esfínteres, de tal manera que sólo durante la noche se le puede escapar la orina; durante el día pide sus necesidades, siempre que se le haya enseñado a hacerlo.
- Al mismo tiempo aprende a comer solo con limpieza.

A los tres años:

- Puede ir en triciclo, jugar solo y garabatear con un lápiz.
- Conoce los colores, los primeros números y su apellido.
- Reconoce y nombra los objetos existentes en un cuadro o dibujo.
- Ayuda a vestirse y desnudarse.

A los cuatro años:

- Dibuja objetos simples que le son familiares y en sus juegos manifiesta imaginación y fantasía.
- Pregunta el cómo y porqué de las cosas.

A los cinco años:

- Dibuja objetos relacionándolos en una composición; también dibuja un cuadro según una muestra.
- Conoce las letras y puede contar hasta diez.

A los seis años:

- Puede leer palabras cortas, condicionando su aprendizaje al interés que la escuela despierta en él.
- Es capaz de cumplir tres encargos relacionados entre sí.

A los siete años:

- Puede razonar, formar juicios y sacar provecho de su experiencia.
- Diferencia izquierda y derecha.
- Indica lo que falta en un dibujo (boca, nariz).

A los nueve años:

- Desarrolla preferencias, es sagaz en los juegos y puede razonar por sí mismo.
- Sabe contar hasta 100, conoce los días y los meses y sabe su dirección.
- Puede cambiar pequeñas cantidades de dinero.

A los doce años:

- Reacciona bien adaptándose solo, de forma inteligente ante situaciones nuevas que se le plantean.
- Comprende conceptos abstractos, como justicia, bondad, etc.; critica las cosas absurdas y muestra un considerable grado de comprensión.

3. DESCRIBA LAS NORMAS GENERALES EN LA ALIMENTACION DEL NIÑO A PARTIR DEL AÑO DE VIDA

Los alimentos presentados en la mesa de un niño no sólo deben cumplir los fríos requerimientos de un equilibrado contenido en principios inmediatos, vitaminas,

etc. Es necesario que estén bien condimentados, adecuadamente presentados y servidos a la temperatura precisa. Deben también variarse, con un cierto ritmo para los distintos días de la semana, y no caer en la monotonía de los mismos alimentos cada día. Esto tiene suma importancia para los niños mayorcitos.

Para conseguir un buen equilibrio se darán proteínas en forma de carnes de animales terrestres y en forma de pescados. Las grasas estarán representadas por las de origen animal (mantequilla, manteca) y las que contienen ciertos vegetales ricos en los ácidos grasos no saturados, linoleico y araquidónico (aceite, frutos secos). Se administrará medio litro de leche diario, o en su lugar derivados lácteos (queso, requesón, nata, etc.), por el calcio que aportan y el alto grado nutritivo de sus proteínas.

Las frutas y verduras se darán, en parte, crudas para evitar la destrucción de sus vitaminas. El contenido de estos alimentos en celulosa estimula el peristaltismo intestinal, asegurando evacuaciones intestinales fisiológicas.

En principio, debe respetarse el apetito de cada niño, sin imponerle cantidades injustificadas.

4. DESCRIBA BREVEMENTE LOS TRASTORNOS DISCRETOS DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO

En el niño pequeño los *fenómenos de ansiedad* son frecuentes, pero habitualmente son benignos. Entre los seis y ocho meses la visión de un rostro desconocido puede provocar una reacción de angustia que cesa inmediatamente en cuanto la madre reaparece en su campo de visión. Más tarde va a aparecer el temor por la oscuridad, el temor de estar solo, el temor de ser abandonado.

El niño que se siente seguro manifiesta muy poca ansiedad. Por otro lado, el niño que vive en un medio inestable, desunido o que se siente poco amado, amenazado, manifiesta mucha más frecuentemente ansiedad, lo mismo que el pequeño que cambia con frecuencia de un medio de vida a otro.

La persistencia de *angustia* más allá de los tres años de edad debe incitarnos a buscar una causa de inseguridad excesiva en la vida del niño.

Las *manifestaciones de agresividad y de oposición* son igualmente banales y puede decirse que entre los dos y cuatro años de edad el niño pasa por un período caracterizado por crisis de cólera violentas y actitudes agresivas. Las crisis de cólera no son anormales, pero ponen a prueba la paciencia y los principios educativos de los padres. La agresividad permite al niño autofirmarse, pero es necesario que ella sea correspondida con una cierta firmeza para habituarlo a afrontar más tarde la agresividad de los otros y a controlar sus reacciones.

Algunos niños carecen de apetito; las causas pueden ser variadas, yendo desde un simple catarro a otras más complejas, como un cambio alimentario, una cierta monotonía o el hecho de que las comidas den lugar a disputas entre los padres o reprimendas. Otros niños se niegan simplemente a comer y en estos casos es necesario no inquietarse para no agravar la anorexia. Los padres deben hacerse los indiferentes y no dejarse llevar por la cólera ni el pánico. Si el niño tiene buena

salud y continúa siendo alegre y juguetón, es necesario tener paciencia y el conflicto finalizará, en la mayoría de los casos, por desaparecer solo.

5. DESCRIBA EL PAPEL DEL ADULTO EN EL APORTE DE LOS JUEGOS SENSORIOMOTRICES DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS DOS AÑOS

El adulto debe satisfacer la curiosidad natural del niño entregándole los objetos apropiados para estimular sus sentidos y desarrollar sus aptitudes. «El niño conoce el mundo por intermedio de los adultos». Las capacidades y los conocimientos del niño se van enriqueciendo a partir de las novedades que le aporta el medio ambiente. Es necesario, por tanto, cambiar constantemente los objetos que están a su alcance; si no dispone de estímulos ni de experiencias, el deseo de descubrir disminuirá y no podrá progresar. No se puede dejar a los niños vivir de una manera natural; es necesario que ellos sean solicitados constantemente por el medio ambiente para que de este modo puedan experimentar y progresar. El adulto debe igualmente velar por la seguridad del niño, que ignora los peligros del mundo que le rodea (peligro de quemaduras, de ahogo por inmersión, de intoxicaciones, de heridas, de picaduras o mordeduras de animales); durante el primer año de vida hay que preocuparse de la protección total del niño, poniendo a su alcance solamente los objetos que no le hagan correr ningún riesgo. Cuando el niño comienza a desplazarse y a explorar el medio ambiente, es necesario dejarlo efectuar un cierto número de experiencias que le llevarán a descubrir que, por ejemplo, el fuego quema, que el cuchillo tiene una parte cortante, etc. De este modo aprenderá a conocer el riesgo, sea para evitarlo o bien para enfrentarlo. Tanto la sobreprotección como la negligencia deben ser evitadas.

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE ATENCION DE ENFERMERIA AL NIÑO SANO

EJERCICIO 2

De las afirmaciones que se hacen a continuación indique si son verdaderas o falsas. Razone las respuestas.

1. Al examinar a una niña de ocho meses sería normal encontrar abierta la fontanela anterior, pero cerrada la posterior.
2. Al valorar la memoria inmediata de un niño sano de seis años de edad, la enfermera observa que sólo puede repetir dos números, lo que indica retraso mental.
3. Al valorar a un recién nacido la enfermera nota que está temblando, lo considera normal por el momento, pero lo volverá a examinar pasados cuatro o cinco días.
4. Un bebé que al nacer pesa 3,300 kg. pesará al año 8,300 kg.
5. A los niños debe administrársele la vacuna antisarampión a los tres meses de vida.
6. La inmunidad congénita es de tipo «adquirida transitoria».

RESPUESTAS

1. *Verdadera:* la fontanela anterior se cierra a los doce-dieciocho meses; la posterior entre el primer y segundo mes de vida.
2. *Falsa:* un niño de seis años es capaz de repetir cinco números, pero este hallazgo aislado no puede indicar por sí solo retraso mental.
3. *Verdadera:* los temblores son normales en el recién nacido, especialmente si son de frecuencia alta y poca amplitud. Pueden persistir durante unos días, siendo más habituales durante la crisis de llanto intenso.
4. *Falsa:* el niño deberá pesar al año 9,900 kg., ya que el peso se triplica aproximadamente al año de vida.
5. *Falsa:* la inmunización contra el sarampión debe aplicarse a los quince meses en lugar de a los tres meses.
6. *Verdadera:* generalmente, el lactante no produce su propia gammaglobulina hasta el segundo mes de vida, pero dispone de inmunidad pasiva recibida a través de la circulación materna durante la vida fetal.

UNIDAD II

CUIDADOS DE ENFERMERIA AL NIÑO ENFERMO*

OBJETIVO GENERAL

Al finalizar el estudio de la unidad, las estudiantes habrán adquirido los conocimientos teóricos necesarios para poder atender al niño enfermo en sus necesidades básicas alteradas, identificando los problemas que pueda presentar y aplicando los cuidados en situaciones concretas de enfermedad.

* Temas que se describen:

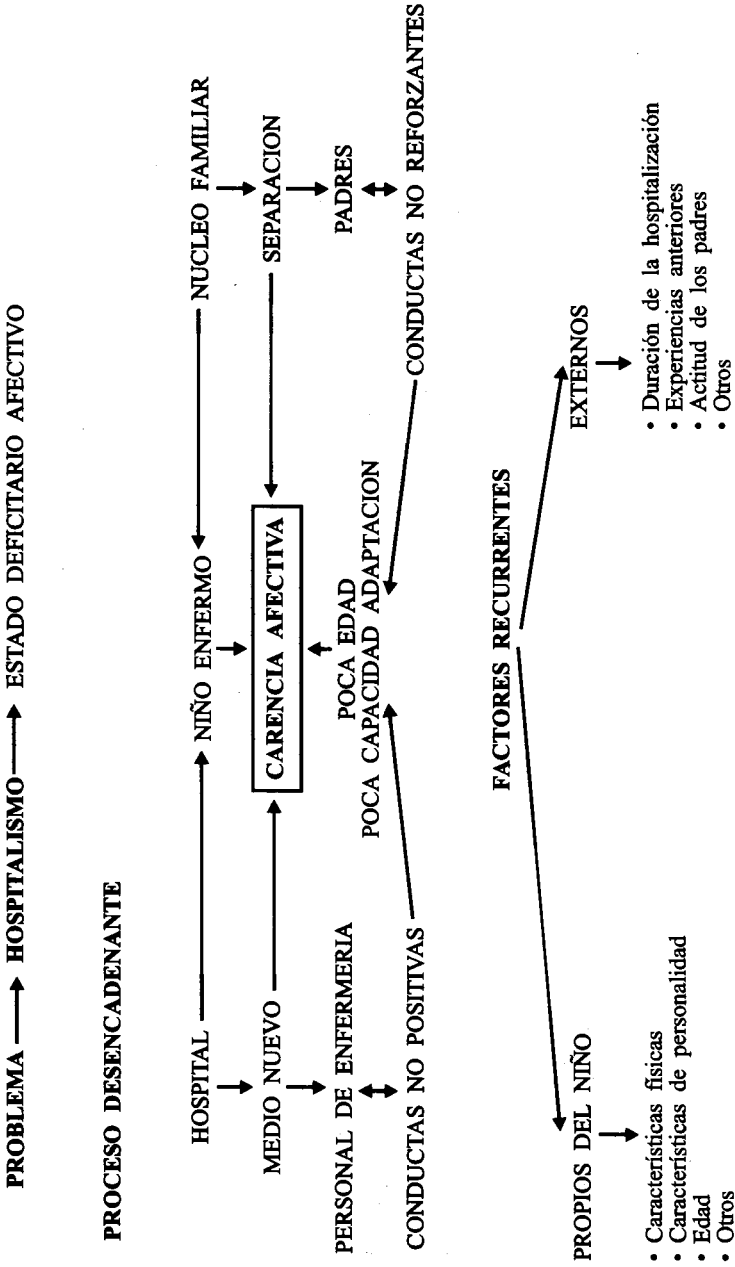
- El problema del hospitalismo en el niño enfermo.
- El niño de bajo peso y prematuro.
- Problemas del aporte de líquidos.
- Alta del niño hospitalizado.

TEMA: EL PROBLEMA DEL HOSPITALISMO EN EL NIÑO ENFERMO

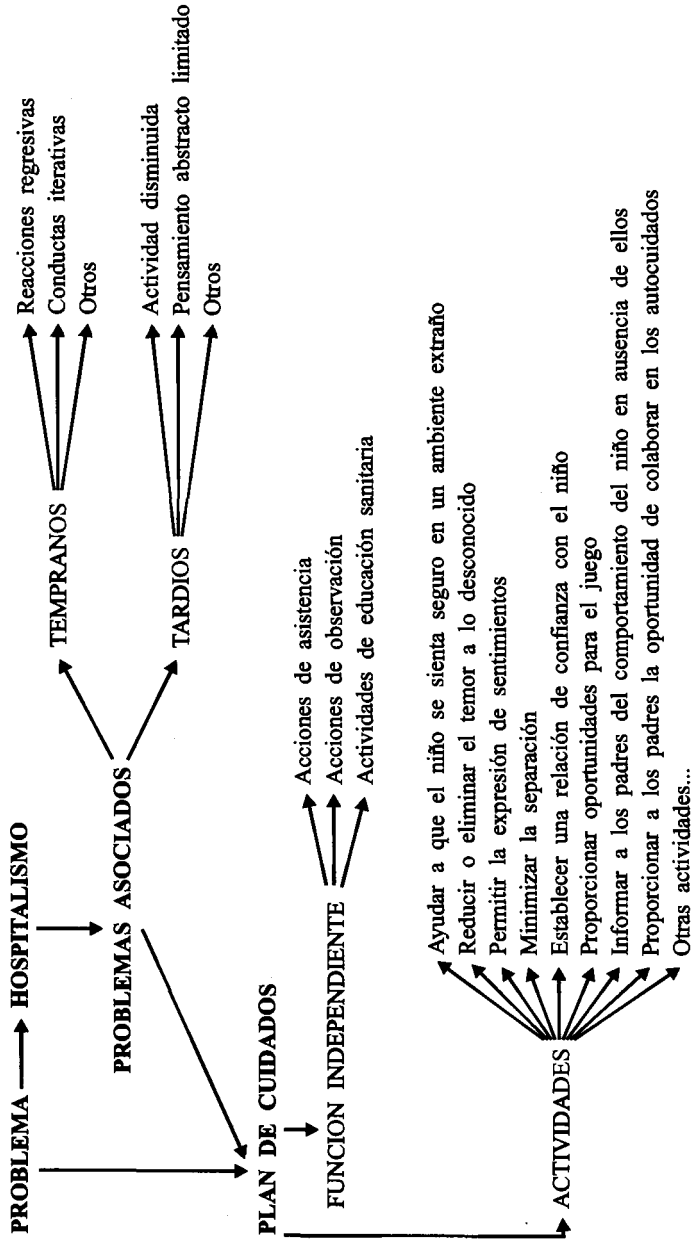
OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Definir el concepto de hospitalismo.
2. Describir las consecuencias del hospitalismo en el niño.
3. Valorar los problemas derivados del hospitalismo.
4. Describir las acciones propias de la enfermera para resolver o paliar los problemas derivados del hospitalismo.
5. Aceptar el compromiso profesional de ayudar a los padres y al niño en el problema del hospitalismo.

EL PROBLEMA DEL HOSPITALISMO EN EL NIÑO ENFERMO (I)



EL PROBLEMA DEL HOSPITALISMO EN EL NIÑO ENFERMO (II)

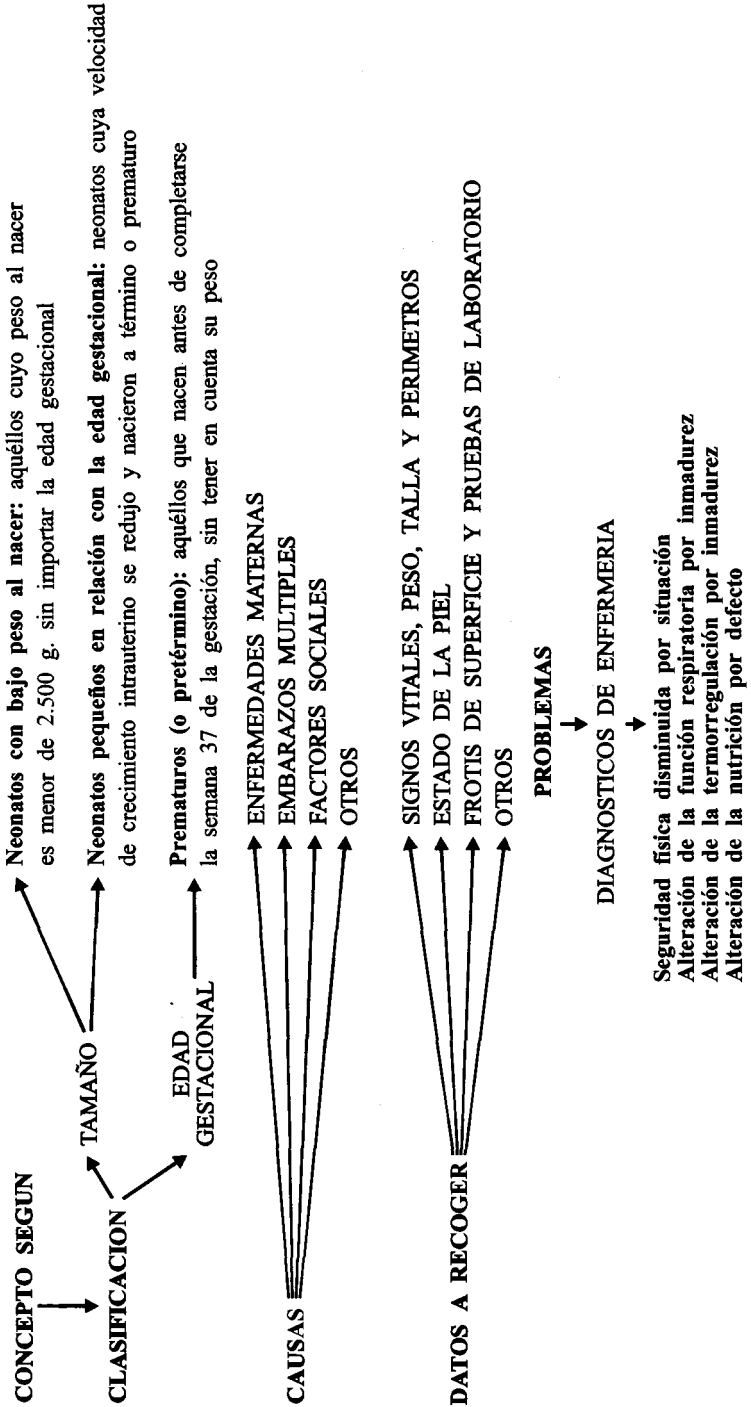


TEMA: CUIDADOS DE ENFERMERIA AL NIÑO DE BAJO PESO Y PREMATURO

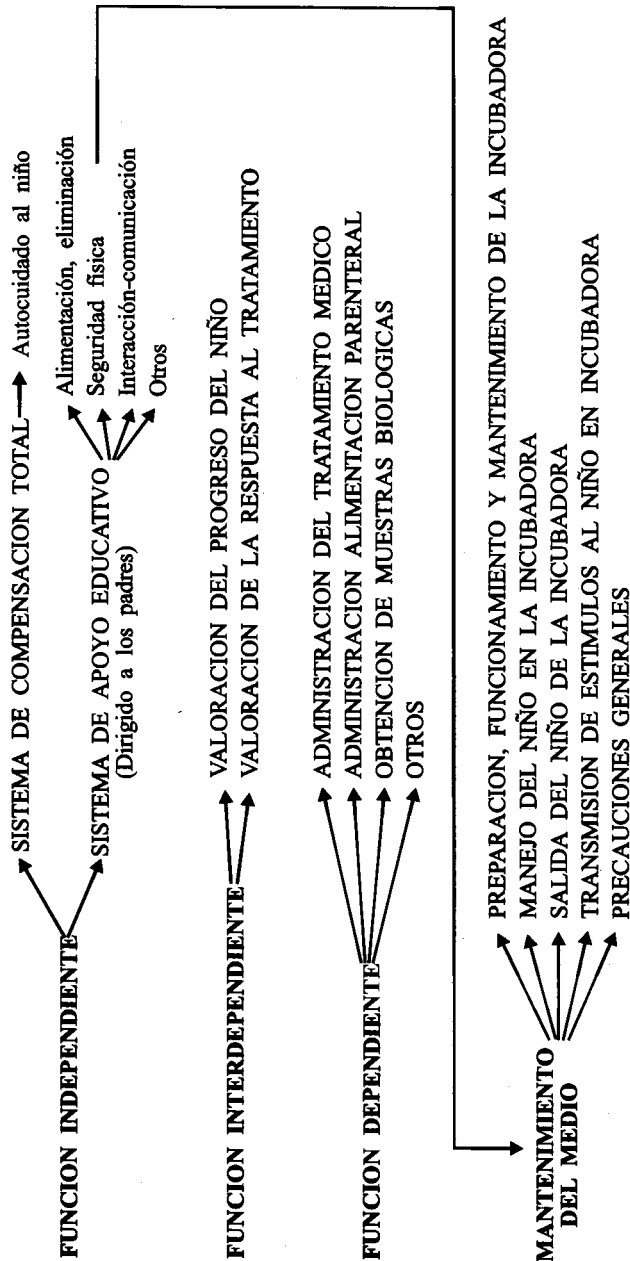
OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir las causas que pueden producir nacimientos de niños de bajo peso y prematuros.
2. Explicar las características fisiológicas de estos recién nacidos.
3. Describir las observaciones constantes que requieren estos niños.
4. Describir las acciones específicas de la enfermera para prevenir y/o resolver los problemas derivados de la situación de prematuridad.
5. Describir el funcionamiento de la incubadora.
6. Explicar la atención de enfermería que requiere un niño que permanece en una incubadora.

CUIDADOS DE ENFERMERIA AL NIÑO DE BAJO PESO Y PREMATURO (I)

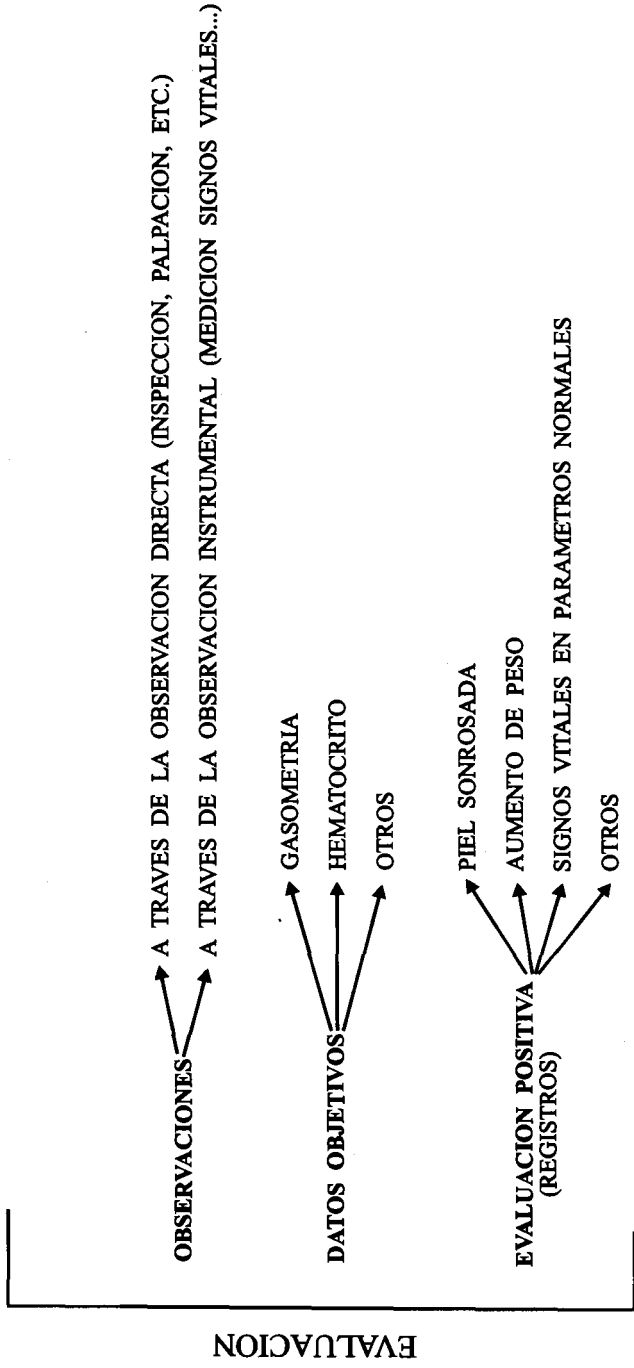


CUIDADOS DE ENFERMERIA AL NIÑO DE BAJO PESO Y PREMATURO (II)



PLAN DE CUIDADOS

CUIDADOS AL NIÑO DE BAJO PESO Y PREMATURO (III)

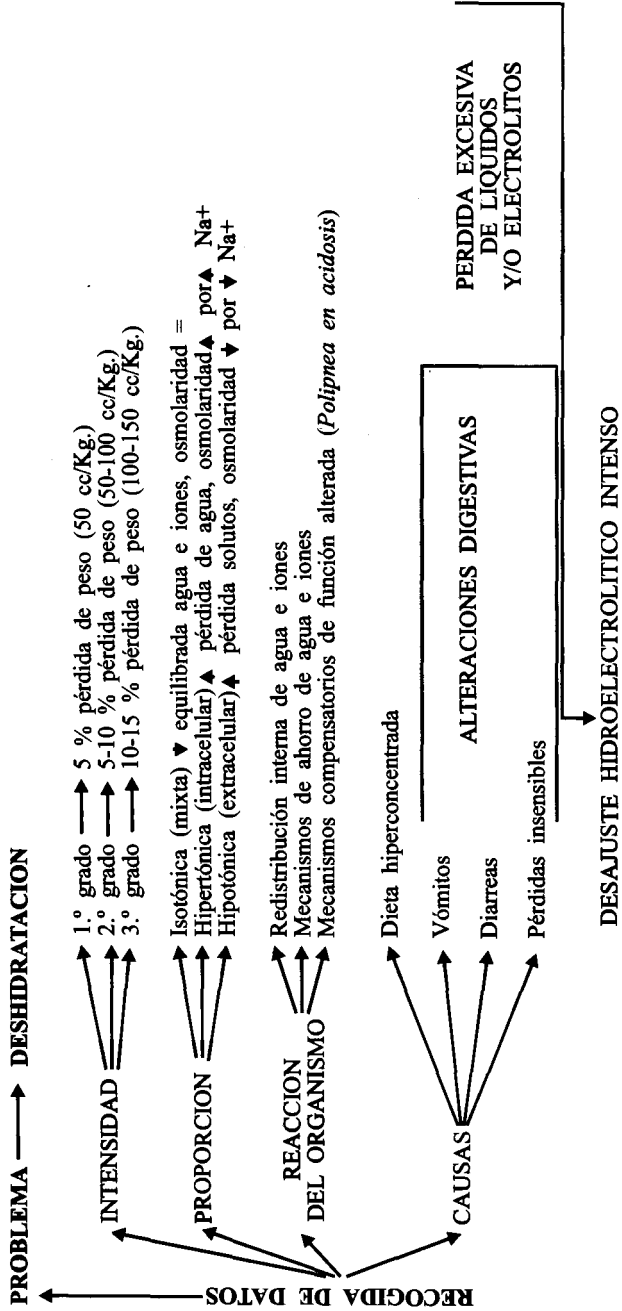


**TEMA: CUIDADOS AL NIÑO CON PROBLEMA DE DEFICIT
DEL VOLUMEN DE LIQUIDOS**

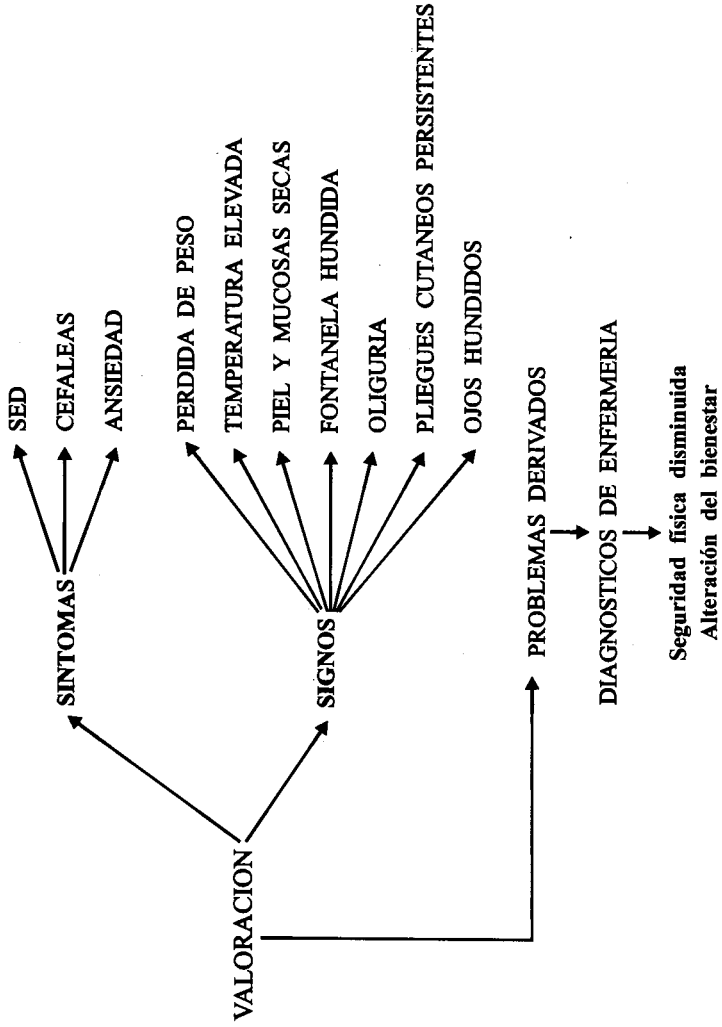
OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir el problema de deshidratación en los niños.
2. Explicar las causas que producen deshidratación.
3. Describir los datos que deben recogerse para la valoración del problema.
4. Identificar los problemas derivados del problema central.
5. Describir las acciones de enfermería específicas en los niños con problema de deshidratación.
6. Describir los datos que denotan una adecuada hidratación en el niño.

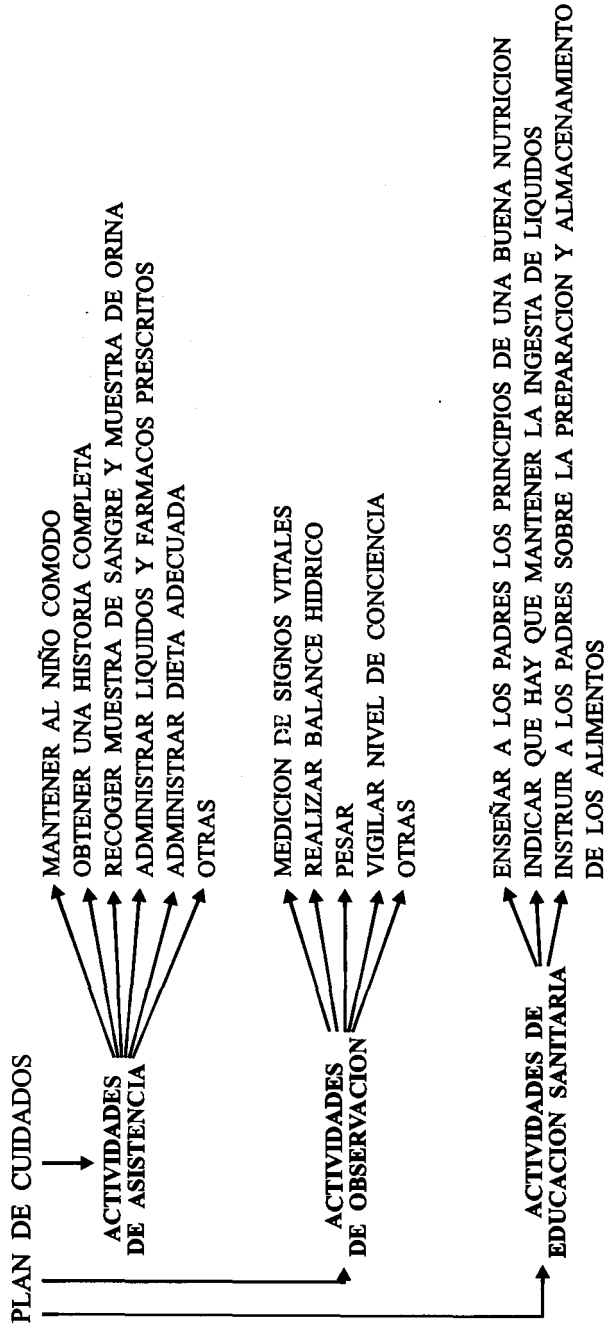
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL NIÑO CON DEFICIT DEL VOLUMEN DE LIQUIDOS (I)



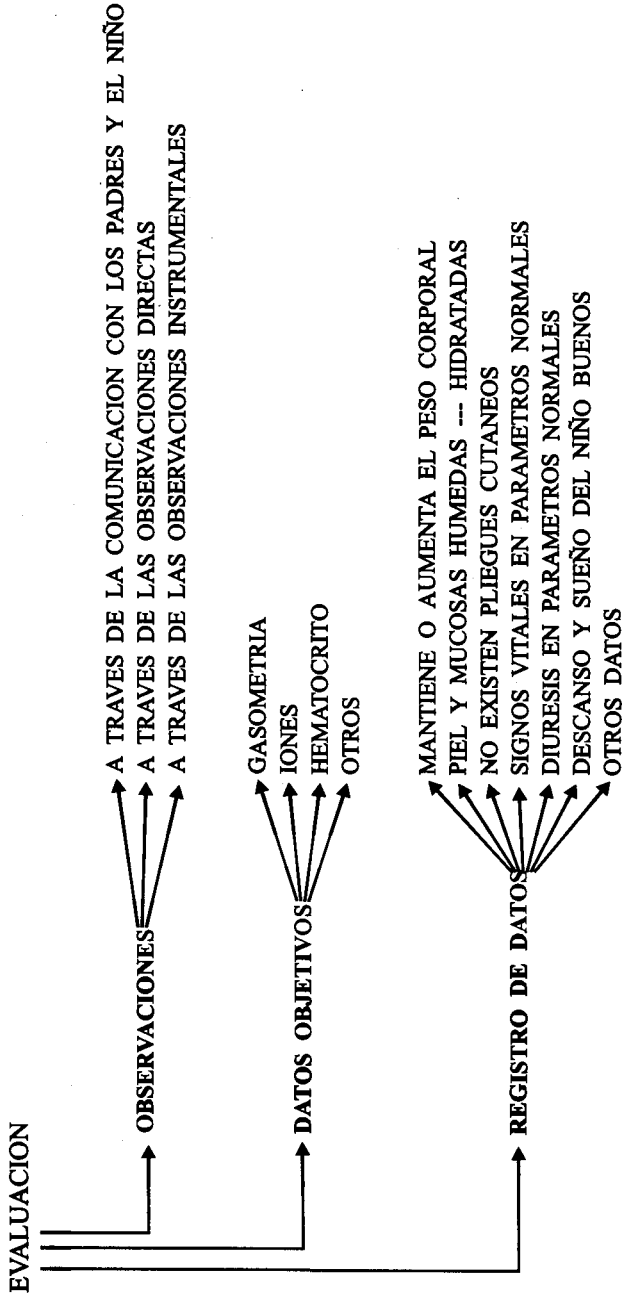
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL NIÑO CON DEFICIT DEL VOLUMEN DE LIQUIDOS (II)



CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL NIÑO CON DEFICIT DEL VOLUMEN DE LIQUIDOS (III)



CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL NIÑO CON DEFICIT DEL VOLUMEN DE LIQUIDOS (IV)

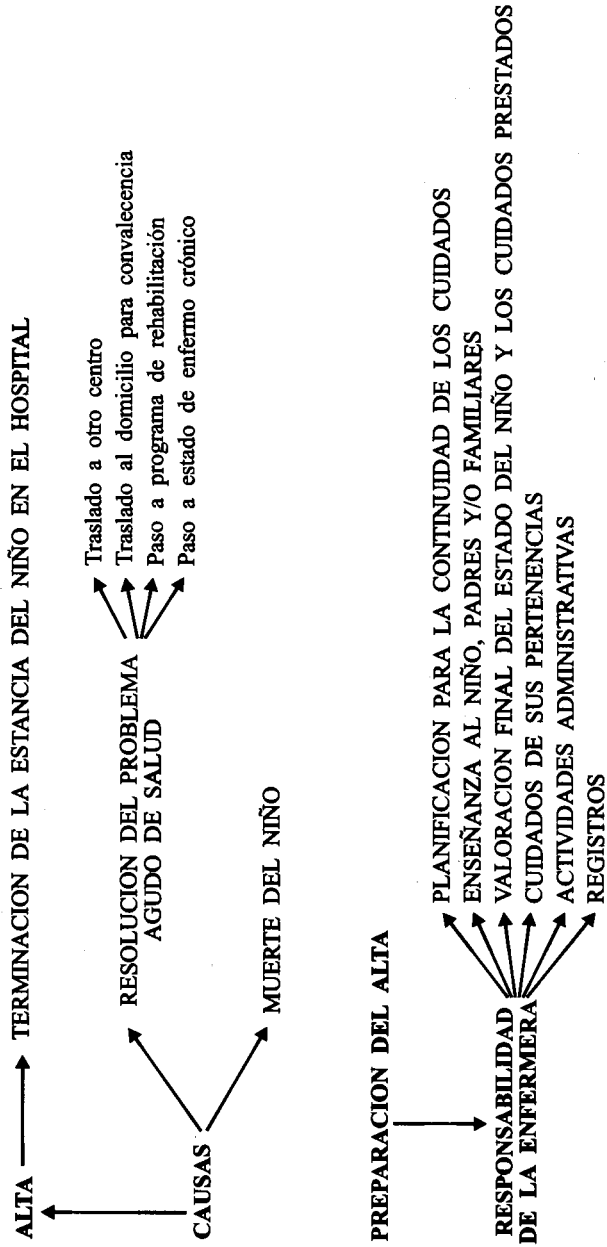


TEMA: ALTA DEL NIÑO HOSPITALIZADO

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar las acciones de enfermería para la preparación del alta del niño.
2. Describir la atención que requiere el niño en estado terminal.
3. Explicar la preparación y cuidado *postmortem* del niño.
4. Valorar la importancia que tiene, en cada cultura, la muerte del niño.
5. Valorar la necesidad de atención a los padres en la muerte del niño.

ALTA DEL NIÑO HOSPITALIZADO (I)



ALTA DEL NIÑO HOSPITALIZADO (II)

NIÑO ENFERMO CRONICO → NIÑO QUE VIVE CON UN PROBLEMA DE SALUD, AL QUE SE DEBE ADAPTAR Y QUE NECESITA VIGILANCIA MEDICA Y SANITARIA PERIODICA O CONTINUA

ACTUACION DE ENFERMERIA

OBJETIVOS

PAPEL DE LOS PADRES

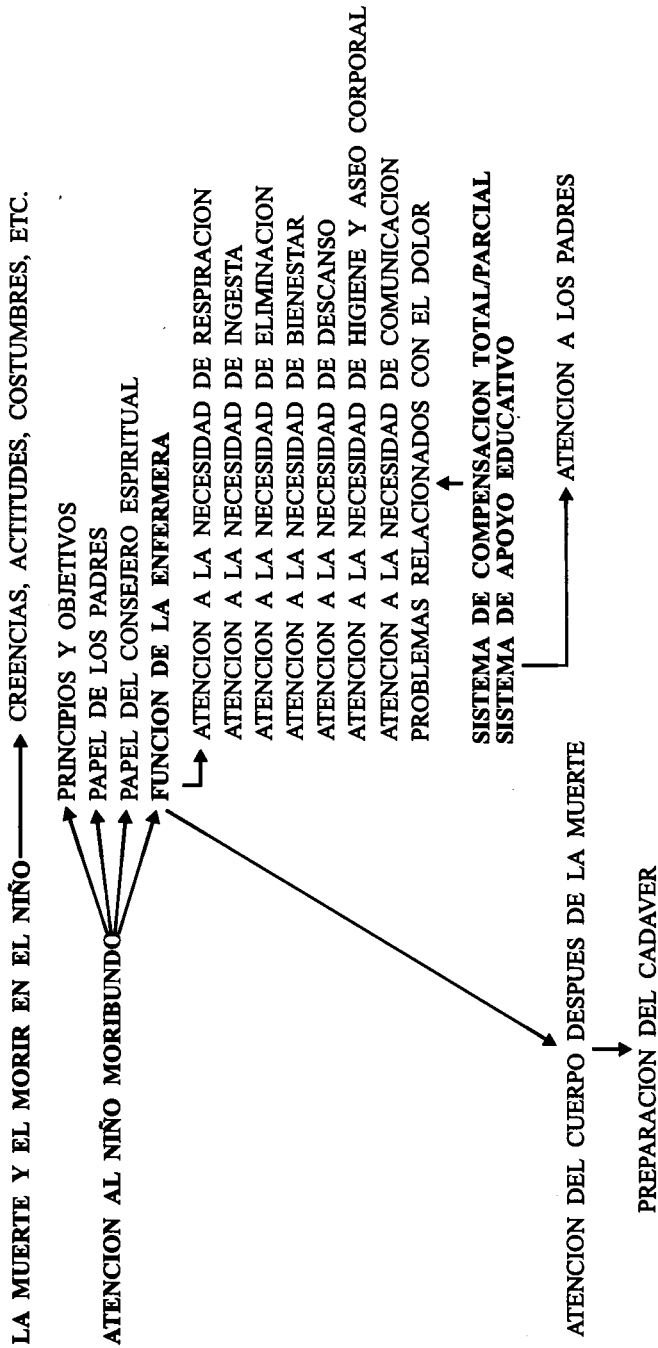
FUNCION DE LA ENFERMERA

En la rehabilitación física
En la rehabilitación psíquica
En la integración social

SISTEMA DE COMPENSACION PARCIAL AL NIÑO

SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO AL NIÑO Y A LOS PADRES

ALTA DEL NIÑO HOSPITALIZADO (III)



PRUEBA DE EVALUACION SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERIA AL NIÑO ENFERMO

EJERCICIO 1

1. Describa los problemas comunes que presenta el niño ante la hospitalización.
2. Describa las características generales del niño prematuro.
3. Describa los controles ambientales de la incubadora y su fundamento.
4. Enumere las causas de malformaciones congénitas debidas a factores ambientales.
5. Describa el problema de «enútesis de maduración».

RESPUESTAS

1. DESCRIBA LOS PROBLEMAS COMUNES QUE PRESENTA EL NIÑO ANTE LA HOSPITALIZACION

La reacción natural del niño ante la hospitalización es primero de *protesta*, después de *duda* y finalmente de *indiferencia*. Pero estas etapas no son iguales en todos los niños. Para facilitar la adaptación del niño al ambiente hospitalizado hay que hacerle comprender cuatro cosas:

1. Que continuará siendo querido (la carencia de cariño origina temor).
2. La enfermedad y la estancia en el hospital no significan ningún tipo de castigo. Muchas veces el niño lo interpreta como tal, en expiación de sus culpas, y esto dificulta la adaptación y engendra nuevos temores.
3. Debe explicarse al niño que después se sentirá mejor.
4. Hay que asegurar al niño que regresará a su casa una vez curado.

