



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

**“ESTUDIO DE CASO A UN CLIENTE JOVEN ADULTO
CON ALTERACIÓN DE SUS NECESIDADES”.**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

MAYTHE DEL RIO ZAMORA.

No de Cuenta: 401117585

ASESOR: L.E.O. Angelina Rivera Montiel



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Noviembre de 2004

ANEXO

AGRADECIMIENTO.

Agradezco a Dios por permitirme terminar el proceso atención de enfermería.

Deseo dar las gracias a mi esposo y amigas por su comprensión, apoyo

Y confianza en mi preparación.

Agradezco a mi asesora L.E.O. ANGELINA RIVERA MONTIEL por brindarme sus conocimientos y motivarme para concluir el (PAE).

Por ustedes la obtuve y a ustedes se las brindo con mucho cariño y respeto

MAYTHE DEL RIO ZAMORA.

INDICE.

INTRODUCCIÓN.

JUSTIFICACIÓN.

I. OBJETIVOS.

II.MARCO TEORICO.....	1
2.1.Cuidado.....	1
2.1.1. Concepto.....	1
2.1.2. Antecedentes Históricos.....	2
2.1.3.Tipos de Cuidado: CARE Y CURE.....	3
2.1.4.Connotaciones del cuidado.....	4
2.2. ENFERMERIA.....	6
2.2.1. Antecedentes históricos.....	6
2.2.2. Concepto.....	9
2.2.3.Metaparadigma.....	9
2.3.PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.....	11
2.3.1.Concepto.....	11
2.3.2. Antecedentes historicos.....	11
2.3.3.ETAPAS DEL PROCESO.....	11
2.4.MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.....	16
2.4.1.Antecedentes.....	16

2.4.2. PRINCIPALES CONCEPTOS DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.....	16
2.4.3.Catorce necesidades básicas.....	18
2.5. P.A.E.MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON.....	25
2.5.1.Concepto.....	25
2.5.2.Antecedentes historicos.....	26
2.5.3. Etapas del (P.A.E) de Virgina Henderson.....	26
2.6. CARACTERISTICAS BIOLOGICAS Y SOCIALES.....	30
III. METODOLOGIA.....	33
3.1. Descripción.....	33
3.2. Valoración.....	34
3.2.1. Fuentes de información.....	34
3.2.2. Técnicas utilizadas para la obtención de información.....	35
3.2.3. Instrumento de registro.....	39
3.3. Diagnostico.....	49
3.4. Planeación.....	60
3.5. Ejecución y evaluación.....	64
IV. CONCLUSIONES	
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	

INTRODUCCION.

El presente trabajo consistió en un estudio de caso del proceso de atención de enfermería el cual fue enfocado en el modelo de Virginia Henderson, el cual fue analizado desde diferentes posturas, con el fin de lograr una mejor comprensión del mismo, puesto que es un modelo humanista reflexivo se fundamentó en catorce necesidades básicas del ser humano.

El proceso atención de enfermería en forma general tiene un rol colaborativo y un rol de ejercicio que implica responsabilidad moral y compromiso de formular sus métodos y sus teorías para atender, ayudar, confortar y guiar con la racionalidad científica que debe tener un profesionalista de enfermería que implica sus conocimiento y experiencias en beneficio del cliente y sociedad, la enfermera tiene sus reflejos en los objetivos del cuidar, así mismo saber lo que somos que hacemos, y que queremos, esto nos permitió tener una identidad propias para no hacer las cosas tan mecanizadas.

En si la enfermería nos permitió brindar atención y cuidados de calidad y calidez al cliente, familia y comunidad satisfaciendo sus necesidades.

Este trabajo fue dirigido a una persona adulta que se encontraba hospitalizada en el hospital General Dr Martiniano Carvajal de Mazatlán Sinaloa.

Durante la aplicación del Proceso Atención de Enfermería, el cliente recibió todos los cuidados propuestos por este modelo con el fin de satisfacer sus necesidades afectadas .

El proceso atención de enfermería se integró en tres capítulos principales, el primero se enfoca a los objetivos, el segundo a los contenidos que integrarán el marco teórico y por último la descripción de la metodología

Es importante señalar que aunque aquí se presentó solo una parte del cuidado que la enfermera otorga a la persona, el proceso de atención de enfermería es continuo ya que en la práctica de enfermería se realiza a cada momento.

JUSTIFICACIÓN.

De acuerdo a la necesidad urgente de que se ha reconocida la carrera de enfermería como una profesión humanística dentro de la cual el profesionista no solo proporciona ayuda y apoyo al paciente si no también conocimientos que le son adquiridos en la escuela, y los cuales fundamentan su trabajo y la hacen ser una parte esencial dentro del trabajo hospitalario. Por tal motivo se presentó la necesidad de contar con personal capacitado en el área de la enfermería, los cuales son capaces de proporcionar atención integral a todo el público en general que así lo manifieste.

Este enfoque ayudo a adquirir conocimientos que permitieron perfeccionar la práctica cotidiana mediante la descripción y control de los cuidados de enfermería, así la enfermera mejoro su capacidad a través del conocimiento teórico.

La teoría facilito a los profesionales autonomía de acción ya que sirve como guía en los aspectos prácticos educativos y de investigación asociados a sus funciones profesionales.

La metodología que se utilizo dentro del proceso de atención de enfermería fue de forma reflexiva ya que esta fundamentada con conocimiento científico y humanístico la cual fue abordada desde varias posturas, puesto que algunos autores coincidieron al considerar que la practica se ha empírica con el propósito de mejorar la atención dentro del área hospitalaria.

Este método permitió proporcionar cuidados de calidad a toda persona sana o enferma jerarquizando todas las necesidades de acuerdo a su enfermedad, con el fin de mejorar su calidad de vida.

I. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Por medio del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y bajo la orientación del Modelo Conceptual de Virginia Henderson; se contribuirá a satisfacer las necesidades del Cliente.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.2.1 A través de la valoración se construirá una base de datos que permita acceder a identificar las necesidades afectadas del cliente.

1.2.2 Se analizará la información obtenida para realizar los diagnósticos de enfermería apropiados a cada necesidad afectada.

1.2.3 Se identificará los factores y fuentes que obstruyen al cliente en la satisfacción de sus necesidades.

1.2.4 Con base a los diagnósticos establecidos, las fuentes y factores de dificultad; se propondrá las intervenciones independientes e interdependientes de enfermería, consideradas en las fuentes de ayuda expuestas por Virginia Henderson.

1.2.5 Se evaluará las acciones efectuadas en el logro de los objetivos fijados.

II. MARCO TEORICO.

A continuación se presenta el desarrollo de los contenidos que sustentan el estudio de caso.

2.1. Cuidado.

Durante varios años la enfermería se ha concentrado en la enfermedad y en la curación, sin embargo en la actualidad gracias al desarrollo fisiológico y epistemológico que ha tenido la disciplina, el gremio ha llegado a la conclusión que el núcleo central de sus conocimientos y práctica es el cuidado por lo tanto es necesario que se desarrollen los conceptos relacionados a este rubro y que en la continuación se presenten.

2.1.1. Concepto.

Colliere dice: "que los cuidados son un conjunto de actividades que aseguran la continuidad de la vida como el beber, comer, evacuar, dormir, moverse, así como todo aquello que es fundamental para la vida..."[1]

Para Colliere "el cuidado lo define como acto de vida en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que esta continúe y se produzca..."[2]

Para María Mercedes Durán dice que las primeras prácticas de enfermería al igual que los médicos, ejercían la práctica individualmente en los hogares, en situaciones de salud en las cuales se generaban una relación persona a persona con el propósito de nutrir / cuidar a nuestro cliente."

2.1.2. Antecedentes histórico.

Colliere nos dice que “ durante la enfermería se presentaron dos tipos de instrumentos principales dentro de la tecnología de información: los cuales constituyen la historia de enfermería o de acción sanitaria y la gestación de enfermería.”[4]

“Enfermería es un instrumento fundamental de coherencia y de la continuidad de los cuidados, en la expresión escrita de la evolución del proceso de la evolución del proceso de la presentación de los cuidados, consiste en recoger las bases de un producto del cuidado establecido a partir de un tipo de problema de orden físico, psíquico y efectivo que se plantean los enfermos por su enfermedad y por las distinta deficiencia que estas producen y de los cuidados que requieren, Las personas que lo realizan han desarrollado una capacidad de realizar con el proceso de los cuidados.”[5]

Las personas que participan en los cuidados, tanto las personas cuidadas, como los cuidadores, es importante comprender mejor el funcionamiento de las creencias, su naturaleza, la forma en que se transmiten y se modifican.

Para tomar conciencia de la variedad de sistema de creencias y de valores que pueden influir en la concepción de los cuidados de enfermería y su incidencia sobre la práctica de los mismos.

2.1.3. Tipos de cuidados: *care* y *cure*.

Diferenciar la naturaleza de estos dos tipos de cuidados nos hace llegar a la intersección de la orientación y de las opciones fundamentales que guían las elecciones que se hacen no solo respecto a la función cuidadora del personal sanitario, si no también del conjunto de la acción sanitaria y social.

Colliere . Cuidados de Costumbre y Habituales ó de conservación y mantenimiento de la vida (**care**): “Están determinados por la cultura (universalidad y diversidad. Representan a todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida...”[6]

Cuidados de Curación (**cure**), “relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida...tiene por objetivo limitar la enfermedad, luchar contra ella y atajar la causa”[7].

Los cuidados de curación va a predominar progresivamente asta el punto de obliterar o incluso de excluir los cuidados para el mantenimiento de la vida que se minimiza y se hacen secundarios los cuales son fundamentales ya que sin ellos ninguna vida puede continuar.

Diferenciar la naturaleza de estos dos tipos de cuidados **care** y **cure** nos hace llegar a la intersección de las colocaciones y las opciones fundamentales que guían las elecciones que se hacen no solo respecto a la función cuidadora del personal sanitario, si no también respecto al conjunto de la acción sanitaria y social.

