



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**



PROYECTO PARA TITULACIÓN.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

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

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

CONSUELO SEGOVIA BARRAZA

No. DE CUENTA 400107235

ASESOR.

LEO. RIVERA MONTIEL ANGELINA.

SEPTIEMBRE, 2004.



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.

INDICE

OBJETIVO

General.....	1
Específico.....	1

MARCO TEÓRICO

Cuidado.....	2
Enfermería.....	6
Proceso Atención de Enfermería (PAE).....	9
Modelo Conceptual de Virginia Henderson.....	18
PAE y Modelo Conceptual de Virginia Henderson.....	27

METODOLOGÍA

Valoración.....	38
Diagnóstico.....	39
Evaluación.....	41
Planeación.....	42
Otras Necesidades.....	47

BIBLIOGRAFÍA.....	55
--------------------------	-----------

INTRODUCCIÓN

En la actualidad Enfermería es una Profesión Social con un alto sentido humanista, que se concibe como Ciencia y Arte del Cuidado a la Persona en su Proceso de Salud-Enfermedad en la interacción con su medio Ambiente; cuya finalidad es la de preservar la vida. Donde para tales efectos posee un acumulo de conocimientos que la fundamenta (Teorías), y un Método Científico para el Cuidado como lo es el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), al aplicarlo se integran las etapas del método científico por lo que la atención de enfermería se torna mas científica a emplear los diversos procesos de razonamiento.

Aplicar el proceso es un reto para toda enfermera que busca identidad profesional y brindar una atención de calidad al individuo, familia y comunidad. Es una herramienta que ayuda a generar conocimientos, permite reflexionar y mejorar la calidad para el cliente y garantizar la calidad del cuidado.

Viendo la importancia del sustento de la práctica profesional se ha decidido la realización de un PAE que sirva de base a futuras enfermeras como material de consulta en el mejoramiento de la práctica y en beneficio a la satisfacción de necesidades del cliente.

Este Proceso de Atención de Enfermería será aplicado a un adulto.

Estará conformado por tres capítulos, el primero hará referencia a los objetivos, el siguiente al marco teórico que lo sustentará y por último se describirá la bibliografía.

El primero es el marco teórico el cual es necesario ya que proporciona el sustento teórico necesario para el estudio de caso. Los temas centrales que lo integran son: el cuidado de enfermería, el PAE y el modelo conceptual de Virginia Henderson, así como las características físicas y biológicas, y las adaptaciones de las etapas del puerperio.

El segundo capítulo se refiere a la metodología en la cual se explican los pasos a seguir para la realización de estudio de caso y que son los propios del PAE.

Por último se presentan las conclusiones derivadas del estudio de caso de las cuales involucran al cliente y al propio pasante.

JUSTIFICACIÓN

Dentro de la práctica de Enfermería en México se ha dicho que ésta ha sido mecanizada e irreflexiva, la cual es debida a nuestro proceso histórico...Proceso histórico que es necesario conocer, comprender y analizar en aras de mejorar la práctica profesional, de ahí que sea ineludible saber primero que enfermería es una Ciencia y Arte del Cuidado; como Arte se sustenta bajo conocimientos en Estética, Ética y Filosofía ubicándola en una disciplina socio humanista; donde en su calidad de Ciencia tiene en abundancia conocimientos que la fundamentan y un Método para el Cuidado (PAE), y por consiguiente no es irreflexiva; ya que para la realización de este se requiere de la elaboración de juicios que provienen del razonamiento; siendo este proceso dinámico en el sentido de que está sometido a cambios que respeta la naturaleza propia del hombre (Cliente), de tal manera que no puede ser una práctica mecanizada.

Por tanto el Proceso de Atención de Enfermería es un método sistemático y organizado de administrar los cuidados de enfermería individualizados, de aquellos sujetos que por algún motivo tienen afectadas sus necesidades y no son capaces de satisfacerlas, requiriendo de cuidados profesionales.

En consecuencia se presenta el presente estudio de caso en el cual se pretende ayudar al cliente a través de la toma de decisiones reflexivas y con base en un sustento científico.