EL LACTANTE: es el que posiblemente ofrece menos problemas, ya que normalmente come y duerme. Pero no hay que olvidar que el contacto físico es esencial para evitar la carencia afectiva. No basta con darle de comer, cambiarle los pañales y colocarlo en su cuna; debe hablársele, tocarlo, cogerlo, jugar con él para estimular sus respuestas. No deben olvidarse las necesidades de la madre, procurando retornarle su función de madre en cuantas ocasiones sea posible: alimentación del niño, etcétera.

EL NIÑO PREESCOLAR: ofrece más dificultades, ya que presenta una gran variedad en sus maneras de comportarse, de hablar y de reaccionar. Esto depende muy directamente del ambiente familiar y del condicionamiento socioeconómico en que se ha desarrollado. También depende de su situación en la familia y de su grado de desarrollo. La enfermera debe esforzarse en comprender a cada niño en particular. Resulta fundamental hablar con los padres para conocer el vocabulario especial del niño, sus hábitos, si sabe comer, si pide sus necesidades, etcétera.

EL NIÑO ESCOLAR: presenta grados variables de comprensión, pero generalmente acepta fácilmente las explicaciones que se le da. Es a menudo cooperador y da la impresión de ser fuerte y estar seguro de sí mismo. Pero debajo de esta actitud se esconde el temor a lo desconocido, por lo que esta apariencia no debe engañar a la enfermera. Debe preguntar al niño por sus temores y por sus inquietudes.

El mantenimiento de la disciplina presenta problemas, agravados por el ocio a que está sometido el niño en el hospital. Por ello, resulta útil buscarle una ocupación y entretenerle en sus juegos. El niño mayor desea conocer los progresos de su enfermedad, por lo que necesita explicaciones. Debe evitarse, igualmente, hablar o discutir en su presencia acerca de él o de otros niños ingresados.

2. DESCRIBA LAS CARACTERISTICAS GENERALES DEL NIÑO PREMATURO

Durante las primeras horas que siguen al nacimiento, la impresión que se obtiene tras la observación de un prematuro es engañosa. El llanto suele ser fuerte y la movilidad es notable; agitan los miembros, patalean y respiran ampliamente. Sin embargo, a las pocas horas se muestran cansados, relajados, permanecen largo rato inmóviles y su respiración se hace superficial e irregular.

El aspecto externo se diferencia del recién nacido normal, tanto más cuanto menor es el peso. La piel está cubierta por abundante *lanugo* e impregnada por gran cantidad de grasa. El cráneo está poco osificado y presenta la sutura longitudinal y las dos fontanelas, casi siempre muy abiertas. Los rasgos de la cara son finos, pero dada la pequeñez del cráneo, la abundancia de *lanugo*, la delgadez de las extremidades y la presencia de uñas delgadas, el niño tiene un aspecto simiesco, más patente en unos prematuros que en otros.

El tejido celular subcutáneo es muy escaso y existe poco desarrollo muscular. El color de la piel es rojo los dos o tres primeros días, cambiando hacia un tono amarillo rojizo cuando aparece la ictericia. Los niños con peso inferior a los 1.500 g. presentan casi siempre el escroto sin los testículos, puesto que todavía no han descendido a las bolsas escrotales. Las niñas tienen los labios menores muy desarrollados unidos al clítoris.

Con frecuencia se observan prominencias en el ombligo y en la ingle, debida a hernias de estas regiones. En resumen, el prematuro es un ser inacabado e inmaduro, tanto más cuanto menores son el peso y la edad gestacional.

Como consecuencia de la inmadurez de todos los órganos y funciones, los riesgos a que se ve sometido el prematuro dependen del fallo de aquéllos. Cuanto más vital es la función de un órgano o un sistema, mayores son las consecuencias derivadas de su alteración funcional.

3. DESCRIBA LOS CONTROLES AMBIENTALES DE LA INCUBADORA Y SU FUNDAMENTO

— Comprobar que la temperatura se está controlando a 32-36° C.

- Comprobar que las concentraciones de oxígeno se regulan de acuerdo con los gases sanguíneos.
- Comprobar que la humedad oscila entre el 40 y el 60 por 100.

La temperatura ambiental templada es esencial para la vida del R.N. prematuro, puesto que el niño carece de la capacidad para mantener el calor corporal, debido a la falta de grasa aislante, el control reflejo pobre de los capilares cutáneos y la inactividad de los músculos pequeños. La humedad alta del aire es esencial debido a la tendencia del lactante a la deshidratación, que origina pérdida de peso e inestabilidad térmica. Las concentraciones de oxígeno deben cubrir sus necesidades individuales.

4. ENUMERE LAS CAUSAS DE MALFORMACIONES CONGENITAS DEBIDAS A FACTORES AMBIENTALES

- Exposición a los rayos X de la madre gestante.
- Administración de productos químicos a la gestante.
- Falta de determinadas vitaminas en la dieta de la gestante.
- Infección por virus en la gestante.
- Edad avanzada de la gestante.
- Factores mecánicos que originan presiones anómalas por mala posición del feto en el útero o por falta de líquido amniótico.
- Deficiente nutrición del huevo.

5. DESCRIBA EL PROBLEMA DE «ENURESIS DE MADURACION»

Definición del problema: la enuresis de maduración es la micción involuntaria que se produce en los niños durante el sueño y no tiene un origen fisiopatológico.

Valoración del problema:

- Datos subjetivos: información que se recibe de los padres.
- Factores concurrentes: vejiga pequeña, sueño profundo, respuesta al estrés ante situaciones nuevas.

Actuaciones de la enfermera:

- Fomentar una relación positiva entre padres e hijo:
 - Explicar la naturaleza del problema a padres e hijo.
 - Informar a los padres que el avergonzarse, castigar, etc., al niño no es una actitud adecuada para que cese el problema, por el contrario puede hacer al niño tímido, vergonzoso o temeroso.

- Asegurar al niño que otros tienen el mismo problema y que eso no es malo ni pecaminoso.

— Reducir, si es posible, los factores concurrentes:

- Si la capacidad de la vejiga es pequeña, después de que el niño bebe, animarle a retrasar la micción para ayudar a distender la vejiga.
- Si el sueño es profundo hacer que el niño orine antes de acostarse. Restringir los líquidos a la hora de dormir. Si se despierta al niño más tarde (sobre las doce de la noche) para que orine, intentar despertarlo del todo para reforzarlo positivamente.

— Educación sanitaria y facilitación de recursos según este indicado:

- Instruir al niño y a los padres sobre los hechos relativos al problema.
- Enseñar al niño y a la familia técnicas para controlar los efectos adversos de la enuresis, cómo usar colchones cubiertos de material impermeable y lavable; si el niño va a pasar la noche fuera de casa que use su saco de dormir, fácil de lavar en máquina, etcétera.

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERIA AL NIÑO ENFERMO

EJERCICIO 2

De las afirmaciones que a continuación se hacen, diga si son verdaderas o falsas. Razone las respuestas.

- A) *Cristina Oropesa*, de tres años de edad, es ingresada para ser intervenida de amigdalectomía y adenoidectomía.
1. Lo que ayudará más a Cristina a sentirse familiarizada con el entorno y el equipo sanitario es la explicación sobre los procedimientos a que va a ser sometida.
 2. La mamá de Cristina se queda en el hospital con la niña. Lo que espera prevenir la Sra. Oropesa es la ansiedad de la niña por la separación familiar.
 3. Después de la intervención quirúrgica de Cristina se tendrá presente que uno de los signos tempranos de hemorragia es el enrojecimiento de la cara y cabeza.
 4. A causa de la excesiva hemorragia, Cristina necesita una transfusión sanguínea, mientras se la está administrando presenta escalofríos, fiebre y cefaleas. La enfermera inmediatamente disminuirá el ritmo de la perfusión y avisará al médico.
 5. Una vez resuelto el problema de la hemorragia, el plan de cuidado de Cristina para las siguientes veinticuatro horas incluirá la administración de hielo picado y la estimulación de la ingesta de líquidos con paja o biberón.
- B) *La niña Regina Alvarez*, de cuatro meses de edad, acude con su madre a consulta por tener un catarro desde hace dos días y haberse despertado, en el día que acude a consulta, con tos seca y dificultad respiratoria.
6. La enfermera sospecha que la niña sufre un distrés respiratorio agudo por presentar una frecuencia respiratoria en reposo de 35 r/min. y respiración diafragmática.
 7. Regina es diagnosticada de bronquiolitis. Es ingresada y colocada en una tienda de oxígeno humidificada. La posición más terapéutica sería la de decúbito lateral derecho.
 8. Mientras Regina permanece en la tienda, una de las actividades fundamentales de la enfermera será cambiar con frecuencia el pijama de la niña.
 9. Un dato específico que indica que Regina mantiene un balance hídrico normal es que la densidad de la orina es de 1.005 a 1.025.
 10. Al alta de Regina, la madre pregunta a la enfermera cómo puede prevenir

otra crisis de bronquiolitis. La enfermera le dice que consulte a su médico, pues éste puede recetarle una vacuna, antibióticos y broncodilatadores cuando se presente la crisis.

RESPUESTAS

1. *Falsa:* la edad de Cristina la limita para comprender, sin desvirtuar, las explicaciones que se le den. En esta edad lo mejor sería que la niña hiciera una visita previa al ingreso al hospital y a la unidad para que se familiarice con el ambiente y equipo sanitario. Estas visitas podrían consistir en darle paseos por el hospital, organizar conversaciones, darle literatura infantil y libros para colorear en la propia unidad.
2. *Verdadera:* en un niño en edad comprendida entre los seis meses y cinco años, la tensión nerviosa producida por el ingreso en el hospital es motivada, sobre todo, por la separación de la familia y en especial de la madre.
3. *Falsa:* después de la amigdalectomía, el signo precoz más claro de la hemorragia es el de tragar continuamente la sangre que emana.
4. *Falsa:* cuando se desencadena un problema de «reacción transfusional», la acción inmediata será de interrumpir la transfusión, mantener una vía venosa permeable y avisar al médico.
5. *Falsa:* el hielo picado ayuda a suavizar la garganta, pero la succión con paja o biberón puede ocasionar hemorragia.
6. *Falsa:* en lactantes, la frecuencia respiratoria normal en reposo es de 30-50 r/min. y la respiración de tipo diafragmática. Los signos frecuentes de distrés respiratorio, fundamentalmente son el aleteo nasal y el tiraje intercostal y subcostal.
7. *Falsa:* la posición más indicada es la de Fowler. Esta posición permitirá a la niña que consiga una mayor expansión torácica y una vía aérea más permeable.
8. *Verdadera:* el aire húmedo de la tienda moja los pijamas de los lactantes, por tanto, deberá cambiarse con frecuencia para que no sientan frío.
9. *Falsa:* la taquipnea asociada a la bronquiolitis tiende a deshidratar al lactante. Para mantener fluidas las secreciones bronquiales es necesaria una buena hidratación. Una indicación de hidratación será la densidad específica en orina. Una densidad de 1.005 pueden ser indicativa de hiperhidratación, que podría dar lugar a edema pulmonar; una densidad de 1.025 o superior indica que los líquidos corporales son insuficientes para fluidificar las secreciones. La densidad específica de la orina que indicaría un balance hídrico normal sería de 1.015.
10. *Falsa:* lo correcto sería informarle de que consulte a su médico, ya que los ataques repetidos pueden ocasionarse a respuestas alérgicas asmáticas. El 50 por 100 de los lactantes con bronquiolitis presentan sibilancias asociadas a

alergias. Esta enfermedad no es de etiología bacteriana, por lo que no se prescriben antibióticos. No existe una vacuna efectiva para el problema y los broncodilatadores no son eficaces en el lactante.

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERIA AL NIÑO ENFERMO

EJERCICIO 3

Elaborar un plan de cuidados en la situación siguiente, que contenga:

1. Problemas detectados
2. Objetivos.
3. Acciones de la enfermera

CASO EN ESTUDIO

— Niño de dos años y medio de edad, que ingresa para ser tratado de «inflamación de gánglios submaxilares».

— Tratamiento al ingreso: AMOXICILINA ORAL, 250 mg. cada ocho horas; BUDIROL, un supositorio infantil, si necesita.

— Datos obtenidos por la enfermera al ingreso:

- Signos vitales: temperatura rectal, 39° C; pulso arterial, 136/min. y respiraciones (inmedibles por llanto continuo).
- Dolor en zona del cuello y cara que se acentúa a la palpación.
- Responde a los estímulos. Orientado.
- Piel y mucosas sonrojadas y húmedas.
- Peso de 15 kg. Talla de 96 cm.
- Al intentar la enfermera darle agua el niño la rechaza. Impresiona de que el dolor se acentúa al intentar tragar.
- Mirada y gestos tristes. Continuamente se acerca a su madre pidiéndole le tome en brazos. Lloro si su madre sale de la habitación.
- La madre informa sobre los hábitos del niño y comunica que duerme regularmente bien, incluida siesta de tres horas. No utiliza siempre chupete. Suele jugar solo. Se distrae fácilmente. Generalmente toma los alimentos enteros. Controla esfínteres día y noche. Pide «pis y caca». Hace sus necesidades en orinal. Recibe un baño diario (por las noches).

- No se han observado alteraciones de los órganos de los sentidos.
- Tiene puestas las vacunas correspondientes a su edad.

RESPUESTAS

PROBLEMAS:

1. *Pérdida de seguridad*, por temor a la hospitalización.
2. *Alteración del bienestar*, por dolor.
3. *Inapetencia*, por dolor a la masticación.
4. *Potencial deshidratación*, por temperatura elevada.

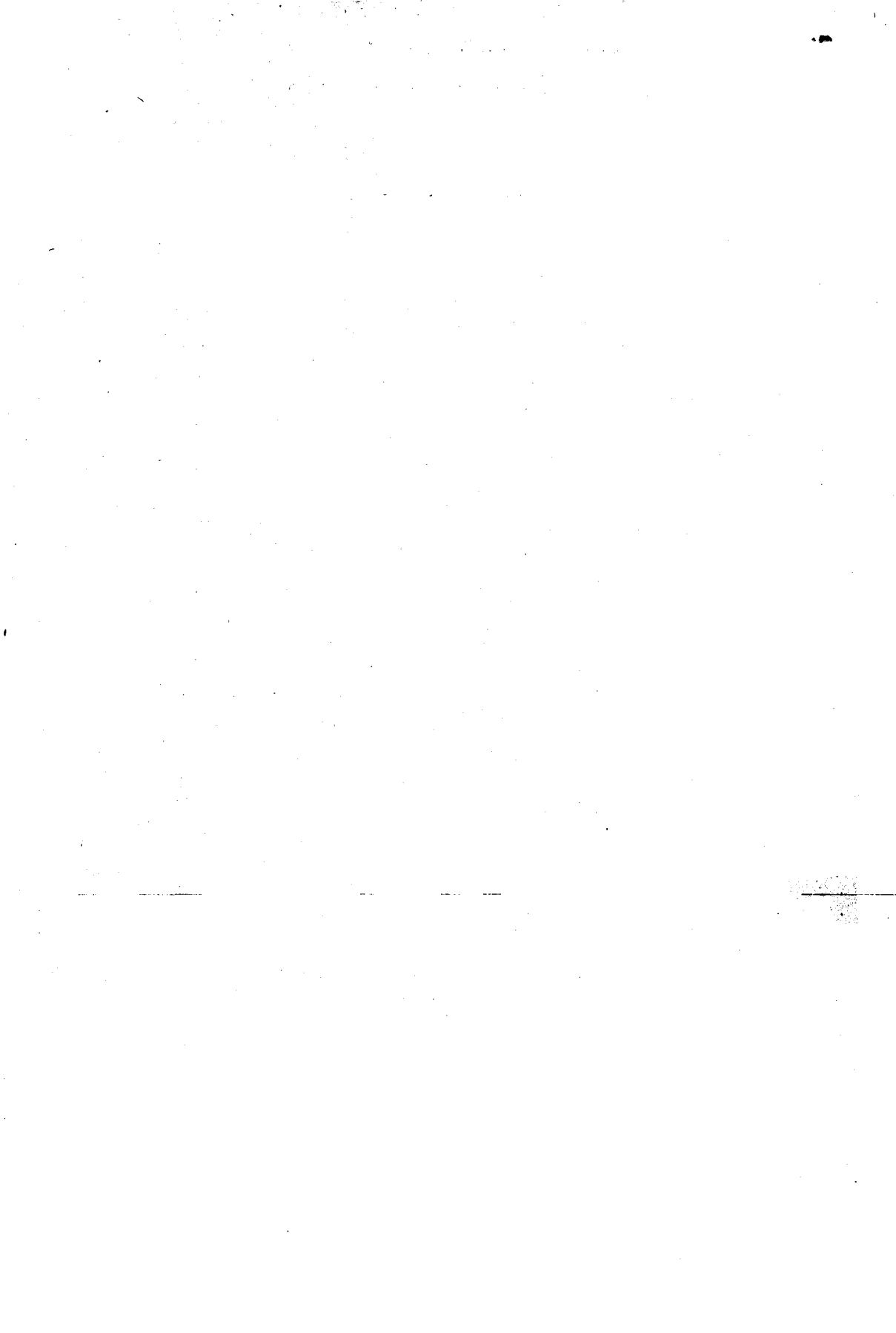
OBJETIVOS:

- Demostrará en el plazo de ocho horas la adecuada adaptación al medio.
- En el plazo de cuatro horas manifestará sentirse más cómodo.
- Ingerirá alimentos en cantidad adecuada a su edad y situación.
- Mantendrá signos de hidratación normal.

ACCIONES DE LA ENFERMERA:

- Facilitar la compañía constante de la madre o persona de confianza del niño.
- Hacer visitas frecuentes al niño y hablarle, respetando el descanso.
- Elegir los momentos en el que el niño se encuentra bajo escasa tensión, para realizar las técnicas molestas.
- Aplicar calor seco en zona dolorosa.
- Administrar calmante si el dolor no cede con medios físicos.
- Respetar, en lo posible, los gustos y hábitos del niño en las comidas.
- Dar los alimentos pasados por túrmix mientras permanezca el dolor e inflamación del cuello.
- Dar 1.500 cc. de líquidos al día por boca. Caso de rechazo consultar con el médico posible administración de sueroterapia.
- Hacer balance hídrico.
- Medir temperatura rectal cada cuatro-cinco horas.

ENFERMERIA GERIATRIA



UNIDAD I

CONCEPTOS GENERALES DE GERONTOLOGIA Y GERIATRIA*

OBJETIVO GENERAL

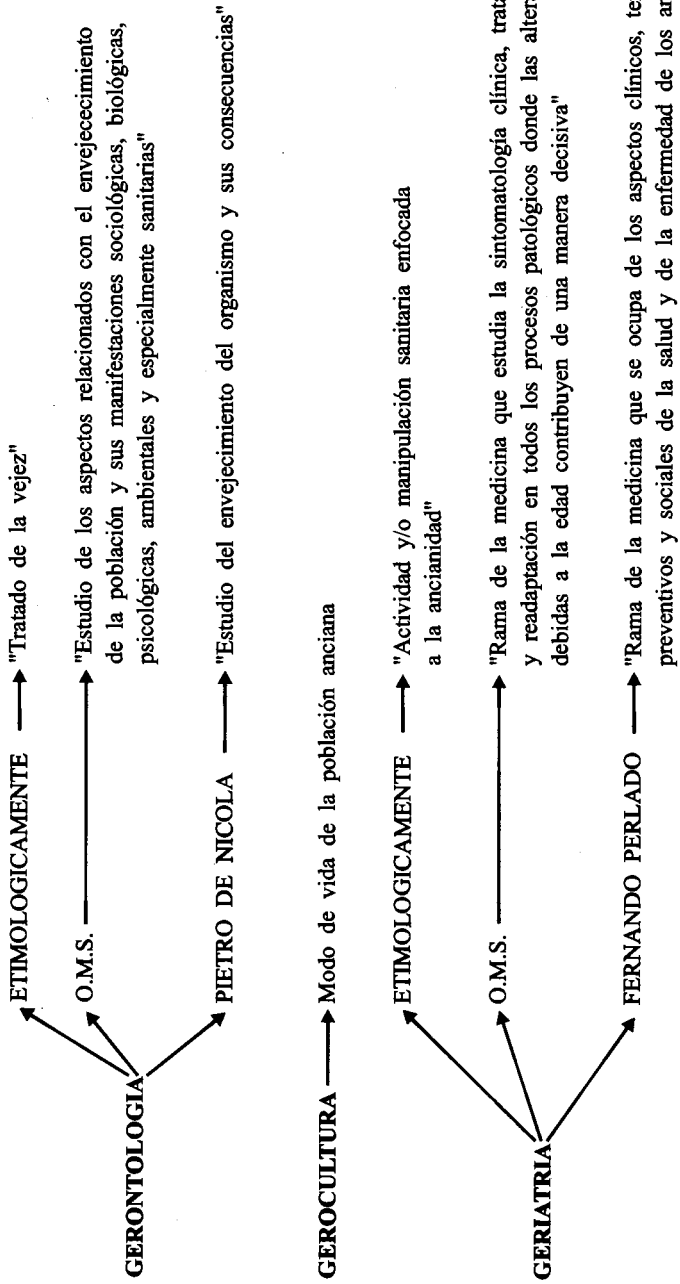
Al finalizar el estudio de la unidad, las alumnas habrán adquirido los conocimientos teóricos que las capacitan para comprender e identificar la necesidad de atención de enfermería a la población anciana.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

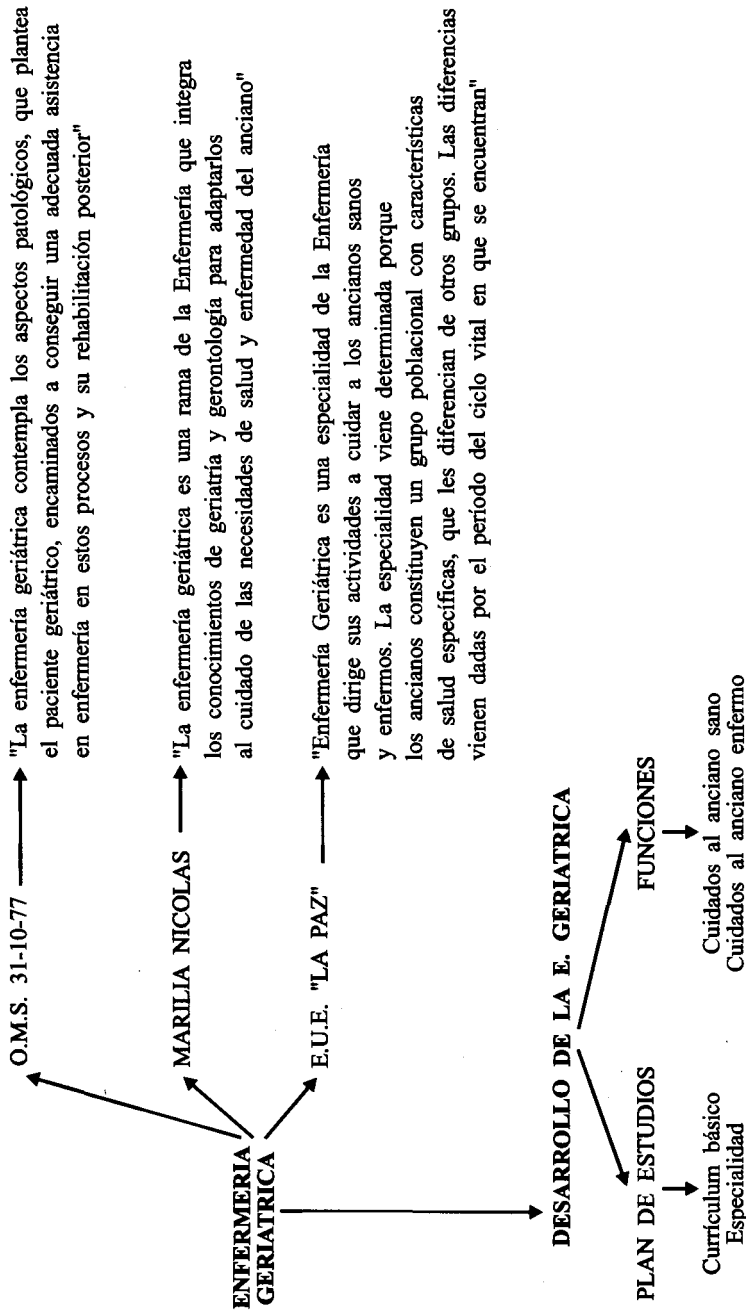
1. Diferenciar el objeto de estudio de la gerontología, la geriatría y la Enfermería Geriátrica.
2. Identificar las funciones de la enfermera en la atención al anciano.
3. Comprender el fenómeno de envejecimiento.
4. Describir las diversas teorías que explican el envejecimiento.
5. Valorar la problemática que plantea el envejecimiento de las poblaciones.
6. Identificar los recursos sanitarios y sociales de la comunidad para la atención al anciano.

* Se describe la Unidad completa.

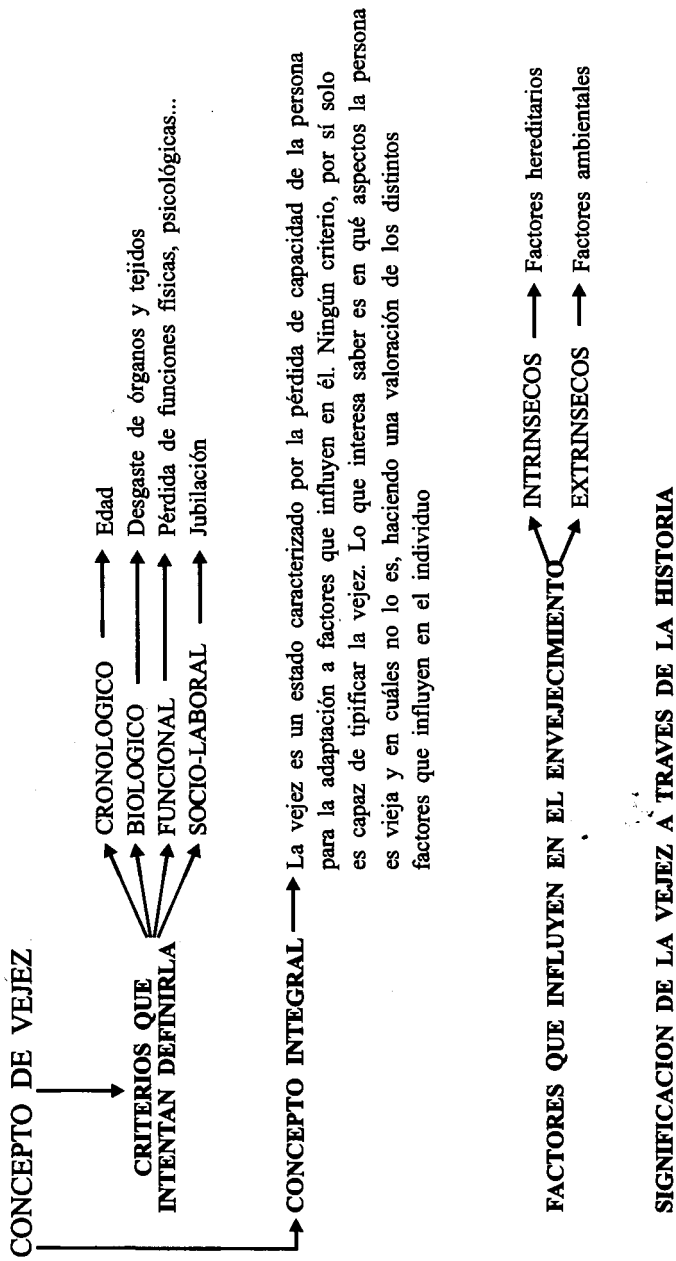
CONCEPTOS GENERALES (I)



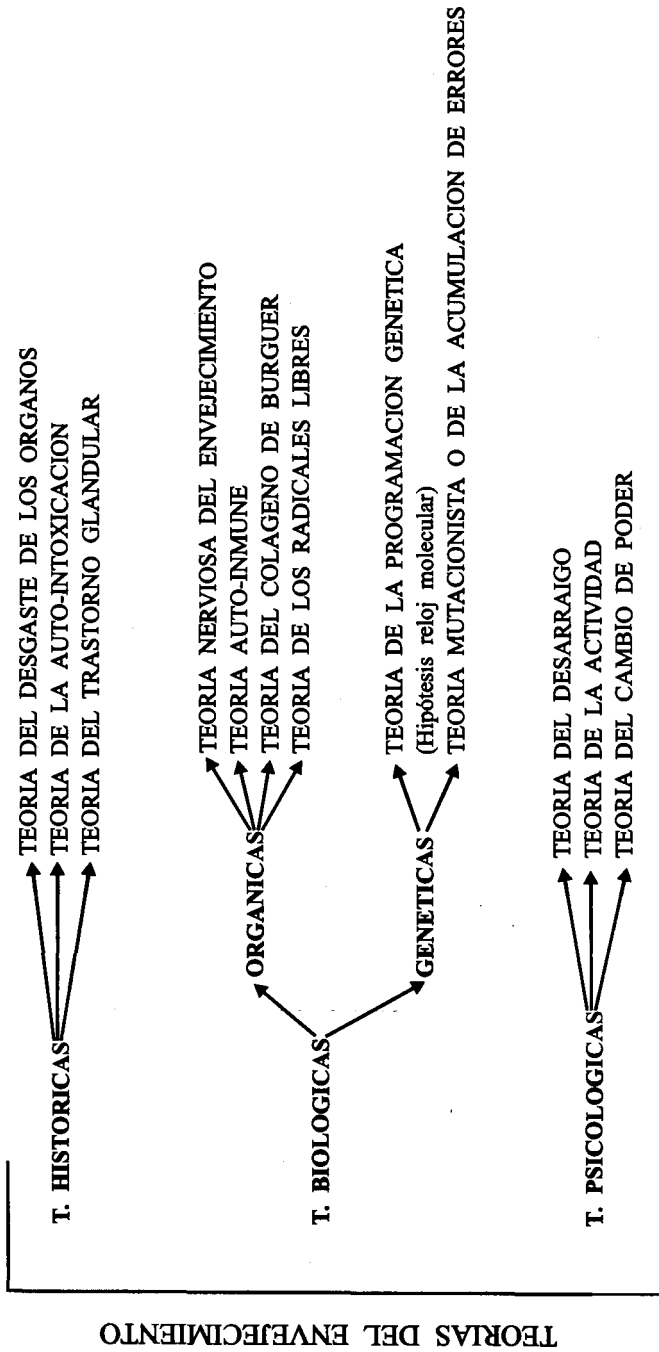
CONCEPTOS GENERALES (II)



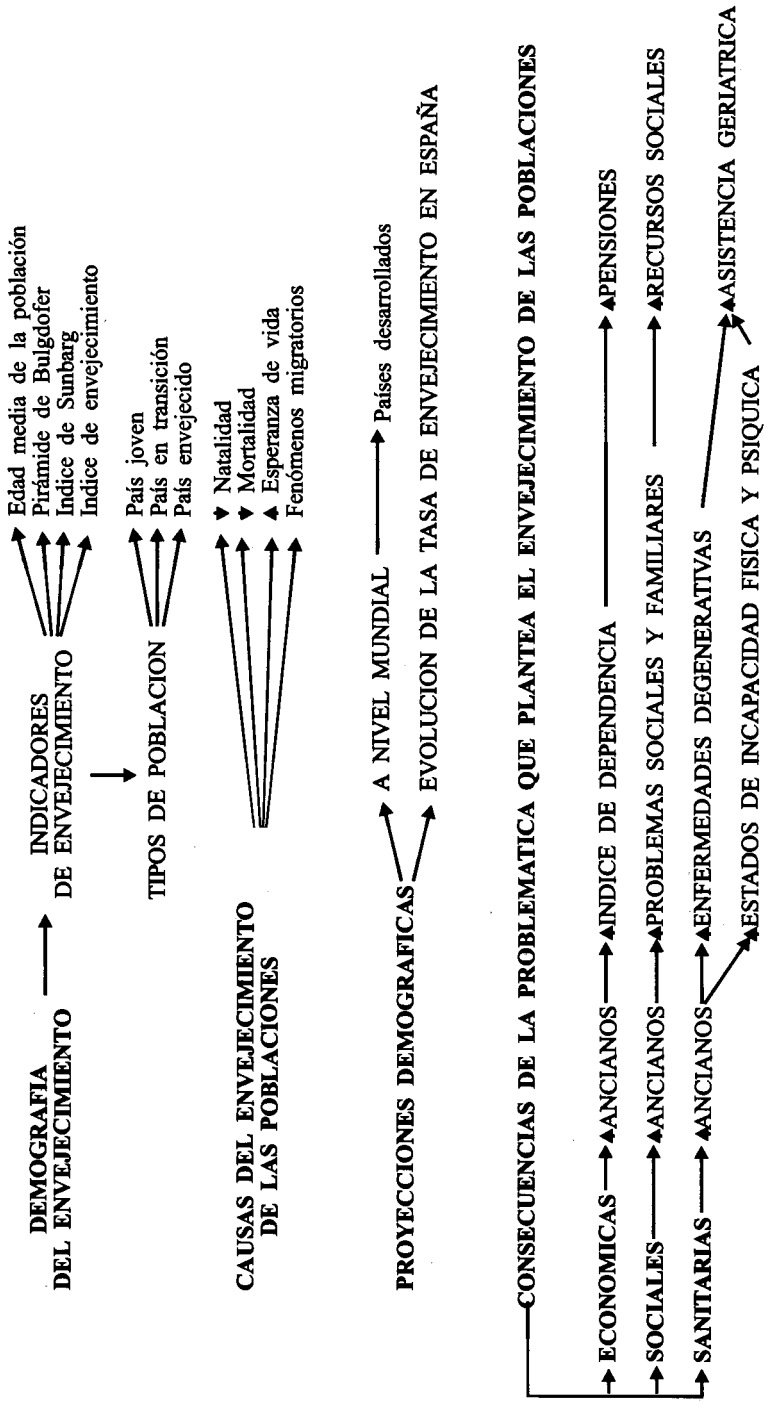
CONCEPTOS GENERALES (III)



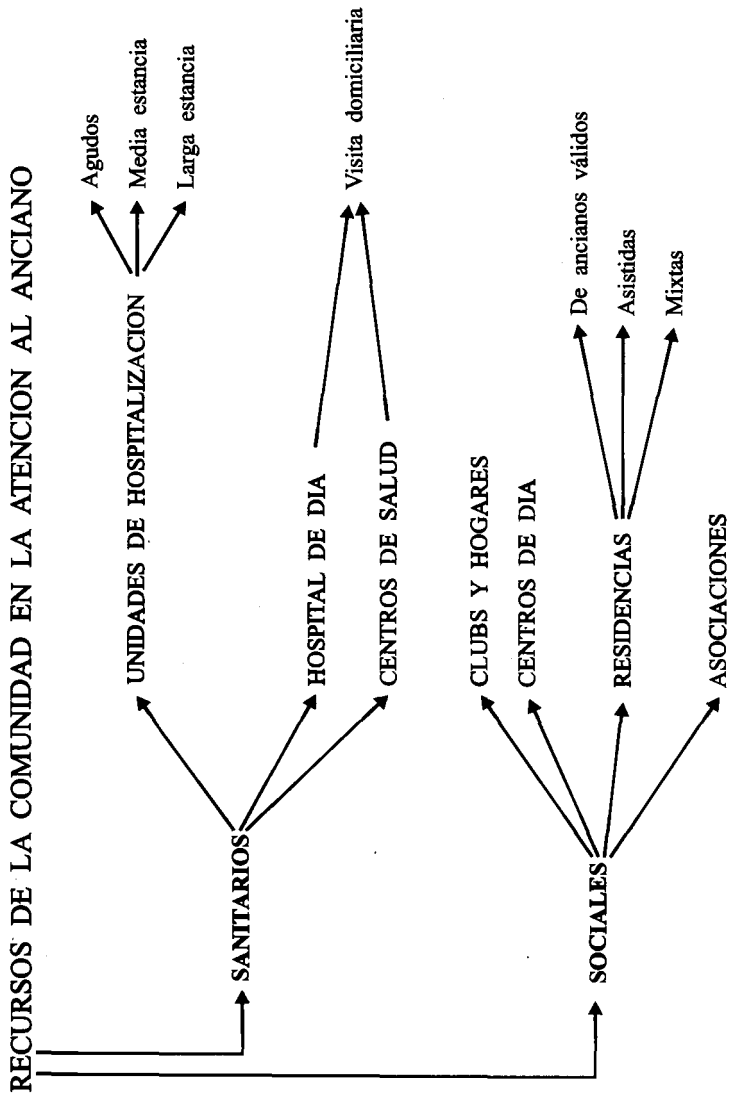
CONCEPTOS GENERALES (IV)



CONCEPTOS GENERALES (V)



CONCEPTOS GENERALES (VI)



PRUEBA DE EVALUACION SOBRE CONCEPTOS GENERALES DE ENFERMERIA GERIATRICA

EJERCICIO 1

Describa de forma resumida las siguientes cuestiones:

1. Criterios que definen la vejez.
2. Diferencia entre país joven y país envejecido.
3. Qué se entiende por pirámide de población.
4. Teoría de Burguer sobre el envejecimiento.
5. Concepto de Enfermería Geriátrica.
6. Describa los problemas sanitarios que presentan los ancianos.
7. Describa los servicios sociales dentro de la organización de los servicios geriátricos.
8. Enumere los indicadores que se utilizan para efectuar un análisis estadístico de la población anciana.
9. Enumere los aspectos sobre la vejez, que desde el punto de vista social preocupan a la sociedad.
10. Enumere los sistemas de pensiones en España.

RESPUESTAS

1. CRITERIOS QUE DEFINEN LA VEJEZ

La vejez se puede entender desde distintos criterios:

- A) *Cronológico*: define la vejez en función de la edad del individuo con las siguientes edades de interés geriátrico:
- 45 - 60 años madurez o «edad del medio»
 - 60 - 72 años senectud gradual
 - 72 - 90 años vejez declarada
 - más 90 años grandes viejos
- B) *Biológico*: asocia la vejez con el desgaste de órganos y tejidos. Este desgaste sería perceptible alrededor de la menopausia en la mujer y la andropausia en el hombre.

- C) *Funcional*: asocia la vejez con la pérdida de funciones físicas, psíquicas e intelectuales.
- D) *Sociolaboral*: considera a la jubilación como «la puerta de entrada» a la vejez.

2. DIFERENCIA ENTRE PAIS JOVEN Y PAIS ENVEJECIDO

La población puede ser, en principio, joven o vieja. Se estará en el primer caso cuando exista un predominio abrumador de los jóvenes, y en el segundo cuando el número de personas de edad avanzada, por ejemplo, a partir de sesenta y cinco años sea considerable con respecto al total de la población.

Por ejemplo, cuando la proporción que representan las personas de más de sesenta y cinco años con respecto al total de la población sea el 5 por 100, nos enfrentamos con una población más joven que cuando esta misma proporción se eleva al 15 por 100 del total. Este fenómeno recibe el nombre de envejecimiento.

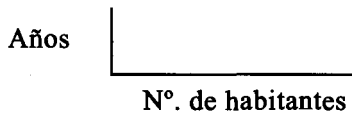
$$\text{Índice de envejecimiento} = \frac{\text{Núm. personas} > 65}{\text{Población total}}$$

País joven: 7-8 %
País de transición: 8-11 %
País envejecido: > 11 %

3. QUE SE ENTIENDE POR PIRAMIDE DE POBLACION

Se denomina así al diagrama que representa la estructura por edades y sexos de la población. Este diagrama es el mejor reflejo de la historia de la población. En él aparecen sus vicisitudes, el exceso de muertos que ocasionan las guerras y la falta de nacimientos que las acompañan, efectos ambos que se muestran como amplios sucesos en esta pirámide de edades.

El indicador del envejecimiento permite conocer los tipos de población.



4. TEORIA DE BURGUER SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

Esta teoría se incluye en la clasificación de las consideradas biológicas. Está fundamentada en los cambios producidos en el tejido conectivo. Dichos cambios pueden resumirse así: el colágeno se hace más abundante y más rígido. La elastina, a la cual las arterias y el pulmón deben su elasticidad, se hace menos flexible. La sustancia fundamental disminuye y su constitución química cambia. La repercusión de estas alteraciones del tejido conectivo se comprenden bien si se recuerda que todas las células del organismo, excepto las sanguíneas, reciben el oxígeno y los elementos nutritivos y se liberan de sus desechos a través de él. Los cambios

seniles perturban estos recambios y contribuyen a producir un deterioro celular progresivo.

Se forman uniones cruzadas inter o intramoleculares entre el colágeno y el DNA. Explica también la precipitación del colágeno con acúmulos de calcio y de colesiterina, con formación de membranas que impiden los intercambios nutricios y provocan la atrofia de órganos y tejidos.

5. CONCEPTO DE ENFERMERIA GERIATRICA

Parte de la disciplina enfermera que trata de la ampliación y profundización de los cuidados a los ancianos. El fundamento de esta rama profesional tiene como base las características especiales que presenta este grupo de población. Por la etapa del ciclo vital en que se encuentran hace que las necesidades biológicas, sociales, sanitarias, etc., sean diferentes a las de los otros grupos. Asimismo, los ancianos presentan problemas de salud concretos y diferentes, por lo que los conocimientos que necesita la enfermera geriátrica tienen que contemplar aspectos que estudien las consecuencias de la problemática que plantea el envejecimiento; los factores que influyen en el índice de dependencia; los recursos con los que cuenta la comunidad para la atención del anciano, etcétera.

La función de la enfermera geriátrica comprende una serie de actividades para: promover y fomentar el estado de salud de la población anciana, prevenir problemas de salud que se pueden presentar en esta edad, atender al anciano cuando padece una enfermedad y contribuir a aumentar la calidad de vida de los ancianos.

6. DESCRIBA LOS PROBLEMAS SANITARIOS QUE PRESENTAN LOS ANCIANOS

Actualmente la atención sanitaria a los ancianos presenta una serie de problemas debido fundamentalmente a tres causas:

- A) El considerar «normal» el deterioro de algunos órganos al prolongarse la vida (habitual en los ancianos). Esto hace que sea difícil establecer los límites entre lo normal (proceso del envejecimiento) y lo patológico; en este sentido la percepción del anciano de su dolencia es decisiva. Asimismo, es importante la tendencia que los hombres tienen de sobrevalorar su estado de salud, de tal manera que no concedan importancia a las alteraciones leves y sólo consideran que están en situación de enfermedad cuando ésta se manifiesta con toda su sintomatología o cuando ha sido diagnosticada por el médico.
- B) La presencia de problemas de salud asociados y derivados de la alteración principal hace difícil precisar cuáles son unos u otros. Además hay que tener en cuenta que muchos de los procesos degenerativos o de tipo crónico que se presentan al alargarse la vida tienen unos comienzos insidiosos en edades tempranas, siendo difícil delimitar las causas.

- C) Otro factor que supone una limitación a los conocimientos sobre los problemas de salud en este grupo poblacional es la relativa novedad del fenómeno y su carácter cambiante. Actualmente existe una concienciación de la importancia que adquieren, de forma notoria, el grupo denominado por algunos autores de «la cuarta edad» (personas de más de ochenta años). Esta prolongación de la vida implica la aparición de patologías diferentes a la de ancianos con edades menos avanzadas.