2.1.4. Connotaciones del cuidado

El cuidar esta vinculado entre dos persona como bien nos dice colliere, cuidar de si mismo y cuidar de otro esta asociado con el desarrollo del cliente. Cuidar es un acto individual que uno sede así mismo cuando adquiere autonomía pero del mismo modo es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que temporal o definitivamente requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales. Por lo tanto el cuidado se da en 3 dimensiones:

a) cuidar de si mismo: es un acto individual que uno se da a sí mismo cuando adquiere autonomía.

b) cuidar de otros: el cuidar de otros a nivel institucional implica la relación enfermera paciente.

c) Cuidar con otros significa que la enfermera , vista como persona también requiere de cuidados para satisfacer sus necesidades y cuando ella no los hace no es capaz de cuidar de otros ,cuida al cliente con otros profesionales y en algunos casos con las familia.

Cuidar: acto individual que se da uno mismo, cuando se adquiere autonomía, es reciproco cuando se tiende a dar a cualquier persona, que temporalmente ó permanentemente requiere ayuda, para asumir sus necesidades vitales.

Los cuidados individuales representa todo un conjunto de actividades que aseguran la a continuidad de la vida como: beber, comer, evacuar, lavarse, levantarse, moverse, desplazarse así como todo aquello que contribuye al desarrollo de la vida de nuestro ser formando, manteniendo la imagen del cuerpo, estimulando los intercambios con todo aquello que es fundamental para la vida, las fuentes de energía vital, la luz, el calor, la relación con personas conocidas, los objetos familiares etc.

Acto interpersonal: se produce entre las personas, dándose a cualquier persona transitoria. El cuidado interpersonal puede describirse de la siguiente manera cuando la madre baña a su hijo, esta contribuye a su desarrollo psicomotor total porque asocia el baño a todo un conjunto de relaciones táctiles, verbales y no verbales que convierten el baño en un juego que estimula su naturaleza siendo por lo tanto fuentes de conciencia y desarrollo.”[8]

2.2. ENFERMERIA.

Es una disciplina que ha tenido diversas etapas de desarrollo en su proceso histórico y el ejemplo más objetivo de estas transformaciones es la transición paradigmática de la curación – enfermedad a la persona cuidada., Por tal motivo y para mejor comprensión se ha incluido este capítulo referente a enfermería.

2.2.1 Antecedentes históricos.

La historia de enfermería surge con el nacimiento del ser humano, José Siler nos dice que “El término *anglosajón nurse* con el que se designa a la enfermería se deriva la palabra latina tales como *nutriere (alimentar) y nutris* (mujer que cría).”[9]

“Florence Nightingale 1820-1910

Madre de la enfermería moderna, crea el primer modelo conceptual de enfermería. Enfermera inglesa, nacida en Florencia el 12 de Mayo de 1820, de ahí el nombre que le pusieron sus padres (aunque eran de origen británico), y fallece en Londres en 1910.

Procedente de familia victoriana, creció en un ambiente donde la educación era muy estricta .Esta considerada como la fundadora de las escuelas de enfermeras profesionales .El objetivo fundamental de su modelo es conservar la energía vital del paciente, y partiendo de la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocarlo en las mejores condiciones posibles para que actué sobre él.

Su teoría se centró en el medio ambiente, creía que un entorno saludable era necesario para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería.

Ella afirmó que hay cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad de la vivienda : el aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz.

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

Con la explosión del conocimiento técnico en el campo de la salud después de la II Guerra Mundial, el personal de enfermería ha comenzado también a especializarse en áreas particulares de asistencia sanitaria. Éstas incluyen áreas quirúrgicas, dentales, maternidad, psiquiatría y salud comunitaria. Dentro de cada una de estas especialidades se puede optar por una nueva especialización.”[10]

“La enfermería se ocupa de los cuidados del enfermo y otros trabajos relacionado con la prevención y la salud pública. Esto abarca las funciones y los deberes a cargo de quienes han recibido formación y preparación en el arte y ciencia de la enfermería, por lo general en la ayuda a los médicos y otros profesionales sanitarios. En la mayoría de los países se considera la enfermería como profesión cualificada para la que se precisa un programa de formación previo al reconocimiento académico.

La formación, en la mayoría de países, dura tres años y comprende formación general en medicina y experiencia práctica trabajando con pacientes bajo la supervisión de enfermeras y enfermeros veteranos. El nivel de la educación sanitaria requerida para una enfermera varía según los países. Al final de la formación, y antes de recibir la diplomatura o título, el estudiante de enfermería tiene exámenes ante los organismos sanitarios o consejos de enfermería, dependiendo de cada país. Una vez obtenida la diplomatura o título se es libre de ejercer la profesión en cualquier país que reconozca las titulaciones, aunque muchos sólo reconocen las propias.”[11]

“Muchas de las variadas obligaciones del personal de enfermería son de naturaleza técnica, desde la toma de la tensión arterial hasta el manejo de sistemas de soporte vital en unidades de cuidados intensivos. Además, el personal de enfermería debe ser maestro, consejero y administrador, preocupado por la promoción y mantenimiento de la salud de los pacientes, así como por proporcionar los cuidados necesarios cuando éstos se encuentran enfermos.

El personal de enfermería tiene funciones dependientes e independientes. Las primeras son aquellas que deben ser llevadas a cabo bajo las órdenes de un médico, e incluyen actividades como las de administrar medicación, vendar y curar heridas. Las funciones independientes son aquellas que el personal de enfermería lleva a cabo bajo su propio juicio profesional. Entre estas obligaciones se incluyen el lavado de los enfermos, las posturas de los pacientes para prevenir contracturas articulares, la educación a los pacientes para que aprendan a curarse ellos mismo y la asesoría nutricional.”[12]

2.2.2. Concepto

Es la ciencia y el arte que interactúan para procurar la satisfacción de los participantes.,así mismo es el arte de proporcionar cuidados de prevención y tratamiento de las respuestas humanas del individuo, familia y comunidad, consiste principalmente en ayudar a las personas tanto sanas como enfermas.

Florence Nigthingale , define la enfermería en términos de función como: "Colocar al paciente en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza actúe sobre él". Esto significa el uso adecuado de aire fresco, luz, calor, limpieza, tranquilidad y la oportuna selección y administración de dietas, todo ello con el menor gasto posible de la energía vital del paciente."[13]

2.2.3. Meta paradigma.

“Estructura conceptual o filosófica de organización de una disciplina o profesión.

El meta paradigma de enfermería nos aporta la base fundamental de la enfermería esta base teórica es la que provee a las enfermeras en su práctica clínica profesional con un entendimiento integral del ser humano ,es por eso que la vinculación efectiva con el paciente requiere basar la práctica en el pensamiento teórico de enfermería.

El meta paradigma es un marco conceptual para entender su rol frente al paciente, el conocimiento que la enfermera desarrolla durante el proceso de formación y a través de su trayectoria profesional le permiten explicar éste marco conceptual y una vinculación efectiva con el paciente ,el conocimiento que la enfermería desarrolla debe ser de 4 modos.”[14]

“Empíricos :conocimiento ganado a través de la observación de hechos que se pueden verificar.

Estético: conocimiento expresado a través del arte de enfermería.

Ético: conocimiento de las perspectivas éticas que como enfermeras enfrentamos, este conocimiento incorpora valores y requiere clarificación con el paciente.

Conocimiento personal: se refiere al conocimiento de uno mismo, este tipo de conocimiento requiere el poder de introspección, reflexión ,y autenticidad con uno mismo y con los demás.

Así mismo el meta paradigma de la enfermería agrupa cuatro conceptos:

Persona: se refiere al receptor de los cuidados enfermeros, que incluye los componentes físicos, espiritual, psicológico, socio-cultural y puede contemplar a un individuo, familia o comunidad.

Entorno: todas las condiciones internas y externas que las circunstancias y las influencias afectan a las personas.

Salud: grado de bienestar o enfermedad experimentado por la persona.

Enfermería características y atributos del individuo que proporciona el cuidado enfermero.: actividades.”[15]

2.3. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

La finalidad del proceso es ofrecer cuidados de enfermería cuya meta es identificar, el estado de salud del paciente, iniciaremos diciendo que es un método sistemático y racional de planificar los problemas reales y potenciales, establece planes para cubrir las necesidades identificadas y ofrecer actuaciones específicas de enfermería para cubrir dichas necesidades, este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

2.3.1. Concepto.

“Es considerado como un conjunto sistemático de acciones a llevar a cabo por el personal de enfermería para responder a las necesidades y problemas de salud que representa el paciente.”[16]

Método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centran en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales ó potenciales.

2.3.2. Antecedentes Históricos.

“*Florence Nightingale* fue la primera teórica que describió la *Enfermería y su Entorno*. Esto dio paso a las posteriores teóricas, que tomaron sus descripciones para formular teorías de las que hoy podemos estudiar. Esta teoría abordó muchos aspectos que en el contexto histórico y en la época en que se desarrolló no es tan lejano al conocimiento actual y ha servido de pauta en las actividades que se describen para el modo de actuación de la enfermera.”[17]

“Una de sus virtudes fue la constante observación que mantuvo sobre diversos problemas que en nuestros días son aplicable en el PAE, pues corresponden a las

diversas etapas de éste. Ejemplo: las observaciones con relación al entorno (luz, higiene y otras), que podemos incluir en la 1ra. Etapa de la Valoración. Sus observaciones, que hoy podemos ubicarlas en señales. Cuando se refería al lavado de manos, infecciones, como se aprecia se acercaba a lo que hoy hacemos las enfermeras en la identificación de un patrón funcional afectado para llegar a un diagnóstico de enfermería, ubicando estos datos en la 1ra. Etapa de Valoración, en la 2da. Etapa de Intervención, y en la 3ra. Etapa de Evaluación.”[18]

“De esta forma se refería a las relaciones verbales y extra verbales y a la educación sanitaria. Como apreciamos, su punto de vista continúa vigente, pues estos aspectos hoy los podemos incluir en la comunicación y en la educación para la salud, acciones independientes que puede realizar la enfermera en la 3ra. Etapa de Intervención. Esta gran teórica está considerada como la que fue capaz de describir a la Enfermería y la relación del *Hombre* y el *Entorno*; catalogada como *Naturalista*. Atendiendo a lo expuesto en esta

teoría y sus fundamentos podemos aplicarla a cualquier enfermedad haciendo énfasis en los aspectos que ella abordó. “[19]

2.3.3. Etapas del proceso,

a) Valoración.