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 TEÓRICO

Para llevar a cabo el estudio de caso es necesario contar con un marco teórico derivado de los aspectos conceptuales de la disciplina, por lo tanto a continuación se presentan contenidos que son necesarios para el presente trabajo.

A continuación se presenta el listado de los aspectos conceptuales que se consideran necesarios para sustentar el estudio de caso:

2.1. CUIDADO

Para la enfermera, el intervenir en el cuidado y conservación de la salud y la vida de los seres humanos implica una gran responsabilidad razón por la cual debe mantener actualizados sus conocimientos. El diario quehacer de la enfermera se basa en reglamentos que tiene obligación de conocer y respetar.

En la actualidad, es una necesidad para la enfermera el tener conciencia equilibrada de su alto valor profesional y del cumplimiento y respeto de los principios éticos. La enfermería fomenta un ambiente en el que los valores, las costumbres y las creencias espirituales del individuo se deben de respetar. Es inherente a la enfermería el respeto a la vida, los derechos humanos y la dignidad de las personas.

La orientación peculiar que revierte a la profesión de enfermería, viene a centrarnos en su carácter humanístico por las funciones que desempeña en el cuidado y conservación de la salud del ser humano.

La enfermería ha progresado hacia un desarrollo integrador del cuidado, gracias a su esfuerzo y empeño que ha dedicado como profesional de la salud al prepararse continuamente para mantenerse actualizada en cuanto a los avances de la tecnología médica y al mismo tiempo en su cumplimiento con las demás personas, gracias a su esfuerzo ha evolucionado satisfactoriamente y ha progresado como profesional de la salud sobre los avances de la tecnología y el cuidado.

DURAN de Villalobos Ma. M. (1998) "De un viejo a un nuevo paradigma de enfermería". Mecanograma, Facultad de enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Antología de Fundamentación Teórica para el Cuidado. México, D.F. 2004, P.-115

2.1.1. Concepto

Es el estudio de la ciencia de enfermería como el núcleo de acción e intervención específica que le da fundamento y especificidad a la disciplina. El cuidado a la persona es la interacción continua a su entorno, en la experiencia de salud, esta se ubica en situaciones vitales del hombre y de la mujer en eventos como el nacimiento el crecimiento y desarrollo de la persona y a los eventos problemáticos de la enfermedad o de la muerte. El cuidado es visto como un proceso de interacción con grupos de personas, como las familias, amigos y otros Profesionales de la salud que atienden a la personas.

Rodríguez Jiménez Sofía "Hacia la construcción de un modelo para el Cuidado". Antología Fundamentación teórica para el Cuidado. México, D.F. 2004 P.-392

2.1.2 Antecedentes históricos

Enfermería contribuye en gran medida la clarificación del significado histórico del mismo, y conforme la sociedad fue evolucionando el termino anglosajón nurse con el que se designa a la enfermería se deriva de palabras latinas tales como nutriré, y nutrix (mujer que cría) estas palabras fueron ampliando su significado para adaptarlo a nuevas realidades surgiendo tales como la aparición de mujeres que lactaban y criaban niños de otras nodrizas.

Cabe afirmar que desde los orígenes del hombre, las actividades de enfermería tienen su reflejo en los cuidados más elementales, que son los relacionados con la supervivencia: los cuidados durante el parto, la crianza, la lactancia y el destete. La perturbación de las sociedades tribales dependía del nivel de éxito en tales cuidados, dada la extremada mortalidad que acechaba ese delicado periodo del

que dependían la reproducción, mantenimiento y mejora de precario sistema social de la época. De esta situación se deducen dos factores trascendentales en la historia de enfermería, el gran protagonismo de la mujer y la importancia de los cuidados directamente implicados en la satisfacción de necesidades de supervivencia en general, y de la alimentación en particular.

Todo lo que de bueno y malo haya tenido y tenga la enfermería proviene de ese núcleo original cuyo carácter vertebrador no debe pasar desapercibido para los historiadores de la enfermería contemporánea.

Siles José. "Fundamentos Históricos de la Enfermería". Antología Fundamentación Teórica para el Cuidado. México, D.F. 2004 P.-15

2.1.3. Tipos de Cuidados.

Cuidar es un acto individual que uno se da 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, se requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales.