7. DESCRIBA LOS SERVICIOS SOCIALES DENTRO DE LA ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS GERIATRICOS

Servicio social: actúan en zonas delimitadas de una ciudad (barrio, distrito, etc.). Como servicio ofrece información para facilitar la relación de los ancianos con los servicios de asistencia.

Ayuda a domicilio: integrado en el servicio social ofrece ayuda de tipo doméstico en el propio domicilio de los ancianos que necesitan atenciones especiales por enfermedad o incapacidad. Estos servicios son de comida, limpieza de la casa, etcétera.

Centros, hogares, clubs: son lugares de reunión donde se llevan a cabo actividades culturales, ocupacionales y recreativas para la tercera edad. Estos centros deben estar ubicados en lugares accesibles geográficamente al anciano (en el barrio de la residencia habitual del anciano). Deben ser de pequeño tamaño y estar integrados o relacionados con el resto de equipamiento para la población general, con el fin de que estos centros no se conviertan en «guetos».

Residencias: son centros equipados y preparados para ser el domicilio habitual de los ancianos. Pueden ser de tres tipos, según los servicios que presten:

- A) *De ancianos válidos:* para ancianos sin incapacidades y cuya actividad es completa. Son atendidas por personal de hostelería y doméstico. Su organización está basada en actividades similares a la que seguirían los ancianos en su domicilio.
- B) *Asistidas:* acogen ancianos con dificultades y/o incapacidades para las actividades de la vida cotidiana. Los ancianos que aquí residen necesitan cuidados permanentes y continuados de enfermería. Su equipamiento (instalaciones, materiales, etc.) permite una atención sanitaria integral al anciano.
- C) *Mixtas:* son centros residenciales donde residen ancianos válidos y ancianos incapacitados que necesitan atención sanitaria general y de enfermería en particular, bien temporal o permanentemente.

8. ENUMERE LOS INDICADORES QUE SE UTILIZAN PARA EFECTUAR UN ANALISIS ESTADISTICO DE LA POBLACION ANCIANA

- Proporción de personas mayores de sesenta y cinco años entre la población general, expresado por cien.

- La razón entre el número de personas de edad avanzada (más de sesenta y cinco años) y el de personas jóvenes. Es la llamada tasa de renovación.
- La proporción de personas de edades muy avanzadas (más de ochenta años) entre la población anciana.
- La razón entre uno y otro sexo; es decir, el número de hombres comparado con el número de mujeres de la misma edad.

9. ENUMERE LOS ASPECTOS SOBRE LA VEJEZ QUE DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIAL PREOCUPAN A LA SOCIEDAD

- a) El incremento proporcional de ancianos.
- b) Su situación dentro del mercado de trabajo.
- c) Su situación económica.
- d) Su función dentro de la familia y su alojamiento.

10. ENUMERE LOS SISTEMAS DE PENSIONES EN ESPAÑA

- Seguros individuales que el individuo financia personalmente.
- Pensión que se recibe a partir de la jubilación, recibiendo una cantidad en proporción a lo que se cotizó durante la etapa laboral.
- Pensiones a través de los presupuestos del Estado; en este caso se cobra por el sólo hecho de tener cierta edad.
- Sistema mixto, en que se combinan las dos fórmulas anteriores.

UNIDAD II

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL ANCIANO SANO*

OBJETIVO GENERAL

Al finalizar el estudio de la unidad, las alumnas habrán adquirido los conocimientos teóricos que les permitan valorar los cambios biológicos y psicosociales que se producen en la persona como consecuencia de la vejez y que modifican sus necesidades básicas, para que sean capaces de proporcionar una atención de enfermería que favorezca la adaptación del anciano sano a su medio.

* Temas que se describen:

- Características generales del anciano.
- Necesidad fisiológica de eliminación.
- Necesidad de seguridad.
- Necesidad de recreo y ocio.

TEMA: EL ANCIANO SANO. CARACTERISTICAS

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Definir el concepto de anciano sano.
2. Describir los cambios biológicos que se producen en los diferentes órganos y sistemas de la persona anciana.
3. Describir los cambios psicológicos que se producen en la vejez.
4. Describir los aspectos sociológicos más relevantes del envejecimiento.
5. Detectar las modificaciones en las necesidades básicas del anciano.
6. Identificar las acciones más adecuadas a llevar a cabo por el personal de Enfermería para la adaptación del anciano a las modificaciones de sus necesidades.
7. Describir la función de la enfermera en la atención al anciano sano.

EL ANCIANO SANO. CARACTERISTICAS (I)

NECESIDADES FISIOLÓGICAS

NECESIDAD DE APORTE DE OXIGENO
NECESIDAD DE INGESTA DE LIQUIDOS Y ALIMENTOS
NECESIDAD DE ELIMINACION
NECESIDAD DE DESCANSO SUEÑO
NECESIDAD DE ACTIVIDAD
NECESIDAD DE RELACION SEXUAL

NECESIDADES DE SEGURIDAD

NECESIDAD DE PROTECCION CONTRA LOS PELIGROS
NECESIDAD DE BIENESTAR

NECESIDADES PSICOSOCIALES

NECESIDAD DE COMUNICACION E INTERRELACIONES
SOCIALES
NECESIDAD DE RECREO Y OCIO

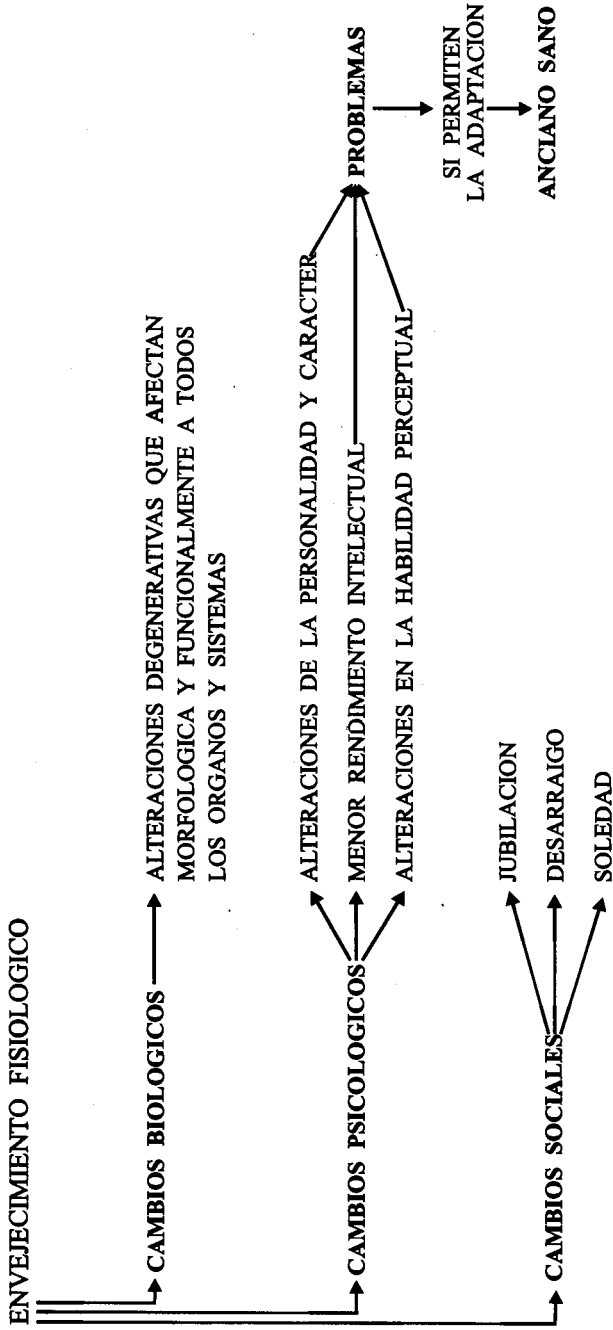
FUNCION INDEPENDIENTE DE LA ENFERMERA

VALORAR las necesidades básicas del anciano según los cambios biológicos, psicológicos y sociales que se producen a consecuencia del proceso de envejecimiento

RECONOCER los autocuidados asociados al desarrollo humano

SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO AL ANCIANO/FAMILIA
(Primer nivel de atención)

EL ANCIANO SANO, CARACTERISTICAS (II)



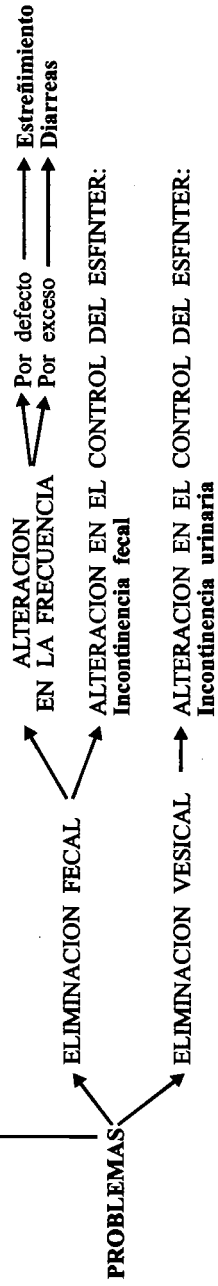
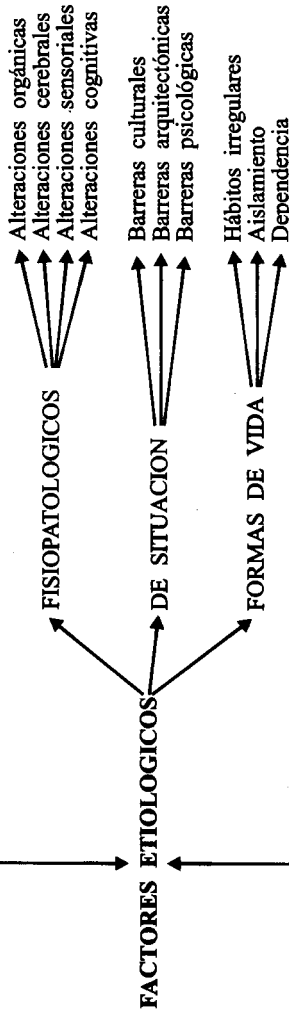
TEMA: LA NECESIDAD DE ELIMINACION EN EL ANCIANO

OBJETIVOS ESPECIFICOS

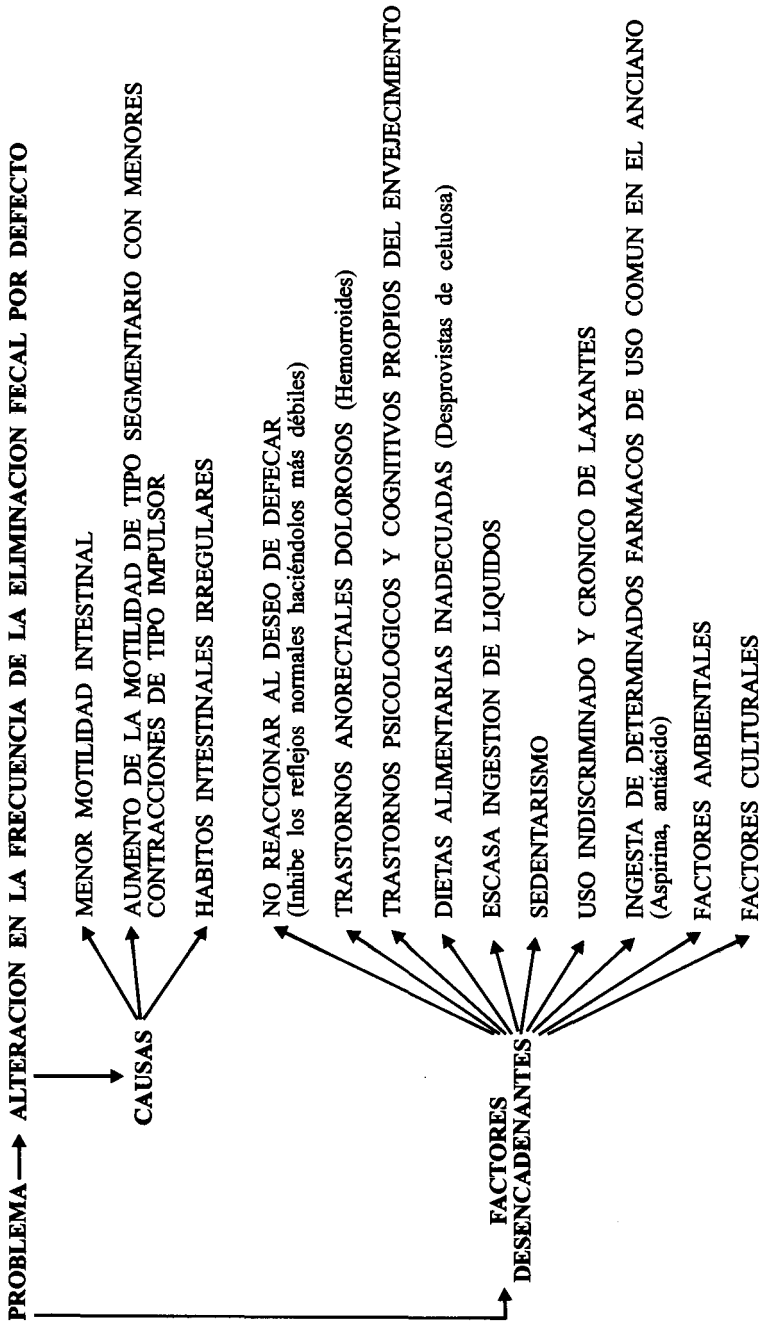
1. Describir las modificaciones en la necesidad de eliminación del anciano, derivadas del ciclo vital en que se encuentra.
2. Explicar las causas de las modificaciones de la necesidad de eliminación en el anciano.
3. Identificar los factores desencadenantes de los problemas que producen o pueden producir las modificaciones de la necesidad de eliminación.
4. Valorar las acciones más adecuadas para adaptar al anciano a su situación respecto a la alteración de la necesidad de eliminación.

LA NECESIDAD DE ELIMINACION EN EL ANCIANO (II)

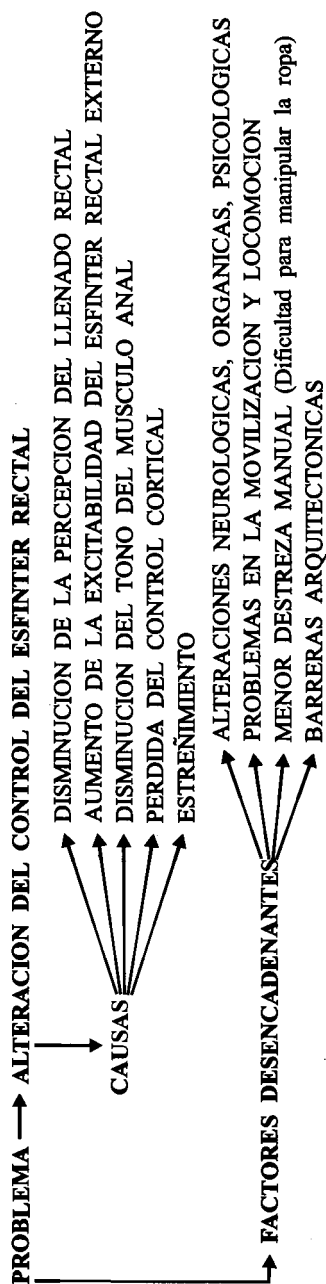
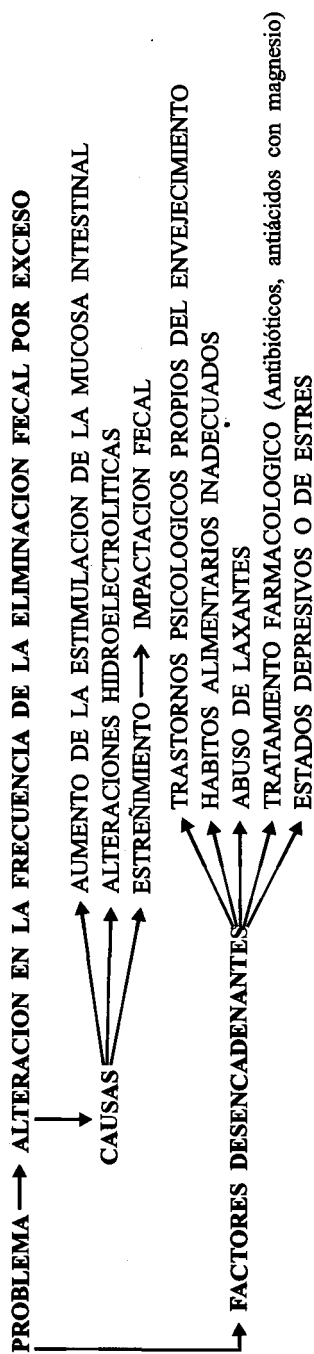
MODIFICACION DE LA NECESIDAD EN EL ANCIANO → Estado en el que el anciano, a causa de los cambios ocasionados por el proceso de envejecimiento, experimenta una afectación de las funciones motoras y cognitivas produciendo un déficit en la capacidad de autocuidado en la necesidad de eliminación



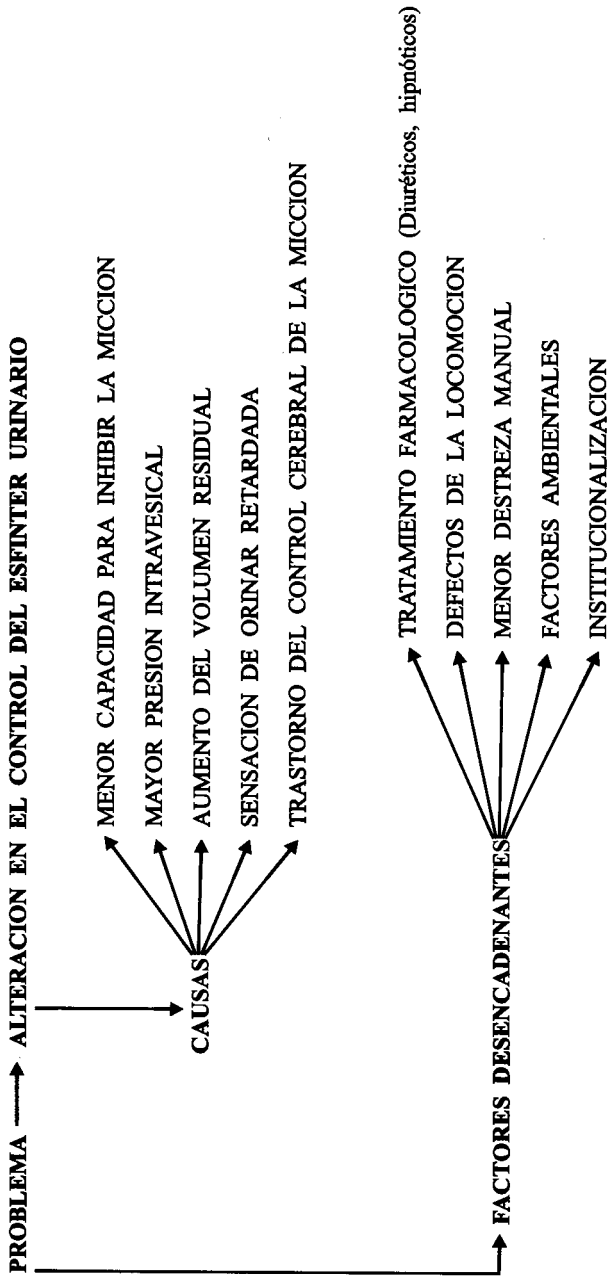
LA NECESIDAD DE ELIMINACION EN EL ANCIANO (III)



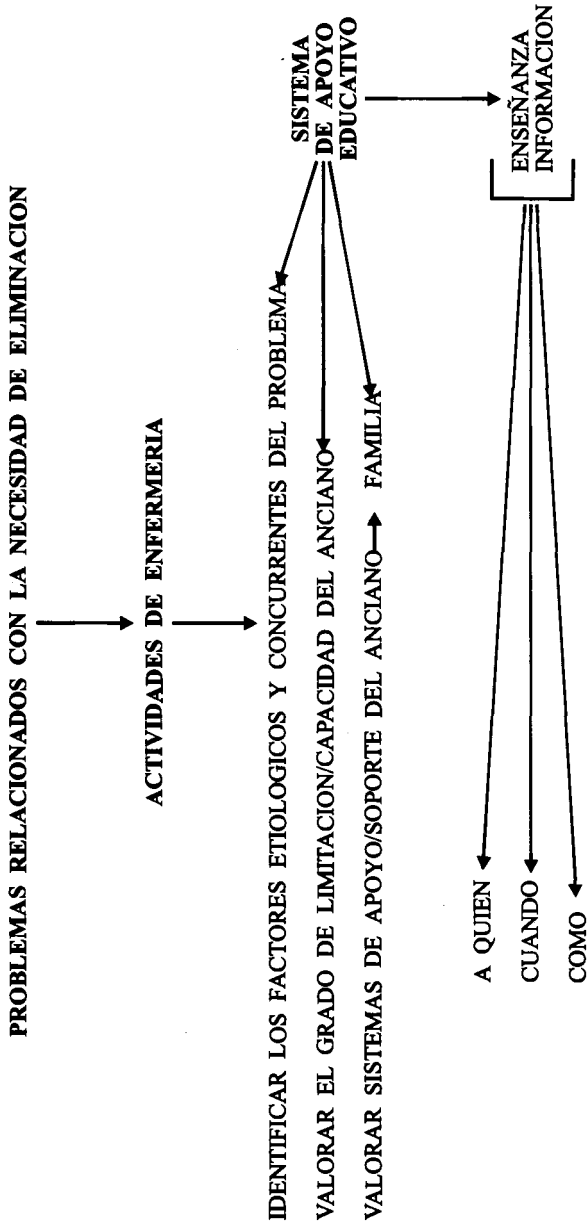
LA NECESIDAD DE ELIMINACION EN EL ANCIANO (III)



LA NECESIDAD DE ELIMINACION EN EL ANCIANO (IV)



LA NECESIDAD DE ELIMINACION EN EL ANCIANO (V)

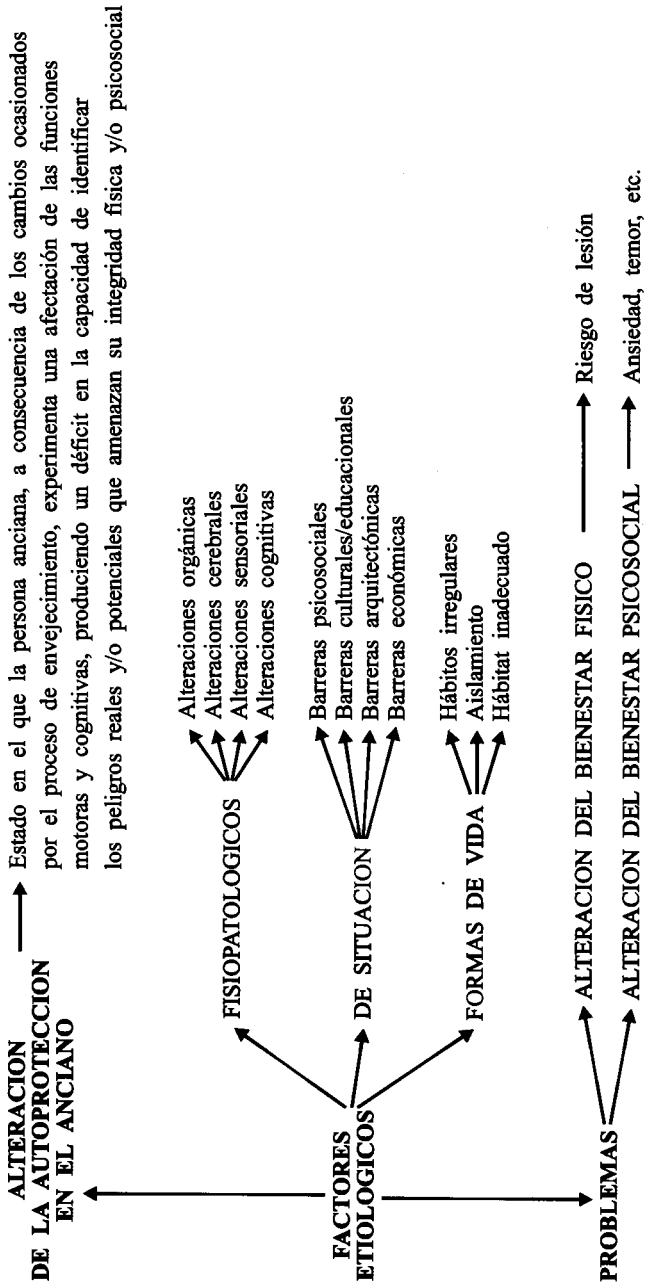


TEMA: LA NECESIDAD DE SEGURIDAD EN EL ANCIANO

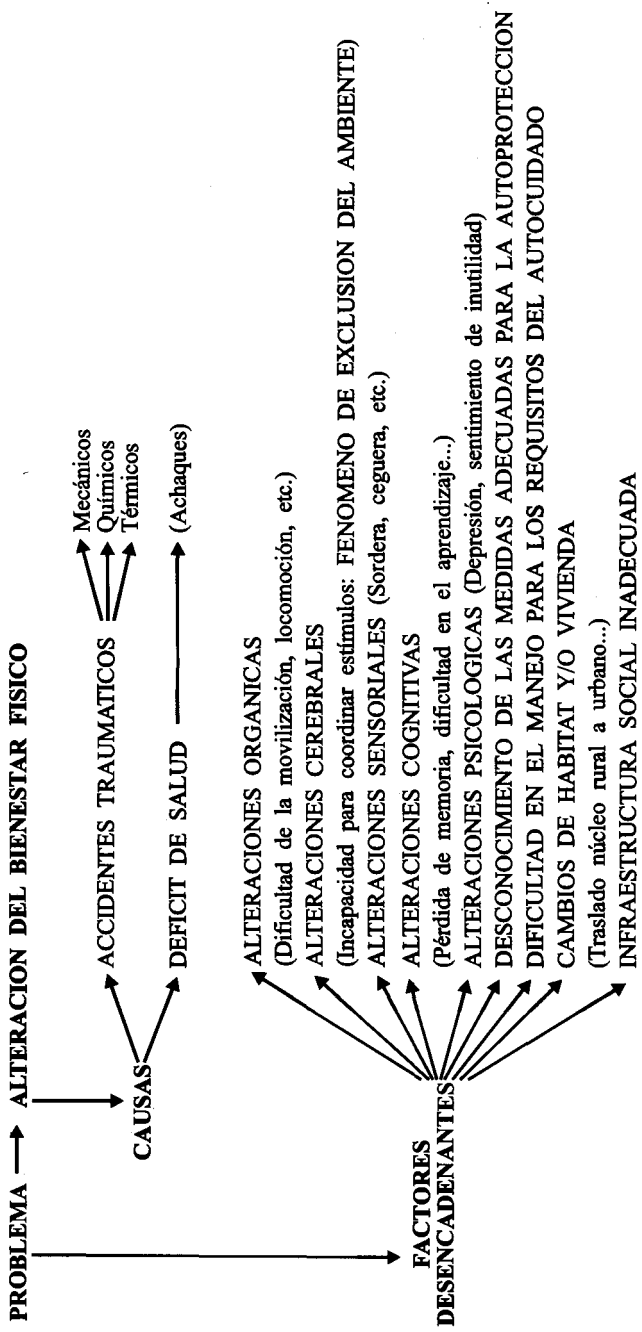
OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir las causas que hacen al anciano limitado para autoprotegerse.
2. Identificar los problemas derivados de la necesidad de seguridad alterada.
3. Explicar los factores concurrentes que hacen al anciano limitado para autoprotegerse.
4. Valorar las consecuencias de la necesidad de seguridad alterada en el anciano.
5. Describir las actividades de enfermería para ayudar al anciano a mantener su integridad física y psicosocial.

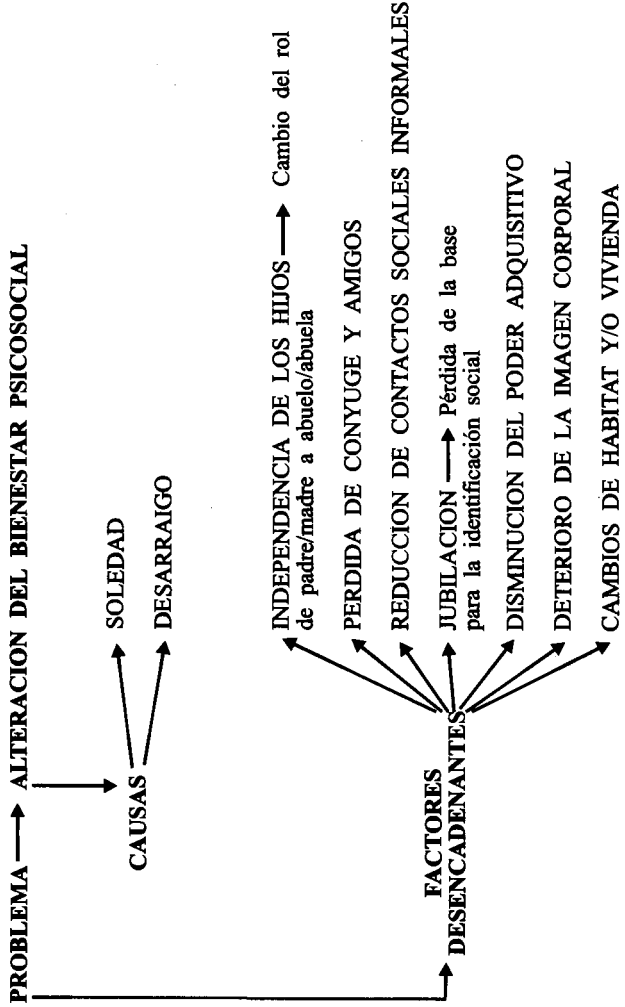
LA NECESIDAD DE SEGURIDAD EN EL ANCIANO (II)



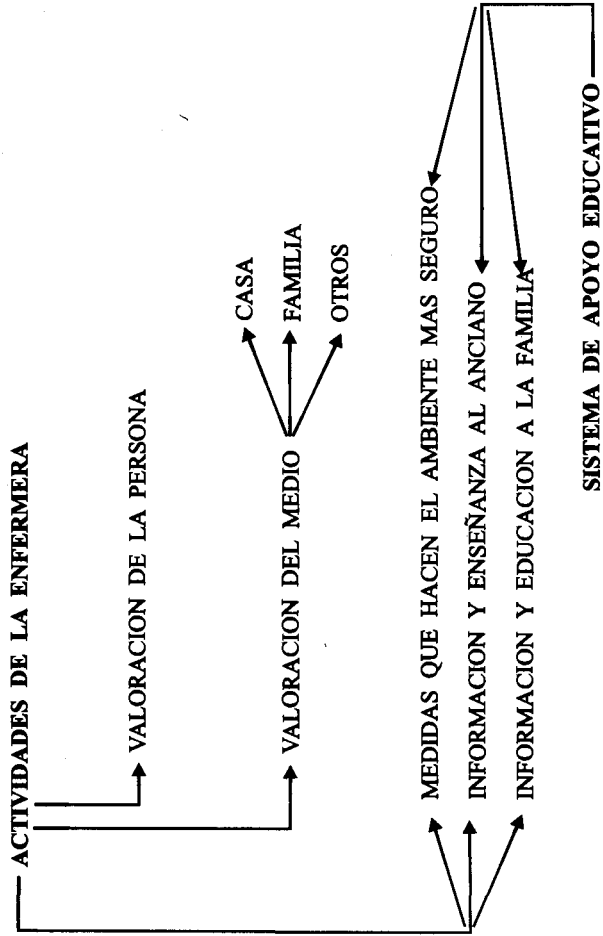
LA NECESIDAD DE SEGURIDAD EN EL ANCIANO (II)



LA NECESIDAD DE SEGURIDAD EN EL ANCIANO (III)



LA NECESIDAD DE SEGURIDAD EN EL ANCIANO (IV)

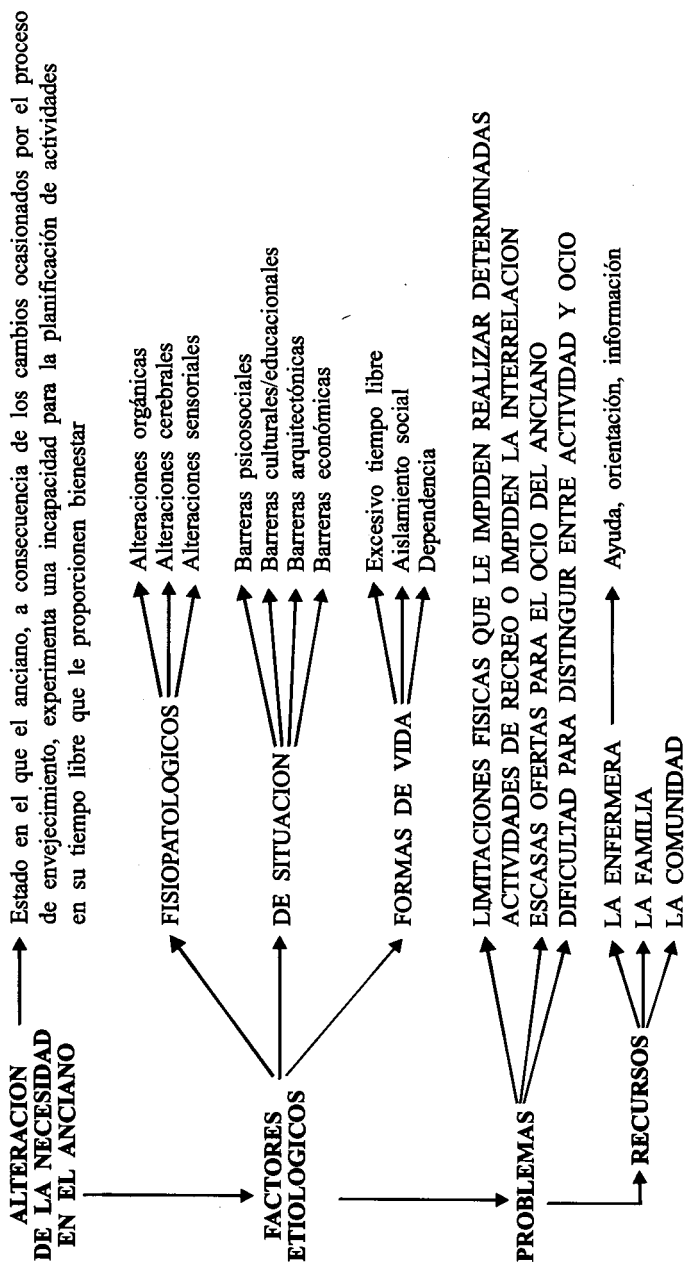


TEMA: LA NECESIDAD DE RECREO Y OCIO EN EL ANCIANO

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Valorar la necesidad de ocupación del tiempo en el anciano.
2. Identificar los factores que impiden al anciano disfrutar del tiempo.
3. Explicar la ayuda que la enfermera puede prestar al anciano y a su familia, para que aquél se adapte a su ciclo vital a través del ocio.
4. Describir los recursos que tiene la comunidad para el recreo y distracción del anciano.

LA NECESIDAD DE RECREO Y OCIO EN EL ANCIANO (I)



PRUEBA DE EVALUACION SOBRE ATENCION AL ANCIANO SANO

EJERCICIO 1

1. Describa las alteraciones en las necesidades básicas que pueden padecer los ancianos en función del ciclo vital en que se encuentran.
2. La Sra. Victoria Alcaraz, de ochenta años de edad, acude a la consulta médica del centro de salud para examen físico completo. Suele hacerlo habitualmente cada seis meses. Es viuda. Vive sola en un pequeño apartamento, cuida ella misma de la casa y está muy relacionada en un club para la tercera edad.

Conteste a las siguientes cuestiones sobre este caso:

- 2.1. Enumere los hallazgos que se pueden considerar normales sobre los signos vitales en la Sra. Alcaraz.
- 2.2. La Sra. Alcaraz comunica a la enfermera que se cansa con facilidad, que duerme solo cinco-seis horas por la noche ¿qué respuesta sería la más adecuada y por qué?
- 2.3. La Sra. Alcaraz le dice a la enfermera que para calmar los dolores articulares suele tomar aspirinas. ¿Qué le deberá decir la enfermera al respecto y por qué?

RESPUESTAS

1. DESCRIBA LAS ALTERACIONES EN LAS NECESIDADES BASICAS QUE PUEDEN PADECER LOS ANCIANOS EN FUNCION DEL CICLO VITAL EN QUE SE ENCUENTRAN
 - A) *En la adecuada ingesta de alimentos y líquidos*, pueden sufrir alteraciones por ingesta insuficiente provocada por:
 - Falta de apetito a causa de la disminución que sufren los sentidos del gusto y del olfato. Por la soledad, que suele acompañar a la vejez, que hace se sientan inapetentes y por la incapacidad para procurarse o prepararse los alimentos.
 - Las dificultades en la masticación por el estado de la dentadura.
 - Los problemas económicos que suelen tener los ancianos.
 - La disminución de la reserva de líquidos y la disminución de la sed.
 - B) *En los patrones de eliminación*: los ancianos en cuanto a la necesidad de eliminación vesical suelen padecer:
 - *Polaquiuria*: al sufrir pérdidas cognitivas, sensoriales y motoras se pierde el

tono tisular de la vejiga y rara vez se expande por completo, por lo que la capacidad de llenado se restringe.

- *Incontinencia*: frecuente en los ancianos; se produce al disminuir la capacidad de la vejiga y disminuir el tono muscular del suelo pelviano. Otros factores contribuyentes son la disminución de la visión, afectación de la movilidad y el nivel de energía (que suele acompañar al envejecimiento). Todo esto significa un aumento del tiempo que se necesita para llegar al WC, lo que a su vez implica que la persona sea capaz de retrasar la micción hasta el punto de no poder controlarla.
- *Nicturia*: el anciano suele orinar varias veces durante la noche debido a que generalmente el hombre, a partir de los sesenta años de edad desarrolla hipertrofia de próstata. Al permanecer en la posición de decúbito supino la próstata, aumentada de tamaño, presiona la vejiga, la cual reduce su capacidad de llenado.

En lo que se refiere a la eliminación intestinal, los ancianos suelen tener problemas de *incontinencia* por la disminución del reflejo del esfínter que padecen muchos ancianos.

El *estreñimiento* es el efecto de la disminución de la motilidad del tracto intestinal. Además son factores concurrentes la inactividad de los ancianos que hace que disminuya el peristaltismo intestinal, así como la insuficiente ingesta de líquidos que hace que no se promueva una consistencia adecuada de las heces.

- C) *En la actividad física*: esta necesidad se ve alterada por disminución de la capacidad visual, la disminución de la capacidad motora por debilidad muscular, dolores articulares, etc. Contribuye, además, a que el anciano disminuya su actividad la falta de motivaciones, el sedentarismo impuesto, en ocasiones, por poca accesibilidad a actividades de ocio (lejanía de centros para la tercera edad, falta de ascensor en la vivienda para bajar varios pisos, etcétera).
- D) *Sueño*: la cantidad de sueño que necesita una persona varía con el estilo de vida, la salud y la edad. En relación con este último factor los ancianos duermen menos horas durante la noche (de seis-siete). Al permanecer durante el día prácticamente inactivos no sienten el cansancio natural al llegar la noche. Como compensación duermen durante el día (dormitando en el día durante espacios de tiempo).
- E) *Soledad y comunicación*: los ancianos son más dados a sufrir aislamiento social a causa de sus pérdidas sensoriales, motoras y familiares. Asimismo suelen tener sentimientos de rechazo por parte de los más jóvenes, de inutilidad, etc., lo que hace que se hagan introvertidos e íntimos consigo mismos.
- F) *Seguridad*: los ancianos tienen un elevado riesgo de sufrir lesiones por las deficiencias motoras y sensoriales, que hace que se disminuyan las informaciones que reciben del medio.
- G) *Adaptación*: los ancianos suelen tener problemas de adaptación ocasionados

por la posición que ocupan en la familia (viudo/a, esposo/a, madre/padre, abuelo/a). Esta situación la adquieren al tener que desarrollar ciertas tareas de desarrollo familiar en la etapa crítica como son asumir el desamparo y el vivir solos; cerrar la casa familiar o adaptarla a la edad; adaptarse a la jubilación, etcétera.

2. CASO PRACTICO

- 2.1. Es normal una temperatura corporal más baja, consecuencia de la disminución de la circulación periférica; por los cambios en la piel propios del envejecimiento, lo que reduce su capacidad de adaptarse a las variaciones de las temperaturas ambientales. El proceso del envejecimiento produce también un descenso del pulso y del volumen sistólico, un aumento de las resistencias vasculares que darán como resultado un aumento de la presión arterial y una disminución de la capacidad respiratoria.
- 2.2. «Generalmente, las actividades satisfactorias promueven la relajación. Puede que necesite descansar más, pero a medida que las personas se hacen mayores, necesitan dormir menos, por regla general». Esta respuesta subraya la importancia de estar satisfecha y relajada. Normalmente, los problemas emocionales (no la intensidad de la actividad física) impiden que la persona descance. Los ancianos tienen un sueño menos profundo, pero el problema principal típico en esta edad es la falta de actividades satisfactorias durante el día, que conducen a tensión cuando la persona intenta conciliar el sueño.
- 2.3. «Deberá tener más actividad, reducir el peso corporal y tomar una dieta rica en proteínas y minerales, para que le ayuden a funcionar con menos dolor». La dieta rica en proteínas y minerales ayudan a mantener el sistema musculoesquelético; la reducción de peso disminuye la tensión articular; la actividad reduce los problemas derivados de la inmovilidad y favorece un funcionamiento motor óptimo.

UNIDAD III

CUIDADOS DE ENFERMERIA AL ANCIANO ENFERMO*

OBJETIVO GENERAL

Al finalizar el estudio de la unidad, las alumnas habrán adquirido los conocimientos teóricos necesarios que les permitan identificar las características específicas del anciano enfermo, para que sean capaces de planificar acciones de enfermería encaminadas al cuidado del anciano con procesos patológicos.

* Temas que se describen:

- Cuidados de enfermería al anciano quirúrgico.
- Cuidados de enfermería al paciente con demencia senil.