“Comienza con una historia sanitaria (en el que se incluye una valoración de la salud del paciente) y termina con la comprobación del estado del bienestar o con la emisión de un diagnóstico sanitario.

La función de la enfermera consiste en valorar estados de bienestar o de enfermedad así como de la extensión del mismo. Enfermería se compromete con las necesidades humanas básicas que afectan a la persona global, más que con un aspecto, un problema o un área limitada de la satisfacción de tales

Necesidades. La enfermera determinará en primer lugar que necesidades debe valorarse que información será necesaria y de que fuentes puede obtener esta información. La enfermera debe poseer un conocimiento de las principales alteraciones patológicas y psicopatológicas del ser humano teniendo en cuenta los niveles de edad, sexo, los principales grupos culturales, raciales y la existencia de enfermedades frecuentes en áreas geográficas o en ciertos medios ambientales eje: las anomalías constitucionales, la malnutrición, las infecciones, el cáncer los accidentes etc.”[20]

b) Diagnostico.

“La enfermera concluye la fase de valoración con la emisión de un diagnostico sanitario, requiere un elevado nivel de capacitación intelectual, constituye el aspecto de mayor importancia del proceso de la asistencia sanitaria y la culminación de la fase de valoración.

Un diagnostico puede completarse definiendo problemas adicionales derivado del problema básico y matizarse mediante el empleo de términos tales como agudos, crónicos, total, completo, parcial o mínimo por mencionar algunos, por otro lado al indicar la causa de la dolencia diagnosticada se clasifica la razón psicopatológica, fisiopatología, social, cultural, educativa económica relacionado con el medio ambiente, o con el proceso de desarrollo del individuo que impide la satisfacción de las necesidades. Los diagnósticos sanitarios pueden agruparse en torno a una necesidad humana.”[21]

c) Planeacion.

“La fase de planeación comienza al emitirse el diagnostico sanitario durante esta fase se elaboran planes en colaboración con el paciente y con su familiar para tratar de resolver sus problemas definidas en su diagnostico mediante la satisfacción de sus necesidades humanas.

En esta fase es asignar un orden prioritarios a los problemas diagnosticados, establecer una distinción entre los problemas que pueden resolverse mediante la intervención sanitaria, lo que el paciente o el familiar puede controlar y aquellos otros que han de asignarse a otros miembros del equipo asistencial o tratarse en colaboración con estos; determinar acciones especificas y sus objetivos inmediatos, medio y alargo plazo, así como las respuestas previsibles del paciente anotar los problemas las acciones a seguir y los resultados previsibles en el plan de atención, esta fase concluye con el desarrollo del plan de atención sanitaria, como requisito previo para pasar a la acción que proporciona la dirección en que ha de ejecutarse el plan así como el marco para la evaluación.[22]

d) Ejecución.

“En la fase de ejecución desempeña un papel fundamental, la capacitación intelectual, interpersonal y técnica de la enfermera. La adopción de decisiones la observación y la comunicación son aspectos significativos que aumentan las probabilidades del éxito de la actuación de la enfermera de miembros del equipo sanitario y de miembros del equipo asistencial utilizando el plan de atención como guía o habiéndose definido claramente los objetivos a corto, medio y largo plazo se procede a poner en práctica las acciones planeadas.

Durante esta fase se comprueba la viabilidad del plan, obviamente este plan no se realiza a siega ya que se a elaborado racionalmente a lo largo de las dos fase previa. La enfermera continua recogiendo datos del paciente como persona, de su condición de sus problemas de sus reacciones y sentimientos.”[23]

e) Evaluación.

“La evaluación se considera siempre en relación con las respuestas del paciente a la acción planificada. El plan de atención proporciona el marco para la evaluación, el impacto que produce en el paciente todas las acciones intelectuales, interpersonales y técnicas y los cambios que se derivan de ellas constituyen el objeto de evaluación.

Los elementos de la evaluación, valoración y planificación son concurrentes y recurrentes con relación a otros componentes, la evaluación de las acciones realizadas durante y después de la fase de ejecución permite determinar la respuesta del paciente y la extensión del logro de objetivo a corto, medio y largo plazo, la evaluación debe proseguir de forma resuelta y orientada al logro de objetivo.

La evaluación indicara la existencia de omisiones durante la fase de valoración, planificación y ejecución, en una determinada situación asistencial es posible que algunos problemas puedan resolverse en diferentes intervalos de tiempo.”[24]

2.4 MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON.

Es un método sistemático y organizado que se utiliza para identificar los problemas del cliente y aplicar los cuidados dirigidos a satisfacer las necesidades.

2.4.1 Antecedentes

“Virginia Henderson fue una enfermera norteamericana ,nació en 1897,y falleció el 19 de marzo de 1996.

Henderson desarrollo su interés por la enfermería durante la primera guerra mundial, en 1918 ingreso ala escuela de enfermería de la armada en Washington

Graduándose tres años más tarde henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de enfermería ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación ,lo que a ella le llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermería a partir de la revisión de la bibliografía existente en aquellos años sobre enfermería ,se dio cuenta que los libros que pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras no definían de forma clara cuales eran sus funciones y que sin este elemento primordial para ella no sé podían establecer los principios y la práctica profesional.

Henderson ha recibido un reconocimiento importante, incluido el nombramiento como doctora Honoris causa, durante su carrera en la práctica y docencia en enfermería.

Henderson dice que la enfermera asiste al paciente con actividades esenciales para mantener la salud ,recuperarse de la enfermedad o lograr una muerte tranquila.”[25]

2.4.2 Principales conceptos del modelo de Virginia Hendersón.

Un modelo conceptual es un conjunto de conceptos ,ideas o teorías que se interrelacionan pero en el que la relación no se define con claridad.

1-“PERSONA (Necesidades básicas): el paciente debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional ,porque la mente y el cuerpo de la persona son inseparables, la persona es capaz de aprender durante toda su vida, el paciente y su familia conforman una unidad.

Estas necesidades son comunes a todos los individuos , si bien cada persona tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida.

2 SALUD (independencia ,dependencia causa de la dificultad o problema) .es una cualidad de la vida y es básica para el correcto funcionamiento del organismo humano la consideran un estado de independencia o satisfacción adecuada de las necesidades.

Independencia: Todas las personas tienen determinadas capacidades en este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud.

Dependencia: Puede ser considerada en una doble vertiente, por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades.

Las causas de la dificultad son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.

Henderson las agrupa en tres posibilidades:

a) Falta de fuerza. Capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación ,lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual.

b) Falta de conocimientos: es lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona(autoconocimiento)

c) Falta de voluntad: Incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

3) ROL PROFESIONAL(Cuidados básicos de enfermería, relación con el equipo de salud)

los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda según el nivel de dependencia identificado en la persona.

4) ENTORNO (Factores ambientales, factores socioculturales.)el medio ambiente en el que el individuo desarrolla su actividad ,hogar ,trabajo, escuela, hospital, los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno físico inmediato, la enfermedad puede interferir en la tal capacidad por lo tanto las enfermeras deben proteger Alos pacientes de las l lesiones producidas por agentes externo.”[26]

2.4.3. Catorce necesidades básicas.

Virginia Henderson, se apoyó mucho en los postulados de *Florence Nightingale* e incorporó en su teoría principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de enfermería. Esta teoría planteó los criterios acerca del entorno, la salud, persona y cuidados. En la teoría de *Henderson* no se encuentra ninguna definición específica de necesidades, pero identificó las 14 necesidades básicas del paciente y son:

1) Necesidad de Oxigenación

“Dentro de esta necesidades se matiza el control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores. Hace referencia al masaje cardíaco y al control de oxigenación.

La respiración es la función por medio de la cual el organismo absorbe (inspiración) del exterior, el oxígeno necesario para el sostenimiento de la vida y elimina (expiración) del interior los gases nocivos para la misma.

2. Necesidad de nutrición e hidratación.

El termino nutrición es una cualidad o estado de los seres vivos, cuando usamos este termino para referirnos a una persona humana es fácil de terminar si esta bien o mal nutrida.

Para el producto en el seno materno, el recién nacido y el niño hasta los 5 años de edad, los requerimientos nutricionales y el equilibrio hídrico son de la mayor importancia, para tener un crecimiento y desarrollo normal.

Se observa que una persona adulta bien nutrida, es una persona saludable que vive en estado de equilibrio, porque el gasto energético y plástico que consumen diariamente, los repone regularmente en cantidad suficiente y mantiene reservas que pueden utilizar en momentos de mayor desgaste , evitando de esta manera alguna alteración de su funciones.

Hidratación.

El agua es un componente abundante y necesario en el organismo humano, el cuerpo del recién nacido esta constituido de un 80% de agua, en el organismo del adulto este componente esta presente del 45 al 60%.

Normalmente hay un ingreso de agua al organismo cuando se ingieren líquidos y alimentos con importante contenido hídrico como las frutas y verduras.”[\[27\]](#)

3. Necesidad de eliminación.

“La enfermera deberá observar si la eliminación es normal. Incluye la protección de la piel contra la irritación y una buena utilización de ropas de vestir y de cama. Para conservar su funcionamiento normal, el organismo debe de desechar los residuos acumulados durante el catabolismo de los alimentos, así como los gases y otros elementos no utilizables formados durante el proceso de la digestión. Al acto de evacuar el intestino se le denomina defecación y Alos desechos eliminados se les llama “heces fecales”.

4. Necesidad de masajes y mantener una buena postura

El ejercicio físico ayuda a mantener un corazón saludable porque hace que aumente la circulación coronaria y las fibras del miocardio se contraen con mayor fuerza para aumentar el gasto cardiaco.

Una buena postura mejora la salud y le da una buena presencia a nuestro cuerpo.

La práctica de los mecanismos corporales correctos es esencial para que las enfermeras prevengan la fatiga, las torceduras y lesiones durante la práctica profesional.

5. Necesidad de descanso y sueño.

Hace referencia al dolor y al uso indiscriminado de somníferos. Es un estado de inconciencia del que se puede sacar a una persona por medio de estímulos apropiados. El sueño ayuda a recuperar la energía perdida durante las actividades cotidianas el trabajo físico y mental del día.[28]

El descanso físico y mental son necesidades básicas del ser humano, cada persona necesita cubrir ciertos requerimientos de tiempo y condiciones favorables para satisfacer su necesidad de dormir y descansar, lo cual es muy importante para tener un funcionamiento óptimo de su organismo.

6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.

“Es importante reducir al mínimo la interrupción de costumbres establecidas y el uso de ropas que lo hagan sentir un miembro activo de la comunidad. La forma de vestir, es parte de la cultura en que vivimos y nos hemos desarrollados. Los rasgos culturales son mas firmes en las personas que viven en los campos y en las etnias, las cuales no cambian su forma de vestir en ninguna circunstancia, mientras que su arreglo personal es sencillo y vistoso.

7. necesidad de termorregulación.

“La temperatura corporal, es un equilibrio entre el calor producido por el organismo, como resultado de la oxidación de los alimentos; el calor que recibe del medio ambiente y el calor que pierde en la transpiración, la respiración y la excreción principalmente.

Fiebre.

Es la elevación anormal de la temperatura corporal. Se piensa que la temperatura se eleva, por la acción de sustancias tóxicas que afectan la regulación de la temperatura.

Hipotermia.

Es la disminución de la temperatura corporal por debajo de lo normal.

8. Necesidad de higiene y protección de la piel.

La higiene corporal es una de las formas más sencillas de conservar la salud física y proporcionar bienestar.

La piel está formada por tres capas principales: la epidermis, la dermis y el tejido subcutáneo o hipodermis.

Funciones de la piel:

Constituye una eficaz barrera contra las agresiones del ambiente.

Protege contra el frío intenso y en altas temperaturas impide la pérdida excesiva de líquidos corporales.

Las capas conjuntivas protegen de los golpes.

El tejido elástico favorece la cicatrización de pequeñas heridas.

La sensibilidad al dolor es útil como aviso para evitar lesiones mayores.

La piel intacta, no permite la entrada a los microorganismos.

9. Necesidad de evitar los peligros

Hace referencia a la prevención de accidentes y a la protección de si mismo y de las personas que le rodean.

Los accidentes resultan un grave problema social, económico y de salud. Son causa de un considerable porcentaje de pérdidas humanas, de invalidez y disminución de las horas de trabajo efectivas de personas en edad productiva, lo que afecta a la economía familiar y nacional.

Muchos accidentes pueden prevenirse tomando en cuenta ciertas medidas prudenciales sencillas, que debemos hacer parte de nuestro vivir cotidiano.

10. Necesidad de comunicarse

El poder de comunicarse con los demás, es de suma importancia para la conservación de la salud, en todas las etapas de la vida porque la comunicación es un medio para satisfacer las necesidades básicas.”[29]

En la medida en que fomenta las buenas relaciones del paciente, promueve el bienestar del mismo. Ayuda a la persona a comprenderse así mismo y cambiar ciertas condiciones, que son las que lo han convertido en enfermo y aceptar aquello que no puede ser cambiado. La comunicación es un proceso a través del cual, se transmiten y reciben ideas, emociones e informaciones entre personas y grupos personas.

11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores.

“Respeto y tolerancia a la raza, color, religión, creencias y valores. Secreto profesional. Religión: este término significa las relaciones que el hombre tiene con su creador, el culto que se tributa a la divinidad.

Sentimos una necesidad apremiante de orar y comunicarse con Dios.

Todas las personas sin importar, su escolaridad, edad, y condición social, sienten la necesidad de esta comunicación y práctica de su fe. Por eso la enfermera estará dispuesta para prestar la ayuda espiritual que el paciente necesita o le solicite.

12. Trabajar y realizarse.

Trabajar es una necesidad básica del ser humano, es una forma de auto expresión importante a través de la cual la persona puede manifestar su capacidad creadora. Esta necesidad pide como requerimiento fundamental, para su satisfacción, el hecho de que la tarea que se realiza este de acuerdo con: la vocación, capacidad, aptitudes, intereses y carácter de la persona que lo realiza, de lo contrario se convierte en algo desagradable que la persona trata de evitar.

13. Necesidad de jugar/ participar en las actividades recreativas.

Puede ser un estímulo y un medio de hacer ejercicio. La enfermera puede ayudar a los familiares y amigos del paciente a que atiendan las necesidades recreativas del mismo. La recreación es una necesidad básica para todo ser humano, en cualquier etapa de su vida. Para que sea verdaderamente beneficiosa, es necesario distinguir entre pasatiempo, recreación y ocio.

Pasatiempo. Es la actividad que entretiene pero no favorece el descanso, ni el crecimiento personal.

Recreación. La definición del diccionario es; distracción, entretenimiento, placer.

Ocio. El diccionario nos da el siguiente significado: descanso, entretenimiento, obras de ingenio formadas en los ratos libres que dejan otras tareas.

Como se puede comprender este último es el significado más amplio para las actividades recreativas, podemos decir que el ocio pertenecen las obras de arte: pintura, dibujo, escultura, tallado, en madera, pirograbado etc. Y todas las actividades manuales

Se dice que los adultos hemos perdidos la capacidad de asombro y la curiosidad presentes en los niños pequeños.

La capacidad de asombro y la curiosidad se relacionan íntimamente, con la creatividad y la conciencia de si mismo y del propio valer.

Esta cualidad se hace mas necesaria en nuestra época en la que los cambios se dan con tanta rapidez, que sentimos que rebasan nuestra capacidad para asimilarlos y de una manera consiente aceptarlos.

14. Necesidad de aprendizaje

La orientación, el adiestramiento o la educación forman parte de los cuidados básicos de la mayoría de las personas. La enfermera tiene una función docente.”[30]

2.5 PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON.

El modelo es una guía conceptual que permite orientar y centrar la practica de enfermería.

Aunque virginia Henderson no la define como tal, de la literatura revisada se refiere que el proceso de atención de enfermería es importante para la reflexión que la enfermera tiene que llevar a cabo para la conformación de plan de atención.

“Los planes de atención de enfermería son documentos que contienen el problema de salud encontrando diagnósticos enfermero o problemas interdependientes, objetivos, acciones de enfermería y evaluación. Existen dos tipos de planes de acuerdo a sus componentes para diagnostico enfermero y para problemas interdependientes; la diferencias entre ambos es que uno se refiere a una respuesta humana (diagnostico enfermero) y el otro a una respuesta fisiopatología (problema interdependiente); y que las funciones interdependientes de enfermería únicamente se incluyen en los planes de atención para problemas interdependientes”[\[31\]](#)

La demás información para el marco teórico se establecerá con base alas necesidades en el cliente.

2.5.1. Concepto.

Rosa linda Alfaro “es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de la respuesta del paciente a las alteraciones de la salud, reales o potenciales”[32].

2.5.2. Antecedentes históricos.

“La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.) Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.”[33]

2.5.3. Etapas del (PAE) de Virginia Hendersón.

Valoración

“ es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno.

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

dé atención al cliente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia etc.

Diagnóstico de Enfermería

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

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

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

La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo

Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería.

PLANEACION

Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensual se con el cliente[34]

EJECUCIÓN.

“ Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados. Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

EVALUACIÓN :

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.”[35]

2.6. CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS Y SOCIALES.

El ser humano es un ser vivo que comparte el mundo ,nace , crece , se Reproduce y Muere , es decir atraviesa por un ciclo vital a lo largo de su existencia.

El siguiente trabajo esta enfocado en un cliente joven Adulto de 28 años de edad, sexo femenino , con Dx. Histerectomía Abdominal Total .

Por lo tanto se describe la etapa de desarrollo y crecimiento en que se encuentra mi cliente.

Esta etapa comienza tan pronto termina la adolescencia , los adolescentes se han ido preparando paulatinamente para la etapa de adulto.

Características Físicas.

El desarrollo físico casi ha alcanzado su máximo nivel .el cuerpo toma la forma que lo caracteriza el sexo, la amplitud de las caderas en la mujer , la anchura de hombros en el hombre. La talla ha llegado a la longitud que se conservará hasta los 40 años. El peso ganado es más o menos estable.

Los signos vitales generalmente se mantienen dentro de los siguientes rangos:

T /A :100/70 A 110/80

FC:70-80 Por minuto

Respiración: 16-24 Por minuto

Temperatura : 36.1-37.2

Características Psicosociales

En el (la) joven se pueden identificar características psicosociales específicas bien definidas:

1. Logro de un sentido de realidad , diferenciándolo de la fantasía
2. En esta etapa el individuo ya es más real en sus aspiraciones y comienza a elaborar planes futuros.
3. Emancipación de los cuidados paternos, aunque no se rompe con los lazos afectivos de los padres , se independizan de ellos.
4. Terminación de una profesión o establecimiento de un empleo.
5. Formación de un hogar para tener su propia familia.
6. Expresión de sus emociones.
7. Hallar su lugar en la comunidad.
8. Tomar decisiones y aceptar responsabilidades.
9. Necesidad de orientación para el cambio de decisiones.
10. Tolerancia para la frustración, satisfacción e interes.

La etapa VI del ciclo de la vida ,según Erikson, ubica al adulto joven en la intimidad frente al aislamiento. Este es el periodo del galanteo y la vida familiar temprana , que se extiende aproximadamente desde finales de la adolescencia hasta los 40 años .se refiere más al simple hecho de la vida amorosa , a la capacidad de compartir con otra persona y de cuidar de ella sin temor de perderse así mismo en el proceso.

Buscar independencia de los padres no significa romper los lazos que los une a ellos , si no al desarrollo de otra clase de relación con los progenitores en el cual el adulto acepta las consecuencias de sus propias actuaciones.

Situaciones Especiales De los Adultos Jóvenes.

Los individuos en esta etapa atraviesan por varias situaciones, tales como la soltería, noviazgo, matrimonio, nacimiento de los hijos, divorcio o separación.

Algunos autores opinan que la mujer está preparada para el matrimonio entre los 22 y 25 años de edad, mientras que el hombre de los 25 a 28 años de edad.

Durante esta época el hombre y la mujer deben estar adquiriendo autonomía

En esta época tanto el hombre como la mujer están preparando o adquiriendo una independencia económica y tienen mayor capacidad de convivencia con otros , pensando, actuando y reaccionando en forma menos egoísta , impulsiva, más reflexiva y serena, preocupándose no sólo de su propio bienestar y felicidad sino también de la de los demás que estén vinculados a ellos.³⁵”

III. METODOLOGÍA

Para la realización del estudio de caso se considera 2 ejes, uno metodológico y el otro conceptual. El eje metodológico estará centrado en el proceso de atención de enfermería, el cual para fines de este trabajo se considerara en 5 etapas (de acuerdo a Alfaro). El eje conceptual será el de Virginia Henderson (se valoran las 14 necesidades).