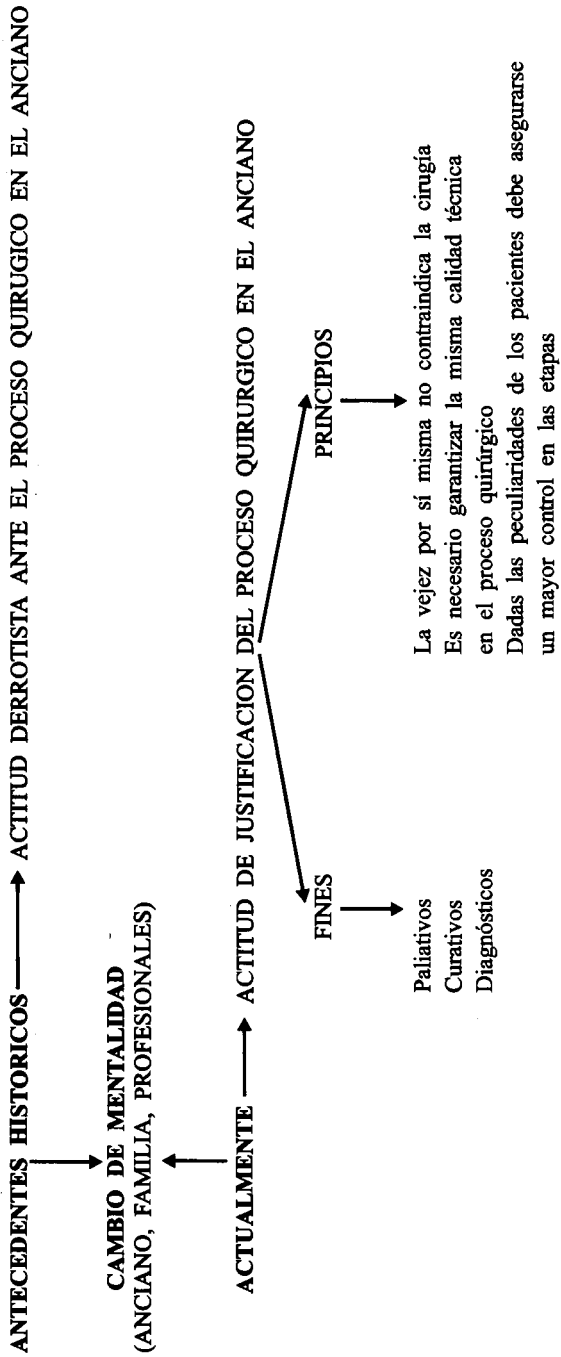
TEMA: EL ANCIANO SOMETIDO A INTERVENCION QUIRURGICA

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar las necesidades alteradas en el anciano quirúrgico.
2. Describir los problemas que se derivan de las necesidades alteradas, por el proceso quirúrgico, en el anciano.
3. Describir las acciones propias de la enfermera en el cuidado del anciano sometido a una intervención quirúrgica.
4. Valorar el grado de dependencia-independencia-limitación del anciano quirúrgico para su autocuidado.
5. Explicar las actividades de enfermería más adecuadas en la recuperación del anciano quirúrgico.

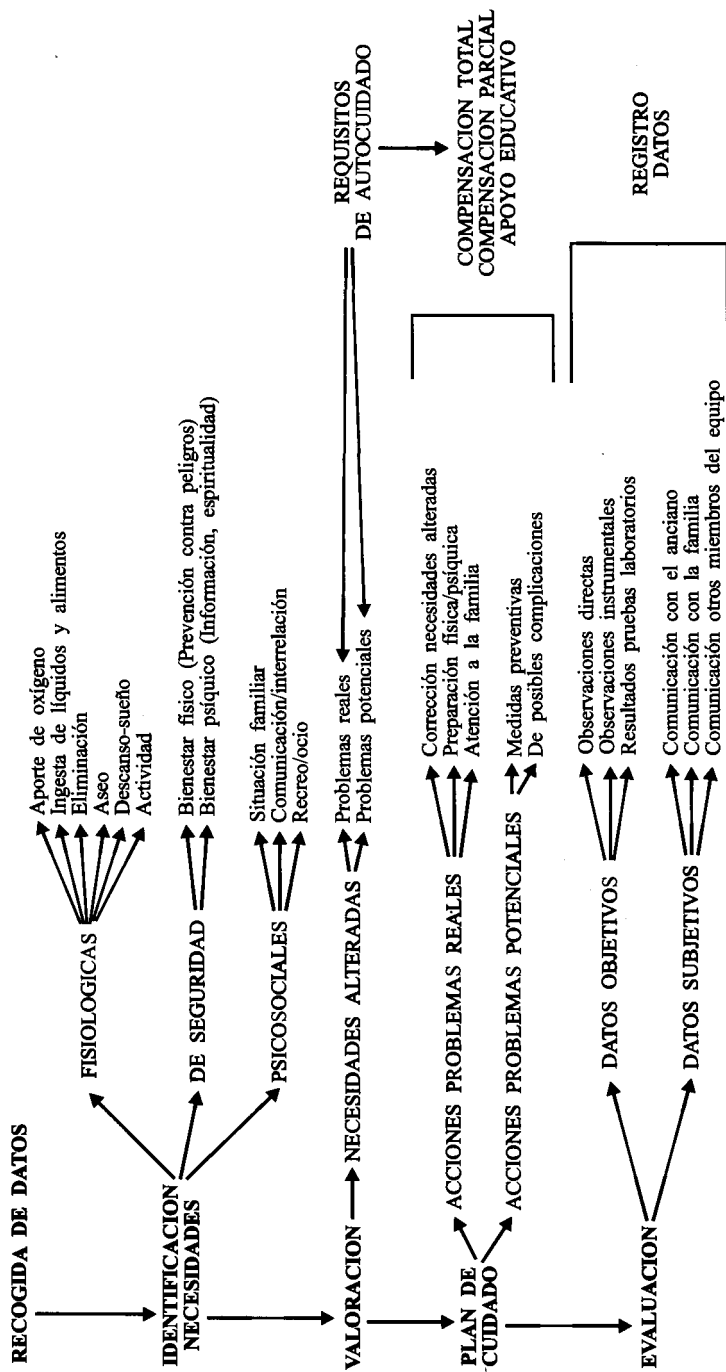
CUIDADOS DE ENFERMERIA AL ANCIANO SOMETIDO A INTERVENCION QUIRURGICA (I)

CONCEPTOS INTRODUCTORIOS

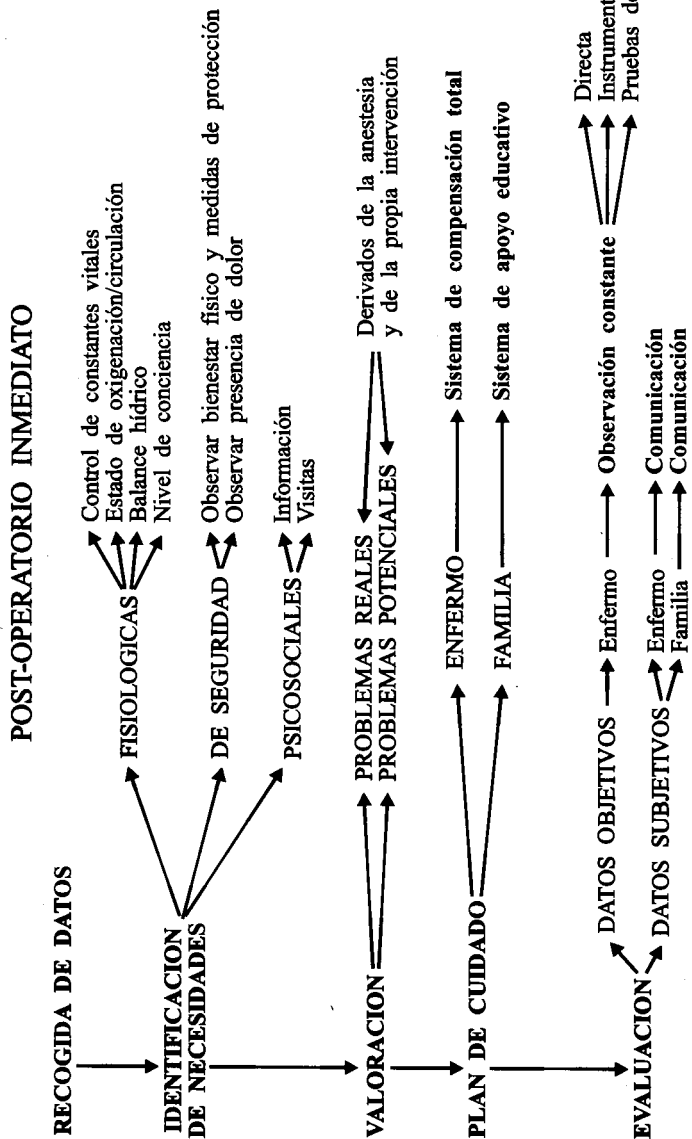


CUIDADOS DE ENFERMERIA AL ANCIANO SOMETIDO A INTERVENCION QUIRURGICA (II)

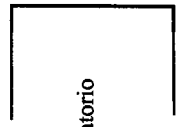
PREOPERATORIO



CUIDADOS DE ENFERMERIA AL ANCIANO SOMETIDO A INTERVENCION QUIRURGICA (III)

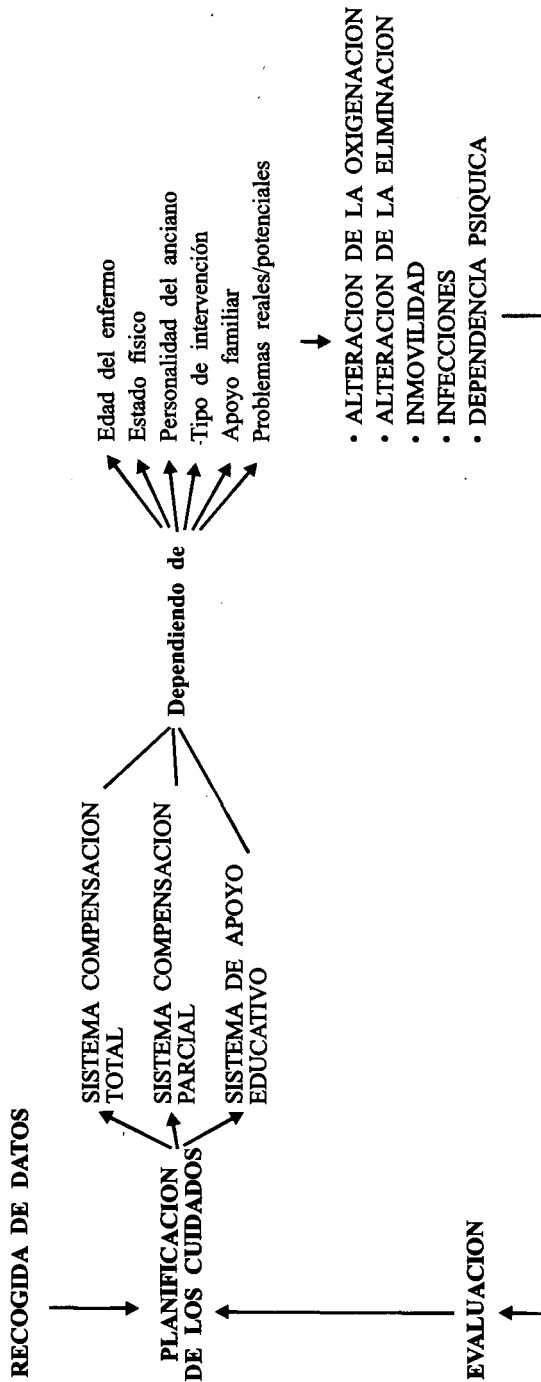


REGISTRO DATOS



CUIDADOS DE ENFERMERIA AL ANCIANO SOMETIDO A INTERVENCION QUIRURGICA (IV)

RECUPERACION POSTERIOR

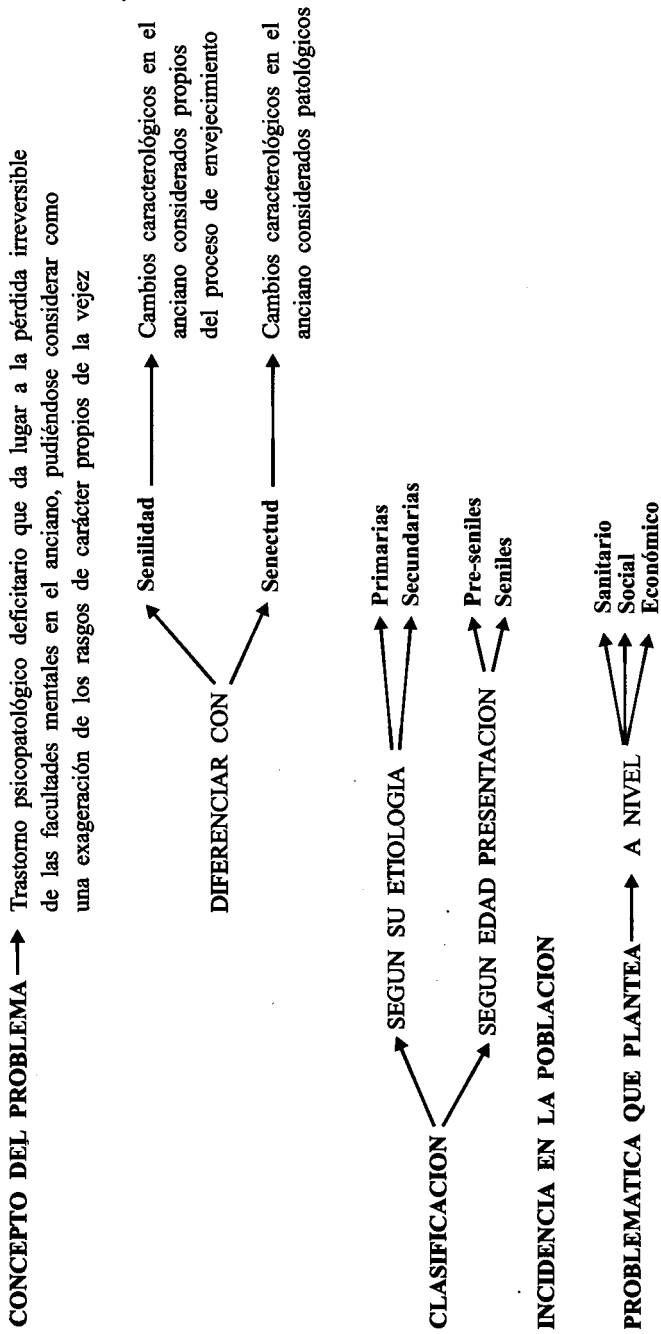


TEMA: CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON DEMENCIA SENIL

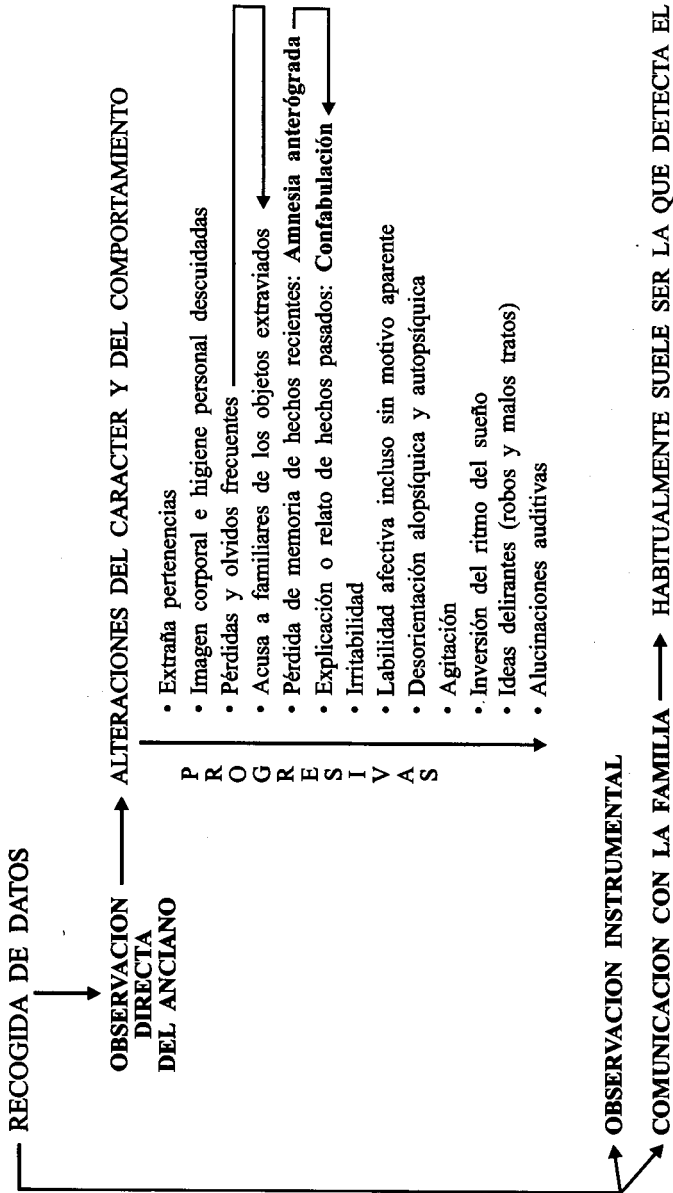
OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Definir el problema de «demencia senil».
2. Explicar la problemática sociosanitaria que plantean los ancianos con demencia senil.
3. Describir los datos a recoger para identificar los diagnósticos de enfermería asociados al problema de demencia senil.
4. Explicar las acciones de enfermería que se deben incluir en un plan de cuidado para un paciente con demencia senil.

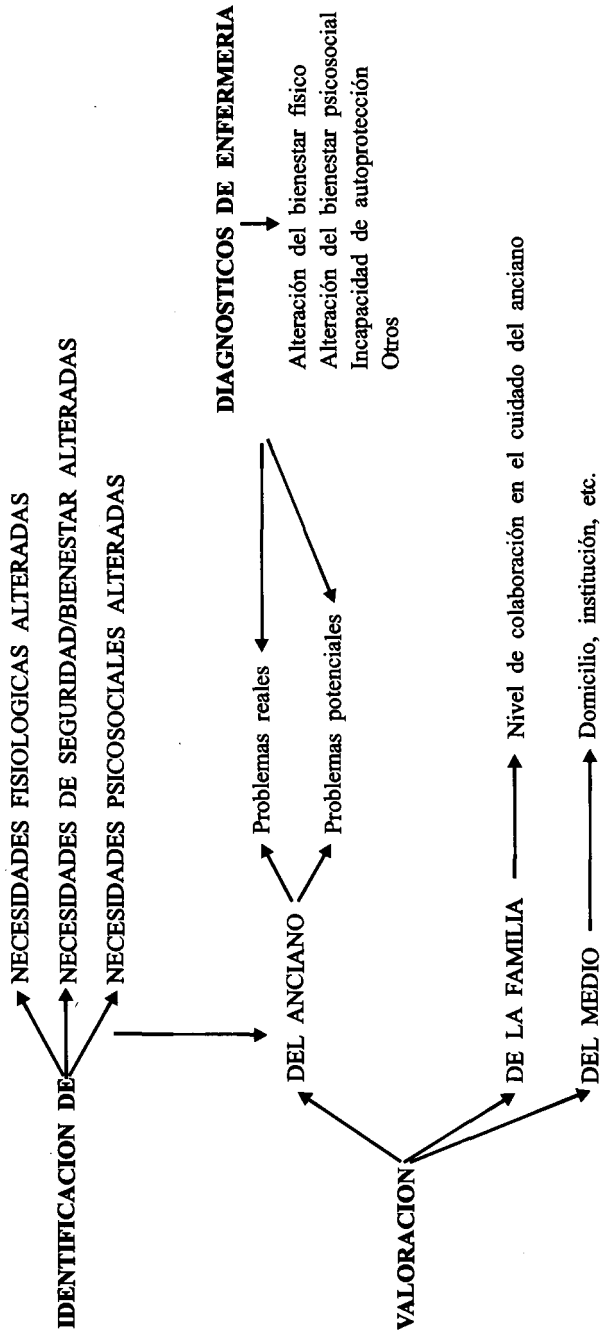
CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON DEMENCIA SENIL (I)



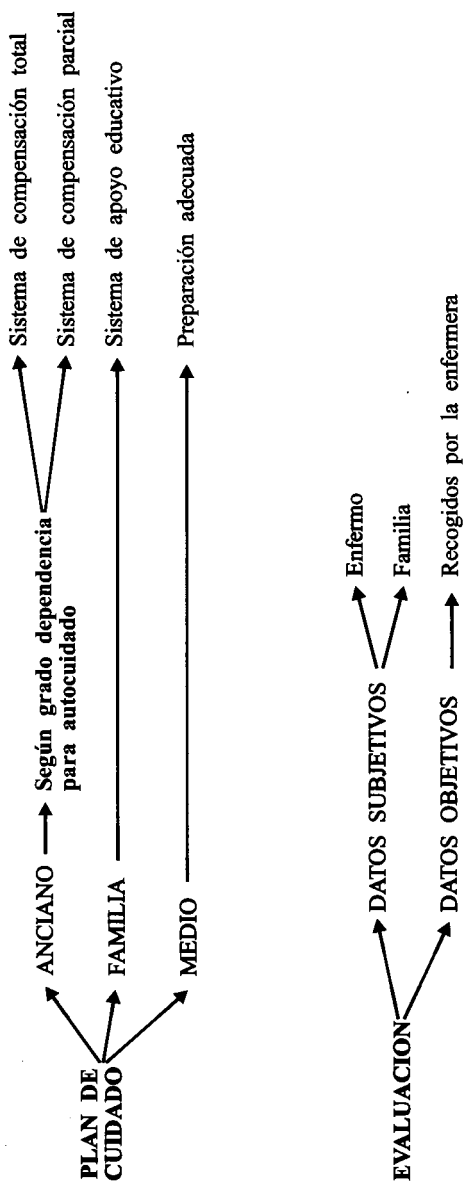
CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON DEMENCIA SENIL (II)



CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON DEMENCIA SENIL (III)



CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON DEMENCIA SENIL (IV)



PRUEBA DE EVALUACION SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERIA AL ANCIANO ENFERMO

EJERCICIO 1

CASO EN ESTUDIO

El señor R. S. ingresa en la unidad por «fractura de pelvis» al haber sufrido un accidente automovilístico cuando viajaba con un hijo. Por decisión médica permanecerá ingresado para observación y realización de exploraciones complementarias para descartar otras lesiones orgánicas. Por prescripción médica deberá permanecer en la cama en posición de decúbito supino.

DATOS QUE SE RECOGEN AL INGRESO

- Paciente de setenta y cuatro años de edad, empleado de banca jubilado; vive con una hija casada y los tres hijos de ésta comprendidos entre los siete y doce años, con los que el paciente suele jugar y pasear; está bien integrado en el núcleo familiar.
- Manifiesta no tener ningún problema de salud.
- Come de todo; eliminación vesical y fecal sin problemas.
- Ha sido fumador hasta hace seis meses de una cajetilla diaria de cigarros. No bebe alcohol.
- Usa gafas, que ha perdido en el accidente, sin ellas ve muy poco. Audición disminuida.
- Aspecto higiénico muy cuidado.
- Buen estado de hidratación y nutrición.
- Durante los trámites habituales de ingreso el paciente muestra mucha preocupación por su situación. Continuamente pide al hijo que avise al resto de la familia, sobre todo a la hija con quien vive habitualmente. Manifiesta no querer permanecer en el hospital y dice «que en su casa también puede guardar reposo en cama».

CUESTIONES A RESOLVER

1. Deberá identificar los problemas que tiene o puede tener este paciente, fundamentando su formulación.
2. Describa las acciones de enfermería basadas en los problemas identificados.

RESPUESTAS

1. Los problemas que se identifican en el Sr. R. S. son prácticamente potenciales, y son derivados de:
 - a) *La propia lesión* (fractura de pelvis).
 - b) *La situación* (inmovilidad impuesta).
 - c) *El ciclo vital* (ancianidad).

Los problemas pertenecientes a los apartados a) y b) se complementan y favorecen para que aparezcan determinadas dificultades.

PROBLEMA DERIVADO DE LA PROPIA LESION:

- A) *Rotura de órganos internos situados en la cavidad pelviana* (vejiga u otros), por perforación provocada por los probables fragmentos óseos de la fractura.

PROBLEMAS DERIVADOS DE LA SITUACION Y EDAD DEL ENFERMO:

- B) *Alteración del bienestar*: el enfermo que permanece en cama, en la misma posición, experimenta molestias por la sensación física de tensión contra la piel (presión cutánea). Por otra parte, en la fractura ósea existe dolor por fricción entre los dos fragmentos del hueso.
- C) *Seguridad física disminuida*: este paciente tiene un riesgo de lesión por visión afectada y disminución de la agudeza auditiva, movimientos limitados y dolor. Todos estos factores hacen que disminuya la percepción del medio ambiente que lo rodea.
- D) *Estado de ansiedad*: por separación temporal de sus familiares allegados, por cambios en el entorno (hospitalización) y amenaza en la integridad biológica (la lesión).
- E) *Alteración de la eliminación intestinal: estreñimiento*: La inmovilidad hace disminuir el peristaltismo intestinal (al estar en reposo el músculo intestinal). Habitualmente la persona encamada disminuye la ingestión de líquidos. El organismo, como mecanismo de compensación, aumenta la absorción de líquidos en el colon y las heces se hacen duras y secas.
- F) *Alteración de la eliminación urinaria*: puede aparecer *retención urinaria*, por encontrar muy dificultosa la eliminación en la cama, siendo muy difícil, si no imposible, relajar los músculos perianales suficientemente para iniciar el vaciado. También puede producirse *cálculos renales* si la posición en decúbito supino se prolonga, lo que hace que se formen masas de orina estancada. En personas inmovilizadas estas masas son ideales para que el aumento del contenido en minerales de la orina haga que estas se precipiten y formen cálculos.
- G) *Pérdida de la integridad de la piel*: la presión prolongada sobre el tejido causa destrucción progresiva de la piel y el tejido subyacente.

- H) *Colapso pulmonar por acúmulo de secreciones*: el trabajo respiratorio aumenta en posición de decúbito supino por menor expansión torácica y la presión de la cama contra el tórax. Asimismo, la falta de actividad hace disminuir el estímulo usual de respirar normalmente. Estos factores conducen al estasis de las secreciones normales de los pulmones quedándose estacionadas y constituyendo un buen medio para el crecimiento bacteriano. Además, cuando una persona está acostada de espalda los efectos de la gravedad tienden a empujar el moco de un bronquiolo hacia el fondo del tubo, dejando seco el epitelio de la parte alta, siendo este epitelio más vulnerable a la invasión de bacterias. En el enfermo en estudio, además, es un factor contribuyente el haber sido fumador hasta hace, relativamente, poco tiempo.
- I) *Trombosis y embolismos*: en los pacientes inmovilizados se puede producir «estasis circulatorio», que produce inmovilidad en el sistema circulatorio. Si se produce por esta causa, un coágulo en un vaso (trombo) se puede desprender del vaso y entrar en la circulación general (convirtiéndose en un émbolo).
- J) *Falta de mantenimiento en el aseo personal*: una persona postrada en cama depende de los demás para que la ayuden a mantenerse aseada, sobre todo si tiene que orinar y defecar en la cama. Es casi imposible limpiarse bien después de defecar en una cuña. Además, no cuenta con servicios para lavarse las manos y el periné. Son los problemas subjetivos del paciente, pero muy importante para mantener su comodidad física, psíquica y social.
- K) *Incapacidad para el autocuidado*: la movilidad es necesaria para satisfacer las necesidades de autocuidado y para mantener una buena salud y autoestima.
2. En el caso del Sr. R. S. las actividades que conforman el plan de cuidado serán fundamentalmente de mantenimiento y prevención de los problemas potenciales identificados
- A) — Observar aparición de: hematuria, disuria, timpanismo abdominal, dolor abdominal, taquicardia e hipotensión.
- B) — Colocar cómodamente al paciente.
— Actuar sin prisas y manipular con suavidad.
— Apoyar la parte afectada.
— Administrar calmantes (según prescripción facultativa).
- C) — Proporcionar iluminación segura.
— Colocar en lugar accesible el timbre de llamada.
— Dejar luz de noche.
— Solicitar a la familia que le proporcione nuevos lentes.
— Suprimir resplandores y luces brillantes en la habitación.

- Hablar al enfermo siempre de frente, despacio y con buena vocalización.
- D) — Proporcionar la permanencia constante de un familiar de confianza del enfermo que pueda acompañarle y ayudarle en el autocuidado.
 - Intensificar las visitas del personal de Enfermería y mantener conversación con el paciente.
- E) — Dar dieta rica en residuos, incluyendo 800 g. de fruta diaria.
 - Dar líquidos hasta 2.500 cc. al día.
 - Colocar en posición adecuada para la defecación.
 - Proporcionar intimidad y no dar prisas en la defecación.
- F) — Medir cantidad de orina de cada micción.
 - Observar distensión abdominal.
 - Palpar la vejiga para observar distensión vesical.
 - Observar si existe orina residual.
 - Establecer programación para vaciado vesical.
- G) — Lavado de las zonas de presión dos veces al día.
 - Dar masajes en zona de presión cada cuatro horas.
 - Mantener la piel hidratada aplicando crema después del lavado.
 - Mantener la ropa de cama sin arrugas.
- H) — Mantener el tórax expandido con almohadas (semisentado).
 - Realizar ejercicios respiratorios tres veces al día acompañados de claping.
 - Auscultar tórax periódicamente para detectar aparición de secreciones.
- I) — Aconsejar al enfermo que mueva las extremidades periódicamente, en la medida que el reposo se lo permite.
 - Vigilar que el enfermo no cruce las piernas.
- J) — Facilitar material para lavado de manos y periné después de cada defecación y de cada micción.
- K) — Ayudar al enfermo en las actividades de autocuidado (aseo, alimentación, eliminación, etcétera).

Hay que tener en cuenta que muchos de los procedimientos del plan de cuidado pueden ser puesto en práctica por un familiar del enfermo y/o el propio paciente. Enseñar a ambos el cuidado que requiere el Sr. R. S., mientras que éste tiene que permanecer en cama, es importante, ya que se prevee que al alta, continuará en su domicilio, encamado por algún tiempo, al menos hasta la resolución de la fractura pélvica.

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERIA AL ANCIANO ENFERMO

EJERCICIO 2

A continuación se describen dos casos y se formula una serie de preguntas, de cada uno de ellos que usted deberá responder.

CASO NUM. 1

Ingresa en el hospital la Sra. Eugenia Soler, de ochenta y un años de edad; viene acompañada por su hija después de que ésta la encontró vagando por las calles del barrio a primeras horas de una noche lluviosa. Eugenia no recuerda haber estado en la calle.

Es diagnosticada provisionalmente de «síndrome cerebral orgánico con demencia senil». Ingresa para observación médica.

- 1.1. En el momento del ingreso, ¿qué tendrá que hacer la enfermera para un mejor acercamiento a la paciente y qué no debe hacer?
- 1.2. ¿Qué comportamiento es más probable que aparezca en la Sra. Soler?
- 1.3. ¿Qué actitud debe considerar esencial el equipo de Enfermería al desarrollar el plan de cuidado de Eugenia?
- 1.4. La Sra. Soler guarda la comida sobrante y otros objetos sin valor aparente en sus bolsillos, según ella «donde nadie pueda quitárselos», ¿qué comportamiento sería el más adecuado ante esta situación y cuál el más contraindicado?
- 1.5. La Sra. Soler pasa el tiempo hablando de «los buenos tiempos de su juventud en su pueblo natal». En este caso de síndrome cerebral orgánico, ¿qué comportamiento sería el más adecuado por parte de la enfermera?
- 1.6. A Eugenia le encanta hablar de su juventud, pero muestra cierta tendencia a la fantasía sobre el tema. ¿Cuál es el propósito de la enferma con esta actitud?

CASO NUM. 2

La Sra. Martín, que ha venido quejándose de cefaleas en los últimos tiempos, es hospitalizada en estado de coma. Poco después de su ingreso recobra la conciencia, pero se muestra desorientada. El examen físico revela hemiplejía derecha. Se le diagnostica de accidente cerebrovascular agudo (ACVA) con hemiparesia derecha.

- 2.1. ¿Dónde está localizada la lesión de la Sra. Martín?

- 2.2. La Sra. Martín presenta una cierta afasia expresiva residual. ¿Cuál sería la mejor actuación de enfermería a este respecto?
- 2.3. El examen de la visión de la Sra. Martín revela una pérdida de visión de la mitad derecha del campo visual de ambos ojos. ¿Qué acción será la más importante para ayudar a la enferma a compensar esta pérdida?
- 2.4. La Sra. Martín va a ser dada de alta. Ha recuperado parcialmente el uso del brazo y casi totalmente el de la pierna. Se programan visitas a domicilio. ¿Con qué objetivo?

RESPUESTAS

CASO NUM. 1

- 1.1. La enfermera debe presentarse a la enferma, explicarle que se encuentra en el hospital y asegurarle que su hija se quedará con ella. La familiaridad con el medio ambiente y con las personas que le van a cuidar pueden infundirle seguridad y confianza.

No le debe dar excesiva información sobre las normas y rutinas del hospital, pues la persona sometida a estrés no puede asimilar excesiva información, ya que esto la conduciría a un aumento de su confusión y angustia. Tampoco se le dirá que «no se preocupe, que su problema no tiene importancia y enseguida se restablecerá». Al decir «no se preocupe» se puede estar negando a la paciente sus propios sentimientos en indicarle que se recuperará pronto es darle falsa seguridad y esperanza.

- 1.2. Probablemente desarrolle disminución de su período de atención y alteraciones perceptuales, ya que la destrucción de las neuronas provoca pérdida de memoria y dificultad en la percepción del medio externo.
- 1.3. La familiaridad con las situaciones y la continuidad ayudarán a dar a la paciente una sensación de seguridad y acrecentará su confianza. Una cierta flexibilidad la ayudará a individualizar y fomentar el sentimiento de autoestima de la paciente. Dada su tendencia a olvidar las explicaciones excesivamente prolijas, se la informará de conceptos sencillos y directos. Aunque tener en cuenta las preferencias de la paciente ayuda a personalizar los cuidados, también se debe sopesar la conveniencia o no de ello.
- 1.4. La actitud más conveniente en este caso sería proporcionarle una bolsa en la que la enferma pueda guardar los objetos de su preferencia y la comida que ella misma elija. Esto permite a la paciente ejercitar su derecho a decidir qué objetos desea guardar, a la vez que le proporciona una mayor seguridad e higiene.

No es conveniente tirar los objetos y restos de comida cuando la enferma duerme. Esto es engañar a la enferma, limitarla en su capacidad de juicio y hacerle crear recelos hacia el equipo de Enfermería. Tampoco se le debe

decir que las enfermeras tiene la responsabilidad de retirar de su armario los objetos inútiles y explicarle que debe seguir las normas impuestas por el hospital. Esto no le ayudará en absoluto. No deben quitárseles los objetos inofensivos. Dada su avanzada edad, la enferma presenta una disminución en su período de atención y en su memoria; sólo con explicaciones no se logrará que aumente su sensación de seguridad personal.

- 1.5. Permitirle hablar sobre su pasado y escuchar sus relatos con interés estimulará su expresión verbal, dará a la paciente un sentimiento de seguridad y reducirá su sensación de aislamiento.

Nunca se debe interrumpir la expresión verbal de sus recuerdos y abocarla a un sentimiento de «no ser aceptada»; ni se debe transmitir falta de interés por lo que la enferma explica.

- 1.6. El propósito de su fantasía, en este caso, es aumentar su autoestima. La fabulación y la fantasía es un mecanismo defensivo contra la inseguridad que produce la falta de memoria. En el caso de esta paciente no hay intento de regresión (mecanismo de defensa por el que la persona se refugia en las primeras pautas defensivas que utilizó durante su desarrollo).

Aunque el paciente anciano tema ser olvidado o perder el afecto de los demás, el principal objetivo de la fabulación no será el de atraer la atención de quienes le rodean. La paciente puede recordar sus logros pasados, pero normalmente tampoco es este el propósito de la fabulación.

CASO NUM. 2

- 2.1. En la vía piramidal del hemisferio izquierdo. Las manifestaciones clínicas de un ACVA son debidas a una lesión neuronal motora superior. La vía motora (piramidal) enlaza con el lado opuesto de la médula; así, una lesión en el hemisferio cerebral izquierdo provoca manifestaciones clínicas en el lado derecho.
- 2.2. Alentar todos los intentos de comunicación sin corregirle las palabras ni las expresiones utilizadas. La recuperación del lenguaje está en relación con la frecuencia de las tentativas para comunicarse con un oyente interesado. Permitir que la paciente utilice su propio vocabulario para expresarse estimulará nuevos intentos de comunicación.
- 2.3. Animarla con frecuencia a girar la cabeza y a cambiar de posición para que pueda ver la parte de la habitación que queda en el campo visual afecto. La paciente debe compensar su pérdida de campo visual siendo más consciente de los riesgos que pueden afectar su seguridad física. Esta acción implica la participación de la paciente.
- 2.4. Valorar la capacidad de la paciente para llevar a cabo en su casa lo que ha aprendido en el hospital. Los pacientes con lesiones cerebrales consecutivas a ACVA pueden tener problemas de aprendizaje y generalización. Las visitas domiciliarias ayudan a evaluar la capacidad de la persona para plasmar en su casa lo aprendido en el hospital.

ENFERMERIA PSIQUIATRICA

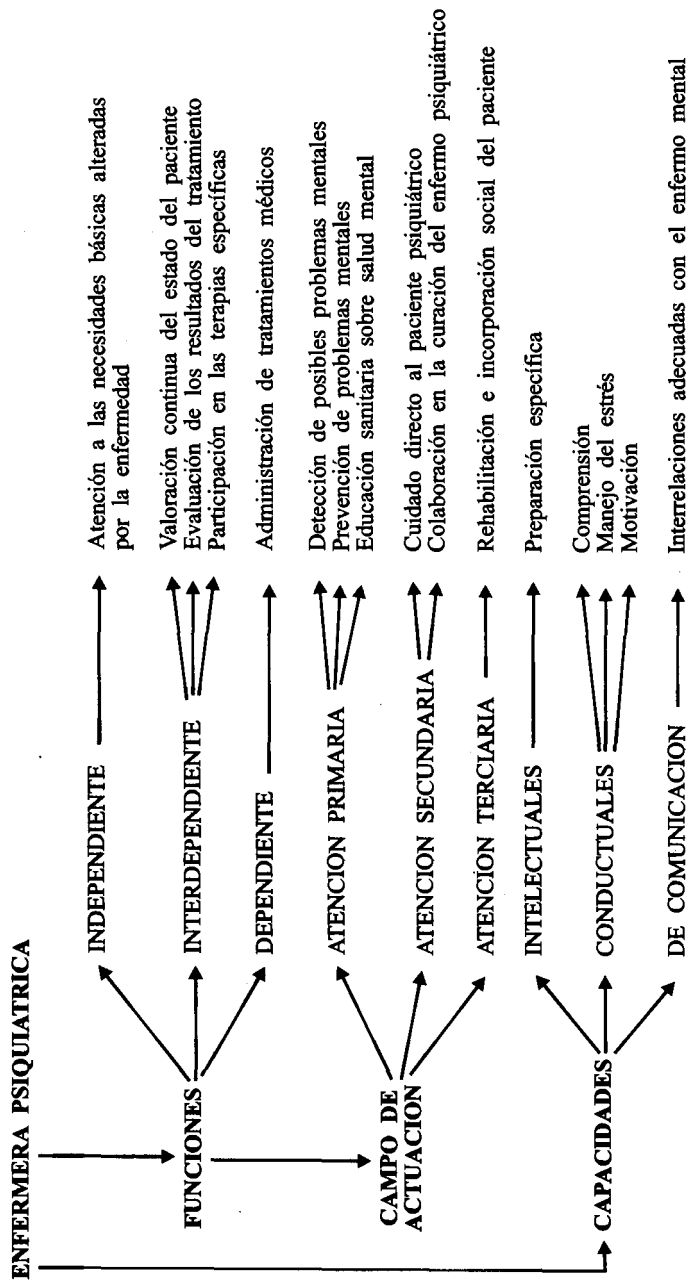
OBJETIVO GENERAL

Al finalizar el estudio de esta asignatura, las alumnas habrán adquirido los conocimientos teóricos necesarios para que, como futuras profesionales de Enfermería, sean capaces de detectar individuos con posibles riesgos de enfermedad mental y prestar cuidados básicos a pacientes hospitalizados que presentan problemas psicológicos.

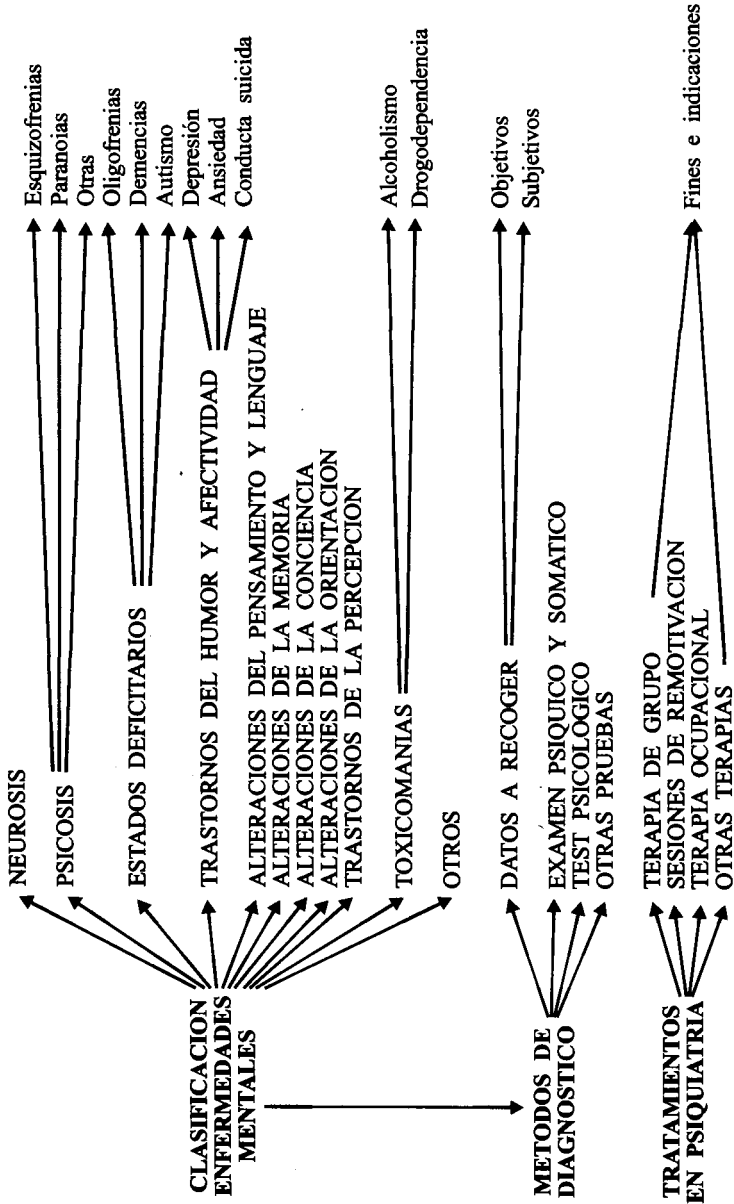
OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Valorar la importancia que tiene la salud mental en el desarrollo integral del individuo.
2. Identificar la función de la enfermera dentro del cuidado del enfermo mental.
3. Identificar los problemas de salud mental en el individuo, según la etapa del ciclo vital y situaciones en que se encuentre.
4. Identificar las manifestaciones conductuales más significativas en los trastornos psicológicos.
5. Describir las acciones correctas para solucionar problemas derivados de conductas desadaptadas.
6. Describir la forma más adecuada de relacionarse con los enfermos mentales.

CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON ALTERACIONES PSICOGENAS (I)

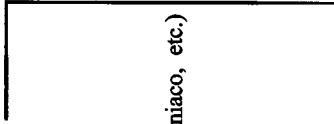


CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON ALTERACIONES PSICOGENAS (II)



CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON ALTERACIONES PSICOGENAS (III)

DERIVADOS DE ALTERACIONES PSIQUICAS



DIAGNOSTICOS
ENFERMOS



VALORACION

- RECOGIDA DE DATOS
- FACTORES PREDISPONENTES Y CONCURRENTES
- RELACION DE DATOS Y FACTORES

ACTIVIDADES

- PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA
- ACTIVIDADES DE OBSERVACION
- EDUCACION SANITARIA
- PROCEDIMIENTOS MEDICOS REALIZADOS POR ENFERMERAS

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE ENFERMERIA PSIQUIATRICA

EJERCICIO 1

A continuación se hace una serie de afirmaciones. Deberá contestar si son correctas o incorrectas. Fundamente sus respuestas.