3.1. Descripción.

Para realizar el presente estudio de caso se eligió a un cliente adulto de sexo femenino de 28 años de edad el cual fue ingresada al Hospital General Martiniano Carvajal el día 11 de septiembre 2004 con diagnóstico P.O Histerectomía Abdominal Total de inicio de la recogida de datos para el caso, contaba con 12 horas de hospitalización pos operada.

Para la recogida de datos se utilizo el siguiente instrumento de valoración que se presenta a continuación junto con los datos obtenidos:

Es importante mencionar y aclarar que aunque se menciona el nombre del Dx. en el estudio de caso, la investigación solo se centro en la persona-cliente., por lo tanto las intervenciones de enfermería estarán enfocadas a satisfacer sus necesidades afectadas dependiendo del grado de dependencia (total o parcialmente) el estudio se realizó durante el tiempo de su hospitalización que fue del 11 de septiembre al 16 de septiembre del 2004.

Para cada efecto se solito el consentimiento informado de cliente por escrito (se agrega como **anexo 1**), ya que el cuidado tiene implicaciones éticas sustentadas en cuatro principios:

Autonomía: significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

Confianza: este principio se refiere a que el personal de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas.

Beneficencia :El deber de hacer el bien y la promoción activa de actos benéficos.

Ejemplo: amabilidad, bondad y caridad, también incluye el no castigar o infringir un daño.[36]

No maleficencia: El deber de no infringir daños, así como el de prevenirlos y evitarlos se incluye en el principal de la beneficencia en cuyo caso la no maleficencia podría ser más directa.

3.2. Valoración.

La finalidad de la valoración es integrar una base de datos con relación al cliente para lo cual se recurrió a la fuentes, técnicas e instrumentos que a continuación se describen.

3.2.1. fuentes de información.

Para la valoración se tuvieron como fuentes de información directa, como primarias y secundarias; fuente principal y primaria el cliente y como fuentes secundaria el expediente clínico (hojas de registro de enfermería), otros profesionales de la salud y literatura.

3.2.2. Las técnicas utilizadas para la obtención de la información fueron:

La entrevista, el método clínico o exploración física y la observación.

a) entrevista.

Es una técnica por medio de la observación, que permite aprender acerca de las personas a través de una comunicación intencionada y dirigida hacia un fin. La entrevista de enfermería se desarrollo en un esfuerzo por proporcionar un cuidado personalizado. Su propósito es animar al paciente a que exprese sus ideas, su sentimiento y los hechos que permiten identificar sus necesidades inmediatas y a largo plazo.

Se habló con la cliente para establecer una fecha y hora para la entrevista la cual se realizó el día 12 de sep. del 2004. a las 16 hrs. . en virtud de que el día

de su ingreso se encontraba en un estado delicado que no permitió que esta se llevara a cabo, teniendo como fuente primaria la información directa del cliente.

Es una entrevista participante no estructurada, de carácter descriptiva.

Enfermera, ¡buenos días!

Cliente: ¡buenos días!

Enfermera: permítame presentarme soy la enfermera Maythé del río Zamora.

Cliente: mucho gusto.

Enfermera: quisiera colaborar conmigo.

Cliente: de que se trata.

Enfermera: es un trabajo que estoy realizando de investigación, para fines de mi titulación y consiste en que usted me conteste algunas preguntas que voy a preguntarle.

Cliente: si en algo la puedo ayudar con mucho gusto lo haré.

Enfermera: ¿que edad tiene?

Cliente: 28 años.

Enfermera: ¿es usted de la ciudad de Mazatlán?

Cliente: si nació en Mazatlán y vivo en la colonia Juárez.

Enfermera: ¿es usted casada?

Cliente: si por las dos leyes mi esposo es el que me batalla.

Enfermera: ¿trabaja usted?

Cliente: no, me dedico al hogar?.

Enfermera: ¿no tiene amigos?.

Cliente: si nada más que ahora con el problema que tenia, no me daban ganas de salir.

Enfermera: ¿pero puede reunirse con ellos ?.

Cliente: es que ya no platican mucho con migo, siento que les da pena preguntarme sobre mi problema.

Enfermera: ¿pero le serviría ir a platicar, por que esta triste?

Cliente: si luego les hablare yo, estoy un poco triste por lo que me paso.

Enfermera: pero ya no debe deprimirse piense en que todo salió bien y que tiene a sus tres hijos si sigue así todo eso le ara daño

Cliente: si verdad, ya mi hija y mi esposo se molestaron.

Enfermera: ¿toma usted agua y refresco?

Cliente: si Tomo dos litros de agua y muchos refrescos como tres o cuatro.

Enfermera: ¿cuántas veces hace popo al día?

Cliente: a veces una o dos y duras.

Enfermera: ¿cuántas veces orina y de que color es?

Cliente: pues en el día pocas veces como dos o tres veces y en la noche me levanto hasta tres veces es de color amarillo.

Enfermera: ¿duerme bien por las noches?

Cliente: pues si pero me levanto a orinar varias veces

Enfermera: ¿durante el día duerme?

Cliente: si todas las tardes después de comer y a veces hasta en la mañana

Enfermera: ¿de que religión es?

Cliente: católica.

Enfermera: ¿hasta que año estudio?

Cliente: hasta carrera técnica.

Enfermera: ¿cuántos hijos tiene y quien vive con usted?

Cliente: tengo 3 hijos 2 mujeres y un hombre y mi esposo, un gato y un perro.

Enfermera: ¿sus hijos padecen alguna enfermedad?

Cliente: no los tres están sanos.

Enfermera: ¿cómo se lleva con sus hijos y su esposo?

Cliente: muy bien aunque mis hijos están chiquitos todavía.

Enfermera: ¿viven sus papas?

Cliente: si viven todavía gracias adiós.

Enfermera: ¿padece alguna enfermedad su mama?

Cliente: que yo sepa no, esta sana.

Enfermera: ¿y su papá?

Cliente: también sano.

Enfermera: ¿cuántos hermanos tienen?

Cliente: tengo 5 hermanos todos vivos, ocupa el tercer lugar.

Enfermera: ¿conoce alguna enfermedad de sus hermanos?

Cliente: no todos están sanos excepto yo

Enfermera: ¿fuma y toma usted?

Cliente: no

Enfermera: ¿se cambia solo de ropa?

Cliente: si.

Enfermera: ¿normalmente cuantas veces se baña y por que?

Cliente: me baño todos los días y a veces hasta dos al día por que me hace sentir limpia?

Enfermera: ¿se lava los dientes después de comer?

Cliente: si las tres veces al día.

Enfermera: ¿ha consumido drogas?

Cliente: no.

Enfermera: ¿usted cree que su enfermedad le ha ocasionado problemas?

Cliente: pues si me pone de mal humor, siento cólicos, me duele la cabeza, y sangrados leves de menstruación.

Enfermera: ¿usted conoce su enfermedad?

Cliente: si me informo el doctor de mi diagnostico.

Enfermera: bueno Sra. Z.R.Z Creo que por el momento es todo ya lo entretuve demasiado luego voy a volver a traerle información sobre su enfermedad.

Cliente: esta bien señorita cuando quiera volver estoy a su disposición

Enfermera: muchas gracias hasta pronto

Cliente: gracias a usted.

b) Método clínico.

Método para la obtención de datos objetivos que completan y confirman la información suministrada por el cliente, fue utilizado para valorar las necesidades en la dimensión biológicas, mediante cuatro procedimientos básicos para su realización. La inspección la auscultación, la palpación y la percusión.

Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración

Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hiper sonoros : aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Los datos obtenidos fueron registrados en la historia clínica que mas adelante se describen.

c) Observación.

La observación es un proceso de información conseguida con el uso de los sentidos (vista, tacto, oído, olfato y gusto) estos sentidos son utilizados en diversas formas para observar al paciente. Las características generales de apariencia y actividad física, el contenido y proceso de la interacciones y relaciones así como el ambiente, estos datos se registraron en diversos instrumentos como son, la hoja de enfermería, hoja de valoración de necesidades, historia clínica.

3.2.3. Instrumento de registro.

Para el registro de la información se realizó en diversos instrumentos como: hoja de valoración de necesidades, historia clínica, hoja de enfermería.

a) Valoración de necesidades.

Características Personales

Nombre: Z.R.Z Edad: 28 Sexo :Femenino

Estado Civil: Casada Religión: Católica.

Escolaridad: Carrera técnica Ocupación: Hogar

Cual es su objetivo de salud: Recuperarse de la Histerectomía

Hospitalizaciones previas: Si.

Motivo de ingreso: Programada para Histerectomía

Esta tomando medicamentos: Si cefalotina 1 gr. Y ketorolaco, IV.

Signos vitales. Temp. 36.5c Pulso: 80 Resp. 2 Tensión Art. 120/80

Familia. N° de miembros. 5 Con quien viven: En casa con su familia.

Problemas de relación con la familia. Si No + Porque:

1. - Oxigenación

Estilo de vida. Sedentaria No

Realiza sus actividades cotidianas sin fatigarse. (disnea) (no)

Patrón respiratorio, ritmo, regularidad, profundidad. (no)

Secreciones, tos, aleteo nasal, dolor asociado a la respiración. (No)

Cuantos cigarrillos fuma al día, desde cuando. (No)

Antecedentes de enfermedades Cardiorrespiratorias, Dolor precordial, Asma,

Taquicardia, Hipertensión, Anemia y Várices.

2. - Nutrición e Hidratación

Se alimenta solo si Con ayuda

Horario y número de comida habituales. Desayuno a las 8am, comida 13:30, Cena 7:00 PM

Cantidad y tipo de liquido que ingiere al día 3 vasos de agua al día, 5 refrescos

Preferencias o desagradados: Tacos y hamburguesas, no le agrada la verdura.

Patrones de aumento / perdida de peso: no

Suplementos de la alimentación: no.

Conocimientos de factores que favorecen la digestión: fibra.

Anorexia, nauseas, vómito, digestión, hiper acidez: No

Medidas para purificar el agua hierva, desinfecta, (garrafón.).

Revisión. Peso: 78 Kg. Talla:1:60 Boca: (capacidad para hablar, masticar. Deglutir). Lengua:(Hidratación), ulceras, inflamación.

Encías: color ,edema , hemorragia, dolor. Dientes:(completos con 1 caries en molar), prótesis, sensibilidad al frío o calor. Labios: color, Hidratación, grietas.

3. - Eliminación

Frecuencia y cantidad en 24 horas, heces: una diaria Orina: 3 veces al día.

Color. Consistencia. Heces: Café sosas Orina: Amarilla Concentrada

Estreñimiento. (Si) Hemorroides. (No) Dolor Menstrual. (Si)

Ayuda: Líquidos, alimentos, medicamentos, enemas: Psyllum y abundantes liq.

Problemas de: urgencia, retención, incontinencia, infecciones.

Intestino: dolor, diarrea, flatulencia, (no) heridas, estomas.

Genitales: erupciones e irritaciones perineales, lesiones, secreción normal.

4. - Moverse y mantener una buena postura

Patrones de actividad y ejercicio, en su casa, en el trabajo y en el tiempo

libre.

Debes en cuando realiza ejercicio.

Medidas higiénicas para moverse y tener una buena postura.

(Ejercicios activos y positivos para mejorar tono muscular, uso de mobiliario

y calzado adecuado) Se apoya de su mamá y su suegra para movilizarse al baño y usa ropa y calzada de acuerdo a su operación.

Limitaciones en la de ambulación: un poco de dolor.

Postura habitual con relación al trabajo:

Dolor muscular, inflamación de articulaciones. Defectos óseos.

Revisión: capacidad funcional, mano dominante,

utilización de brazos, pierna y brazos, fuerza, presión, marcha, utilización de aparatos.

5. - Descanso y sueño

Patrones de reposo, sueño, horas en la noche, siesta. Duerme por ratos (3 hrs.).

Alteraciones por estados emocionales.: El ruido del hospital y apagado y prendido de luces durante la noche.

Uso de reductores de tensión: Vaso de leche tibia antes de dormirse.

Facilitadores del sueño, masaje, relajación, música, lectura y medicamentos

6. - Uso de prendas de vestir adecuadas

Distinguen relaciones entre la higiene personal y salud. Si

Necesita ayuda para vestirse o desvestirse. Si de su mamá y su suegra por el momento.

Hábitos sobre la higiene personal y del vestido. Se baña todos los días y se cambia de ropa.

Tienen los recursos económicos para vestir ropa limpia y que conserve él

Calor. Si, porque su esposo la provee de todo lo necesario.

7. - Termorregulación

Se protege en los cambios de temperatura ambiental.

Sensibilidad extrema al frío o al calor: Si me protejo del frío con frazadas y suéteres, cuando hace calor uso ropa adecuada al clima ropa de algodón.

Que valor le da a: comida, ropa, y manejo adecuados en el control de la Temperatura. A otras medidas físicas.

8. - Higiene y protección de la piel

Hábitos higiénicos diarios que quiere mantener: (higiene oral, higiene femenina, arreglo personal, baño diario).

Aseo de dientes, manos, baño, con qué frecuencia. (3 veces al día después de cada comida y se lava las manos después de ir baño).

Uso de algún producto específico, colonia crema etc. (si después de bañarme uso crema para el cuerpo y la cara).

Revisión de la piel, pigmentación, temperatura, textura, turgencia, lesiones contusiones, hemorragias, cicatrices, masas, prurito edema.

Mucosa oral, integra, deshidratada, hidratada. Mucosa oral hidratada

9.- Evitar peligros

Prácticas que afectan la seguridad personal: hábitos, drogas,

Alcohol, tabaco, café, bebidas de cola, nivel de consumo. Bebidas de cola. 5

Refrescos al día.

Recursos de salud, médicos, odontólogos, hospitales.

Prácticas de salud, manejo de estrés / ansiedad, técnicas de relajación

Ninguno

Auto examen de mama y testículos. Auto examen de mama por la enfermera.

Hogar, características que constituyen peligros para la seguridad: pisos,

Escaleras, asilamiento. No

Entorno físico: vecindario, presencia de peligros ambientales:(ninguno es muy tranquilo).

10.- Necesidades de comunicarse

Facilidad para expresar sentimientos y pensamientos. No tengo dificultad

Relaciones con la familia y con otras personas: Son buenas

Utilización de mecanismos de defensa. (Agresividad /hospitalidad, desplazamiento. Etc. Ninguna

Limitaciones físicas que interfieran en su comunicación. Ninguna

Contactos sociales frecuentes y satisfactorios: De vez en cuando, cuando hay reuniones familiares (cumpleaños etc.)

Facilitadores de la relación: confianza, receptividad, empatía, disponibilidad: Confianza y disponibilidad.

11. Vivir según las creencias y valores

Ritos que debe practicar de acuerdo a su religión: Ir a misa los domingos por la mañana.

Frecuencia de algún servicio religioso: no

Valores que ha integrado en su estilo de vida. La honestidad y el respeto.

En qué medida sus valores se han alterado por su situación actual de salud.

En la medida que se ha extirpado su útero.

Creencias religiosas significativas en este momento. Le da gracias a dios por haberle permitido salir bien de su operación.

12.- Necesidades de trabajar y realizarse

Historia laboral, tipo de trabajo, duración. Nunca ha trabajado.

El trabajo le provoca satisfacción o conflicto.

La enfermedad, que tipo de problemas le a traído: psicológicos, Habérsele presentado este problema, le deprimió siempre algo

Auto concepto positivo / negativo de si mismo. Inseguridad

Capacidad de decisión y resolver problemas: Siente inseguridad para tomar alguna decisión

Problemas en: olfato, gusto, tacto, memoria y orientación. Ninguna

13.- Participar en actividades recreativas

Interés, pasatiempos y actividades recreativas que desarrolla en su tiempo

Libre. Escuchar música por las tardes y gusta por ver televisión.

La última vez que participo en actividades de ese tipo.

El uso de su tiempo libre le provoca satisfacción. Si

Dispone de recursos para dedicarse a cosas que le interesan.

La distribución de su tiempo se equilibra entre el trabajo, y la reacción.

14.- Necesidad de aprendizaje

Conocimientos sobre el desarrollo del ser humano en su ciclo vital.

Conoce muy poco del ciclo vital del ser humano.

Conocimientos sobre si mismo, sus necesidades básicas, su estado de salud actual, su tratamiento y auto cuidado que necesita. Si conoce porque su medico le informo sobre los cuidados que debe tener de su herida quirúrgica.

Desearía incrementar sus conocimientos sobre aspectos relativos a su salud / enfermedad. Técnicas de autocontrol emocional, cambios necesarios en sus hábitos de vida. Hace mención que si le gustaría pero actualmente no funciona el dispensario medico de su comunidad.

Situaciones que alteran la capacidad de aprendizaje, ansiedad, dolor, pensamientos, sentimientos y angustia. Dolor, sentimientos y angustia.

B). Historia clínica.

NOMBRE: Z. R. Z.

EDAD: 28años.

SEXO: Femenino.

ESTADO CIVIL: Casada.

NACIONALIDAD: Mexicana.

LUGAR DE PROCEDENCIA Mazatlán Sinaloa.

RELIGIÓN: Católica.

OCUPACIÓN: Ama de casa.

ESCOLARIAD: Carrera técnica.

FECHA DE NACIMIENTO: 06 de septiembre de 1976.

LUGAR DE NACIMIENTO: Mazatlán Sinaloa.

PESO: 78Kilos.

TALLA: 1.60MTS.

Antecedentes heredo – familiares

PADRE: Vivo, 72 años aparentemente sano.

MADRE: Viva, de 62 años aparentemente sana.

HERMANO: Cuenta con 5 hermanas aparentemente sanas, ocupa el tercer lugar.

HIJOS: Cuenta con 3 hijos (sanos).

Antecedentes personales no patológicos

Habita en casa propia, construida de material perdurable, cuenta con dos

Habitaciones donde habitan 5 personas, cuenta con todos los servicios públicos

(Agua, drenaje, electricidad, teléfono).cuenta con buena higiene personal y

Alimentación adecuada en cantidad y calidad.

Zoonosis (-) tabaquismo (-) alcoholismo (-) toxicomanías (-).

Antecedentes personales patológicos

Hospitalizaciones (+) alérgicos (-) trasfusionales (-) quirúrgicos (+) LUI (+) DM (-)

HAS (-) .ABORTO (1).

Refiere tres cesáreas previas, la primera hace 9 años, la segunda hace 5 años, y la

Última hace 3 años, la razón de la primera fue por DCP, la segunda por período

Ínter genésico corto el cual fue el mismo motivo de la tercera.

Séptuplas tía hace 4 años, niega transfusiones sanguíneas y traumatismos.

Antecedentes gineco – obstétricos

Menarca a los 14 años de edad, ritmo irregular de 7 días de duración

Hipermenorreica , dismenorreica, IVSA 18 años refiere una pareja sexual la cual

es aparentemente sana.

FUR 21 de junio del 2004 .G=4 PO C=3 A=1.

PADECIMIENTO ACTUAL

Programada para histerectomía total por sangrado uterino anormal.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Se encuentra la paciente aparentemente tranquila, ubicada en las 3 esferas cognitivas con buena coloración de piel y tegumentos, pupilas isocóricas nomorreflexicas , cavidad oral con mucosa hidratada, cuello y cardiorrespiratorio sin alteraciones, abdomen globoso por panículo adiposo con presencia de cicatriz vertical de cesáreas anteriores, blando depresible , sin puntos dolorosos ,no viceromegalias palpables.

T/A=100/60 FC=68. FR=20. T=36

Paciente que cursa con Dx de sangrado uterino anormal, con hemorragias por lo que se decide la realización de la HTA.

Valoración obstétrica

Paciente femenina de 28 años de edad programada para histerectomía total abdominal por sangrado uterino anormal.

Exploración física

Se refiere asintomático inició con periodos de hipermenorrea la cuál fue aumentando paulatinamente acompañada de dolor tipo cólico en hipogastrio, en

Ocasiones incapacitan tez con sangrados profusos que le ocasionaron anemia de

menos de 10gr,se le realiza USG pélvico el cual reporta Útero

irregular, hipertrófico, por lo que se decide programar para Histerectomía.