1. El trastorno esquizofrénico de tipo desorganizado se caracteriza por todos los rasgos de la esquizofrenia, además de un severo trastorno afectivo.
2. Juan Rodríguez se muestra hiperactivo, eufórico y manifiesta fuga de ideas. El plan de cuidado para este enfermo deberá incluir «la persuasión para que no realice mucha actividad».
3. Andrea Jiménez ingresa por un cuadro grave de ansiedad, sus manos no paran quietas y anda de un lado para otro. La primera intervención de la enfermera deberá ser el estar cerca de ella físicamente.
4. La ansiedad es algo motivado conscientemente por pensamientos y deseos.
5. En el problema de «pánico» los mecanismos de defensa que se pueden manifestar con más probabilidades son la represión, la negación y la formación reactiva.
6. El objetivo último del paciente en la terapia de grupo es que el enfermo se identifique con otros miembros del grupo.
7. Para rebajar la tensión entre los pacientes ingresados en una unidad de psiquiatría, la acción más eficaz podría ser planificar varias actividades recreativas vigorosas durante el día. Las menos recomendables serían llevar a los pacientes de viaje fuera del hospital y hacer que los pacientes pasen más tiempo con la terapia ocupacional.
8. Las sesiones de remotivación tienen como objetivo ayudar a los pacientes a comprender sus conflictos personales en el seno del grupo.
9. Después de que un paciente hospitalizado haya intentado suicidarse, el paso que ha de darse en primer lugar es evitar que el paciente hable del suicidio.
10. La mayoría de las personas que experimenten un estrés repentino y extremo, después de un desastre grave, tienden a ser sugestionables.
11. Si al pasar por la habitación de una enferma recién ingresada la enfermera la oye llorar lo más indicado es entrar en la habitación, presentarse y decirle que le gustaría pasar un rato con ella.
12. Al cuidar a un paciente confuso e incoherente tendrá que animársele a participar en conversaciones y juegos de grupo.
13. La enfermedad maniaco-depresiva, tipo maníaco, es excepcional, ya que la mayoría de las depresiones son de tipo exógeno y tiene la misma incidencia que la enfermedad ciclotímica y aparece de forma natural en la población.

14. El proceso por el que una enfermera examina sus propios sentimientos hacia un paciente en un contexto clínico se conoce como autodiagnóstico.
15. Sólo los pacientes psicóticos sufren alucinaciones.

RESPUESTAS

1. *Incorrecta:* las características principales de este tipo de esquizofrenia son la torpeza emocional y la conducta regresiva.
2. *Incorrecta:* a este enfermo se le deberá proporcionar cauces constructivos para canalizar su exceso de energía, puesto que la mayoría de los pacientes hiperactivos son fáciles de distraer.
3. *Correcta:* al estar físicamente cerca le transmite la sensación de que alguien la valora lo suficiente como para estar allí y de que ella es una persona que merece ser cuidada.
4. *Incorrecta:* la ansiedad es una respuesta humana normal, que todos experimentamos al enfrentarnos a situaciones de estrés y que produce cambios físicos y emocionales.
5. *Incorrecta:* es más probable que las personas con problema de «pánico» manifiesten «*reacción a la conversión*». Este mecanismo de defensa convierte los sentimientos que resultan insoportables en expresiones corporales; es decir, en síntomas físicos. La negación implica una distorsión de la realidad; el ego rehusa ver las cosas como son. La represión es un mecanismo inconsciente que impide que los impulsos amenazantes aparezcan en la mente. La formación reactiva es un mecanismo por la que los impulsos no deseables se mantienen en el inconsciente enfatizando los impulsos opuestos.
6. *Incorrecta:* el objetivo de la terapia de grupo para un paciente es valorar como se desenvuelve en sus relaciones dentro del grupo. Cuando consiga este objetivo empezará a desarrollar ideas sobre cómo enfocar sus relaciones fuera del grupo.
7. *Correcta:* el ejercicio intenso es una de las mejores formas de mitigar la tensión entre los paciente psiquiátricos. Hacer viajes puede incrementarla y pasar más tiempo con la terapia ocupacional no la rebajaría.
8. *Incorrecta:* el objetivo de este terapia es reactivar el interés del enfermo por la vida cotidiana. Un enfermo ha de intentar comprender sus conflictos personales en las reuniones de terapia de grupo.
9. *Incorrecta:* la primera preocupación debe ser la seguridad de los pacientes. Después de revisar las normas vigentes para su protección se ha de clarificar cualquier malentendido y ayudar al enfermo a expresar su ira. Nunca se debe prohibir a los enfermos hablar sobre el suicidio.
10. *Correcta:* el estrés extremo reduce la capacidad de la persona para tomar decisiones, lo que hace que sean más sugestionables.

11. **Correcta:** el enfoque más terapéutico es entrar inmediatamente en la habitación, presentarse a la enferma y quedarse con ella. No se le pedirá que diga lo que le pasa. Sólo con estar cerca se le hace saber a la enferma que si quiere puede hablar.
12. **Incorrecta:** la única respuesta terapéutica es ser firme y amable y ayudarle en cuanto sea necesario; este tipo de enfermo es incapaz de pedir ayuda. Las conversaciones del grupo no son apropiadas para un paciente confuso.
13. **Incorrecta:** la enfermedad maniaco-depresiva no es exógena ni natural. Aunque existe mayor incidencia en hijos de padres maniaco-depresivos, también aparece en personas sin antecedentes familiares.
14. **Correcta:** el autodiagnóstico es el proceso por el que una enfermera valora sus propios sentimientos y conducta hacia un paciente con el fin de entender mejor su problema.
15. **Incorrecta:** las alucinaciones no implican necesariamente un trastorno mental. Por ejemplo, un paciente postoperado que nunca haya mostrado signos de enfermedad mental puede experimentar alucinaciones.

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE ENFERMERIA PSIQUIATRICA

EJERCICIO 2

Conteste las siguientes cuestiones sobre los casos que se exponen

CASO A

Alejandra Martín, de treinta y cinco años de edad, casada, madre de dos niños, es ingresada en la unidad de psiquiatría diagnosticada de «enfermedad maniaco depresiva». La enfermera nota que la Sra. Martín es incapaz de mantener una conversación coherente, cambiando constantemente de tema.

1. ¿A qué se puede atribuir este signo?

La Sra. Martín parece tener un exceso de energía, no puede permanecer quieta.

2. ¿Qué actividad más útil podría sugerirle la enfermera?

El comportamiento disruptivo de la Sra. Martín en la unidad comienza a molestar al resto de los pacientes.

3. ¿Qué podría hacer la enfermera ante este problema?

La conducta de Alejandra a menudo es extravagante y absurda

4. ¿Qué podría explicar este comportamiento?

La enfermedad de la Sra. Martín puede entenderse mejor como un intento del ego de compensar una agresión hacia sí misma y miedo del superego punitivo.

5. ¿Qué proceso subyacente podría ser la fuente de la manía?

CASO B

Rosa Cano, de veinticinco años de edad, ingresa en el hospital psiquiátrico con una depresión importante. Hace un año que murió su hijo de nueve meses y desde entonces come muy poco, ha perdido peso, apenas se mueve, responde con monosílabos y ha descuidado completamente su imagen.

6. Mientras persista la gravedad de los síntomas, ¿qué enfoque de enfermería sería el más adecuado?

Rosa explica a la enfermera que no puede hablar y no tiene nada que decir y permanece en silencio.

7. ¿Qué sería lo más apropiado hacer por la enfermera?

Un día Rosa acude al comedor peinada y arreglada.

8. ¿Qué actitud seguiría la enfermera para reforzar este cambio en la paciente?
9. ¿De qué deriva habitualmente la depresión?
10. ¿Qué acciones de Enfermería serán importantes ante un paciente deprimido?

RESPUESTAS

CASO A

1. Este síntoma es característico de «fuga de ideas», situación en la que una idea promueve otra ininterrumpidamente.
2. Una actividad útil sería, por ejemplo, repartir la ropa por las habitaciones. Esta actividad serviría para canalizar adecuadamente la energía de la enferma, obviando los estímulos externos que podrían acarrear otras actividades en grupo.
3. Podría limitar su conducta, explicándole de forma lógica los motivos. Establecer limitaciones ayuda a prevenir el rechazo de los demás pacientes y la consiguiente pérdida de la autoestima de la paciente.
4. Alejandra tiene poco o ningún control sobre su conducta impulsiva. En estado maniaco, la Sra. Martín es incapaz de ejercer el mínimo control sobre su conducta. Actúa de forma impulsiva, utiliza una lógica limitada y tiene problemas para tomar decisiones.
5. *La depresión*: la depresión es el resultado de una agresión al ego (pérdida o deterioro); la manía enmascara la depresión.

CASO B

6. Por ejemplo, decirle a la paciente que le gustaría dar un paseo con ella y luego ayudarla a vestirse reduciría su aislamiento y alejamiento sin abrumarla con el peso de tomar una decisión. La enferma necesita una rutina simple y estructurada. Es posible que no sea capaz de mantener una relación estrecha con más de una persona.
7. Lo mejor sería decirle que «puede que le resulte difícil hablar ahora, a lo mejor desea hacerlo en otro momento». Esto ayuda a la enfermera a descubrir el nivel funcional de la paciente y animarla a superarlo en un futuro próximo.
8. Un simple comentario de reconocimiento es la mejor respuesta. Por ejemplo, decirle «veo que se ha peinado y arreglado». No conviene decirle que se encuentra mejor, esto sería hacer suposiciones. Hacer exclamaciones de entusiasmo como «nunca ha tenido Vd. tan buen aspecto», podría interpretarlo como un insulto.

9. Un sentimiento de pérdida real, imaginaria o inminente suele contribuir al desarrollo de la depresión.
10. Proporcionar un escape motor para los sentimientos de agresividad y hostilidad. Un paciente depresivo, generalmente, se enfada consigo mismo, no con los demás. La Sra. Cano necesita una salida para ese enfado.

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE ENFERMERIA PSIQUIATRICA

EJERCICIO 3

Describe las siguientes cuestiones:

1. Diferencia entre los problemas «alteración en los procesos del pensamiento» y «alteración en la percepción sensorial».
2. Alteraciones en los componentes de la percepción de sí mismo.
3. Factores etiológicos y concurrentes de la ansiedad.
4. Factores de riesgo que pueden desencadenar «adicción al alcohol y las drogas».
5. Actividades de educación sanitaria que se deben llevar a cabo ante un problema potencial de «dependencia a las drogas».
6. El problema «intento de suicidio».
7. Cómo se valora la falta de conocimiento sobre el manejo del estrés.

RESPUESTAS

1. **DIFERENCIA ENTRE LOS PROBLEMAS «ALTERACION EN LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO» Y «ALTERACION EN LA PERCEPCION SENSORIAL»**

El diagnóstico de enfermería «alteración en los procesos del pensamiento» describe a una persona con alteraciones cognoscitivas (interpretación inexacta del medio), que son resultado de trastornos mentales y de personalidad. Este diagnóstico difiere del de «alteración en la percepción sensorial», el cual describe a una persona con alteraciones en la cantidad, patrón o interpretación de los estímulos percibidos, que son resultado de trastornos fisiológicos, sensoriales o motores, no de trastornos mentales ni de la personalidad.

2. ALTERACIONES EN LOS COMPONENTES DE LA PERCEPCION DE SI MISMO

Imagen corporal: verse a uno mismo de forma diferente como resultado de cambios reales o imaginados en la estructura o función del cuerpo.

Autoestima: falta de confianza en la capacidad de realizar lo que se desea.

Ejecución del rol: incapacidad para realizar aquellas funciones y actividades esperadas de un rol, en particular en una sociedad dada.

Identidad personal: trastornos en la percepción de sí mismo.

3. FACTORES ETIOLOGICOS Y CONCURRENTES DE LA ANSIEDAD

Factores fisiopatológicos:

Cualquier factor que interfiera con las necesidades básicas humanas (comida, aire, bienestar, etcétera).

Factores de situación:

— Amenaza real o imaginaria en la percepción de sí mismo:

- Pérdida de prestigio, fracaso, falta de reconocimiento por parte de los demás, etcétera.

— Pérdida real o imaginaria de familiares o amigos allegados:

- Muerte, divorcio, separación, etcétera.

— Amenaza real o imaginaria de la integridad física:

- Enfermedad, agresión, etcétera.

— Cambio real o imaginario del entorno:

- Hospitalización, jubilación, etcétera.

Factores de maduración:

— Niños (separación, mutilación, logros no conseguidos, etcétera).

— Adolescentes (desarrollo sexual, independencia, relaciones con los compañeros, etcétera).

— Adulto (paternidad, desarrollo profesional, efectos del envejecimiento, etcétera).

— Anciano (pérdidas sensoriales y/o motoras, jubilación, etcétera).

4. FACTORES DE RIESGO QUE PUEDEN DESENCADENAR «ADICCIÓN AL ALCOHOL Y A LAS DROGAS»

Enfermedades:

- Depresión mayor, obesidad, enfermedad crónica, otras.

Psicosociales:

- Incompetencia para enfrentarse a los problemas cotidianos.
- Amenaza de fracasos repetidos.
- Personalidad muy dependiente.
- Otros.

Derivados de tratamientos médicos:

- Terapéutica prolongada con fármacos sedantes, tranquilizantes, etcétera.

Forma de vida y ambiente:

- Elevada ingesta de alcohol.
- Excesiva asistencia a fiestas y actos sociales.
- Otros.

Error humano:

- Autotratamiento con fármacos de venta libre.

5. ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN SANITARIA QUE SE DEBEN LLEVAR A CABO ANTE UN PROBLEMA POTENCIAL DE «DEPENDENCIA DE LAS DROGAS»

- Explicar que la dependencia de fármacos es una enfermedad.
- Explicar que el uso de drogas no es socialmente esencial para ser aceptado por los amigos.
- Explicar que el abuso a largo plazo de drogas reduce el placer derivado de tal abuso.
- Explicar por qué recurren las personas al abuso de drogas (obtener la aceptación del grupo, hacer frente a problemas emocionales, causar daño a seres significativos, fines experimentales, etcétera).
- Recomendar evitar la automedicación.
- Recomendar nuevas opciones sobre métodos efectivos para hacer frente a la situación (como el método para resolver problemas).

- Describir síntomas que deben comunicarse (aumento gradual de la cantidad y/o frecuencia de fármacos; quejas de que el dolor dura mucho tiempo después de que el dolor debiera de haber desaparecido).
- Explicar que el uso de fármacos para resolver problemas es peligroso y no se consigue resolver problemas y se crean otros nuevos.
- Explicar a los familiares la importancia del modelamiento del papel a través de la abstinencia del uso de drogas.
- Explicar la importancia de que las personas se ofrezcan apoyo emocional unas a otras para resistirse a la presión de los compañeros o a los impulsos hacia la dependencia de drogas.
- Explicar la importancia de mantener una actitud positiva hacia sí mismo, que compensa la necesidad de depender de drogas.
- Explicar cómo se canaliza la energía emocional y se libera la tensión (correr, actividades recreativas, reír, hablar de cosas pasadas, etcétera).
- Explicar la importancia de aprender y practicar los principios de salud mental.
- Explicar por qué el problema potencial podría convertirse en real (se sabe que el uso de drogas conduce a dependencia gradual).
- Explicar la razón de los métodos preventivos y los efectos esperados.

6. EL PROBLEMA «INTENTO DE SUICIDIO»

El intento suicida: es una conducta autodestructiva que, si no es interrumpida, puede conducir a la muerte de la persona.

Datos subjetivos: ansiedad severa, sentimientos intensamente bajos de autoestima, de desesperanza, desamparo, dependencia y soledad severa.

Datos objetivos: la persona usa métodos letales para poner fin a la vida como ingesta de fármacos, inhalación de gases, etc.; utilización de pistola, cuchillo; ahorcamiento; salto desde un lugar elevado, etcétera.

Factores de riesgo (estresantes):

- Enfermedades (depresión mayor, esquizofrenia, síndrome cerebral orgánico).
- Factores psicosociales: falta de competencia en el uso de mecanismos efectivos para hacer frente a situaciones conflictivas. Intento de expresar indirectamente ira, ansiedad o desamparo. Intento de llamar la atención. Amenaza de no cubrir las necesidades a través de una conducta constructiva. Intento de poner a prueba el amor de un ser querido o de castigar a un ser significativo. Estrés insoportable. Falta de control de los impulsos.

7. COMO SE VALORA LA FALTA DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL MANEJO DEL ESTRES

Definición del problema: falta de información suficiente sobre los métodos usados para reducir el estrés y hacerle frente.

Etiología común: falta de educación sanitaria.

Datos a recoger:

— Objetivos:

- Puede mostrar comportamientos basados en conocimiento insuficiente como no tomar precauciones contra el estrés excesivo, no planificar los cambios, participar en demasiadas actividades estresantes al mismo tiempo.
- Puede mostrar signos que indican estrés excesivo o una forma pobre de enfrentarse al estrés como nerviosismo, irritabilidad, llanto fácil, alarma ante ruidos, resistencia al cambio.

— Subjetivos:

- La entrevista a las preguntas de la persona indican necesidad de información adicional, aclaración o validación de la información.
- La falta de preguntas o comentarios de la persona indica que no desea información o no sabe lo suficiente para buscar información.
- Cuando se le interroga directamente la respuesta o la falta de respuesta de la persona indica que no conoce cómo controlar o evitar las situaciones excesivamente estresantes o cómo enfrentarse con efectividad al estrés.

ENFERMERIA COMUNITARIA

UNIDAD I

EL TRABAJO DE LA ENFERMERA EN LA COMUNIDAD*

OBJETIVO GENERAL

Al finalizar el estudio de la unidad, las alumnas habrán adquirido los conocimientos teóricos necesarios que las capaciten para actuar como miembro del equipo de salud extrahospitalario, identificando los objetivos, principios, funciones y actividades de la enfermera en este campo.

* Temas que se describen:

- La visita domiciliaria.
- La consulta de Enfermería.

TEMA: LA VISITA DOMICILIARIA

OBJETIVOS ESPECIFICOS

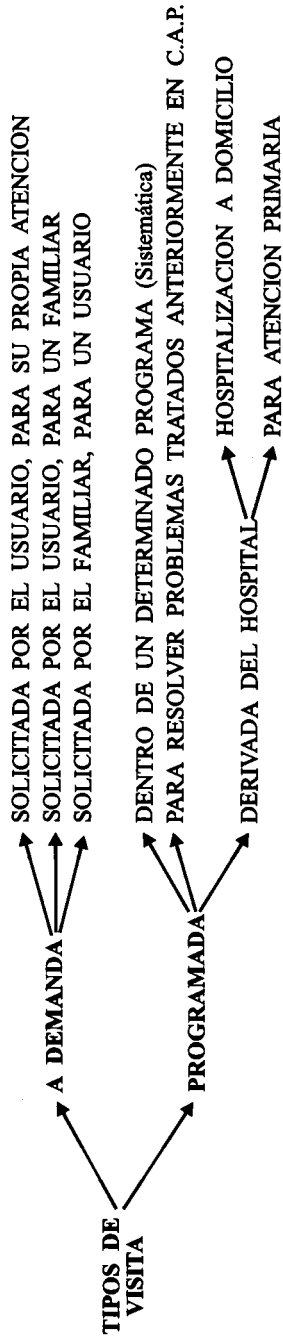
1. Explicar la visita domiciliaria como actividad de la enfermera de la comunidad.
2. Describir los objetivos de la visita domiciliaria.
3. Identificar las acciones que comprende la visita domiciliaria.
4. Describir el desarrollo de la visita domiciliaria.
5. Valorar la importancia de la visita domiciliaria dentro de las funciones de la enfermera de Atención Primaria.

LA VISITA DOMICILIARIA (I)

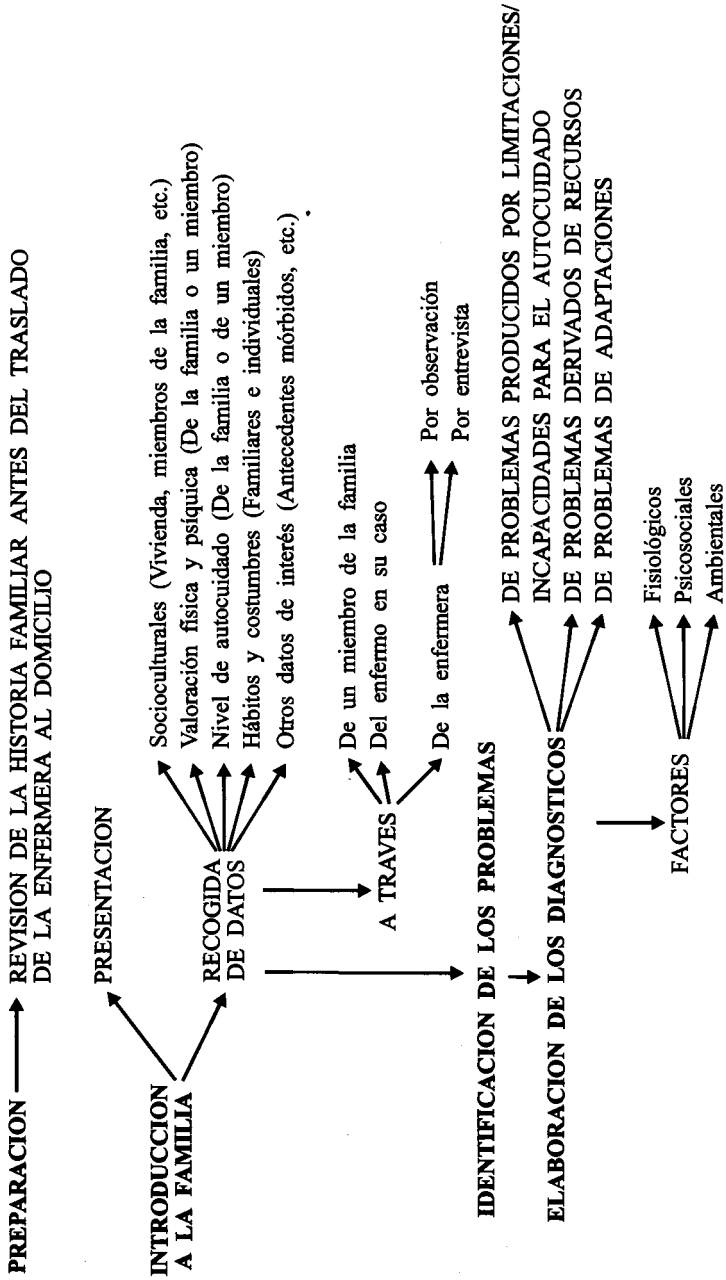
CONCEPTO → ES UN COMPONENTE DEL TRABAJO DE LA ENFERMERA DE ATENCION PRIMARIA. SE REALIZA EN LA COMUNIDAD, DONDE LA ENFERMERA TRATA DE CUBRIR LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA FAMILIA EN SU CONJUNTO Y DE CADA UNO DE SUS MIEMBROS

OBJETIVO → TRATAR DE DAR RESPUESTAS A LAS NECESIDADES Y PROBLEMAS EXISTENTES EN EL GRUPO FAMILIAR:

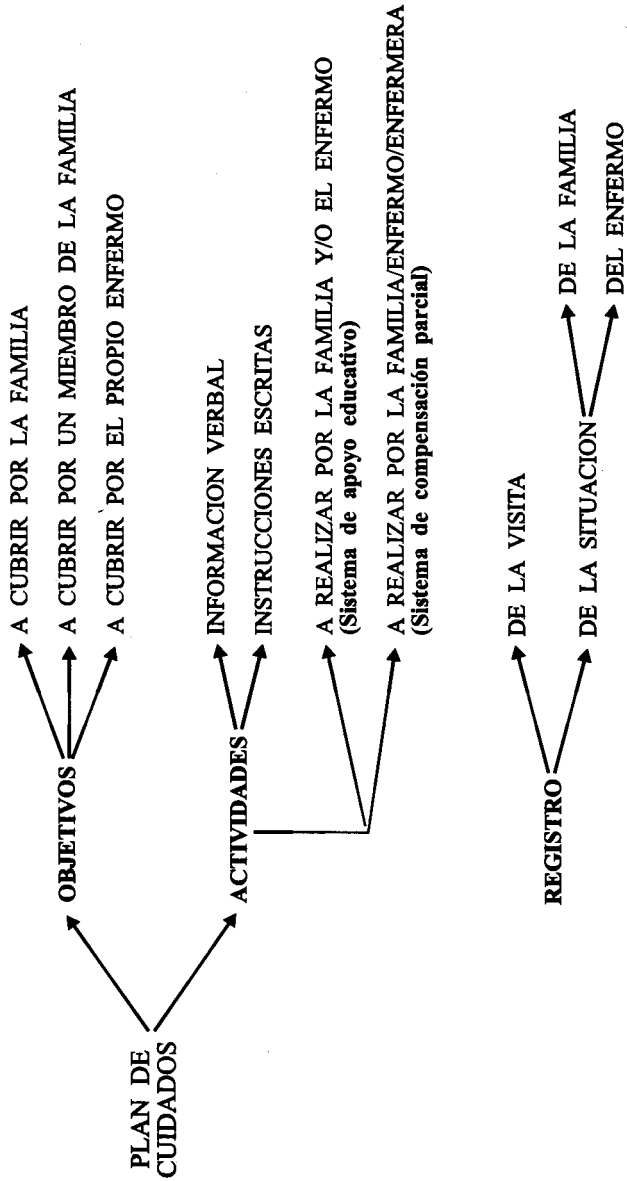
- Valorando el desarrollo de grupos específicos de alto riesgo
- Valorando el desarrollo del grupo familiar
- Controlando situaciones de pre-crisis
- Atendiendo situaciones de crisis
- Desarrollando un seguimiento de la familia o integrándolos en los programas de salud



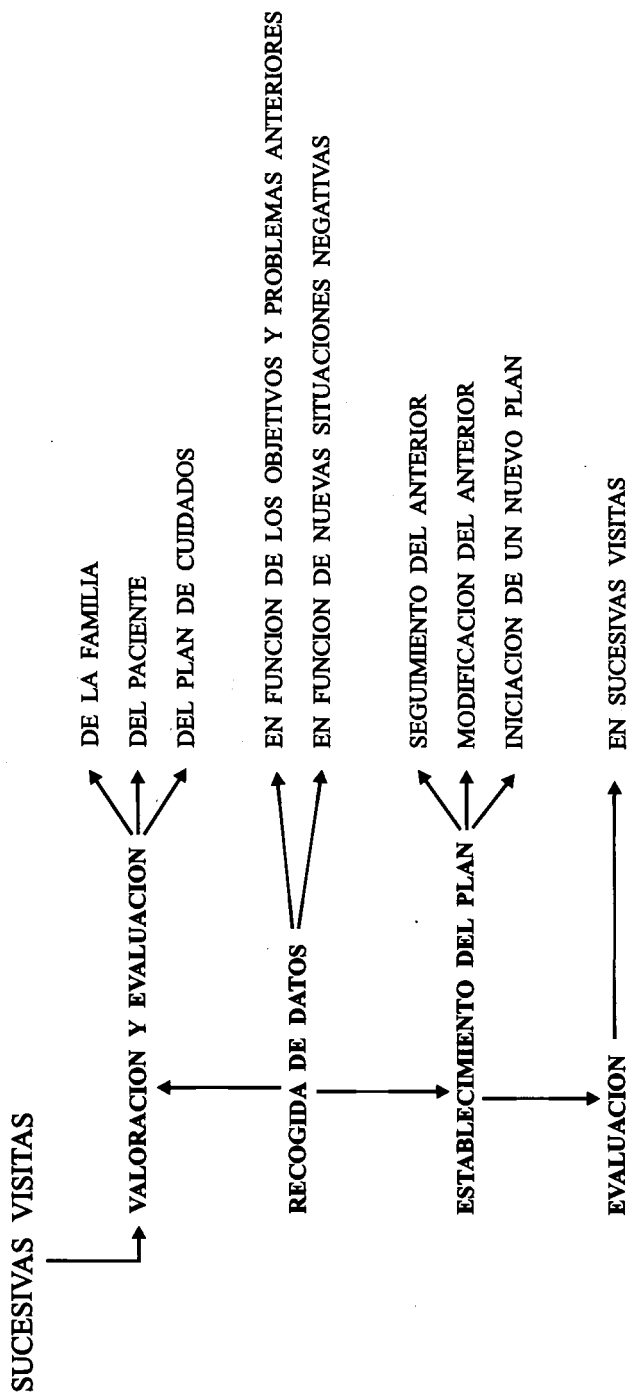
LA VISITA DOMICILIARIA (II)



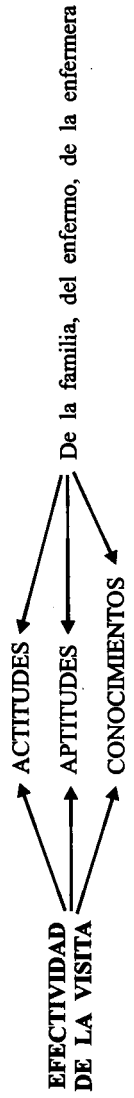
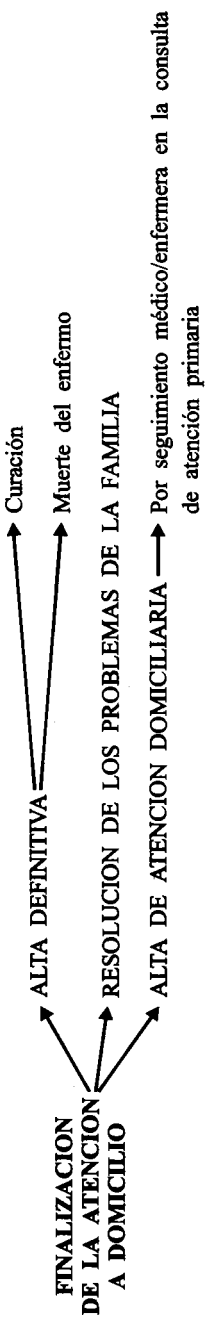
LA VISITA DOMICILIARIA (III)



LA VISITA DOMICILIARIA (IV)



LA VISITA DOMICILIARIA (V)

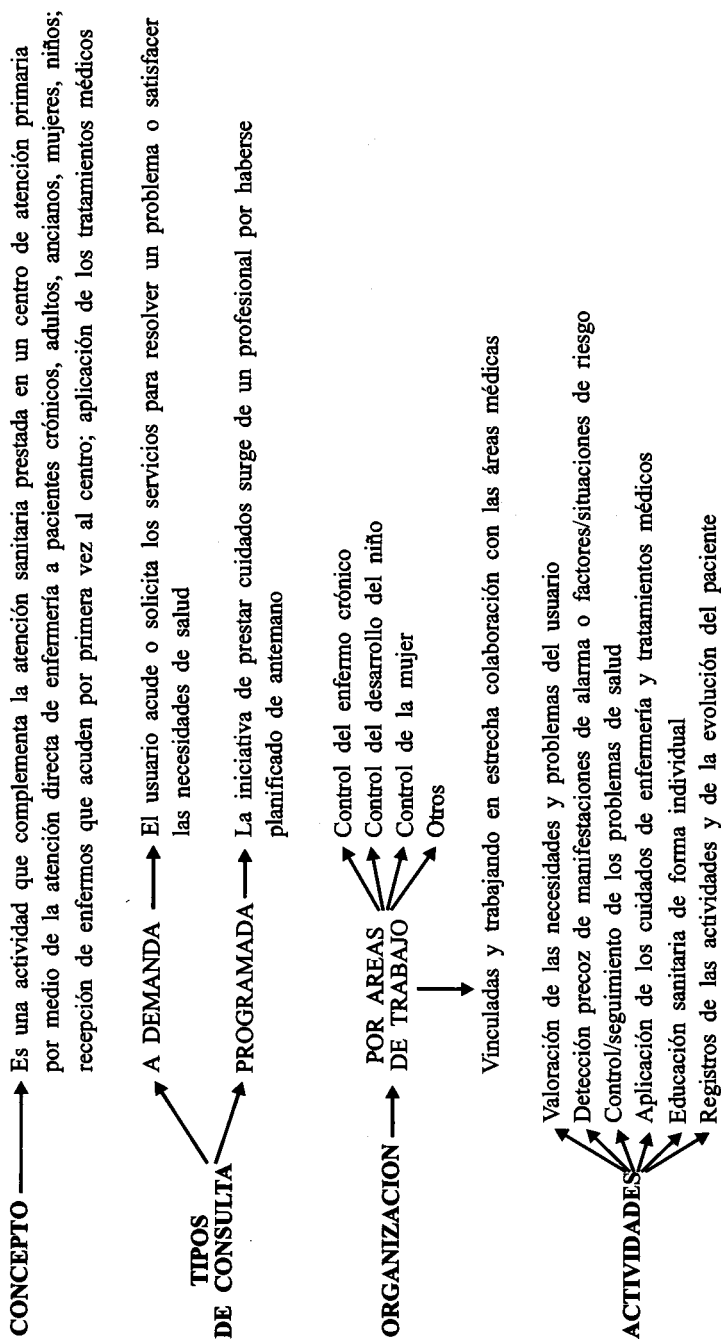


TEMA: LA CONSULTA DE ENFERMERIA

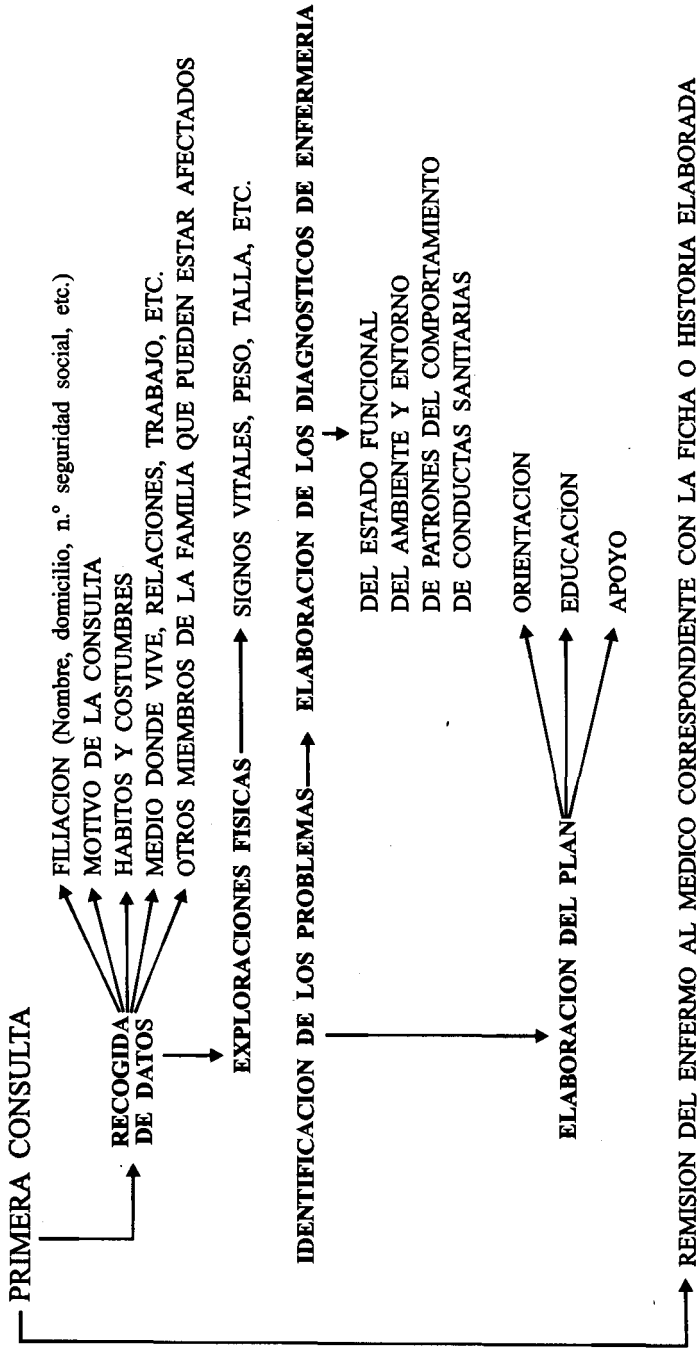
OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Explicar la utilidad de la consulta de Enfermería en el trabajo de la enfermera de Atención Primaria.
2. Describir las actividades de la enfermera en la consulta de Enfermería.
3. Identificar los usuarios que requieren atención de Enfermería en la consulta.
4. Describir los diagnósticos de enfermería más comunes que se formulen en la atención de enfermería en régimen de consulta.
5. Valorar la importancia de la colaboración de la familia en la aplicación del plan de cuidados.

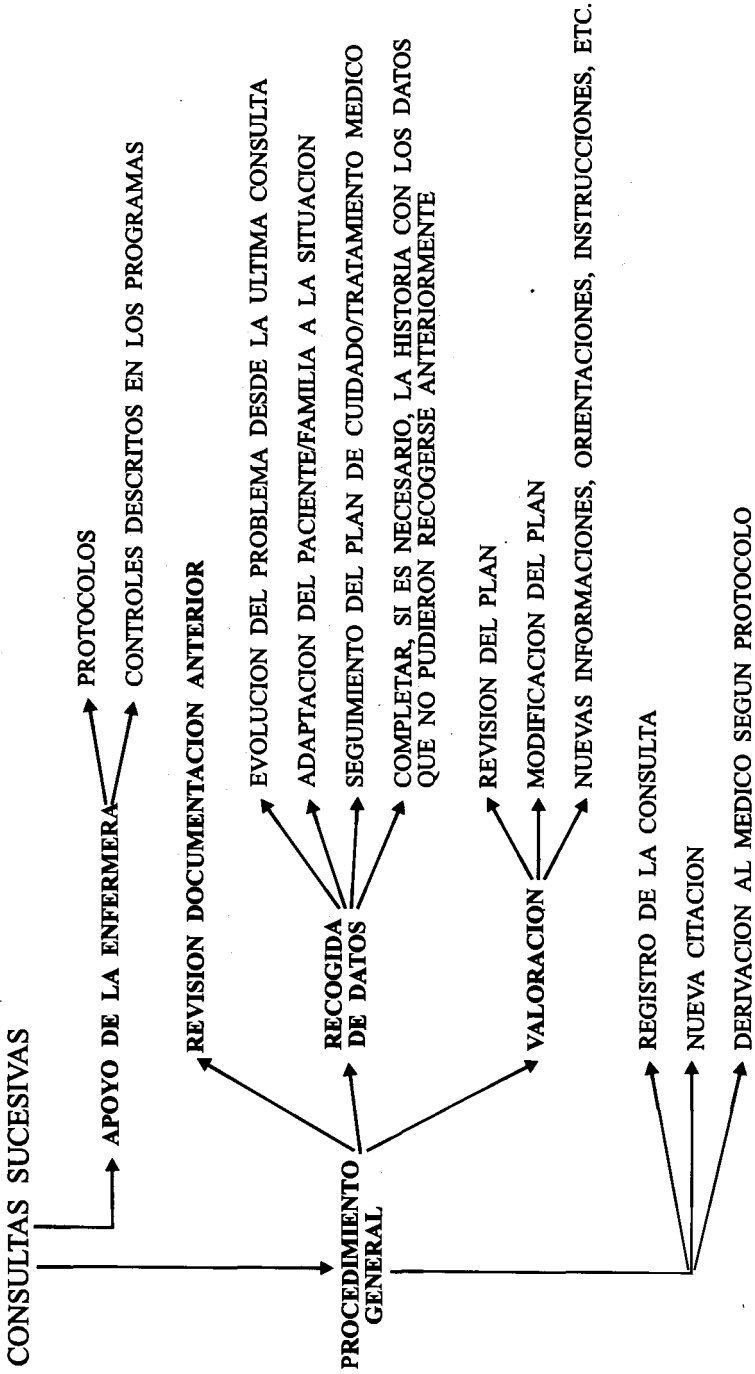
LA CONSULTA DE ENFERMERIA (I)



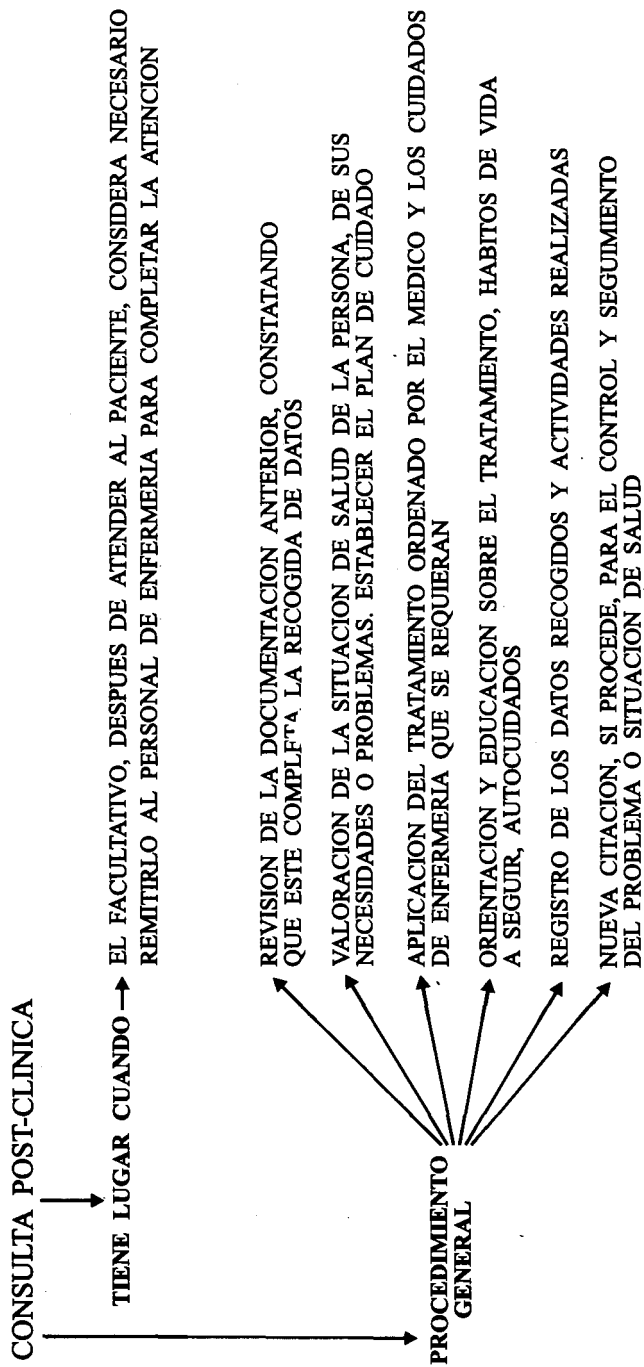
LA CONSULTA DE ENFERMERIA (II)



LA CONSULTA DE ENFERMERIA (III)



LA CONSULTA DE ENFERMERIA (IV)



LA CONSULTA DE ENFERMERIA (V)

CONSIDERACIONES

→ SI SE SOLICITA UNA PRUEBA DIAGNOSTICA AL USUARIO, SE LE INFORMARA DE:



- OBJETIVO DE LA PRUEBA
- CONDICIONES EN LAS QUE HA DE IR
- COMO RECOGER LA MUESTRA

→ • EN CONSULTAS SUCESIVAS A PACIENTES CRONICOS, LA ENFERMERA PODRA ACTUAR CON GRUPOS PEQUEÑOS.

• LA ATENCION INDIVIDUALIZADA NO EXCLUYE, EN ESTE CASO, REALIZAR ATENCION EN GRUPOS YA QUE EL COMPONENTE DE EDUCACION PARA LA SALUD ES AMPLIO

MEDIOS

→ ESPACIO FISICO, ADECUADO

→ MATERIAL DE EXPLORACION Y CONTROL

→ MATERIAL PARA APLICACION DE TRATAMIENTOS, CURAS, SONDAJES, ETC.

→ DOCUMENTACION NECESARIA → HISTORIAS
→ PROTOCOLOS
→ ETC.

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE ENFERMERIA COMUNITARIA

EJERCICIO 1

Contestar las siguientes cuestiones:

1. Defina el concepto de «comunidad».
2. Enumere las razones que hacen en la actualidad necesario el trabajo en equipo en Atención Primaria.
3. Describa brevemente «la consulta de Enfermería».
4. Describa esquemáticamente las funciones de la enfermera de Atención Primaria.
5. Enumere los objetivos que guían las relaciones del equipo de Atención Primaria con la comunidad.

RESPUESTAS

1. DEFINA EL CONCEPTO DE «COMUNIDAD»

Las comunidades son grupos que están territorialmente definidos, donde los individuos pueden pasar la vida entera.

Las comunidades se dividen en familias, grupos y asociaciones. A pesar de esta división tienen en común una identidad común de tipo social.

La identidad social y las limitaciones geográficas son los factores que diferencia a una comunidad de otra.

2. ENUMERE LAS RAZONES QUE HACEN EN LA ACTUALIDAD NECESARIO EL TRABAJO EN EQUIPO EN ATENCION PRIMARIA

- A) Por la especialización que ha creado interdependencia.
- B) Por la concepción de la salud y la orientación de la Atención Sanitaria.
- C) Por el enfoque integral de la salud y del individuo.

3. DESCRIBA BREVEMENTE «LA CONSULTA DE ENFERMERIA»

La consulta de Enfermería forma parte de la atención personalizada al

individuo y la familia, siendo una actividad que complementa la atención prestada en un centro de Atención Primaria de Salud.

La atención de enfermería en la consulta se dirige a:

- Cuidados a enfermos crónicos, adultos, ancianos, mujeres y niños.
- Recepción de enfermos que acuden por primera vez al centro.
- Aplicación de los cuidados de enfermería y tratamientos médicos.

4. DESCRIBA ESQUEMATICAMENTE LAS FUNCIONES DE LA ENFERMERA DE ATENCION PRIMARIA

Estas funciones se pueden contemplar desde tres aspectos diferentes:

A) *Como profesional de Enfermería hacia su propio equipo y profesión:*

- Asistencia: actividades de planificación, ejecución y evaluación del programa de Enfermería de Atención Primaria.
- Investigación: con el fin de mejorar los servicios que presta a los miembros de la comunidad y su medio.
- Docencia: a través de la educación a los profesionales (educación postbásica y formación continuada) y a los futuros profesionales (educación básica).

B) *Como profesional de Enfermería hacia el equipo de salud multidisciplinario:*

- Colaboración: con el resto del equipo para atender los diversos aspectos relacionados con su actuación, que están incluidos en el programa de atención a la comunidad.
- Coordinación: incluyendo la coordinación del grupo profesional de Enfermería con los otros miembros del equipo y entre el equipo y las familias que se atienden.
- Incorporación: con el fin de promover el que los miembros de la comunidad se incorporen al equipo de salud para así realizar un trabajo conjunto.

C) *Como profesional de Enfermería hacia su campo de trabajo:*

- Referidas al conjunto de actividades que la enfermera realiza en el terreno de trabajo. Corresponde a la función asistencial y abarca las actividades de:
 - Atención directa al enfermo y familias.
 - Educación para la salud.
 - Clínica del niño sano.
 - Específicas a los programas y campañas sanitarias.

5. ENUMERE LOS OBJETIVOS QUE GUIAN LAS RELACIONES DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA CON LA COMUNIDAD

- Facilitar y promover la participación de la comunidad en:
 - La realización del diagnóstico de salud.
 - Las actividades de educación para la salud.
 - Otras actividades del centro.
- Analizar el grado de satisfacción de la población en relación a los servicios y actividades realizadas por el centro y el equipo.
- Facilitar y promover la integración y coordinación a nivel local de todas aquellas instituciones y servicios que tengan que ver con la salud de la comunidad.
- Servir de instrumento de intercomunicación e información entre la comunidad y el equipo.
- Asesorar y obtener propuestas sobre:
 - Nuevas actividades o programas de salud.
 - Necesidades de recursos.
 - Formas de colaboración y coordinación.
 - Actividades de educación para la salud.

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE ENFERMERIA COMUNITARIA

EJERCICIO 2

Del caso que se expone a continuación deberá:

1. Formular los problemas que se detectan.
2. Elaborar los objetivos en base a los problemas detectados.
3. Describir las actividades para resolver los problemas.

A la consulta de Enfermería es remitido un paciente que ha sido diagnosticado por el médico de Diabetes *Mellitus*.

Al primer contacto con el paciente y su esposa se recogen los siguientes datos:

— Enfermo de cincuenta años de edad, casado, empleado de banca, vive con su mujer y un hijo de diecisiete años. Tiene dos hijas casadas.

— Prescripción médica:

- Insulina novo lenta, 15 UI en el desayuno.
- Dieta de 2.500 calorías de diabético.
- Control médico a los veinte días.

— En la entrevista manifiesta que:

- Nunca ha estado enfermo.
- Le preocupa mucho su problema, pues deberá cambiar sus hábitos de vida y estar dependiendo de que le administren la insulina.
- No conoce las repercusiones de tipo social que puede tener «todo lo que le está ocurriendo».
- No conoce las complicaciones de tipo físico que puede tener y esto le asusta.
- Está muy deprimido porque cree que ya es un enfermo «para toda la vida».
- La esposa también se encuentra muy preocupada e inquieta, pues no se considera capacitada para cuidar a «un diabético».

RESPUESTAS

1. *Problemas que se detectan:*

— Problema principal: falta de conocimientos de la pareja para el autocuidado en situación de desviación del estado de salud del marido.

— Problemas asociados: estado de ansiedad de la pareja ante la nueva situación, potencial desequilibrio metabólico por diabetes.

2. *Objetivos del plan de cuidado:*

— Objetivo general: en el plazo de un mes la pareja deberá demostrar estar adaptada a la nueva situación de salud.

— Objetivos específicos:

- En el plazo de quince días el matrimonio explicará las medidas necesarias que el marido debe llevar a cabo para proteger la integridad de la piel, así como las referentes al cuidado de los pies.
- Demostrarán las capacidades para extraer y administrar la dosis de insulina prescrita.
- Utilizar e interpretar correctamente el análisis rápido de la orina.
- Describir los síntomas que denotan hiper/hipoglucemia.
- Confeccionar la dieta adecuada.

3. *Acciones de enfermería:*

Durante veinte días la pareja acudirá al centro de salud de 10,00 a 11,30 horas al programa de educación sanitaria específico donde:

— Recibirán información sobre:

- La Diabetes *Mellitus*.
- Actividades que puede realizar el paciente.
- Autocuidados específicos.

— Recibirán enseñanzas sobre:

- Administración correcta de la insulina.
- Realización e interpretación del análisis rápido de la orina.

— Se les entregará un folleto informativo sobre:

- Dieta adecuada para varios días de la semana.
- Hábitos y autocuidados a seguir.

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE ENFERMERIA COMUNITARIA

EJERCICIO 3

Describe las acciones de enfermería dirigidas a mantener las necesidades de seguridad y comodidad en un paciente incapacitado, total o parcialmente, de forma permanente y que ha de ser atendido en su domicilio por la enfermera visitadora.

RESPUESTAS

Un paciente que tiene que ser atendido en su domicilio durante largo tiempo precisa cuidados especiales e incluso en algunos casos puede necesitar material especial.

La familia puede requerir consejos, información y apoyo educativo para adaptarse a las necesidades del paciente y para enfrentarse a la situación.

Las actividades de la enfermera de atención a domicilio incluyen:

- La preparación del enfermo.
- La preparación adecuada del medio.
- La adecuación del material.

Preparación del enfermo:

- Muchos enfermos necesitan evitar peldaños y hacer desplazamientos largos, por lo tanto se debe instalar al enfermo siempre que sea posible en una habitación que esté cerca del baño y que no tenga desniveles.
- Si es posible se instalará al enfermo en una habitación con colores animados y ventanales, para que pueda recibir más estímulos, sobre todo si no puede salir de casa.
- La habitación deberá estar lo más lejos posible de la sala donde la familia convive y pasa la mayor parte del día. Esto hará que los momentos de descanso del enfermo sean más tranquilos.

Preparación adecuada del medio:

- Si el paciente tiene que permanecer en cama se le debe de preparar sus objetos personales de forma que los puede alcanzar con facilidad. La mayoría de estos enfermos desean tener a su alcance la televisión, la radio, el teléfono, los libros, las revistas, el reloj, etc. Aunque sus necesidades pueden variar diariamente, la enfermera debe asegurarse de que los artículos que con más frecuencia utiliza los tenga siempre a mano. También es conveniente instalar en la habitación un timbre; el enfermo se sentirá más seguro si sabe que cuando necesite a la familia ésta acudirá rápidamente.

- En caso de que el paciente pueda caminar habrá que facilitarle el movimiento por la casa:
 - Recomendar siempre que sea necesario la instalación de barandillas o pasamanos en pasillos y baño.
 - Asegurar suficiente luz en los lugares por donde deambule el enfermo, ya que irá más seguro si consigue ver el camino.
 - Eliminar o cubrir con rampas los umbrales elevados o peldaños que no pueda evitar.
 - Evitar moquetas de pelo largo, alfombras sueltas y cubrir los suelos resbaladizos para prevenir caídas.
 - Sustituir los tiradores de las puertas por palancas para que puertas y armarios abran fácilmente.
- Para que el enfermo pueda bañarse con facilidad:
 - Aplicar adhesivos a la bañera para que no se resbale.
 - Aconsejar al enfermo y familia que aquél se duche sentado en un taburete.

Adecuación del material:

Para la seguridad y comodidad de este tipo de paciente puede ser necesario disponer de material adicional:

- Se debe informar a la familia si la Seguridad Social proporciona el material recomendable; dónde se puede adquirir, etcétera.
- En caso de que el paciente se encuentre postrado en cama puede ser necesario una cama de hospital para facilitar al enfermo el sentarse, levantarse y moverse. A las personas que atienden al enfermo también les será más fácil con este tipo de cama, manipular y atender al paciente.

UNIDAD II

EDUCACION PARA LA SALUD*

OBJETIVO GENERAL

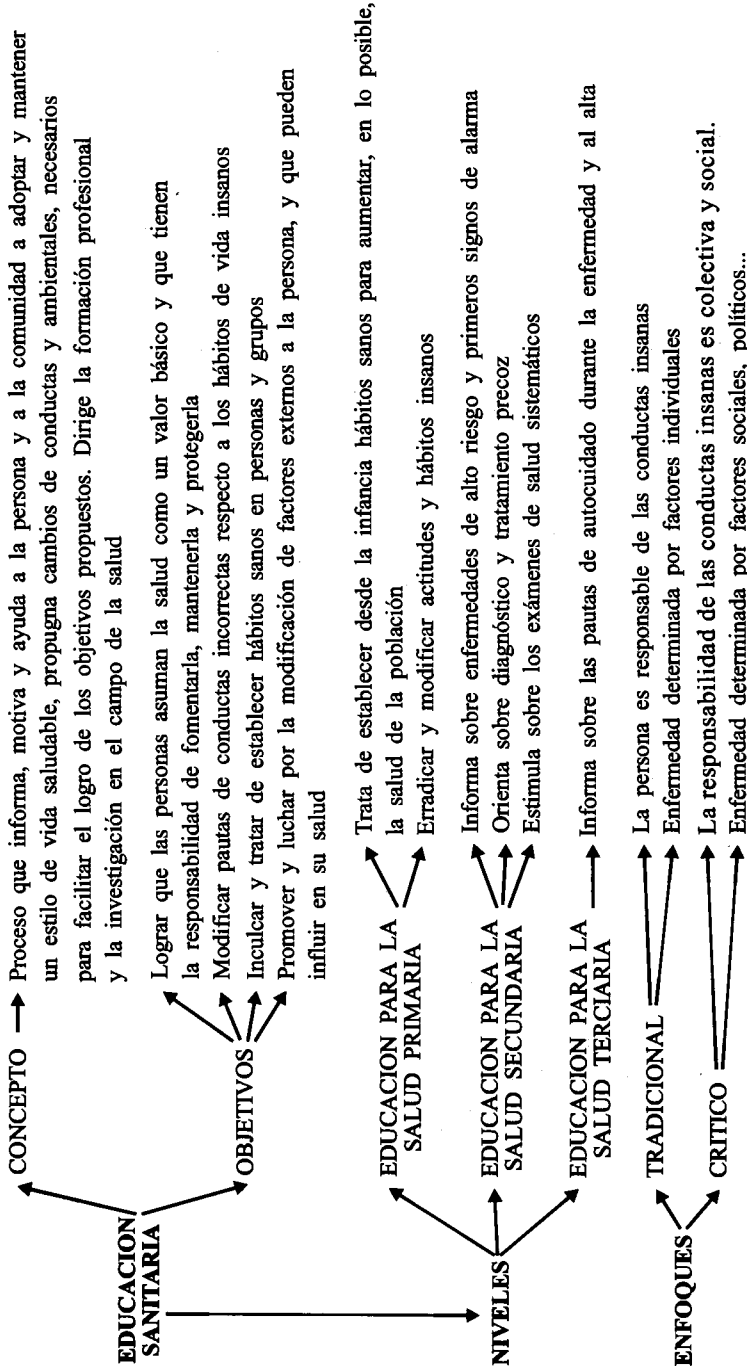
Al finalizar el estudio de esta unidad, las alumnas habrán adquirido los conocimientos teóricos que las capacitan para identificar las necesidades en materia de educación sanitaria de la persona, grupo/comunidad; planificar y ejecutar los programas y subprogramas educativos según las necesidades detectadas, conociendo los principios básicos del proceso enseñanza-aprendizaje y teniendo en cuenta las técnicas más apropiadas en el campo de la salud, evaluando los programas según los resultados obtenidos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

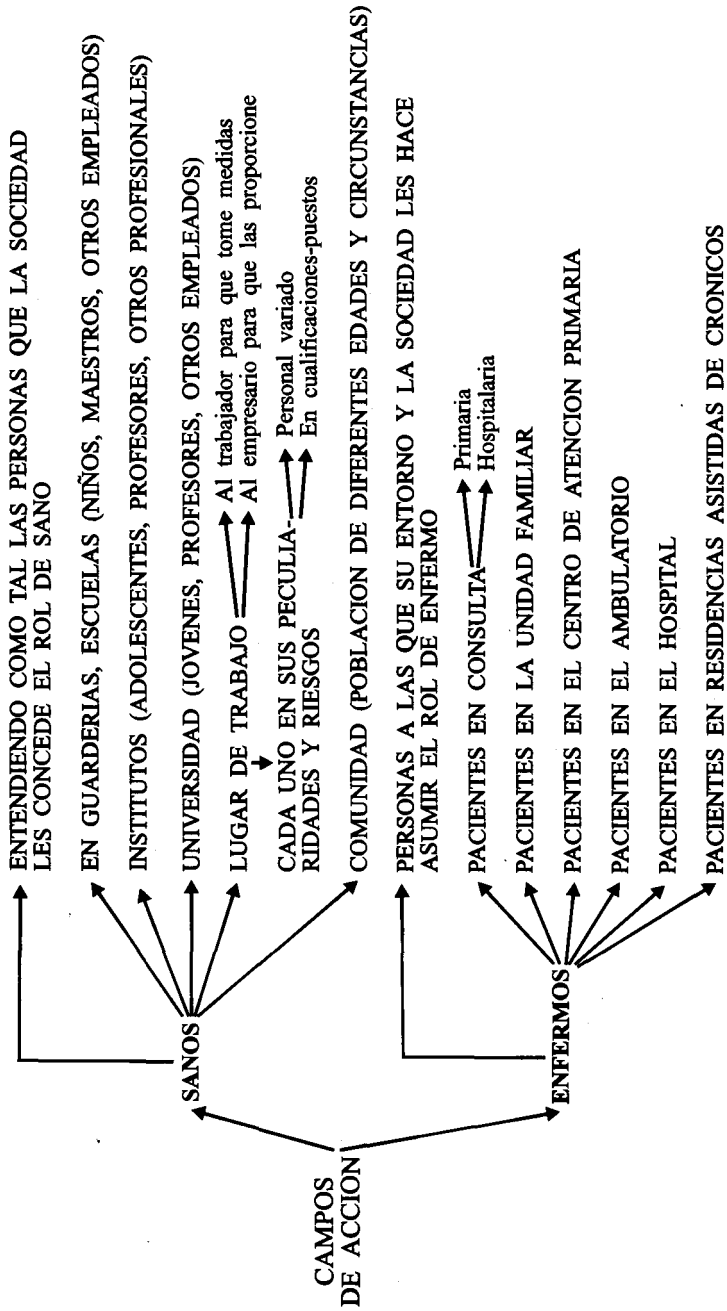
1. Valorar la importancia de la educación para la salud en el trabajo de Enfermería.
2. Definir el concepto de educación para la salud.
3. Describir los objetivos generales de la educación para la salud.
4. Describir los niveles de educación para la salud.
5. Explicar los principios de la educación para la salud.
6. Razonar la necesidad de la educación sanitaria en grupos de personas en riesgo de padecer algún problema de salud.
7. Elaborar un programa de educación para la salud a un grupo específico de la población.

Se describe la unidad completa.

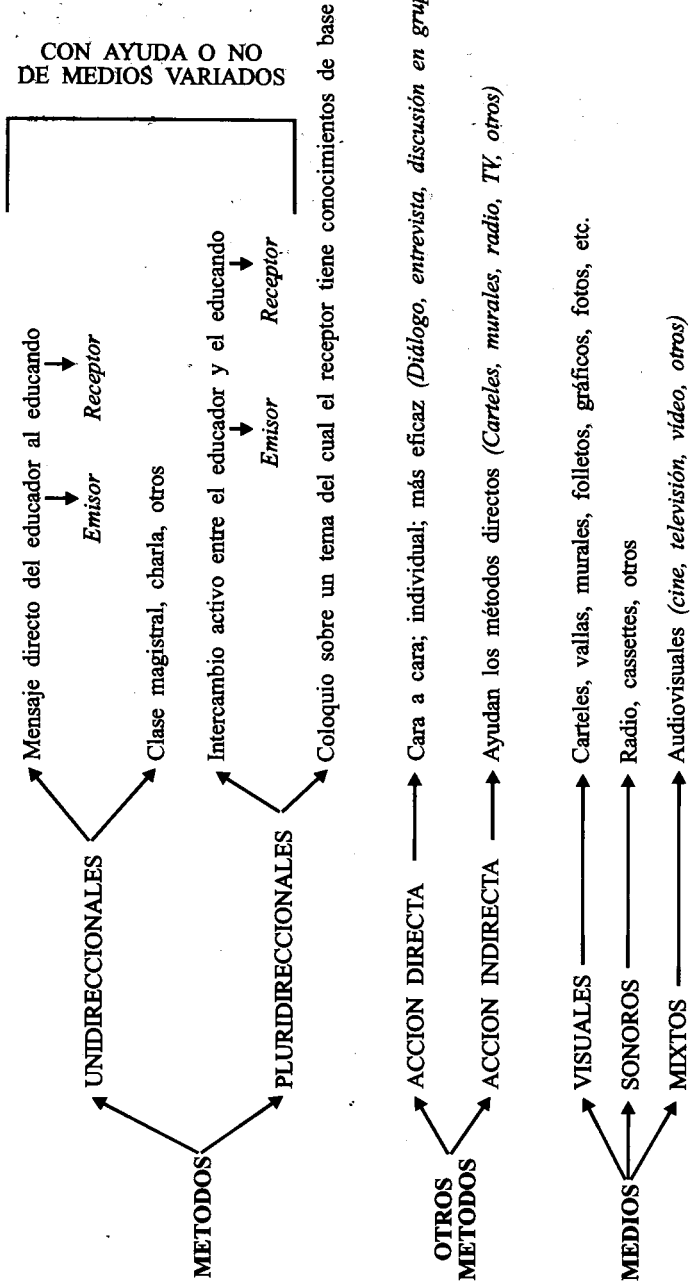
EDUCACION PARA LA SALUD (I)



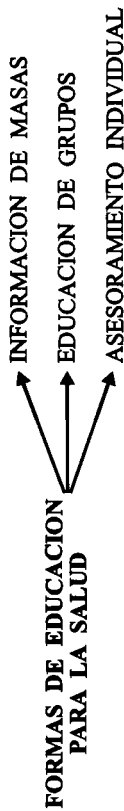
EDUCACION PARA LA SALUD (II)



EDUCACION PARA LA SALUD (III)



EDUCACION PARA LA SALUD (IV)



AGENTES DE EDUCACION SANITARIA

PERSONAL NO SANITARIO

- MAESTROS DE ESCUELA
- PERIODISTAS
- ESPECIALISTAS EN ECONOMIA DOMESTICA
- ASISTENTES SOCIALES
- OTROS

PERSONAL SANITARIO

- ENFERMERAS
- PRINCIPIOS Y FUNCIONES
- PARTICIPACION
- METODOS QUE UTILIZA
- PROGRAMAS QUE REALIZA
- ACTIVIDADES

- MEDICOS
- FARMACEUTICOS
- OTROS PROFESIONALES

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE EDUCACION PARA LA SALUD

EJERCICIO 1

1. Explique brevemente los objetivos de educación para la salud.
2. Describa los enfoques de educación para la salud.
3. Enumere tres aspectos fundamentales de la educación para la salud.
4. Describa las actividades de educación sanitaria en su función para la protección de la salud.
5. Describa los efectos que producen los medios de comunicación de masas en el campo de la educación sanitaria.

RESPUESTAS

1. EXPLIQUE BREVEMENTE LOS OBJETIVOS DE EDUCACION PARA LA SALUD

Los cuatro objetivos fundamentales que se pretende con la educación para la salud son:

- A) *Sensibilizar* a la población para que acepten la salud como un valor fundamental, a nivel individual y colectivo.
- B) *Hacer que desaparezcan* los hábitos no saludables que son responsables de la morbilidad y mortalidad actual (dependencias, formas de vida, alimentación, etcétera).
- C) *Incorporar* en forma de hábitos saludables en la vida de las personas los nuevos conocimientos sanitarios que se obtienen por la investigación (la práctica del ejercicio físico, régimen alimenticio adecuado, etcétera).
- D) *Modificar* los factores externos que influyen negativamente en el comportamiento de salud de la persona.

2. DESCRIBA LOS ENFOQUES DE EDUCACION PARA LA SALUD

Según O'Neill se distinguen dos enfoques de educación sanitaria: el *tradicional* y el *crítico*. Ambos enfoques son substancialmente diferentes ideológicamente.

En el primero se hace responsable a la persona de las conductas insanas que ha adoptado; los factores determinantes de la enfermedad son individuales, biológicos o conductuales. En el enfoque crítico la responsabilidad de las conductas

insanas son colectivas y sociales; los factores determinantes de la salud son de tipo sociales, culturales y económicos.

Según estos enfoques las políticas y estrategias de intervención son muy distintas en cada uno de ellos. En el enfoque tradicional se preconiza el cambio de los estilos de vida insanos, mediante acciones dirigidas sólo a la persona individualmente. En el enfoque crítico las acciones son ambientales, políticas, económicas, culturales, etc.; factores que son los responsables de los comportamientos insanos.

3. ENUMERE TRES ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA EDUCACION PARA LA SALUD

- A) La meta fundamental de la educación para la salud es que las personas adquieran los conocimientos, actitudes y modificaciones de conductas en aspectos relacionados con la salud.
- B) La educación para la salud va dirigida a personas individualmente y a grupos de personas.
- C) La educación sanitaria es un proceso dinámico.

4. DESCRIBA LAS ACTIVIDADES DE EDUCACION SANITARIA EN SU FUNCION PARA LA PROTECCION DE LA SALUD

- A) *Identificar los individuos y grupos en riesgo*, a través de la epidemiología.
- B) *Informar y motivar* a las personas en riesgo para que desechen los comportamientos que condicionan los riesgos.
- C) *Estimular a que las personas en riesgo se sometan a los exámenes de salud precisos* para la determinación precoz de los problemas de salud condicionados por el estilo de vida y comportamientos insanos.
- D) *Informar sobre los síntomas tempranos* de las enfermedades de alto riesgo y orientarles sobre los servicios a que deben dirigirse para el diagnóstico y tratamiento precoces.

5. DESCRIBA LOS EFECTOS QUE PRODUCEN LOS MEDIOS DE COMUNICACION DE MASAS EN EL CAMPO DE LA EDUCACION SANITARIA

- A) *Informan y sensibilizan* a la colectividad sobre los hábitos insanos objeto del programa educativo.
- B) No son válidos para cambiar actitudes insanas muy arraigadas, pero *refuerzan los comportamientos sanos* previamente sostenidos.

- C) *Pueden dar lugar a cambios de conductas sólo cuando ya existe una predisposición previa a la acción.*

PRUEBA DE EVALUACION SOBRE EDUCACION PARA LA SALUD

EJERCICIO 2

De las afirmaciones que se hacen a continuación, diga si son verdaderas o falsas. Razone las respuestas.

1. Dentro de las funciones de la enfermera de Atención Primaria, la educación para la salud a grupos de enfermos es una actividad aislada.
2. La presencia de un programa de salud dentro de un equipo de atención sanitaria aumenta la calidad de la Atención Primaria.
3. Los programas de salud se elaboran en base a aspectos generales.
4. Cualquier persona adulta puede llevar a cabo un programa de educación sanitaria.
5. Los métodos y medios que la enfermera utiliza en la educación para la salud se seleccionan según ciertos factores.
6. En un programa de educación para la salud a los pacientes diabéticos se debe incluir la «demostración».
7. El asesoramiento es un proceso de enseñanza-aprendizaje.
8. La educación sanitaria primaria se relaciona con el diagnóstico y tratamiento precoz de los problemas de salud.
9. La evaluación en la educación para la salud no es esencial.
10. Las modificaciones de hábitos inadecuados para la salud sólo depende de la voluntad de la persona.

RESPUESTAS

1. *Falso:* la educación para la salud complementa la visita domiciliaria y la consulta de Enfermería. Estas tres actividades son instrumentos que se refuerzan entre sí; por tanto, no se puede considerar una actividad aislada.
2. *Verdadero:* un programa hace que se atienda a grupos con características específicas; se atienda de forma programada; se trabaje en equipo; que la atención integral sea más eficaz; se economicen y rentabilicen los esfuerzos de los profesionales; haya una unificación de criterios de actuación.

3. **Falso:** la forma más común de organizar los programas dentro de un plan de salud es la de hacerlo por grupos de edad y por necesidades en función de las circunstancias fisiológicas o no (programas para la mujer, el lactante y el escolar, el adolescente, el adulto y el anciano), o por problemas específicos (programas de vacunaciones, de salud bucodental, del hipertenso, del diabético, etc.), y los referidos a aspectos generales (programas de salud del medio, de salud mental y de salud general).

Los segundos enumerados se denominan también «subprogramas» dentro de los programas de salud por grupo de edades.

4. **Falso:** el educador para la salud debe ser un miembro de equipo que tenga autoridad profesional legítima, para que su opinión goce de credibilidad.

La educación para la salud debe ser dirigida por un especialista que actuará como asesor, catalizador y coordinador del programa. Hay que tender a que la organización de un sistema de educación para la salud haga que todo el personal que participe tenga una formación adecuada para ello.

5. **Verdadero:** la selección de unos u otros métodos están influidos por los siguientes factores:

- El tema a tratar, los objetivos y el contenido.
- Las características de la persona o grupo (edad, sexo, cultura, etcétera).
- Los recursos de los que se dispone.

6. **Verdadero:** precisamente, a estos pacientes hay que enseñarles la administración de la dosis adecuada de insulina y la realización del examen rápido de la glucosa, con el objetivo de que el enfermo obtenga la máxima independencia en el autocuidado derivado de la desviación del estado de salud. La enseñanza de estas actividades al enfermo requiere necesariamente la demostración de la técnica, para garantizar el aprendizaje del enfermo.

7. **Falso:** entre la educación para la salud y el asesoramiento se establece una diferencia substancial. La primera es un proceso de enseñanza-aprendizaje, dirigido por el educador y dentro de un programa o subprograma de educación para la salud.

El asesoramiento es un proceso de orientación a una persona, tratando de que sea el paciente (o su familia) quien lleva la dirección. Este medio se realiza a medida que la persona va adquiriendo conocimientos y es más autodirigido; es decir, que él mismo dirige sus acciones para solucionar el problema y las necesidades de salud.

8. **Falso:** la afirmación se refiere a la educación sanitaria secundaria. La educación sanitaria primaria tiende a evitar que los problemas surjan mediante la modificación de comportamientos favorecedores de la enfermedad.
9. **Falso:** la evaluación es un componente esencial del proceso de enseñanza, ya que indica si los objetivos se han cumplido, por tanto, se tomarán como referencia.

10. *Falso*: la acción educativa sobre la persona, y grupos, si no va acompañada de modificaciones en el medio ambiente y en las políticas nacionales tendrá muy poco éxito, por lo menos en lo que concierne a conductas que están muy arraigadas y en las que la persona está muy implicada. Para actuar sobre estos factores externos a la persona (ambientales, políticos, etc.) es necesario un programa nacional.

A N E X O

APLICACION DE LOS CONOCIMIENTOS EN LA PRACTICA CLINICA

PACIENTE: *F. H. M.*

PROBLEMA DE SALUD: *A. C. V. A. (Hemiplejía izquierda)*

AREA DE ENFERMERIA: *Enfermería Básica*

PACIENTE: *C. F. S.*

PROBLEMA DE SALUD: *Enfermedad de Crohn*

AREA DE ENFERMERIA: *Enfermería Medicoquirúrgica*

PACIENTE: *D. R. A.*

PROBLEMA DE SALUD: *Hernia discal*

AREA DE ENFERMERIA: *Enfermería Medicoquirúrgica*

PACIENTE: *M. R. A. M.*

PROBLEMA DE SALUD: *Parto normal*

AREA DE ENFERMERIA: *Enfermería Maternal*

PACIENTE: *J. A. S.*

PROBLEMA DE SALUD: *Placenta previa*

AREA DE ENFERMERIA: *Enfermería Maternal*

PACIENTE: *J. L. C. M.*

PROBLEMA DE SALUD: *Apendicitis aguda*

AREA DE ENFERMERIA: *Enfermería Pediátrica*

PACIENTE: *L. M. C.*

PROBLEMA DE SALUD: *Bronconeumonía*

AREA DE ENFERMERIA: *Enfermería Pediátrica*

PACIENTE: *S. R. M.*

PROBLEMA DE SALUD: *Dificultad respiratoria severa*

AREA DE ENFERMERIA: *Enfermería Geriátrica*

PACIENTE: *F. H. M.*

PROBLEMA DE SALUD: *A. C. V. A. (Hemiplejía izquierda)*

AREA DE ENFERMERIA: *Enfermería Básica*

<p style="text-align: center;">INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la Universidad Autónoma de Madrid)</p>	<p style="text-align: center;">DATOS PARA LA VALORACION INICIAL DEL PACIENTE ENFERMERIA UNIDADES MEDICOQUIRURGICAS DE ADULTOS</p>	<p style="text-align: center;">NOMBRE DEL ENFERMO <u>E. H. B.</u> HABITACION <u>1309</u> CAMA <u>2</u></p>
DATOS SOCIO-CULTURALES		
SEXO <u>V</u> EDAD <u>73</u> ESTADO CIVIL <u>Casado</u>	DIAGNOSTICO MEDICO <u>A.C.V.A. (HIPERTENSION)</u>	
Nº DE HIJOS _____ LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA _____	MOTIVO DEL INGRESO _____	
PROFESION/OCUPACION <u>Funcionario jubilado</u>	HOSPITALIZACIONES ANTERIORES <u>No ha tenido</u>	
RELIGION _____	ALERGIAS _____	
OTROS DATOS DE INTERES <u>Es trasladado del hospital comarca donde ingreso al sufrir el episodio.</u>	PROBLEMAS DE SALUD DISTINTOS AL DEL INGRESO <u>Distonías de cadera y región lumbal. Hace 5 años la sedujo con pérdida de peso.</u>	
RESPIRACION-OXIGENACION		
P.A. <u>160/90</u> PULSO RADIAL <u>72/m.</u> FRECUENCIA CENTRAL _____	PESO <u>82 kg.</u> TALLA <u>1,65 mt.</u>	
RESPIRACIONES <u>18/m.</u> TEMPERATURA CORPORAL <u>36,2º C.</u>	<input type="checkbox"/> NUTRIDO <input type="checkbox"/> DELGADO <input type="checkbox"/> DEFICIENTE NUTRICION	<input type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> EXAGERADA OBESIDAD
<input type="checkbox"/> DIFICULTAD RESPIRATORIA _____	<input checked="" type="checkbox"/> HIDRATADO <input type="checkbox"/> DESHIDRATADO <input type="checkbox"/> EDEMAS	<input type="checkbox"/> HIPERHIDRATADO _____
<input type="checkbox"/> DISNEA DE ESFUERZO _____	BUEN APETITO <input type="checkbox"/> INAPETENTE	
<input type="checkbox"/> DISNEA DE REPOSO _____	APETENCIAS _____	
<input type="checkbox"/> ORTOPNEA _____	RECHAZOS _____	
<input type="checkbox"/> CIANOSIS _____	PROTESIS _____	
OTROS DATOS <u>NO FUMADOR</u>	DIFICULTADES <u>No puede comer solo desde el episodio.</u>	
_____	DIETA QUE SIGUE _____	

<p><u>ELEMINACION</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DEFECCION NORMAL</p> <p><input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO</p> <p><input type="checkbox"/> MICCION NORMAL</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> INCONTINENCIAS</p> <p><input type="checkbox"/> DIFICULTADES</p> <p><input type="checkbox"/> OTROS DATOS</p>	<p><u>DESCANSO-SUEÑO</u></p> <p>HORAS QUE DUERME <u>8 horas diversas</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> SIESTA <u>2 horas diarias</u></p> <p><input type="checkbox"/> INSOMNIO</p> <p>HABITOS</p>	<p><u>ASEO PERSONAL</u></p> <p>ASPECTO HIGIENICO <u>Buena</u></p> <p>HABITOS <u>buena de vez en cuando para aseo diario.</u></p> <p>OTROS DATOS</p>
<p><u>SEGURIDAD-BIENESTAR</u></p> <p><input type="checkbox"/> DOLOR</p> <p><input type="checkbox"/> LOCALIZACION</p> <p><input type="checkbox"/> INTENSIDAD</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO</p> <p><input type="checkbox"/> DESORIENTADO</p> <p><input type="checkbox"/> ORNUBILADO</p> <p><input type="checkbox"/> AGITADO</p> <p><input type="checkbox"/> INCONSCIENTE</p> <p>VISION <u>normal</u></p> <p>AUDICION <u>normal</u></p> <p>TACTO <u>deprimidamente disminuido en parte derecha</u></p> <p>GUSTO/OLFATO <u>normal</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> PIEL NORMAL</p> <p><input type="checkbox"/> ENROJECIDA</p> <p><input type="checkbox"/> PIEL SECA</p> <p><input type="checkbox"/> LESIONADA</p>	<p><u>COMUNICACION-RELACION</u></p> <p>ESTADO ANIMICO</p> <p>HABLA <u>Dificultad. Reconoce la palabra es clara y hablada.</u></p> <p>FAMILIARES/AMIGOS QUE PUEDEN VISITARLO Y/O AYUDARLO <u>Esposa, hijos y amigos.</u></p> <p>OTROS DATOS <u>Antes del A.C.V.A. anticipaba bien (inteligente en la conversacion)</u></p> <p><u>OTRAS OBSERVACIONES</u></p> <p><u>Interés por la jardineria; lee el periódico diariamente; juega a las cartas y al domino</u></p>	<p>FECHA DE LA VALORACION <u>4.2.1988</u></p> <p>NOMBRE Y FIRMA DE LA ALUMNA <u>P.M.</u></p>
<p><u>ACTIVIDAD MOTORA</u></p> <p><input type="checkbox"/> SIN INCAPACIDADES</p> <p><input type="checkbox"/> ADINAMICO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> INCAPACIDAD PARCIAL</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TOTAL *</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TRANSITORIA</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PERMANENTE</p> <p><input type="checkbox"/> OTROS DATOS <u>La incapacidad parcial se debe a la ataxia y hemiplejia dcha.</u></p>		

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)	PLANIFICACION ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	Nombre <u>F.H.M</u> Habitación <u>1309</u> Cama <u>2</u>
--	---	---

INICIO	PROCEDIMIENTOS GENERALES	FINAL	INICIO	PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	FINAL
	<input type="checkbox"/> OXIGENOTERAPIA		4.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> BAÑO EN CAMA	6.2.88
	<input type="checkbox"/> EJERCICIOS RESPIR.			<input type="checkbox"/> ASEO CAVIDADES	
	<input type="checkbox"/> ASPIRACION SECRE.			<input type="checkbox"/> ASEO ANEJOS	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO CANULA TRAQ.		6.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> AYUDA EN EL ASEO	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO CANULA TRAQ.		4.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> CAMBIOS POSTURALES <u>C/4 h.</u>	6.2.88
	<input type="checkbox"/> CUIDADO S.N.G.		4.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> MASAJES <u>en zona presión 3/d</u>	6.2.88
	<input type="checkbox"/> CAMBIO S.N.G.		4.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> EJERCICIOS FISICOS <u>3 v/d.</u>	6.2.88
	<input type="checkbox"/> LAVADO GASTRICO		4.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> AYUDA EN LA COMIDA	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO S. VESICAL			<input type="checkbox"/> ALIMENTARLO	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO S. VESICAL		4.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> ELIMINACION EN CAMA	6.2.88
	<input type="checkbox"/> LAVADO VESICAL		6.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> AYUDA EN DEAMBULACION	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO VIA VENOSA			<input type="checkbox"/> BARANDALES EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> CURA			<input type="checkbox"/> SISTEMA SUJECION	
	<input type="checkbox"/>		4.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> MANTENER CON PAÑALES	
	<input type="checkbox"/>		6.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> MASAJES POR LA MAÑANA	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
INICIO	ACTIVIDADES DE EDUCACION SANITARIA	FINAL	INICIO	ACTIVIDADES DE OBSERVACION	FINAL
4.2.88	Incluis a la familia en la enseñanza del cuidado del enfermo		4.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> SIGNOS VITALES <u>C/4h.</u>	6.2.88
				<input type="checkbox"/> BALANCE HIDRICO	
				<input type="checkbox"/> DIURESIS	
				<input type="checkbox"/> PESO	
			6.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> SIGNOS VITALES <u>3 veces/d.</u>	
INICIO	CUIDADOS GENERALES	FINAL	INICIO	PRECAUCIONES	FINAL
6.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> ACTIVIDAD <u>Levanta a un sillón M y T.</u>			<input type="checkbox"/> ALERGICO	
4.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> DIETA <u>Sin sal.</u>			<input type="checkbox"/> DIABETICO	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> COAGULADO	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> ANTICOAGULADO	

EVOLUCION - EVALUACION
NOTAS DE LA ENFERMERA

FECHA Y HORA	OBSERVACIONES SOBRE EL ENFERMO	PROBLEMAS Y COMENTARIOS	FIRMA
4.2.88 (tarde)		1) INCAPACIDAD PARCIAL POR HEMIPLEJIA. 2) TRASTORNO DE LA COMUNICACION VERBAL POR AFASIA. 3) POSIBLE APARICION DE ULCERAS DE DECUBITO POR INMOVILIDAD 4) POSIBLE FLACIDEZ MUSCULAR POR INMOVILIDAD.	P.M.
5.2.88 (7 h.)	Aparentemente tranquila y serena.	Piel intacta. Descansa 8 horas.	C.S.
(14 h.)	Piel intacta. Come sin dificultad alimentos sólidos.	Mantiene tono muscular.	L.M.
21 Horas	Durante la tarde no se producen cambios.		P.M.
6.2.83 (7 horas)	Durante la noche no se observan cambios.	Descansa bien.	J.L.
14 H.	Comienza a utilizar la mano izda.	No presenta síntomas negativos.	L.M.
21 H.	Continúa utilizando la mano izda. y da algunas pasas ayudado por su hija.	con destreza. Se levanta a un sillón. Se muestra animado.	P.M.
7.2.88 (7 h.)	Sin cambios que reseñar. Duarme bien.		C.S.
14 h.	Sin manifestaciones negativas. Expresa deseos de irse a casa. Deambula unos 10 metros ayudado. Vocaliza más claramente.		L.M.
21 H.	Sin cambios. Vocalización bastante clara.		P.M.
8.2.88	Durante la noche descansa bien.		J.L.
14 horas	Expresa constantemente deseos de irse a casa. Deambulación progresiva.		P.C.
21 horas	Ilusionado ante la noticia del alta. Realiza actividades con ayuda.		C.C.
9.2.88 (14 horas)	Descansa bien durante toda la noche.		C.S.
21 horas	Sin manifestaciones negativas. Es ayudado por la hija en el autocuidado.		P.C.
10.1.88 (12 horas)	Manifiesta alegría por la inminente alta.		C.C.
10.1.88	Descansa bien. Se despierta muy temprano.		J.L.
12 horas	ALTA MEDICA.		

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)				ACCIONES EJECUTADAS (Enfermería)								Nombre <u>F.H.M.</u> Habitación <u>1309</u> Cama <u>2</u>					
DIA <u>4.2.88</u>				<u>5.2.88</u>								<u>6.2.88</u>				<u>7.2.88</u>	
HORA				21	24	4	8	12	16	20	24	4	8	16	22	9	16
50	250	140	40														
40	200	120	39														
30	150	100	38														
20	100	(80)	(37)														
10	50	60	36														
0	0	40	35														
R	P.A.	P	Tª														
P. V. C.																	
FLUIDOTERAPIA																	
PROCEDIMIENTOS - CUIDADOS - MEDICIONES	Fisio. Respi.																
	Cambios pos. Ejerci. Fis.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Diuresis			++	100 +		+++	+	250	+	+++	100	200	350	+++	300	
	Peso																
	Cura																
	Aspiración																
	Líquidos oral.																
	Prevención úlceras			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	
FIRMA DE LA ENFERMERA				P.M.	C.S.	C.S.	C.S.	L.M.	P.M.	P.M.	L.M.	L.M.	L.M.	P.M.	P.M.	L.M.	P.M.