Evolución

Paciente tranquila ,bien orientada en sus tres esferas ,con buena coloración de piel y tegumentos, buen estado de hidratación, cabeza y cuello sin alteraciones, cardiorrespiratorio sin compromiso herida quirúrgica sin huella de sangrado ni datos de infección, con sonda foley drenando orina clara con ligero Sangrado(mínimo)extremidades sin alteraciones.

Hasta el momento sin tolerar vía oral ni deambular, se inició con dieta líquidos claros ya que se percibió el inicio de perístasis, así mismo hubo la necesidad de

Cambio de posición y de ambulación refiere leve dolor posterior a la histerectomía.

Pronostico : Reservado.

Evolución satisfactoria puede egresar a su casa.

Nota. Se aclara que durante la recogida de los datos se estuvo realizando pausas durante el interrogatorio, pues se iban realizando intervenciones de enfermería requeridas para el cliente.

c). Hoja de registro de enfermería. (anexo 2).

Es importante mencionar que no se presentan los registros de enfermería por ser un documento medico legal, que necesita la autorización del cliente y la institución.

3.3. Diagnostico.

Para la integración de los diagnósticos de enfermería se tuvo que organizar y clasificar la información en necesidades con sus respectivas dimensiones señaladas por Hendersón, biológicas, sociológicas, psicológicas y culturales.

Lo que facilitó el análisis para conocer tanto las fuentes de dificultad como los problemas que le afectan utilizando los formatos que mas adelante se presentan.

El tipo de diagnostico que se estructuró fue real ya que refleja las necesidades actuales del clientes mediante características definitorias identificables.

El diagnostico de enfermería se estructuró de acuerdo al formato (P.E.S.).

Problema.

Etiología.

Signos y síntomas.

Considerando la etiqueta de la NANDA. Por ser congruente teóricamente con el modelo conceptual de Henderson, ya que fueron trabajadas con base a necesidades.

Es importante señalar que se hizo un análisis de las 14 necesidades en la cual se señala la independencia o grado de dependencia.

a). Formato de dimensiones.

NECESIDADES.	INDEPENDIENTE.	PARCIALMENTE DEPENDIENTE.	DEPENDIENTE.
1.- Oxigenación	X		
2.- Nutrición e hidratación.	X		
3.- Eliminación.		X	
4.- moverse y mantener la postura.		X	
5.- Descanso.	X		
6.- Usar prendas de vestir adecuadas	X		
7.- Termorregulación.	X		
8.- Higiene y protección de la piel.			X
9.- Evitar peligro.	X		
10.- Comunicarse.		X	
11.- Vivir según sus creencias y valores.	X		
12.- Trabajar y realizarse	X		
13.- jugar y participar en actividades recreativas.	X		
Aprendizaje.		X	

De estas 14 necesidades para fines de este trabajo se identificarón 5 necesidades afectadas pero solo una es dependiente y las otras 4 son interdependiente y solo se presentan 4.

GUIA DE ANALISIS DE LA NECESIDAD.

DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD.

INICIALES DEL CLIENTE Z.R.Z

FECHA 11- 09 - 2004.

NECESIDAD AFECTADA. ELIMINACIÓN.

BIOLOGICAS	PSICOLOGIAS	SOCIAL	CULTURAL
<ul style="list-style-type: none">• Edad 28 años.• Mucosas orales un poco resecas. • Estilo de vida sedentaria• Ausencia de defecación. • Ingestión inadecuada de líquidos .	<ul style="list-style-type: none">• La cliente refiere sentirse muy triste por la cirugía que se le practico y tiene temor al rechazo por parte de su pareja.• Temor de que se le abran los puntos de la herida quirúrgica.• Presión que hace ella misma para evacuar.	<ul style="list-style-type: none">• La paciente no logro evacuar, en su estancia en el hospital , por falta de privacidad.	<ul style="list-style-type: none">• La paciente tiene malos hábitos alimenticios.• Consume bebida de cola de 2-3 refrescos al día.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Alteración de la evacuación intestinal relacionado por estreñimiento manifestado con defecación dificultosa y heces duras y bien formadas

	F. FUERZA
X	F. VOLUNTAD
X	F. DE CONOCIMIENTO

<input type="checkbox"/>	TOTALMENTE		
<input type="checkbox"/>	INTERDEPENDIENTE (I ID)	<input checked="" type="checkbox"/>	ROL DE AYUDA
<input checked="" type="checkbox"/>	INTERDEPENDIENTE (I D)	<input type="checkbox"/>	ROL DE SUPLENCIA
<input type="checkbox"/>	INTERDEPENDIENTE (I ITD)	<input checked="" type="checkbox"/>	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

X

GUIA DE ANALISIS DE LA NECESIDAD.

DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD.

INICIALES DEL CLIENTE Z.R.Z

FECHA 11-09-04.

NECESIDAD AFECTADA. Moverse y mantener la postura.

BIOLOGICAS	PSICOLOGIAS	SOCIAL	CULTURAL
<ul style="list-style-type: none">• Edad 28 Años.• T/A 110/60• Dolor.• Fatiga.• Deterioro de la habilidad para deslizarse o cambiar de posición en la cama.	<ul style="list-style-type: none">• El cliente refiere dolor con el movimiento.• Deprimida por la extirpación de un órgano.	<ul style="list-style-type: none">• No acostumbra permanecer mucho tiempo sin movilización.	<ul style="list-style-type: none">• El cliente refiere haber sido una persona sedentaria

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Limitación del movimiento independiente para cambiar de posición, relacionado con herida quirúrgica, manifestado por dolor a la movilización.

	F. FUERZA
X	F. VOLUNTAD
X	F. DE CONOCIMIENTO

	TOTALMENTE		
INTERDEPENDIENTE	INTERDEPENDIENTE	(I ID)	X
INTERDEPENDIENTE	INTERDEPENDIENTE	(I D)	
INTERDEPENDIENTE	INTERDEPENDIENTE	(I ITD)	X
			ROL DE AYUDA
			ROL DE SUPLENCIA
			ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

X

NECESIDAD. GUIA DE ANALISIS DE LA

DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD.

INICIALES DEL CLIENTE Z. R. Z.

FECHA 11 – 09 – 2004.

NECESIDAD AFECTADA. COMUNICACION

BIOLOGICAS	PSICOLOGIAS	SOCIAL	CULTURAL
-------------------	--------------------	---------------	-----------------

<ul style="list-style-type: none">• Edad 28 años. <p>Ausencia por extirpación quirúrgica del útero</p>	<ul style="list-style-type: none">• Siente temor a tener una complicación por la cirugía.• Baja autoestima por llegar a sentirse rechazada e inútil como mujer por su pareja.	<ul style="list-style-type: none">• aislamiento social.• No cuenta con actividad recreativa.• Ser rechazada por su pareja y por la sociedad.	<ul style="list-style-type: none">• La cliente expresa que siente tristeza y vacío al no tener su útero y de no sentirse mujer plena.
--	--	--	---

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Alto riesgo de la función sexual relacionado con el auto concepto de histerectomía manifestado por duelo con la imagen corporal.

	F. FUERZA
	F. VOLUNTAD
X	F. DE CONOCIMIENTO

	TOTALMENTE		
<input type="checkbox"/>	INTERDEPENDIENTE (I ID)	<input checked="" type="checkbox"/>	ROL DE AYUDEA
<input checked="" type="checkbox"/>	PARDEPENDIENTE (I D)	<input type="checkbox"/>	ROL DE SUPLENCIA
<input type="checkbox"/>	DEPENDIENTE (I ITD)	<input checked="" type="checkbox"/>	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

X

GUIA DE ANALISIS DE LA

NECESIDAD.

DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD.

INICIALES DEL CLIENTE Z. R. Z

FECHA 11 – 09 – 2004.

NECESIDAD AFECTADA. Higiene y protección de la piel.

BIOLÓGICAS	PSICOLOGIAS	SOCIAL	CULTURAL
<ul style="list-style-type: none">• Edad 28 años.• Peso 78 Kg.• Talla 1.60• Histerectomía abdominal total.• Dolor a la movilización	<ul style="list-style-type: none">• temor a un riesgo de infección de herida quirúrgica.• Deprimida por la extirpación de un órgano.	<ul style="list-style-type: none">• Siente que no realizará las actividades sociales con sus amistades como solía hacerla	<ul style="list-style-type: none">• Falta de información para el cuidado de la salud.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Riesgo de infección relacionado con la pérdida de la continuidad de la piel en herida quirúrgica manifestado por peligros ambientales, ambiente hospitalario, falta de información para el cuidado de la salud y limitaciones para el movimiento.

	F. FUERZA
	F. VOLUNTAD
X	F. DE CONOCIMIENTO

	TOTALMENTE		
INTERDEPENDIENTE	INTERDEPENDIENTE	(I ID)	X
INTERDEPENDIENTE	INTERDEPENDIENTE	(I D)	
INTERDEPENDIENTE	INTERDEPENDIENTE	(I ITD)	X

X

X	ROL DE AYUDA
	ROL DE SUPLENCIA
X	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

3.4. Planeación.

Para la etapa de planeación de acuerdo al tipo de dependencia se eligió el rol de enfermería entendiendo como las acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según el grado de dependencia, en el cual según Hendersón pueden ser: como suplente, como ayuda y como compañera del paciente.

a). La enfermera como suplencia del paciente.

Este se dará siempre que el cliente tenga un proceso grave que por falta de conocimiento, fuerza o voluntad, no puede sentirse completo e independiente, es una situación temporal donde la enfermera lo suple totalmente.

b). La enfermera con ayuda del paciente.

Queda claro que un grado menor de implicación y la enfermera presta servicios concretos pero deja que desarrolle una parte de su independencia.

C. La enfermera como compañera del paciente.

La enfermera en este caso supervisa y educa al paciente pero es el mismo el que realiza sus cuidados.

Ayudando al cliente a través de intervenciones:

- Independiente. Las que uno realiza como enfermera.
- Dependiente- las que derivan del tratamiento médico.
- Interdependiente. Las que derivan del tratamiento multidisciplinario.