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)				ACCIONES EJECUTADAS (Enfermería)								Nombre <u>F.H.M.</u>		
								Habitación <u>1309</u> Cama <u>2</u>						
DIA 7.2.88				8.2.88				9.2.88				10.2.88		
HORA				22	9	18	22	9	18	22	9	12		
50	250	140	40											
40	200	120	39											
30	150	100	38											
20	100	80	(37)											
10	50	60	36											
0	0	40	35											
R	P.A.	P	T*											
P. V. C.														
FLUIDOTERAPIA														
Fisio. Respi.														
Cambios pos. Ejerci. fisica				X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Diuresis				400	200†	500	400	††	650	250	200†			
Peso														
Cura														
Aspiración														
Liquidos oral														
Prevención Ulceras					X			X			X			
PROCEDIMIENTOS - CUIDADOS - MEDICIONES														
FIRMA DE LA ENFERMERA				P.M.	P.D.	C.C.	C.C.	P.C.	C.C.	C.C.	P.C.			

PACIENTE: C. F. S.

PROBLEMA DE SALUD: *Enfermedad de Crohn*

AREA DE ENFERMERIA: *Enfermería Medicoquirúrgica*

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la Universidad Autónoma de Madrid)	DATOS PARA LA VALORACION INICIAL DEL PACIENTE ENFERMERIA UNIDADES MEDICOQUIRURGICAS DE ADULTOS	NOMBRE DEL ENFERMO <u>C. F. S.</u> HABITACION <u>109</u> CAMA <u>2</u>
INFORMACION DE INTERES		
DIAGNOSTICO MEDICO <u>Enfermedad de Crohn</u>		
MOTIVO DEL INGRESO <u>Reactivación de la enfermedad</u>		
HOSPITALIZACIONES ANTERIORES <u>Una por la misma causa</u>		
ALERGIAS <u>No conocidas</u>		
PROBLEMAS DE SALUD DISTINTOS AL DEL INGRESO <u>Catetizante</u>		
RESPIRACION-OXIGENACION P.A. <u>100/60</u> PULSO RADIAL <u>90/m</u> FRECUENCIA CENTRAL RESPIRACIONES <u>18/m</u> TEMPERATURA CORPORAL <u>36'5º C.</u> <input type="checkbox"/> DIFICULTAD RESPIRATORIA <input type="checkbox"/> DISNEA DE ESFUERZO <input type="checkbox"/> DISNEA DE REPOSO <input type="checkbox"/> ORTOPNEA <input type="checkbox"/> CIANOSIS OTROS DATOS <u>Actualmente fumadora de 1 paquete diario. Anteriormente hasta tres paquetes diarios.</u>		
ALIMENTACION-NUTRICION-HIDRATACION PESO <u>59 K.</u> TALLA <u>1.65 mt.</u> <input type="checkbox"/> NUTRIDO <input type="checkbox"/> DELGADO <input checked="" type="checkbox"/> DEFICIENTE NUTRICION <input type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> EXAGERADA OBESIDAD <input type="checkbox"/> HIDRATADO <input type="checkbox"/> DESHIDRATADO <input type="checkbox"/> EDEMAS <input type="checkbox"/> HIPERHIDRATADO <input type="checkbox"/> BUEN APETITO <input type="checkbox"/> INAPETENTE APETENCIAS <u>1-2 tazas de café al día.</u> RECHAZOS <u>Gaznata</u> PROTESIS DIFICULTADES DIETA QUE SIGUE <u>Propia del proceso. Abstergente hiperpapética.</u>		
DATOS SOCIO-CULTURALES SEXO <u>M</u> EDAD <u>44</u> ESTADO CIVIL <u>Casada</u> Nº DE HIJOS <u>3</u> LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA <u>Esposa y madre</u> PROFESION/OCCUPACION <u>Ama de casa</u> RELIGION <u>Católica</u> OTROS DATOS DE INTERES		

<p><u>ELIMINACION</u></p> <p><input type="checkbox"/> DEFECCION NORMAL</p> <p><input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO</p> <p><input type="checkbox"/> MICCION NORMAL</p> <p><input type="checkbox"/> INCONTINENCIAS</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <i>Diarreas (5-15 deposiciones diarias)</i></p> <p><input type="checkbox"/> DIFICULTADES</p> <p><input type="checkbox"/> OTROS DATOS: <i>Sudoración nocturna</i></p>	<p><u>DESCANSO-SUEÑO</u></p> <p>HORAS QUE DUERME <u>8 - 9</u></p> <p><input type="checkbox"/> SIESTA <u>No acostumbra</u></p> <p><input type="checkbox"/> INSOMNIO</p> <p>HABITOS</p>	<p><u>ASEO PERSONAL</u></p> <p>ASPECTO HIGIENICO <u>Buena</u></p> <p>HABITOS <u>Ducha caliente, Aseo diario.</u></p> <p>OTROS DATOS</p>
<p><u>ACTIVIDAD MOTORA</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> SIN INCAPACIDADES</p> <p><input type="checkbox"/> ADINAMICO</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PARCIAL</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TOTAL</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TRANSITORIA</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PERMANENTE</p> <p><input type="checkbox"/> OTROS DATOS</p>	<p><u>SEGURIDAD-BIENESTAR</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DOLOR <u>S7</u> TIPO <u>Cólico</u></p> <p>LOCALIZACION <u>Epigastrio</u></p> <p>INTENSIDAD</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO</p> <p><input type="checkbox"/> DESORIENTADO</p> <p><input type="checkbox"/> OBNUBLADO</p> <p><input type="checkbox"/> AGITADO</p> <p><input type="checkbox"/> INCONSCIENTE</p> <p>VISION <u>Normal</u></p> <p>AUDICION <u>Normal</u></p> <p>TACTO <u>Normal</u></p> <p>GUSTO/OLFATO <u>Normal</u></p> <p><input type="checkbox"/> PIEL NORMAL</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> PIEL SECA/Ligera</p> <p><input type="checkbox"/> ENROJECIDA</p> <p><input type="checkbox"/> LESIONADA</p>	<p><u>COMUNICACION-RELACION</u></p> <p>ESTADO ANIMICO <u>Muestra temor por el ingreso</u></p> <p>HABLA <u>Normal</u></p> <p>FAMILIARES/AMIGOS QUE PUEDEN VISITARLO Y/O AYUDARLO <u>Acostumbrados</u></p> <p>OTROS DATOS <u>Se comunica y relaciona bien</u></p> <p><u>OTRAS OBSERVACIONES</u></p> <p>FECHA DE LA VALORACION <u>28.02.89</u></p> <p>NOMBRE Y FIRMA DE LA ALUMNA <u>M.T.</u></p>

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)	PLANIFICACION ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	Nombre <u>C.E.S.</u> Habitación <u>1109</u> Cama <u>2</u>
--	--	--

INICIO	PROCEDIMIENTOS GENERALES	FINAL	INICIO	PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	FINAL
	<input type="checkbox"/> OXIGENOTERAPIA			<input type="checkbox"/> BAÑO EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> EJERCICIOS RESPIR.			<input type="checkbox"/> ASEO CAVIDADES	
	<input type="checkbox"/> ASPIRACION SECRE.			<input type="checkbox"/> ASEO ANEJOS	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO CANULA TRAQ.			<input type="checkbox"/> AYUDA EN EL ASEO	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO CANULA TRAQ.			<input type="checkbox"/> CAMBIOS POSTURALES	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO S.N.G.			<input type="checkbox"/> MASAJES	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO S.N.G.			<input type="checkbox"/> EJERCICIOS FISICOS	
	<input type="checkbox"/> LAVADO GASTRICO			<input type="checkbox"/> AYUDA EN LA COMIDA	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO S. VESICAL			<input type="checkbox"/> ALIMENTARLO	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO S. VESICAL			<input type="checkbox"/> ELIMINACION EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> LAVADO VESICAL			<input type="checkbox"/> AYUDA EN DEAMBULACION	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO VIA VENOSA			<input type="checkbox"/> BARANDALES EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> CURA			<input type="checkbox"/> SISTEMA SUJECION	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
INICIO	ACTIVIDADES DE EDUCACION SANITARIA	FINAL	INICIO	ACTIVIDADES DE OBSERVACION	FINAL
28.2.89	Sobre hábitos de vida derivados de su problema de salud		28.2.89	<input checked="" type="checkbox"/> SIGNOS VITALES <i>Habituales</i>	
				<input type="checkbox"/> BALANCE HIDRICO	
			28.2.89	<input type="checkbox"/> DIURESIS	
			28.2.89	<input checked="" type="checkbox"/> PESO <i>Cada 3 días</i>	
				<input checked="" type="checkbox"/> <i>Deposiciones y cardógrafos</i>	
INICIO	CUIDADOS GENERALES	FINAL	INICIO	PRECAUCIONES	FINAL
28.2.89	<input checked="" type="checkbox"/> ACTIVIDAD <i>Reposo después de las comidas</i>			<input type="checkbox"/> ALERGICO	
28.2.89	<input checked="" type="checkbox"/> DIETA <i>Terapéutica</i>			<input type="checkbox"/> DIABETICO	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> COAGULADO	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> ANTICOAGULADO	

T R A T A M I E N T O M E D I C O

FECHA	MEDICACION	H O R A S																
		2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24					
28.2.89	Urbason 40 mg. oral 1/d								X									
	Alugel 3 cucharas/dia										X				X			
	Ranitidina 1 c./noche															X		
	Trisorbina MCT DIMPR 3/dia										X				X			
	Buscapina si dolor abdom.																	
	Gelocatil si fiebre(s.p.)																	
1.3.89	Urbason (igual)								X									
	Alugel (igual)										X				X			
	Ranitidina (igual)															X		
	Trisorbina (igual)										X					X		
	Buscapina (igual)																	
	Gelocatil (igual)																	
2.3.89	Urbason (igual)								X									
	Alugel (igual)										X				X			
	Ranitidina (igual)															X		
	Trisorbina (igual)										X				X			
	Buscapina (igual)																	
	Gelocatil (igual)																	
3.3.89	Urbason (igual)								X									
	Alugel (igual)										X				X			
	Ranitidina (igual)															X		
	Trisorbina (igual)										X				X			
	Buscapina (igual)																	
	Gelocatil (igual)																	
4.4.89	Urbason (igual)								X									
	Alugel (igual)										X				X			
	Ranitidina (igual)															X		
	Trisorbina (igual)										X					X		
	Buscapina (igual)																	
	Gelocatil (igual)																	

E V O L U C I O N - E V A L U A C I O N

NOTAS DE LA ENFERMERA

FECHA Y HORA	OBSERVACIONES SOBRE EL ENFERMO	COMENTARIOS	FIRMA
28.2.89 15h.	Refiere al ingreso, varias deposiciones al día, incluso 15. Blandas, líquidas, sin sangre. No fiebre. Pérdida de peso. En los primeros momentos de la mañana se muestra deprimida ligeramente. Más animada en la comunicación con las enfermeras.		M.T.
1.3.89 15 h.	Tres deposiciones sin sangre, moco o pus. No fiebre. Solicitada consulta servicio nutrición. Dificultad para dormir por molestias ambientales (tratamiento de oxigenoterapia y otros de enfermos colindantes).		M.T.
2.3.89 15 h.	No fiebre. Más animada. Tolerancia a la alimentación prescrita por el servicio de dietética. Cuatro deposiciones. Refiere ruidos intestinales. Realizada Radiografías de abdomen.		M.T.
3.3.89 15 h.	Tres deposiciones más espesas. Se encuentra más animada. Recibe visitas que según la enferma la distraen.		M.T.
6.3.89 15 h.	Tres deposiciones. Más animada. Mañana se le realizará tránsito intestinal. La informo y doy las instrucciones oportunas.		M.T.
7.3.89 15 h.	Dos deposiciones semi-duras. La informo de la importancia de la dieta en su proceso. Se muestra interesada y con deseos de aprender. Así mismo le comento los inconvenientes del tabaco y la necesidad de más momentos relajados.		M.T.
8.3.89 15 h.	Una deposición de caracteres normales. Más animada. Solicita información sobre dietética y los derechos del paciente. Se le proporciona folletos sobre ambos.		M.T.
10.3.89 15 h.	Una deposición diarreica blanda, sin sangre, moco o pus. Parece más desanimada. Presenta dolor de tipo cólico, náuseas y vómitos.		M.T.
11.3.89 15 h.	Han desaparecido el dolor, náuseas y vómitos. Dos deposiciones pastosas.		M.T.
12.3.89 15 h.	Más animada que en días anteriores. Se le comunica que será dada de alta en días próximos. Se le informa del régimen de vida que deberá seguir.		M.T.
13.3.89 15 h.	En espera de alta, la enferma manifiesta alegría. Más comunicativa. Demanda información sobre los autocuidados. Se le explica detalladamente. Comprende bien las explicaciones.		M.T.

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
 ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ"
 (Adscrita a la U.A.M.)

ACCIONES EJECUTADAS
 (Enfermería)

Nombre C.F.S.
 Habitación 1109 Cama 2

DIA				28.2.89		1.3.89		2.3.89		3.3.89		4.3.89		5.3.89		6.3.89	
HORA				12	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T
50	250	140	40														
40	200	120	39														
30	150	100	38														
20	100	80	37														
10	50	60	36														
0	0	40	35														

R P.A. P T

P. V. C.

FLUIDOTERAPIA

PROCEDIMIENTOS - CUIDADOS - MEDICIONES	Fisio. Respi.	J N S R E S O																
	Cambios pos.																	
	Diuresis																	
	Peso		59	59		59,100		59,200				59,600						
	Cura																	
	Aspiración																	
	Líquidos oral																	
	Deposiciones			3	4	3	2	4	3									

FIRMA DE LA ENFERMERA

M.T. E.M. M.T. E.M. M.T. C.L. M.T. C.L. M.T. E.M. A.S. E.M. A.S. L.S.

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)				ACCIONES EJECUTADAS (Enfermería)								Nombre <u>C. F. S.</u> Habitación <u>1109</u> Cama <u>2</u>			
DIA <u>7.3.89</u>				8.3.89		9.3.89		10.3.89		11.3.89		12.3.89		13.3.89	
HORA				M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T
50	250	140	40												
40	200	120	39												
30	150	100	38												
20	100	80	37												
10	50	60	36												
0	0	40	35												
R	P.A.	P	Tª												
P. V. C.															
FLUIDOTERAPIA															
PROCEDIMIENTOS - CUIDADOS - MEDICIONES	Fisio. Respi.														
	Cambios pos.														
	Diuresis														
	Peso			59,800				61						63	
	Cura														
	Aspiración														
	Liquidos oral.														
	Deposiciones			2		1			1		2				3
FIRMA DE LA ENFERMERA				M.T.	E.M.	M.T.	E.M.	M.T.	E.M.	M.T.	E.M.	L.S.	C.R.	L.S.	E.M.
														M.T.	C.L.

PACIENTE: D. R. A.

PROBLEMA DE SALUD: *Hernia discal*

AREA DE ENFERMERIA: *Enfermería Medicoquirúrgica*

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la Universidad Autónoma de Madrid)	DATOS PARA LA VALORACION INICIAL DEL PACIENTE ENFERMERIA UNIDADES MEDICOQUIRURGICAS DE ADULTOS	NOMBRE DEL ENFERMO <u>D.R.A.</u> HABITACION <u>204</u> CAMA <u>1</u>
INFORMACION DE INTERES		
DIAGNOSTICO MEDICO <u>HERNIA DYSAL</u>		
MOTIVO DEL INGRESO <u>Intervención quirúrgica</u>		
HOSPITALIZACIONES ANTERIORES <u>Ninguna</u>		
ALERGIAS <u>No refiere</u>		
PROBLEMAS DE SALUD DISTINTOS AL DEL INGRESO		
DATOS SOCIO-CULTURALES		
SEXO <u>M</u> EDAD <u>25</u> ESTADO CIVIL <u>S</u>		
Nº DE HIJOS _____ LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA _____		
PROFESION/OCUPACION <u>Telefonista</u>		
RELIGION <u>Católica no practicante</u>		
OTROS DATOS DE INTERES _____		
RESPIRACION-OXIGENACION		
P.A. <u>120/65</u> PULSO RADIAL <u>68/m</u> FRECUENCIA CENTRAL _____		
RESPIRACIONES <u>16/m</u> TEMPERATURA CORPORAL <u>36,3° C</u>		
<input type="checkbox"/> DIFICULTAD RESPIRATORIA		
<input type="checkbox"/> DISNEA DE ESFUERZO		
<input type="checkbox"/> DISNEA DE REPOSO		
<input type="checkbox"/> ORTOPNEA		
<input type="checkbox"/> CIANOSIS		
OTROS DATOS <u>Fumadora de 5-6 pilitillas diarios</u>		
ALIMENTACION-NUTRICION-HIDRATACION		
PESO <u>50 Kg.</u> TALLA <u>157 cm.</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> NUTRIDO <input type="checkbox"/> DELGADO <input type="checkbox"/> DEFICIENTE NUTRICION		
<input type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> EXAGERADA OBESIDAD		
<input checked="" type="checkbox"/> HIDRATADO <input type="checkbox"/> DESHIDRATADO <input type="checkbox"/> EDEMAS		
<input type="checkbox"/> HIPERHIDRATADO		
<input checked="" type="checkbox"/> BUEN APETITO <input type="checkbox"/> INAPETENTE		
APETENCIAS <u>Come de todo</u>		
RECHAZOS <u>Ninguno</u>		
PROTESIS _____		
DIFICULTADES _____		
DIETA QUE SIGUE _____		

<p>ELIMINACION</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DEFECACION NORMAL</p> <p><input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> MICCION NORMAL</p> <p><input type="checkbox"/> INCONTINENCIAS</p> <p><input type="checkbox"/> DIFICULTADES</p> <p><input type="checkbox"/> OTROS DATOS</p>	<p>DESCANSO-SUEÑO</p> <p>HORAS QUE DUERME <u>7-8 horas inintermitentes</u></p> <p><input type="checkbox"/> SIESTA</p> <p><input type="checkbox"/> INSOMNIO</p> <p>HABITOS</p>	<p>ASEO PERSONAL</p> <p>ASPECTO HIGIENICO <u>Muy bueno</u></p> <p>HABITOS <u>Ducha diaria al levantarse</u></p> <p>OTROS DATOS</p>
<p>ACTIVIDAD MOTORA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> SIN INCAPACIDADES</p> <p><input type="checkbox"/> ADINAMICO</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PARCIAL</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TOTAL</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TRANSITORIA</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PERMANENTE</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> OTROS DATOS <u>Molestias al hacer detras</u></p> <p><u>mirada momentanea</u></p>	<p>SEGURIDAD-BIENESTAR</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DOLOR <u>Si</u> TIPO <u>de dolor agudo</u></p> <p>LOCALIZACION <u>Región Lumbosacra asociado a M.J.</u></p> <p>INTENSIDAD <u>De moderada a fuerte</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO</p> <p><input type="checkbox"/> DESORIENTADO</p> <p><input type="checkbox"/> OBNUBLADO</p> <p><input type="checkbox"/> AGITADO</p> <p><input type="checkbox"/> INCONSCIENTE</p> <p>VISION <u>Sin dificultades</u></p> <p>AUDICION <u>Normal</u></p> <p>TACTO <u>Normal</u></p> <p>GUSTO/OLFATO <u>Normal</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> PIEL NORMAL</p> <p><input type="checkbox"/> ENROJECIDA</p> <p><input type="checkbox"/> PIEL SECA</p> <p><input type="checkbox"/> LESIONADA</p>	<p>COMUNICACION-RELACION</p> <p>ESTADO ANIMICO <u>Comunicativa y colaboradora</u></p> <p>HABLA</p> <p>FAMILIARES/AMIGOS QUE PUEDEN VISITARLO Y/O AYUDARLO <u>bien bastantes</u></p> <p>OTROS DATOS <u>Conoce su proceso no esta preocupada</u></p> <p>OTRAS OBSERVACIONES</p> <p><u>Toma Motelil para aliviar el dolor.</u></p> <p>FECHA DE LA VALORACION <u>6.5.89</u></p> <p>NOMBRE Y FIRMA DE LA ALUMNA <u>P. G-V.</u></p>

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)	PLANIFICACION	Nombre <u>D.P.A.</u>
	ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	Habitación <u>204</u> Cama <u>1</u>

INICIO	PROCEDIMIENTOS GENERALES	FINAL	INICIO	PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	FINAL
	<input type="checkbox"/> OXIGENOTERAPIA			<input type="checkbox"/> BAÑO EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> EJERCICIOS RESPIR.			<input type="checkbox"/> ASEO CAVIDADES	
	<input type="checkbox"/> ASPIRACION SECRE.			<input type="checkbox"/> ASEO ANEJOS	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO CANULA TRAQ.			<input type="checkbox"/> AYUDA EN EL ASEO	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO CANULA TRAQ.		<u>9.5.89</u>	<input checked="" type="checkbox"/> CAMBIOS POSTURALES <u>Según protocolos</u>	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO S.N.G.			<input checked="" type="checkbox"/> MASAJES	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO S.N.G.			<input type="checkbox"/> EJERCICIOS FISICOS	
	<input type="checkbox"/> LAVADO GASTRICO			<input type="checkbox"/> AYUDA EN LA COMIDA	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO S. VESICAL			<input type="checkbox"/> ALIMENTARLO	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO S. VESICAL			<input type="checkbox"/> ELIMINACION EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> LAVADO VESICAL			<input type="checkbox"/> AYUDA EN DEAMBULACION	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO VIA VENOSA			<input type="checkbox"/> BARANDALES EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> CURA			<input type="checkbox"/> SISTEMA SUJECION	
	<input type="checkbox"/>		<u>8.5.89</u>	<input checked="" type="checkbox"/> <u>Preparación quirúrgica</u>	<u>P.C.V.</u>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
INICIO	ACTIVIDADES DE EDUCACION SANITARIA	FINAL	INICIO	ACTIVIDADES DE OBSERVACION	FINAL
			<u>9.5.89</u>	<input checked="" type="checkbox"/> SIGNOS VITALES <u>c/4 h.</u>	<u>10.5.89</u>
				<input type="checkbox"/> BALANCE HIDRICO	
			<u>9.5.89</u>	<input checked="" type="checkbox"/> DIURESIS	<u>10.5.89</u>
				<input type="checkbox"/> PESO	
				<input type="checkbox"/>	
INICIO	CUIDADOS GENERALES	FINAL	INICIO	PRECAUCIONES	FINAL
<u>6.5.89</u>	<input checked="" type="checkbox"/> ACTIVIDAD <u>Moderada</u>			<input type="checkbox"/> ALERGICO	
<u>6.5.89</u>	<input checked="" type="checkbox"/> DIETA <u>Normal</u>			<input type="checkbox"/> DIABETICO	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> COAGULADO	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> ANTICOAGULADO	

E V O L U C I O N - E V A L U A C I O N

NOTAS DE LA ENFERMERA

FECHA Y HORA	OBSERVACIONES SOBRE EL ENFERMO	COMENTARIOS	FIRMA
6-5-89	A la valoración inicial no se	INGRESO 18,30 horas	
7-5-89	identifican problemas. (NOCHE)	Iniciar plan de cuidado sistemático	P.G.V.
Mañana	Extracción de sangre y recogida de orina para análisis sistemático.	Descansa bien	J.Y.
	Realización R.X. de tórax y E.C.G.		L.M.
Tarde		Se practica estudio con Scanner	P.G.V.
8-5-89		(NOCHE) Descansa bien	G.P.
Mañana		Se comunica a la enferma la inter-	
	Se muestra contenta aparentemente	vención para el día siguiente	L.M.
Tarde	Se prepara para la intervención	Ha hecho deposición por la mañana	P.G.V.
9-5-89	Descansa bien durante toda la noche		J.V.
Mañana	Pasa a quirófano a las 09,00 horas		L.M.
15,00	Llegada a Reanimación procedente de quirófano a las 11,00 horas. Des-	Pasa a su habitación a las 15,00 horas	G.G.
	pierta aunque con tendencia al sueño. Responde a estímulos. Signos		
Tarde	Pasa la tarde adormilada. Signos vitales en valores normales. Primera	micción. Se inician cambios posturales. No manifiesta dolor	P.G.V.
10-5-89	Ligeras molestias que desaparecen con la administración de calmante		C.P.
Noche			
Mañana	Tolera líquidos		C.D.
Tarde	Ligera deambulación. Tolera líquidos. Ante la sugerencia del médico de		
	alta, la enferma manifiesta deseos de marchar a casa. No tiene problemas		M.G.
11-5-89	Molestias durante la noche que se solucionan deambulando un rato. Al		
Noche	iniciarse de nuevo se administra calmante. Descansa bien la noche		J.R.
Mañana	Al alta, piensa ligeramente frío, hemiciego para con sensaciones y		
	respuestas a los estímulos. Cambio de apósito. Se cambia limpio. Se dan instrucciones sobre las autocuidados y se cita para consulta		C.D.
	para revisión y retirada de puntos de la herida		

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)				ACCIONES EJECUTADAS (Enfermería)				Nombre <u>D.R.A.</u> Habitación <u>204</u> Cama <u>1</u>					
DIA <u>10.5.89</u>				11.5.89									
HORA				14	18	20	9						
50	250	140	40										
40	200	120	39										
30	150	100	38										
20	100	80	(37)										
10	50	60	36										
0	0	40	35										
R	P.A.	P	Tª										
P. V. C.													
FLUIDOTERAPIA				Glucosa 100									
PROCEDIMIENTOS - CUIDADOS - MEDICIONES	Fisio. Respi.												
	Cambios pos. Levantada				X	X							
	Diuresis												
	Peso												
	Cura						X						
	Aspiración												
	Liquidos oral			300	200	100							
	FIRMA DE LA ENFERMERA			C.D.	M.S.	M.S.	C.D.						

PACIENTE: *M. R. A. M.*

PROBLEMA DE SALUD: *Parto normal*

AREA DE ENFERMERIA: *Enfermería Maternal*

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la Universidad Autónoma de Madrid)	DATOS PARA LA VALORACION INICIAL DE LA MUJER ENFERMERIA UNIDADES DE OBSTETRICIA	NOMBRE DE LA MUJER <u>M.R. A.M.</u> HABITACION <u>902</u> CAMA <u>7</u>
<u>INFORMACION DE INTERES</u>		
<u>DATOS SOCIO-CULTURALES</u> EDAD <u>30</u> ESTADO CIVIL <u>C</u> Nº DE HIJOS <u>2</u> LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA <u>Madre de familia</u> PROFESION/OCCUPACION <u>Ama de casa</u> REGION <u>Católica (no practicante)</u> <input checked="" type="checkbox"/> HA RECIBIDO EDUCACION MATERNAL <u>NO</u> TIPO DE LACTANCIA QUE VA A DAR AL NIÑO <u>Natural</u> <input checked="" type="checkbox"/> DESEA TENER MAS HIJOS <u>No. Desea asistir a planificación faml.</u>	MOTIVO DEL INGRESO <u>PARTO SIMPLICEMENTE</u> HOSPITALIZACIONES ANTERIORES <u>dos (anteriores partos)</u> ALERGIAS <u>No conocidas</u> GRUPO Y Rh <u>A +</u> PROBLEMAS DE SALUD DISTINTOS AL DEL INGRESO <u>Ninguno</u> OTROS DATOS <u>Embarazo no deseado, peso no rechazado</u>	
<u>ALIMENTACION-NUTRICION-HIDRATACION</u>		
<u>RESPIRACION-ØXIGENACION</u> P.A. <u>130/80</u> PULSO RADIAL <u>84/m</u> FRECUENCIA CENTRAL _____ RESPIRACIONES _____ TEMPERATURA CORPORAL <u>36.3°C</u> <input type="checkbox"/> DIFICULTAD RESPIRATORIA <input type="checkbox"/> DISNEA DE ESFUERZO <input type="checkbox"/> DISNEA DE REPOSO <input type="checkbox"/> ORTOPNEA <input type="checkbox"/> CIANOSIS OTROS DATOS <u>Fumadora de 6-7 cigarrillos diarios</u>	PESO _____ TALLA _____ <input checked="" type="checkbox"/> NUTRIDA <input type="checkbox"/> DELGADA <input type="checkbox"/> DEFICIENTE NUTRICION <input type="checkbox"/> DESNUTRIDA <input type="checkbox"/> OBESA <input type="checkbox"/> EXAGERADA OBESIDAD <input checked="" type="checkbox"/> HIDRATADA <input type="checkbox"/> DESHIDRATADA <input type="checkbox"/> EDEMAS <input type="checkbox"/> HIPERHIDRATADA <input type="checkbox"/> BUEN APETITO <input type="checkbox"/> INAPETENTE APETENCIAS _____ RECHAZOS _____ DIFICULTADES _____ DIETA QUE SIGUE _____	

<p><u>ELIMINACION</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DEFECCION NORMAL <i>cada dos días</i></p> <p><input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> MICCION NORMAL</p> <p><input type="checkbox"/> INCONTINENCIAS</p> <p><input type="checkbox"/> DIFICULTADES</p> <p><input type="checkbox"/> OTROS DATOS</p>	<p><u>DESCANSO-SUEÑO</u></p> <p>HORAS QUE DUERME <i>7-8 horas diarias</i></p> <p><input type="checkbox"/> SIESTA</p> <p><input type="checkbox"/> INSOMNIO</p> <p>HABITOS</p>	<p><u>ASEO PERSONAL</u></p> <p>ASPECTO HIGIENICO <i>Bueno</i></p> <p>HABITOS <i>Ducha diario</i></p> <p>OTROS DATOS</p>
<p><u>ACTIVIDAD MOTORA</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> SIN INCAPACIDADES</p> <p><input type="checkbox"/> ADINAMICA</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PARCIAL</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TOTAL</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TRANSITORIA</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PERMANENTE</p> <p><input type="checkbox"/> OTROS DATOS</p>	<p><u>SEGURIDAD-BIENESTAR</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DOLOR <i>TIPO <u>zapato del padre</u></i></p> <p>LOCALIZACION</p> <p>INTENSIDAD</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADA</p> <p><input type="checkbox"/> DESORIENTADA</p> <p><input type="checkbox"/> OBNUBILADA</p> <p><input type="checkbox"/> AGITADA</p> <p><input type="checkbox"/> INCONSCIENTE</p> <p>VISION <i>Usa gafas para leer</i></p> <p>AUDICION <i>Normal</i></p> <p>TACTO <i>Normal</i></p> <p>GUSTO/OLFATO <i>Normal</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> PIEL NORMAL</p> <p><input type="checkbox"/> PIEL SECA</p> <p><input type="checkbox"/> ENROJECIDA</p> <p><input type="checkbox"/> LESIONADA</p> <p>ESTADO DE LOS PEZONES <i>Ligamente planos</i></p> <p><i>En lactancias anteriores sin problemas</i></p>	<p><u>COMUNICACION-RELACION</u></p> <p>ESTADO ANIMICO</p> <p>HABLA</p> <p>FAMILIARES/AMIGOS QUE PUEDEN VISITARLA Y/O AYUDARLA</p> <p>OTROS DATOS</p>
<p><u>OTRAS OBSERVACIONES</u></p> <p><i>Conoce los cuidados preperinatales y del RN.</i></p> <p><i>por experiencias anteriores</i></p> <p>FECHA DE LA VALORACION <i>30.3.89</i></p> <p>NOMBRE Y FIRMA DE LA ALUMNA <i>V.V.</i></p>		

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
 ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ"
 (Adscrita a la U.A.M.)

PLANIFICACION
 ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

Nombre M. R. A. M.
 Habitación 902 Cama 1

INICIO	PROCEDIMIENTOS GENERALES	FINAL	INICIO	PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	FINAL
	<input type="checkbox"/> OXIGENOTERAPIA			<input type="checkbox"/> BAÑO EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> EJERCICIOS RESPIR.			<input type="checkbox"/> ASEO CAVIDADES	
	<input type="checkbox"/> ASPIRACION SECRE.			<input type="checkbox"/> ASEO ANEJOS	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO CANULA TRAQ.			<input type="checkbox"/> AYUDA EN EL ASEO	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO CANULA TRAQ.			<input type="checkbox"/> CAMBIOS POSTURALES	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO S.N.G.		30.3.89	<input checked="" type="checkbox"/> MASAJES de fondo uterino C/3 h.	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO S.N.G.		30.3.89	<input checked="" type="checkbox"/> EJERCICIOS FISICOS M/T C/3 h.	
	<input type="checkbox"/> LAVADO GASTRICO			<input type="checkbox"/> AYUDA EN LA COMIDA	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO S. VESICAL			<input type="checkbox"/> ALIMENTARLO	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO S. VESICAL			<input type="checkbox"/> ELIMINACION EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> LAVADO VESICAL			<input type="checkbox"/> AYUDA EN DEAMBULACION	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO VIA VENOSA			<input type="checkbox"/> BARANDALES EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> CURA			<input type="checkbox"/> SISTEMA SUJECION	
30.3.89	<input checked="" type="checkbox"/> Preparación física parto		30.3.89	<input checked="" type="checkbox"/> Aseo genitales M.T.	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
INICIO	ACTIVIDADES DE EDUCACION SANITARIA	FINAL	INICIO	ACTIVIDADES DE OBSERVACION	FINAL
			30.3.89	<input checked="" type="checkbox"/> SIGNOS VITALES <i>Habituales</i>	
			30.3.89	<input type="checkbox"/> BALANCE HIDRICO	
			30.3.89	<input checked="" type="checkbox"/> DIURESIS (<i>anotar 1ª miccion</i>)	
			30.3.89	<input type="checkbox"/> PESO	
			30.3.89	<input checked="" type="checkbox"/> <i>Anotar compresas manchadas</i>	
INICIO	CUIDADOS GENERALES	FINAL	INICIO	PRECAUCIONES	FINAL
30.3.89	<input checked="" type="checkbox"/> ACTIVIDAD <i>Normal</i>			<input type="checkbox"/> ALERGICO	
30.3.89	<input checked="" type="checkbox"/> DIETA <i>Normal</i>			<input type="checkbox"/> DIABETICO	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> COAGULADO	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> ANTICOAGULADO	

EVOLUCION - EVALUACION
NOTAS DE LA ENFERMERA

FECHA Y HORA	OBSERVACIONES SOBRE EL ENFERMO	COMENTARIOS	FIRMA
30.3.89	Ingresa procedente del servicio de admisión, en periodo de dilatación.		
09.00	Desarrolla normal del parto. Pasa a la sala de partos a las 11.15		V.V.
13.00	Llegada a Reanimación procedente del parto. Ha dado a luz un niño sano. Se encuentra en nidos. Permanece en esta unidad hasta las 16.00 h.		
	Mantiene signos vitales en parámetros normales.		L.P.
16.00	Llega a la habitación procedente de Reanimación. Buen estado general.		L.B.
22.00	Evolución satisfactoria del post-parto.		L.M.
31.3.89	Pasa la noche bien. A las 06.00 h. se inicia lactancia natural. Se muestra diestra en la alimentación del niño. El niño succiona bien.		L.A.
Noche			L.A.
Mañana	Continua la evolución satisfactoriamente.		V.V.
Tarde	Sin cambios que reseñar.		L.M.
01.4.89	Manifiesta que ha tenido dificultad para conciliar el sueño, aunque se encontraba tranquila y relajada.		E.J.
Noche			E.J.
Mañana	ALTA. Se ha dado información detallada de las gestiones que debe hacer para ser vista en la consulta de planificación familiar (por deseo de la mujer).		V.V.

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)				ACCIONES EJECUTADAS (Enfermería)				Nombre <u>M.R. A.M.</u> Habitación <u>902</u> Cama <u>1</u>					
DIA <u>30.3.89</u>								31.3.89		01.4.89			
HORA				9	13	16	18	24	10	18	M		
50	250	140	40										
40	200	120	39										
30	150	100	38										
20	100	80	37										
10	50	60	36										
0	0	40	35										
R	P.A.	P	T*										
P. V. C.													
FLUIDOTERAPIA													
PROCEDIMIENTOS - CUIDADOS - MEDICIONES	Fisio. Respi.												
	Cambios pos.												
	Diuresis					250	100						
	Peso												
	Cura												
	Aspiración												
	Liquidos oral.												
	Preparación	X											
	Física paño												
	Compresas usadas		xx		x	x	x	xx	xx	x			
Ejercicios Mh. 33.				X	X	X							
Lavado obstetrico				X		X	X	X					
FIRMA DE LA ENFERMERA	V.V.	L.P.	L.P.	L.M.	L.A.	V.V.	L.M.	V.V.					

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)				ACCIONES EJECUTADAS (Enfermería)				Nombre _____ Habitación _____ Cama _____			
DIA _____											
HORA											
50	250	140	40								
40	200	120	39								
30	150	100	38								
20	100	80	37								
10	50	60	36								
0	0	40	35								
R	P.A.	P	Tª								
P. V. C.											
FLUIDOTERAPIA											
PROCEDIMIENTOS - CUIDADOS - MEDICIONES	Fisio. Respi.										
	Cambios pos.										
	Diuresis										
	Peso										
	Cura										
	Aspiración										
	Liquidos oral.										
FIRMA DE LA ENFERMERA											

PACIENTE: *J. A. S.*

PROBLEMA DE SALUD: *Placenta previa*

AREA DE ENFERMERIA: *Enfermería Maternal*

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la Universidad Autónoma de Madrid)	DATOS PARA LA VALORACION INICIAL DE LA MUJER ENFERMERIA UNIDADES DE OBSTETRICIA	NOMBRE DE LA MUJER <u>J.A.S.</u> HABITACION <u>904</u> CAMA <u>2</u>	
DATOS SÓCIO-CULTURALES EDAD <u>18</u> ESTADO CIVIL <u>C</u> Nº DE HIJOS <u>0</u> LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA <u>Esposa</u> PROFESION/OCCUPACION <u>Estudios de E.G.B. / Ama de casa</u> RREGION _____ <input type="checkbox"/> HA RECIBIDO EDUCACION MATERNAL <u>NO</u> TIPO DE LACTANCIA QUE VA A DAR AL NIÑO <u>No lo ha decidido</u> <input type="checkbox"/> DESEA TENER MAS HIJOS	INFORMACION DE INTERES MOTIVO DEL INGRESO <u>OBSERVACION Y VIGILANCIA PLACENTA PREVIA</u> HOSPITALIZACIONES ANTERIORES <u>No ha tenido</u> ALERGIAS <u>Ninguna conocida</u> GRUPO Y Rh <u>Soliciteme e-kabonatoro</u> PROBLEMAS DE SALUD DISTINTOS AL DEL INGRESO <u>No tiene</u> OTROS DATOS _____	RESPIRACION-OXIGENACION P.A <u>115/70</u> PULSO RADIAL <u>84</u> FRECUENCIA CENTRAL _____ RESPIRACIONES _____ TEMPERATURA CORPORAL <u>36.2° C.</u> <input type="checkbox"/> DIFICULTAD RESPIRATORIA _____ <input type="checkbox"/> DISNEA DE ESFUERZO _____ <input type="checkbox"/> DISNEA DE REPOSO _____ <input type="checkbox"/> ORTOPNEA _____ <input type="checkbox"/> CIANOSIS _____ OTROS DATOS <u>Dificulta hemorragia vaginal</u>	ALIMENTACION-NUTRICION-HIDRATACION PESO <u>55 Kg.</u> TALLA _____ <input checked="" type="checkbox"/> NUTRIDA <input type="checkbox"/> DELGADA <input type="checkbox"/> DEFICIENTE NUTRICION <input type="checkbox"/> DESNUTRIDA <input type="checkbox"/> OBESA <input type="checkbox"/> EXAGERADA OBESIDAD <input checked="" type="checkbox"/> HIDRATADA <input type="checkbox"/> DESHIDRATADA <input type="checkbox"/> YDEMÁS <input type="checkbox"/> HIPERHIDRATADA _____ <input type="checkbox"/> BUEN APETITO <input type="checkbox"/> INAPETENTE APETENCIAS _____ <u>Le gusta toda</u> RECHAZOS _____ DIFICULTADES _____ <u>Ninguna</u> DIETA QUE SIGUE _____ <u>Normal</u>

<p><u>ELIMINACION</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DEFECACION NORMAL <u>cada dos dias</u></p> <p><input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> MICCION NORMAL</p> <p><input type="checkbox"/> INCONTINENCIAS</p> <p><input type="checkbox"/> DIFICULTADES</p> <p><input type="checkbox"/> OTROS DATOS</p>	<p><u>DESCANSO-SUEÑO</u></p> <p>HORAS QUE DUERME <u>7 - 8 diarias</u></p> <p><input type="checkbox"/> SIESTA <u>No acostumbra</u></p> <p><input type="checkbox"/> INSOMNIO</p> <p>HABITOS</p>	<p><u>ASEO PERSONAL</u></p> <p>ASPECTO HIGIENICO <u>Buena</u></p> <p>HABITOS <u>Ducha diaria</u></p> <p>OTROS DATOS</p>
<p><u>ACTIVIDAD MOTORA</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> SIN INCAPACIDADES</p> <p><input type="checkbox"/> ADINAMICA</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PARCIAL</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TOTAL</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TRANSITORIA</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PERMANENTE</p> <p><input type="checkbox"/> OTROS DATOS</p>	<p><u>SEGURIDAD-BIENESTAR</u></p> <p><input type="checkbox"/> DOLOR</p> <p>LOCALIZACION</p> <p>INTENSIDAD</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADA</p> <p><input type="checkbox"/> DESORIENTADA</p> <p><input type="checkbox"/> OBNUBILADA</p> <p><input type="checkbox"/> AGITADA</p> <p><input type="checkbox"/> INCONSCIENTE</p> <p>VISION <u>Normal</u></p> <p>AUDICION <u>Normal</u></p> <p>TACTO <u>Normal</u></p> <p>GUSTO/OLFATO <u>Normal</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> PIEL NORMAL</p> <p><input type="checkbox"/> PIEL SECA</p> <p><input type="checkbox"/> ENROJECIDA</p> <p><input type="checkbox"/> LESIONADA</p> <p>ESTADO DE LOS PEZONES <u>Ligeramente invertido</u></p>	<p><u>COMUNICACION-RELACION</u></p> <p>ESTADO ANIMICO <u>Apasencia normal, Colaboradora.</u></p> <p>HABLA <u>Sin dificultad</u></p> <p>FAMILIARES/AMIGOS QUE PUEDEN VISITARLA Y/O AYUDARLA <u>Muñido. La familia de ambos resi- de fuera de Madrid.</u></p> <p>OTROS DATOS</p>
<p><u>OTRAS OBSERVACIONES</u></p> <p><u>Respiracion que el embañaga ha sido desea- do, pero se encuentran angustiados por no saber cuidar al R.N.</u></p> <p>FECHA DE LA VALORACION <u>5.4.88</u></p> <p>NOMBRE Y FIRMA DE LA ALUMNA <u>g.A.</u></p>		

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)	PLANIFICACION ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	Nombre <u>J.A.S</u> Habitación <u>904</u> Cama <u>2</u>
--	---	--

INICIO	PROCEDIMIENTOS GENERALES	FINAL	INICIO	PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	FINAL
	<input type="checkbox"/> OXIGENOTERAPIA			<input type="checkbox"/> BAÑO EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> EJERCICIOS RESPIR.			<input type="checkbox"/> ASEO CAVIDADES	
	<input type="checkbox"/> ASPIRACION SECRE.			<input type="checkbox"/> ASEO ANEJOS	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO CANULA TRAQ.			<input type="checkbox"/> AYUDA EN EL ASEC	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO CANULA TRAQ.			<input type="checkbox"/> CAMBIOS POSTURALES	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO S.N.G.			<input type="checkbox"/> MASAJES	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO S.N.G.			<input type="checkbox"/> EJERCICIOS FISICOS	
	<input type="checkbox"/> LAVADO GASTRICO			<input type="checkbox"/> AYUDA EN LA COMIDA	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO S. VESICAL			<input type="checkbox"/> ALIMENTARLO	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO S. VESICAL			<input type="checkbox"/> ELIMINACION EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> LAVADO VESICAL			<input type="checkbox"/> AYUDA EN DEAMBULACION	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO VIA VENOSA			<input type="checkbox"/> BARANDALES EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> CURA			<input type="checkbox"/> SISTEMA SUJECION	
	<input type="checkbox"/>		5.4.88	<input checked="" type="checkbox"/> Posición semi-trendelemburg	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	

INICIO	ACTIVIDADES DE EDUCACION SANITARIA	FINAL	INICIO	ACTIVIDADES DE OBSERVACION	FINAL
5.4.88	Después de visita médica.		5.4.88	<input checked="" type="checkbox"/> SIGNOS VITALES c/3 h.	
	instruir a la pareja sobre el			<input type="checkbox"/> BALANCE HIDRICO	
	cuidado del R.N.		5.4.88	<input checked="" type="checkbox"/> DIURESIS	
			5.4.88	<input checked="" type="checkbox"/> PESO Frecuencia feto 3v/d	
			5.4.88	<input checked="" type="checkbox"/> Anotar compresas manchadas	
				<input checked="" type="checkbox"/>	

INICIO	CUIDADOS GENERALES	FINAL	INICIO	PRECAUCIONES	FINAL
5.4.88	<input checked="" type="checkbox"/> ACTIVIDAD <u>Reposo en cama</u>			<input type="checkbox"/> ALERGICO	
5.4.88	<input checked="" type="checkbox"/> DIETA <u>Normal</u>			<input type="checkbox"/> DIABETICO	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> COAGULADO	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> ANTICOAGULADO	

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)				ACCIONES EJECUTADAS (Enfermería)											Nombre <u>J.A.S.</u> Habitación <u>904</u> Cama <u>2</u>		
DIA				5.4.88					6.4.88					7.4			
HORA				12	15	18	21	24	3	6	9	12	15	18	21	24	6
50	250	140	40														
40	200	120	39														
30	150	100	38														
20	100	80	37														
10	50	50	36														
0	0	40	35														
R	P.A.	P	T ^a														
P. V. C.																	
FLUIDOTERAPIA																	
PROCEDIMIENTOS - CUIDADOS - MEDICIONES	Fisio. Respi.																
	Cambios pos.																
	Diuresis				200	100	200			400	100	150	200	325	90		400
	Peso																
	Compresas (Cura)						2 X		1 X	NO MANCHA - NO MANCHA							
	Aspiración																
	Liquidos oral.																
	Líquidos letales			130		128		128			126		132		130		
FIRMA DE LA ENFERMERA				J.A.	J.A.	L.L.	-L.L.	C.A.	C.A.	C.A.	J.A.	J.A.	J.A.	L.L.	L.L.	M.E.	M.E.