En el formato del plan de atención se incluye el objetivo, metas, criterios de evaluación o resultados y la fundamentación de las intervenciones de enfermería.

A continuación se presentan los planes de atención.

PLANES DE ATENCION.

NECESIDAD AFECTAD.
Fecha: 11 de sep 2004.

ELIMINACION

OBJETIVO DE ENFERMERIA. LOGRAR QUE LA PACIENTE EVACUE HECES BLANDAS, SIN DOLOR.

META	CRITERIOS DE EVALUACION	INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION.	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"> • Corto plazo. • 1-3 días 	<p>- Modificar la ingesta alimenticia para cambiar la proporción entre los elementos pobres-ricos en fibra. Y aumento de líquidos. Que la paciente realice ejercicios.</p>	<p>-Fomentar la enseñanza de alimentos ricos en fibra, fomentar la importancia que tiene el consumir abundantes líquidos. Fomentar la deambulación temprana.</p>	<p>-La ingesta de líquidos y la dieta blanda promueve la consistencia blanda de las heces. -El ejercicio ayuda a estimular la motilidad normal de los intestinos.</p>	<p>-El cliente mejoro su eliminación fecal. -La paciente refiere que con el ejercicio logro mejorar su evacuación.</p>

PLANES DE ATENCION

NECESIDAD

AFECTAD.

MOVILIDAD.

Fecha:

11 de sep. 2004

OBJETIVO DE ENFERMERIA Que la cliente realice movimiento deliberados después de la operación.

META	CRITERIOS DE EVALUACION	INTERVENCION DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>I</p> <p>Corto plazo de 24-48 horas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que el cliente participe en los cambios posturales, y de ambulación • Disminuir el dolor para una rápida de ambulación 	<p>Realizar frecuentes cambios posturales.</p> <p>Evitar la posición fowler.</p> <p>Ejercer presión por debajo de la rodilla.</p> <p>Administración y ministración de analgésicos.</p> <p>Ketorolaco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El movimiento reduce la éxtasis y el estancamiento bascular en las piernas • La posición de fowler provoca una menor circulación en la pelvis. • La presión debajo de la rodilla puede interferir con la circulación periférica. 	<ul style="list-style-type: none"> • La cliente refirió disminución de dolor, con el analgésico • Se logro deambular con un poco de dificultad.

PLANES DE ATENCION

NECESIDAD AFECTADA COMUNICACION
Fecha 11 de sep 2004.

OBJETIVO DE ENFERMERIA . Que la cliente aumente su autoestima a través de la ayuda profesional.

META	CRITERIOS DE EVALUACION	INTERVENCION DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACION
A largo plazo.	Que la cliente acuda a ayuda profesional. Contacto con otras personas sometidas a histerectomías	Se solicitó a psicología 12 de sep 04 a las 16 horas. Se solicito sita al grupo de mujeres de histerectomía del Hospital General	Estado en el que el individuo experimenta o esta en riesgo de experimentar una autoevaluación negativa sobre su yo o sus capacidades.	La cliente muestra mejoría en la comunicación psicológica sus operaciones asistidas histerectomías

PLANES DE CUIDADO.

NECESIDAD AFECTADA Higiene y protección de la piel.

Fecha 11 de sep. 2004

OBJETIVO DE ENFERMERIA Que la cliente identifique el cuidado y los riesgos de infección de la herida quirúrgica

META	CRITERIOS DE EVALUACION	INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION.	EVALUACION
Inmediata.	<p>El cliente disminuirá factores de riesgo para la infección de la herida quirúrgica.</p> <p>El cliente identificara los cuidados que debe tener para la herida quirúrgica.</p> <p>Señalará los signos y síntomas de infección.</p> <p>Realizará cuidados para la</p>	<p>Observar la herida quirúrgica y corroborar la presencia de signos de infección rubor, calor y salida de secreción.</p> <p>Cuantificar temperatura corporal cada 4 hrs.</p> <p>Auxiliar a la cliente durante el baño de regadera.</p> <p>Realizar curación de herida</p>	<p>La observación permite distinguir características de una herida quirúrgica limpia y la de una contaminada.</p> <p>La medición de la temperatura corporal permite identificar en forma oportuna la presencia de infección.</p> <p>El baño de regadera permite el arrastre mecánico de microorganismos patógenos, además de proporcionar bienestar.</p>	<p>La cliente refiere no haber presentado signos y síntomas de infección</p>

	<p>prevención de infección de herida quirúrgica.</p>	<p>quirúrgica.</p> <p>Informar a la cliente sobre los cuidados que debe tener con la herida quirúrgica.</p> <p>Orientar a la cliente como detectar signos de infección.</p> <p>Comunicar al medico cualquier signo o síntoma que nos haga sospechar de una infección.</p>	<p>El arrastre mecánico del agua y el efecto bactericida del jabón en el aseo de la herida quirúrgica permite eliminar la mayor cantidad de gérmenes productores de infección.</p> <p>La educación es la base para que se sigan determinado patrones de conducta que resulten benéficos para la salud.</p> <p>El informe oportuno al medico sobre la presencia de signos de infección permitirá intervenciones que eviten mayores complicaciones.</p>	
--	--	---	---	--

3.5 Ejecución y evaluación.

La ejecución involucra la acción o puesta en marcha de las intervenciones planeadas, exigiendo no solo el conocimiento de la enfermera, si no también su experiencia y habilidades desarrolladas.

Para la evaluación se tuvo que recurrir nuevamente a la valoración para obtener datos que permitieran comparar los resultados obtenidos con los criterios de evaluación y saber si se cumplió o no el objetivo y retroalimentar el plan de atención de enfermería.

Este método me permitió prestar cuidados de una forma racional, lógicas y asistemático. En donde detecte necesidades del cliente. Mediante la valoración y el análisis de la información, con la obtención de datos subjetivos y objetivos que a través del proceso de atención de enfermería y bajo la guía conceptual de Virginia Hendersón, se lograron identificar los factores y fuentes de dificultad que no permiten que el cliente satisfaga sus necesidades. Identificando las necesidades afectadas para la formulación de los diagnostico de enfermería y se planearon las intervenciones independiente, interdependiente y dependientes, considerando las formas de ayuda de Hendersón. Evaluando los resultados de las intervenciones realizadas, siendo estas satisfactorias, porque se lograron los objetivos establecidos durante su estancia hospitalaria.

IV. CONCLUSIONES.

A través del proceso de atención de enfermería y el modelo conceptual.

Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer, estas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo, cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello. Según este principio las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo.

Con bases , fundamentos se logró beneficiar al cliente y el proceso de atención de enfermería, me permitió prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, en donde detecte necesidades del cliente, mediante la valoración y el análisis de la información, con la obtención de datos subjetivos y objetivos que a través del proceso de atención de enfermería y bajo la guía conceptual de Virginia Henderson se lograron identificar los factores y fuentes de dificultad, que permiten que el cliente satisfaga sus necesidades. Identificando las necesidades afectadas para la formulación de los diagnósticos de enfermería y se planearon intervenciones independientes, interdependiente y dependiente considerando las 14 necesidades de Virginia Henderson, evaluando los resultados de las intervenciones realizadas siendo estas satisfactorias.

Este proceso también implicó el desarrollo de nuevas habilidades como la búsqueda de información por Internet, usos de referencias bibliográficas, el trabajo en redes de apoyo, esta experiencia me da herramientas para continuar con mi formación profesional.

CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE POR ESCRITO Y FIRMADO:

Yo Z. R. Z. en uso de mis facultades mentales, y estando agradecido con todas las personas, por la atención brindada durante mis pocos horas de internado en el Hospital General Dr. Martiniano Carvajal, por presentar una histerectomía Abdominal Total.

Autorizo a la C. Enfermera MAYTHE DEL RIO ZAMORA. A la utilización de la información y de los datos que brinde durante mi estancia en dicho hospital y datos recabados en mi domicilio, para fines de su trabajo de titulación de Licenciada en Enfermería, el cual por información de la misma deberá de presentar en la ciudad de México.

GRACIAS POR TODO.

FIRMA _____

BIBLIOGRAFIA.

Ann Marriner, R. N. **Proceso de Atención de Enfermería**, un enfoque científico. Edición 2ª, Editorial. Manual moderno S.A. de CV. Eneo. UNAM. P. 325

Benavent Garcés M, Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey C. Fundamentos de enfermería. Los modelos de cuidados. Madrid. 2001: P. 423..

Bertha Rodríguez S. **Proceso Enfermero**. 2ª edición ediciones. Cuellas. P. 277

Benavent Garcés M, Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey C. Fundamentos de enfermería. Los modelos de cuidados. Madrid. 2001: 350

Lic. Ana Laura Pacheco, A. Lic. Ma. Aurora García p. Lic. Sofía Rodríguez Jiménez. En: antología **fundamentación Teórica para el Cuidado**, Impresión Enero 2004. ENEO. UNAM. 2004 P. 423.

Enfermería." *Enciclopedia Microsoft Encarta 2001*. © 1993-2000 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos

Janneteh W. Griffith-Paula J. christense **PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA**. EL Manual Moderno Edición 1º 1986 P. 405

Maria Matilde Martinez Benitez. **Sociología de una Profesión, el Caso de Enfermería**. 1ª edición Nuevo Mar S.A. de C.V. 1985 México. P299

Maria de Jesús González **PROCESO DE ENFERMERIA** Ed. 1°.Española de C Montuenga. 1982. P. 284

M^a Isabel Diez Domingo. J. Luis Fernández Jiménez. **Manual de Enfermería.** Desarrollo del Proceso de Enfermería. Barcelona España 1° Edición 2003. P. 822

Rocío del Carmen Guillen Velasco. Adelina Montoya Martines. Sofía. Elena. Pérez Z. **Crecimiento y Desarrollo.** Edic. 4t° Volumen 2 Junio del 2004 ENEO. UNAM P. 766.

SILES, M, José Luis, **Historia de Enfermería.** En : antología de Fundamentación teórica De Enfermería. ENEO, UNAM. 2004 P. 15-29.

<http://www.google.com.mx/search?hl=es&q=cuidado+virginia+henderson.&meta=activa>

<http://personales.ya.com/erfac/enferm.htm> activa

<http://www.google.com.mx/search?hl=es&q=proceso+atencion+de+enfermeria&meta=activa>