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)				ACCIONES EJECUTADAS (Enfermería)								Nombre <u>J. A. S.</u> Habitación <u>904</u> Cama <u>2</u>					
DIA				7. 4. 88				8. 4. 88									
HORA				9	12	15	18	21	24	3	6	9	12	15	18	21	24
50	250	140	40														
40	200	120	39														
30	150	100	38														
20	100	80	37														
10	50	60	36														
0	0	40	35														
R	P.A.	P	T*														
P. V. C.																	
FLUIDOTERAPIA																	
PROCEDIMIENTOS - CUIDADOS - MEDICIONES	Fisio. Respi.																
	Cambios pos.																
	Diuresis			200	150	100	200	150		400	150	150	200	200		250	
	Peso																
	Compresas (Curá)			NO	MANCHA		NO	MANCHA	NO	MANCHA	NO	MANCHA		NO	MANCHA		
	Aspiración																
	Liquidos oral.																
	Latidos Letales			130			126		126			132			140		136
FIRMA DE LA ENFERMERA				J.A.	J.A.	J.A.	L.L.	L.L.	M.E.	M.E.	M.E.	J.A.	J.A.	J.A.	L.L.	L.L.	C.A.

PACIENTE: *J. L. C. M.*

PROBLEMA DE SALUD: *Apendicitis aguda*

AREA DE ENFERMERIA: *Enfermería Pediátrica*

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ"

(Adscrita a la Universidad Autónoma de Madrid)

DATOS PARA LA VALORACION INICIAL DEL NIÑO

ENFERMERIA

UNIDADES DE PEDIATRIA

NOMBRE DEL NIÑO J. L. C. M.

HABITACION 408 CAMA 5

DATOS SOCIO-CULTURALES

SEXO V EDAD 8 Nº DE HERMANOS 2

LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA Segundo hijo

NOMBRE FAMILIAR José Luis

ESCOLARIDAD 3º E. G. B.

PROFESION/OCUPACION DE LOS PADRES Médical-Enfermera

RELIGION

OTROS DATOS DE INTERES

INFORMACION DE INTERES

DIAGNOSTICO MEDICO Apendicitis aguda

MOTIVO DEL INGRESO Intervención quirúrgica

HOSPITALIZACIONES ANTERIORES No ha tenido

ALERGIAS No conocidas

VACUNAS Liene puestas las correspondientes a su edad

PROBLEMAS DE SALUD DISTINTOS AL DEL INGRESO No tiene

RESPIRACION-OXIGENACION

P/A 90/50 PULSO ARTERIAL 84/60 FRECUENCIA CENTRAL

RÉSPIRACIONES TEMPERATURA CORPORAL 37.2º C.

DIFICULTAD RESPIRATORIA

DISNEA DE ESFUERZO

DISNEA DE REPOSO

ORTOPNEA

CIANOSIS

OTROS DATOS

ALIMENTACION-NUTRICION-HIDRATACION

PESO TALLA PERIMETROS

NUTRIDO DELGADO DEFICIENTE NUTRICION

DESNUTRIDO OBESO EXAGERADA OBESIDAD

HIDRATADO DESHIDRATADO EDEMAS

HIPERHIDRATADO

BUEN APETITO INAPETENTE

APETENCIAS

RECHAZOS

TOMA: BIBERONES PAPILLAS

ALIMENTOS TRITURADOS ALIMENTOS ENTEROS

DIETA QUE SIGUE

OTROS DATOS Vómitos constantes desde ayer noche

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)	PLANIFICACION ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	Nombre <u>Jules Cullin</u> Habitación <u>405</u> Cama <u>5</u>
--	---	---

INICIO	PROCEDIMIENTOS GENERALES	FINAL	INICIO	PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	FINAL
	<input type="checkbox"/> OXIGENOTERAPIA			<input type="checkbox"/> BAÑO EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> EJERCICIOS RESPIR.			<input type="checkbox"/> ASEO CAVIDADES	
	<input type="checkbox"/> ASPIRACION SECRE.			<input type="checkbox"/> ASEO ANEJOS	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO CANULA TRAQ.			<input type="checkbox"/> AYUDA EN EL ASEO	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO CANULA TRAQ.			<input type="checkbox"/> CAMBIOS POSTURALES	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO S.N.G.			<input type="checkbox"/> MASAJES	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO S.N.G.			<input type="checkbox"/> EJERCICIOS FISICOS	
	<input type="checkbox"/> LAVADO GASTRICO			<input type="checkbox"/> AYUDA EN LA COMIDA	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO S. VESICAL			<input type="checkbox"/> ALIMENTARLO	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO S. VESICAL			<input type="checkbox"/> ELIMINACION EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> LAVADO VESICAL			<input type="checkbox"/> AYUDA EN DEAMBULACION	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO VIA VENOSA			<input type="checkbox"/> BARANDALES EN CAMA	
<u>7.4.89</u>	<input checked="" type="checkbox"/> CURA <u>Al alta</u>			<input type="checkbox"/> SISTEMA SUJECION	
<u>4.4.89</u>	<input checked="" type="checkbox"/> <u>Vigilar apósito</u>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	

INICIO	ACTIVIDADES DE EDUCACION SANITARIA	FINAL	INICIO	ACTIVIDADES DE OBSERVACION	FINAL
			<u>4.4.89</u>	<input checked="" type="checkbox"/> SIGNOS VITALES <u>C/4 h.</u>	<u>5.4.89</u>
			<u>4.4.89</u>	<input checked="" type="checkbox"/> BALANCE HIDRICO	<u>5.4.89</u>
				<input type="checkbox"/> DIURESIS	
				<input type="checkbox"/> PESO	
				<input type="checkbox"/>	

INICIO	CUIDADOS GENERALES	FINAL	INICIO	PRECAUCIONES	FINAL
<u>4.4.89</u>	<input checked="" type="checkbox"/> ACTIVIDAD <u>Según protocolo</u>			<input type="checkbox"/> ALERGICO	
<u>4.4.89</u>	<input checked="" type="checkbox"/> DIETA <u>Según protocolo</u>			<input type="checkbox"/> DIABETICO	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> COAGULADO	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> ANTICOAGULADO	

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)				ACCIONES EJECUTADAS (Enfermería)								Nombre <u>J.L. C.M.</u> Habitación <u>405</u> Cama <u>5</u>					
DIA <u>4.4.89</u>				5.4.89								6.4.89					
HORA				12	13	14,30	16	18	22	2	6	10	14	18	24	M	T
50	250	140	40														
40	200	120	39														
30	150	100	38														
20	100	80	37														
10	50	60	36														
0	0	40	35														
R	P.A.	P	T ⁴														
P. V. C.																	
FLUIDOTERAPIA				← Fisiológico 500 →													
PROCEDIMIENTOS - CUIDADOS - MEDICIONES	Fisio. Respi.																
	Cambios pos.																
	Diuresis							150	100	200							
	Peso																
	Cura			J W S R E S O		Q U J R O F A N O											
	Aspiración			J W S R E S O		Q U J R O F A N O											
	Liquidos oral.			LLEGADA DE QUINOLANO							50	50 / 50	75				
	FIRMA DE LA ENFERMERA			E.D.A.	E.D.A.	E.D.A.	M.T.B.	M.T.B.	M.T.B.	G.M.M.	G.M.M.	E.D.A.	E.D.A.	M.T.B.	P.M.H.	E.D.A.	M.T.B.

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)				ACCIONES EJECUTADAS (Enfermería)				Nombre <u>J.L. C.M.</u> Habitación <u>405</u> Cama <u>5</u>			
DIA <u>7.4.89</u>											
HORA				M	T						
50	250	140	40								
40	200	120	39								
30	150	100	38								
20	100	80	37								
10	50	60	36								
0	0	40	35								
R	P.A.	P	T*								
P. V. C.											
FLUIDOTERAPIA											
PROCEDIMIENTOS - CUIDADOS - MEDICIONES	Fisio. Respi.										
	Cambios pos.										
	Diuresis										
	Peso					A					
	Cura					A	L	T			
	Aspiración					A					
	Liquidos oral.										
FIRMA DE LA ENFERMERA				C.D.A.	M.T.B.						

PACIENTE: *L. M. C.*

PROBLEMA DE SALUD: *Bronconeumonía*

AREA DE ENFERMERIA: *Enfermería Pediátrica*

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ"

(Adscrita a la Universidad Autónoma de Madrid)

DATOS PARA LA VALORACION INICIAL DEL NIÑO

ENFERMERIA

UNIDADES DE PEDIATRIA

NOMBRE DEL NIÑO L.M.C.

HABITACION 408 CAMA C

DATOS SOCIOCULTURALES

SEXO V EDAD 6 Nº DE HERMANOS 2

LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA Segundo hijo

NOMBRE FAMILIAR Luisito

ESCOLARIDAD E.G.B.

PROFESION/OCCUPACION DE LOS PADRES Cantable/ ama de casa

RELIGION De los padres, católica no practicantes

OTROS DATOS DE INTERES

INFORMACION DE INTERES

DIAGNOSTICO MEDICO BRONCONUMONIA

MOTIVO DEL INGRESO Inatamiento médico

HOSPITALIZACIONES ANTERIORES

ALERGIAS Ninguna conocida

VACUNAS Tiene puestas las correspondientes a su edad

PROBLEMAS DE SALUD DISTINTOS AL DEL INGRESO

RESPIRACION-OXIGENACION

P/A PULSO ARTERIAL 138/m FRECUENCIA CENTRAL

RESPIRACIONES 35/m TEMPERATURA CORPORAL 39.0 C

DIFICULTAD RESPIRATORIA

DISNEA DE ESFUERZO

DISNEA DE REPOSO

ORTOPNEA

CIANOSIS Ligera en aletas nasales

OTROS DATOS Secacciores nasales

ALIMENTACION-NUTRICION-HIDRATACION

PESO TALLA PERIMETROS

NUTRIDO DELGADO DEFICIENTE NUTRICION

DESNUTRIDO OBESO EXAGERADA OBESIDAD

HIDRATADO DESHIDRATADO EDEMAS

HIPERHIDRATADO

BUEN APETITO INAPETENTE

APETENCIAS Le gusta mucho las patatas y la carne

RECHAZOS

TOMA: BIBERONES PAPPILLAS

ALIMENTOS TRITURADOS ALIMENTOS ENTEROS

DIETA QUE SIGUE

OTROS DATOS

<p>EL JINIVACION</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DEFECACION NORMAL</p> <p><input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> MICCION NORMAL</p> <p><input type="checkbox"/> INCONTINENCIAS</p> <p>CONTROL DE SFINTERES <u>SI Vesical y anal</u> <i>de dia y de noche</i></p> <p>NORMALMENTE UTILIZA <u>W.C.</u></p> <p>COMO PIDE ELIMINAR <u>Es autónomo</u></p>	<p>DESCANSO-SUEÑO</p> <p>HORAS QUE DUEME <u>10-11</u></p> <p><input type="checkbox"/> SIESTA <u>No acostumbra</u></p> <p><input type="checkbox"/> INSOMNIO</p> <p><input type="checkbox"/> TERRORES NOCTURNOS</p> <p>DUEME CON ALGUN OBJETO ESPECIAL</p>	<p>ACTIVIDAD MOTORA</p> <p><input type="checkbox"/> SIN INCAPACIDADES</p> <p><input type="checkbox"/> ADINAMICO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> INCAPACIDAD PARCIAL</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TOTAL</p> <p><input type="checkbox"/> OTROS DATOS <u>Movimientos dificultados</u> <i>por el dolor</i></p>	
<p>HABITOS-COSTUMBRES</p> <p><input type="checkbox"/> UTILIZA CHUPETE</p> <p>HABITOS DE ASEO <u>Baño diario antes de dormir</u></p> <p>JUEGA: <input type="checkbox"/> SOLO <input checked="" type="checkbox"/> CON OTROS NIÑOS</p> <p><input type="checkbox"/> CON ADULTOS</p> <p>TIENE ALGUN JUGUETE PREFERIDO</p> <p>OTROS HABITOS</p>	<p>SEGURIDAD-BIENESTAR</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DOLOR <u>SI</u> TIPO <u>no sabe describirlo</u></p> <p>LOCALIZACION <u>Hemitórax izquierdo</u></p> <p>INTENSIDAD</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO</p> <p><input type="checkbox"/> DESORIENTADO</p> <p><input type="checkbox"/> OBNUBILADO</p> <p><input type="checkbox"/> AGITADO</p> <p><input type="checkbox"/> INCONSCIENTE</p> <p>VISION <u>Buena</u></p> <p>AUDICION <u>Buena</u></p> <p>TACTO <u>Buena</u></p> <p>GUSTO/OLFATO <u>Buena</u></p> <p><input type="checkbox"/> PIEL NORMAL</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> PIEL SECA <u>Ligera</u></p> <p><input type="checkbox"/> ENROJECIDA</p> <p><input type="checkbox"/> LESIONADA</p> <p><input type="checkbox"/> MUGUET</p> <p><input type="checkbox"/> DERMATITIS DE PAÑAL</p> <p><input type="checkbox"/> OTROS</p>	<p>COMUNICACION-RELACION</p> <p>ESTADO ANIMICO</p> <p>HABLA</p> <p>ACTITUD DEL NIÑO ANTE EL INGRESO <u>Rechazo</u></p> <p>ACTITUD DE LOS PADRES ANTE EL INGRESO</p> <p>DISPONIBILIDAD DE LOS PADRES PARA VISITARLO</p> <p>OTROS DATOS <u>Llena continuamente y llama a</u> <i>su madre.</i></p>	
<p>OTRAS OBSERVACIONES</p>			<p>FECHA DE LA VALORACION <u>2.2.88</u></p> <p>NOMBRE Y FIRMA DE LA ALUMNA <u>L.P.</u></p>

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)	PLANIFICACION ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	Nombre <u>L.M.C.</u>
		Habitación <u>402</u> Cama <u>C</u>

INICIO	PROCEDIMIENTOS GENERALES	FINAL	INICIO	PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	FINAL
	<input type="checkbox"/> OXIGENOTERAPIA		2.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> BAÑO EN CAMA <u>si t^a 38^o C</u>	
	<input type="checkbox"/> EJERCICIOS RESPIR.			<input type="checkbox"/> ASEO CAVIDADES	
2.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> ASPIRACION SECRE. <u>Si necesi</u>			<input type="checkbox"/> ASEO ANEJOS	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO CANULA TRAQ.	2.2.88		<input checked="" type="checkbox"/> AYUDA EN EL ASEO	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO CANULA TRAQ.			<input type="checkbox"/> CAMBIOS POSTURALES	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO S.N.G.			<input type="checkbox"/> MASAJES	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO S.N.G.			<input type="checkbox"/> EJERCICIOS FISICOS	
	<input type="checkbox"/> LAVADO GASTRICO	2.2.88		<input checked="" type="checkbox"/> AYUDA EN LA COMIDA	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO S. VESICAL			<input type="checkbox"/> ALIMENTARLO	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO S. VESICAL			<input type="checkbox"/> ELIMINACION EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> LAVADO VESICAL			<input type="checkbox"/> AYUDA EN DEAMBULACION	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO VIA VENOSA			<input type="checkbox"/> BARANDALES EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> CURA			<input type="checkbox"/> SISTEMA SUJECION	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
INICIO	ACTIVIDADES DE EDUCACION SANITARIA	FINAL	INICIO	ACTIVIDADES DE OBSERVACION	FINAL
			2.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> SIGNOS VITALES <u>C/3h</u>	6.2.88
			2.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> BALANCE HIDRICO	6.2.88
				<input type="checkbox"/> DIURESIS	
				<input type="checkbox"/> PESO	
				<input type="checkbox"/>	
INICIO	CUIDADOS GENERALES	FINAL	INICIO	PRECAUCIONES	FINAL
2.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> ACTIVIDAD <u>Reposo en cama</u>	5.2.88		<input type="checkbox"/> ALERGICO	
2.2.88	<input checked="" type="checkbox"/> DIETA <u>Liquidos 1.500 c.c.</u>	3.2.88		<input type="checkbox"/> DIABETICO	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> COAGULADO	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> ANTICOAGULADO	

E V O L U C I O N - E V A L U A C I O N

NOTAS DE LA ENFERMERA

FECHA Y HORA	OBSERVACIONES SOBRE EL ENFERMO	COMENTARIOS	FIRMA
2.2.88	INGRESA procedente de urgencias a las 12,00 horas.		
15.00 h.	Respiraciones de 28/m. pulso 116/m. Tª 37,8º C., gasometría en valores normales. No cianosis. Tolera líquidos. Rechaza al personal sanitario.		L.P.
Tarde	Pico febril a las 17.00 h. con taquicardia y taquipnea. Desaparece a los 45' de la administración de antipirético. Tolera líquidos. Aspiración de secreciones nasales.		M.S.
3. 2. 88	Durante la noche descansa tranquilo. No dolor. Disminución de secreciones nasales. Una aspiración durante la noche.		A.P.
Mañana	Febriícula. No cianosis. Disminución de secreciones. Tolera líquidos y alimentos blandos.		L.P.
Tarde	Pico febril a las 18,00 H. Desaparece a los 30' de administrar antipirético. No manifiesta dolor.		M.S.
4. 2. 88	Descansa durante toda la noche.		S.S.
Mañana	Tranquilo. Disminuye la dificultad de movimientos. Signos vitales en valores normales. No dolor. Tolera alimentación. Se muestra más comunicativo con el personal de enfermería.		L.P.
Tarde	Pasa la tarde tranquilo. Muestra deseos de levantarse.		E.M.
5. 2.88	Pasa la noche durmiendo.		A.P.
Mañana	Se levanta a un sillón durante 2 horas. Deambula unos metros. Afable y comunicativo. Visible mejoría. Se realiza R.X. tórax.		L.P.
Tarde	Se levanta durante 3 horas. No fatiga ni cansancio. Merienda y cena bien. Defecación normal.		E.M.
6.2. 88	Descansa bien. Durante la noche no ha tenido acompañante. Adaptado.		S.S.
Mañana	LEVANTADO GRAN PARTE DE LA MAÑANA. Se relaciona con otros niños. Come bien. El médico comunica a la madre que de seguir la mejoría será dado de alta el día 7.		M.S.
Tarde	Continúa igual. Sin signos negativos que reseñar.		E.M.
7.2.88.	Noche.- Descansa bien.		L.L.
Mañana	Continúa bien. Se solicitan análisis y R.X. para informe de alta.		M.S.

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)				ACCIONES EJECUTADAS (Enfermería)								Nombre <u>L.M.C.</u> Habitación <u>402</u> Cama <u>C</u>					
DIA				2.2.88								3.2.88				4.2.	
HORA				12	15	17	18	22	24	8	12	16	18	19	22	24	8
50	250	140	40														
40	200	120	39														
30	150	100	38														
20	100	80	37														
10	50	60	36														
0	0	40	35														
R	P.A.	P	Tª														
P. V. C.																	
FLUIDOTERAPIA																	
PROCEDIMIENTOS - CUIDADOS - MEDICIONES	Fisio. Respi.																
	Cambios pos.																
	Diuresis				150	100	100		50	75	100	100	80		150	250	
	Peso																
	Cura																
	Aspiración nasal				X		X	X									
	Líquidos oral			50	100	100	150		100	125	100	150	100	75		100	150
FIRMA DE LA ENFERMERA				L.P.	L.P.	M.S.	M.S.	M.S.	A.P.	L.P.	L.P.	M.S.	M.S.	M.S.	A.P.	S.S.	L.P.

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)				ACCIONES EJECUTADAS (Enfermería)								Nombre <u>L.M.C.</u> Habitación <u>402</u> Cama <u>C</u>				
DIA				4.2.88				5.2.88		6.2.88		7.2.88		8.2.88		
HORA				12	16	20	24	M.	T.	M.	T.	23	M.	T.	9	15
50	250	140	40													
40	200	120	39													
30	150	100	38													
20	100	80	37													
10	50	60	36													
0	0	40	35													
R	P.A.	P	T ^a													
P. V. C.																
FLUIDOTERAPIA																
PROCEDIMIENTOS - CUIDADOS - MEDICIONES	Fisio. Respi.															
	Cambios pos.															
	Diuresis			100	150	175	80	175/75	75/200	300	250	75				
	Peso															
	Cura															
	Aspiración															
	Liquidos oral			300		400	100	400	500	450	400	150	175	450		
	Baño Libio				X											
FIRMA DE LA ENFERMERA				L.P.	E.M.	E.M.	A.P.	L.P.	E.M.	M.S.	E.M.	L.L.	M.S.	E.M.	M.S.	M.S.

PACIENTE: S. R. M.

PROBLEMA DE SALUD: *Dificultad respiratoria severa*

AREA DE ENFERMERIA: *Enfermería Geriátrica*

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la Universidad Autónoma de Madrid)	DATOS PARA LA VALORACION INICIAL DEL PACIENTE ENFERMERIA UNIDADES MEDICOQUIRURGICAS DE ADULTOS	NOMBRE DEL ENFERMO <u>S. R. M.</u> HABITACION <u>127A</u> CAMA <u>2</u>
DATOS SOCIO-CULTURALES SEXO <u>M</u> EDAD <u>76</u> ESTADO CIVIL <u>V.C. Casado</u> Nº DE HIJOS <u>1</u> LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA PROFESION/OCUPACION <u>Funcionario jubilado</u> RELIGION OTROS DATOS DE INTERES INFORMACION DE INTERES DIAGNOSTICO MEDICO <u>NEUMONIA DE ALTO RIESGO</u> MOTIVO DEL INGRESO <u>SINDROME FEBRIL, DISNEA MUY ACENTUADA</u> HOSPITALIZACIONES ANTERIORES Y? <u>NO RECIBIENDO</u> ALERGIAS <u>NO SE LE CONOCE</u> PROBLEMAS DE SALUD DISTINTOS AL DEL INGRESO		
RESPIRACION-OXIGENACION P. A. <u>125/90</u> PULSO RADIAL <u>138/m</u> FRECUENCIA CENTRAL RESPIRACIONES <u>30/m</u> TEMPERATURA CORPORAL <u>40.5º C.</u> <input checked="" type="checkbox"/> DIFICULTAD RESPIRATORIA <input checked="" type="checkbox"/> DISNEA DE ESFUERZO <input checked="" type="checkbox"/> DISNEA DE REPOSO <input checked="" type="checkbox"/> ORTOPNEA <input type="checkbox"/> CIANOSIS OTROS DATOS <u>RESERVACION ABDOMINAL-BIOPNEUMATICA</u>		
ALIMENTACION-NUTRICION-HIDRATACION PESO <u>52 K.</u> TALLA <u>165 cm.</u> <input type="checkbox"/> NUTRIDO <input type="checkbox"/> DELGADO <input checked="" type="checkbox"/> DEFICIENTE NUTRICION <input type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> EXAGERADA OBESIDAD <input type="checkbox"/> HIDRATADO <input type="checkbox"/> DESHIDRATADO <input type="checkbox"/> EDEMAS <input type="checkbox"/> HIPERHIDRATADO <input type="checkbox"/> BUEN APETITO <input checked="" type="checkbox"/> INAPETENTE APETENCIAS <u>Pisaca, pescados, zumos</u> RECHAZOS <u>Lacteos principalmente</u> PROTESIS <u>Completa no adaptada</u> DIFICULTADES <u>En la masticación</u> DIETA QUE SIGUE		

<p>ELIMINACION</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DEFECCION NORMAL</p> <p><input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> MICCION NORMAL</p> <p><input type="checkbox"/> INCONTINENCIAS</p> <p><input type="checkbox"/> DIFICULTADES</p> <p>OTROS DATOS</p>	<p>DESCANSO-SUEÑO</p> <p>HORAS QUE DUERME <u>9 - 10 horas por la noche</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> SIESTA <u>3 horas</u></p> <p><input type="checkbox"/> INSOMNIO</p> <p>HABITOS <u>BUOLPZIZ</u></p> <p><u>RECHVSOZ</u></p>	<p>ASEO PERSONAL</p> <p>ASPECTO HIGIENICO <u>Bueno</u></p> <p>HABITOS <u>Baño una vez por semana; aseo diario.</u></p> <p>OTROS DATOS</p>
<p>ACTIVIDAD MOTORA</p> <p><input type="checkbox"/> SIN INCAPACIDADES</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ADINAMICO <u>por deterioro físico</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> INCAPACIDAD PARCIAL <u>por disnea</u></p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TOTAL</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TRANSITORIA</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PERMANENTE</p> <p>OTROS DATOS</p>	<p>SEGURIDAD-BIENESTAR</p> <p><input type="checkbox"/> DOLOR</p> <p><input type="checkbox"/> TIPO</p> <p>LOCALIZACION</p> <p>INTENSIDAD</p> <p><input type="checkbox"/> ORIENTADO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DESORIENTADO</p> <p><input type="checkbox"/> OBNUBILIDO</p> <p><input type="checkbox"/> AGITADO</p> <p><input type="checkbox"/> INCONSCIENTE</p> <p>VISION <u>Usa gafas para leer</u></p> <p>AUDICION <u>Normal</u></p> <p>TACTO <u>Normal</u></p> <p>GUSTO/OLFATO <u>Normal</u></p> <p><input type="checkbox"/> PIEL NORMAL</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ENROJECIDA</p> <p><input type="checkbox"/> PIEL SECA</p> <p><input type="checkbox"/> LESIONADA</p> <p><u>En piel de la espalda</u></p>	<p>COMUNICACION-RELACION</p> <p>ESTADO ANIMICO</p> <p>HABLA</p> <p>FAMILIARES/AMIGOS QUE PUEDEN VISITARLO Y/O AYUDARLO <u>Principalmente esposa e hija que disponen de bastante tiempo.</u></p> <p>OTROS DATOS</p>
<p>OTRAS OBSERVACIONES</p> <p>FECHA DE LA VALORACION <u>01.12.87 (20 horas)</u></p> <p>NOMBRE Y FIRMA DE LA ALUMNA <u>E.M. Lafameasa</u></p>		

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adecrita a la U.A.M.)	PLANIFICACION ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	Nombre <u>S.R.M.</u> Habitación <u>1214</u> Cama <u>2</u>
--	---	--

INICIO	PROCEDIMIENTOS GENERALES	FINAL	INICIO	PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	FINAL
	<input type="checkbox"/> OXIGENOTERAPIA		1.12.87	<input checked="" type="checkbox"/> BAÑO EN CAMA <u>Diario</u>	
1.12.87	<input checked="" type="checkbox"/> EJERCICIOS RESPIR. <u>C/ 3 h.</u>			<input type="checkbox"/> ASEO CAVIDADES	
	<input type="checkbox"/> ASPIRACION SECRE.			<input type="checkbox"/> ASEO ANEJOS	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO CANULA TRAQ.			<input type="checkbox"/> AYUDA EN EL ASEO	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO CANULA TRAQ.			<input type="checkbox"/> CAMBIOS POSTURALES	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO S.N.G.			<input type="checkbox"/> MASAJES	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO S.N.G.			<input type="checkbox"/> EJERCICIOS FISICOS	
	<input type="checkbox"/> LAVADO GASTRICO		1.12.87	<input checked="" type="checkbox"/> AYUDA EN LA COMIDA	
	<input type="checkbox"/> CUIDADO S. VESICAL			<input type="checkbox"/> ALIMENTARLO	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO S. VESICAL		1.12.87	<input checked="" type="checkbox"/> ELIMINACION EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> LAVADO VESICAL			<input type="checkbox"/> AYUDA EN DEAMBULACION	
	<input type="checkbox"/> CAMBIO VIA VENOSA			<input type="checkbox"/> BARANDALES EN CAMA	
	<input type="checkbox"/> CURA			<input type="checkbox"/> SISTEMA SUJECION	
	<input type="checkbox"/>		1.12.87	<input type="checkbox"/> PREVENCIÓN ESCARAS EN 3 T.	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
INICIO	ACTIVIDADES DE EDUCACION SANITARIA	FINAL	INICIO	ACTIVIDADES DE OBSERVACION	FINAL
			1.12.87	<input checked="" type="checkbox"/> SIGNOS VITALES <u>C/ 2h.</u>	
				<input type="checkbox"/> BALANCE HIDRICO	
			1.12.87	<input checked="" type="checkbox"/> DIURESIS	
				<input type="checkbox"/> PESO	
			1.12.87	<input checked="" type="checkbox"/> NIVEL DE CONCIENCIA	
			3.12.87	<input checked="" type="checkbox"/> GLUCEMIA ANTES DE D.C.CN.	
INICIO	CUIDADOS GENERALES	FINAL	INICIO	PRECAUCIONES	FINAL
1.12.87	<input checked="" type="checkbox"/> ACTIVIDAD <u>Reposo en cama</u>	4.12.87		<input type="checkbox"/> ALERGICO	
1.12.87	<input checked="" type="checkbox"/> DIETA <u>Por tumix</u>		3.12.87	<input checked="" type="checkbox"/> DIABETICO	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> COAGULADO	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> ANTICOAGULADO	

E V O L U C I O N - E V A L U A C I O N

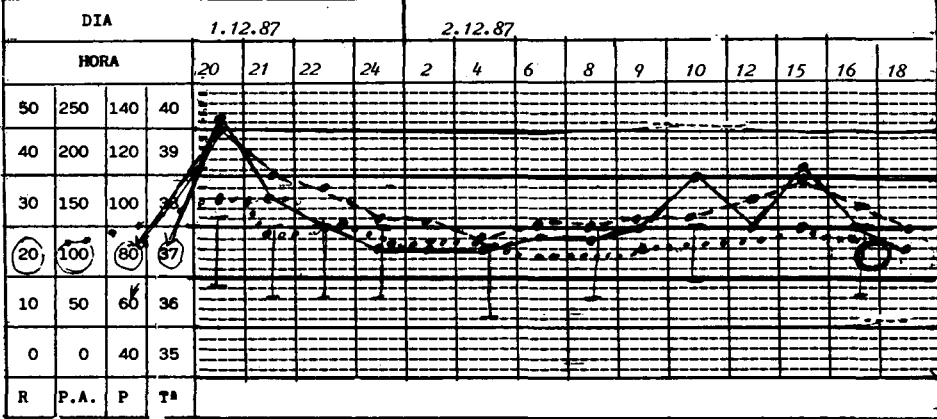
NOTAS DE LA ENFERMERA

FECHA Y HORA	OBSERVACIONES SOBRE EL ENFERMO	PROBLEMAS Y COMENTARIOS	FIRMA
1.12.87 20 h.	Febri!, disneico, manifiesta la familia que se encuentra desorientado.	Ingres a las 20 horas. Se realiza Rx. torax y E.C.G. PROBLEMAS: Dificultad respiratoria Potencial aparici3n de ceras de decubito	P.M.
2.12.87 Noche	Muy nervioso. Disminuci3n de la disnea. No fiebre.	Duerme poco.	B.C.
Mañana	Disnea de esfuerzo. No de reposo. Fiebra. Mantiene piel integra. Sin signos de deshidrataci3n.	Rechaza parte de los alimentos. Ex-- tracci3n de sangre y orina para ana-- lisis de rutina.	E.C.
Tarde	Pico febril con tiritona y disnea	Come poco de lo que se le ofrece	P.M.
3.12.87 Mañana	No disnea ni fiebra. Piel integra. No disnea ni fiebre. Elevada glu-- cosa en sangre y orina. Expectora-- cion bien y clara.	Duerme bien (Noche) PROBLEMA: Potencial desequilibrio me-- tabolico.	B.C.
Tarde	Merienda y cena bien. Pico febril	sin tiritona ni disnea.	P.M.
4.12.87 Noche		Descansa bien.	F.G.
Mañana TARDE	Glucosa en limites normales. Sin signos significativos.	Levantado a un sill3n tres horas. Duerme siesta. Levando sill3n 2 h.	E.C. E.M.
5.12.87		Duerme bien durante la noche.	B.C.
Mañana Tarde	Sin nada que sesenar negativo. Continua igual. Nada negativo.	Se levanta durante 3 horas. Sentado en sill3n 3 horas.	P.M. E.M.
6.12.87 Mañana	Duerme y descansa bien durante toda la noche. Continua igual.	ALTA con incapacidad parcial para el autocuidado. Ser3 atendido en casa por su hija que conoce los cuidados que necesita.	M.G. P.M.

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
 ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ"
 (Adscrita a la U.A.M.)

ACCIONES EJECUTADAS
 (Enfermería)

Nombre S. R. M.
 Habitación 121B Cama 2



R P.A. P T^a

P. V. C.

FLUIDOTERAPIA

PROCEDIMIENTOS - CUIDADOS - MEDICIONES	Fisio. Respi.		X	X	X		X		X			X		X				
	Cambios pos.																	
	Diuresis					150				150		50			150			
	Peso																	
	Cura																	
	Aspiración																	
	Liquidos oral.		100			25	150	50		25	200		200					25
	Prevención de úlceras				X							X						X

FIRMA DE LA ENFERMERA

P.M. P.M. P.M. B.C. B.C. B.C. B.C. B.C. E.C. E.C. E.C. E.C. P.M. P.M.

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)				ACCIONES EJECUTADAS (Enfermería)								Nombre <u>S.R.M.</u> Habitación <u>1214</u> Cama <u>2</u>							
DIA				2.12.87								3.12.87				4.12.87			
HORA				20	24	2	4	8	9	14	16	18	21	24	2	8	9		
50	250	140	40																
40	200	120	39																
30	150	100	38																
20	100	80	37																
10	50	60	36																
0	0	40	35																
R	P.A.	P	Tª																
P. V. C.																			
FLUIDOTERAPIA																			
PROCEDIMIENTOS - CUIDADOS - MEDICIONES	Fisio. Respi.	X	X						X	X	X			X		X			
	(Cambios pos) Levantado															X			
	Diuresis	200				200	175		100	75		50			175				
	Peso																		
	Cura																		
	Aspiración																		
	Liquidos oral	75	150		100	200			150			100			200				
	Prevencion de úlceras	X							X			X			X				
Glucemia								130	120			90			90				
FIRMA DE LA ENFERMERA				P.M.	B.C.	B.C.	B.C.	B.C.	E.C.	E.C.	P.M.	P.M.	P.M.	F.S.	F.S.	F.S.	E.C.		

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)				ACCIONES EJECUTADAS (Enfermería)								Nombre <u>S.R.M.</u> Habitación <u>1214</u> Cama <u>2</u>					
DIA				4. 12. 87				5. 12. 87				6. 12. 87					
HORA				14	16	18	20	24	2	8	14	16	20	24	2	8	10
50	250	140	40														
40	200	120	39														
30	150	100	38														
20	100	80	37														
10	50	60	36														
0	0	40	35														
R	P.A.	P	T ^a														
P. V. C.																	
FLUIDOTERAPIA																	
PROCEDIMIENTOS - CUIDADOS - MEDICIONES	Fisio. Respi.			X			X			X	X		X		X	X	
	(Cambios pos) Sentado			X		X	X			X	X		X				
	Diuresis			75		100				100	75		200		75		
	Peso																
	Cura																
	Aspiración																
	Liquidos oral			200		200	300			200	300		300		25	200	
	Prevención úlceras						X			X	X		X				
	Glucemia			100			90			80	80		90			90	
	FIRMA DE LA ENFERMERA			E.C.	E.M.	E.M.	E.M.	B.C.	B.C.	P.M.	P.M.	E.M.	E.M.	M.S.	M.S.	P.M.	P.M.

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERIA "LA PAZ" (Adscrita a la U.A.M.)				ACCIONES EJECUTADAS (Enfermería)				Nombre _____ Habitación _____ Cama _____			
DÍA											
HORA											
50	250	140	40								
40	200	120	39								
30	150	100	38								
20	100	80	37								
10	50	60	36								
0	0	40	35								
R	P.A.	P	T#								
P. V. C.											
FLUIDOTERAPIA											
PROCEDIMIENTOS - CUIDADOS - MEDICIONES	Fisic. Respi.										
	Cambios pos.										
	Diuresis										
	Peso										
	Cura										
	Aspiración										
	Liquidos oral.										
FIRMA DE LA ENFERMERA											

FUENTES DE APOYO Y CONSULTA

BIBLIOGRAFIA

- ABAD BERNARDO, M. A., y cols.: *Conceptos de Enfermería. Curso de nivelación de ATS*, UNED. Madrid, 1981.
- ALBERDI CASTELL, R. M., y cols.: *Conceptos de Enfermería. Curso de nivelación de ATS*, UNED. Madrid, 1983.
- ALBERDICASTELL, R. M., y cols.: *Administración. Curso de nivelación de ATS*, UNED. Madrid, 1984.
- ANTO BOQUE, J. M., y cols.: *Salud Pública. Curso de nivelación de ATS*, UNED. Madrid, 1982.
- CAMPBELL, C.: *Tratado de Enfermería. Diagnósticos y métodos*. Doyma. Barcelona, 1987.
- CARPENITO, L. B.: *Diagnóstico de Enfermería*. Interamericana-McGraw Hill. Madrid, 1987.
- CUESTA BENJUMENA, C., y cols.: *Atención directa de Enfermería. Conceptos generales y procedimientos*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Madrid, 1987.
- DIRECCION GENERAL DE PLANIFICACION SANITARIA: *Guía de funcionamiento del equipo de atención primaria*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1985.
- DONAHUE, M. P.: *Historia de la Enfermería* (vols. I, II y III). Doyma. Barcelona, 1987.
- ESCUELA DE ENFERMERIA «LA PAZ»: *Principios, funcionamiento y plan de estudios*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Madrid, 1988.
- GARCIA MARTIN-CARO, C.: *Propuesta de reforma del Plan de Estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería del Insalud. I Jornadas Nacionales de Enfermería*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Madrid, 1987.
- HENDERSON, V.: *Principios básicos de los cuidados de Enfermería*. Consejo Internacional de Enfermeras. Ginebra, 1971.
- IYER, P. W.; TAPTICH, B. J., y BERNOCCHI-LOSEY, D.: *Proceso de Enfermería y diagnóstico de Enfermería*. Interamericana-MacGraw-Hill. Madrid, 1988.
- KERSHAW, B., y SALVAGE, J.: *Modelos de Enfermería*. Doyma. Barcelona, 1988.
- MURGA Y SERRE, J., y FACIO ARRIBAS, M.: *Patología quirúrgica*. Publicaciones Murga. Madrid, 1959.
- OREM, D. E.: *Normas prácticas de Enfermería*. Pirámide. Madrid, 1983.

PIEDROLA GIL, y cols.: *Medicina preventiva y salud pública*. 8.^a edic. Salvat. Barcelona, 1989.

POLETTI, R.: *Cuidados de Enfermería. Tendencias y conceptos actuales*. Ediciones ROL. Barcelona, 1980.

SEXTAS SESIONES DE TRABAJO DE LA A.E.E.D.: *La Enfermería en el sistema de salud*. Asociación Española de Enfermería Docente. Madrid, 1985.

YURA, H, y WALSH, M.: *El proceso de Enfermería. Valoración, planificación, implementación y evaluación*. Alhambra. Madrid, 1982.

ENCICLOPEDIOS

El Gran Larousse de la Medicina (vols. 1, 2, 3, y 4). Noguer, Rizzoli, Larrousse. Barcelona, 1977.

Universitas (tomos 2, 5, 7, 11 y 14). Salvat Editores. Barcelona, 1971.

DOCUMENTOS DIVULGADOS

CANALES, F.; ALVARADO, E., y PINEDA, E.: *Metodología de la investigación*. Publicación Pasccap. OPS, 1984.

ESCUELA DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA. Departamento de Enfermería Comunitaria.: *Atención sanitaria en la ancianidad*. Barcelona, curso 1980/81.

REVISTAS

GARCIA MARTIN-CARO, C.: *Cuidados de Enfermería. Qué son y qué no son*. Escuela de Enfermería. vol. 3, núm. 4 (págs. 22 y 23). Madrid, octubre 1987.

L'ENFANT EN MILIEU TROPICAL (Especial núms. 117-118): *El niño y su ambiente social*. Centro Internacional de la Infancia. París, 1979.

REVISTAS NURSING: edición en español. Años 1983, 84, 85, 86, 87 y 88.

DOCUMENTOS INEDITOS

AGUILERA NUÑEZ, N.: *Formación básica en Enfermería*. Ponencia de las Jornadas de Enfermería del Cincuentenario de la Fundación Marqués de Valdecilla. Santander, agosto 1980.

ALBI GARCIA, J., y NICOLAS DUEÑAS, M.: *Programa de necesidades y cuidados básicos*. Exposición de trabajo en las Primeras Jornadas de Enfermería Fundamental. Barcelona, septiembre 1988.

NICOLAS DUEÑAS, M.: *Marco conceptual y modelos de enfermería*. Cursos de reciclaje para la docencia de enfermería. Madrid, septiembre, 1988.