Curva de los cuidados se proporciona en las siguientes edades: Nacimiento, primera infancia, infancia, adolescencia, edad adulta y en la vejez. Y los tipos de cuidado son los siguientes: Cuidados de costumbre y habituales, los cuidados de conservación y de mantenimiento de la vida y los cuidados de curación.

"El vocabulario inglés mas rico de la lengua francesa respecto a la noción de los cuidados, ha mantenido dos tipos de cuidados de naturaleza diferente: Care: (Los cuidados de costumbres y habituales), los cuidados representan todo este conjunto de actividades que aseguran la continuidad de la vida: como: sus necesidades fisiológicas (Comer, Beber, Moverse, Levantarse, Etc.), Manteniendo la imagen del cuerpo, las relaciones, estimulando los intercambios con todo aquello que es fundamental para la vida, Etc., Todos estos cuidados son determinados por la cultura, universalidad y diversidad, representando todos los

cuidados permanentes que tienen como única función mantener la vida. Existiendo un tiempo para todo.

“...Cure: (Los cuidados de curación o tratamiento de la enfermedad): Relacionados con la necesidad de curar aquello que obstaculiza la vida. Tienen por objeto, limitar la enfermedad, luchar contra ella y atajar sus causas. Garantizar la continuidad de la vida, en donde se encuentran obstáculos o trabas, entre las principales que son: el hambre, es decir la falta de recursos en energía alimentaria para mantener las funciones vitales. Este fue el principal obstáculo de la vida durante miles de años e incluso ahora para una gran parte de la población mundial.

Se debe proporcionar cuidados en la humanidad para protegerla y preservarla ayudando a los individuos a encontrar un significado a la enfermedad, sufrimiento y dolor.

“Cuando prevalece la Cure sobre el Care, descuidando los cuidados habituales y de costumbre, se aniquilan todas las fuerzas vivas de las personas, todo aquello que la hacen ser y querer relacionar, ya que se agotan todas las fuentes de energía”

COLLIERE, Francois M. “Disquisiciones sobre la naturaleza de los cuidados, para comprender la naturaleza de los cuidados de enfermería”, Antología fundamentación teórica para el cuidado. México, D.F. 2004 P.-33-34

2.1.4. Connotaciones del Cuidado.

Objetivos y subjetivos.

En esta acción del cuidado se requiere de la intervención de dos o más personas por lo tanto se puede ver de dos o más dimensiones, por lo tanto se pueden ver en 3 dimensiones:

Cuidado del uno mismo: Es el autocuidado de uno mismo.

Cuidar de otros: Enfermos pacientes (Profesional).

Cuidar con otros: A lo que se refiere que además de cuidar a otros profesionales, se involucra a los amigos, familia y comunidad.

2.2. ENFERMERÍA

Es una disciplina que ha tenido diversas etapas de desarrollo en su proceso histórico, el ejemplo mas objetivo es la transición de centrar su atención en la enfermedad y ayudar a ubicarla, hoy en la actualidad en la persona y el cuidado. Por tal motivo y para mejor comprensión de esta transición se ha restituido este capítulo referente a enfermería. La enfermería tomara en cuenta que la persona humana es la que recibirá su atención y deberá obtener un conocimiento lo mas completo posible de las necesidades físicas, sociales y espirituales del paciente.

2.2.1. Concepto.

La enfermería es la ciencia y el arte de proporcionar cuidados al individuo, familia y la comunidad mediante el diagnostico y el tratamiento de las respuestas humanas, a los problemas de salud, reales y potenciales, así como la ejecución de acciones en colaboración para el diagnostico y tratamiento de las respuestas fisiopatologicas.

Es la ciencia que comprende, los conocimientos, actividades y actitudes necesarias para atender correctamente las necesidades del individuo, grupo y comunidad, referentes a la salud, su conservación y promoción y su restablecimiento.

2.2.2. Antecedentes Históricos.

Por lo general se le atribuye a Flórense Nightingale el merito de haber elevado la enfermería, de un oficio mal definido y socialmente poco apreciado, a la categoría

de ocupación con fundamentos legales. A partir de entonces la segunda mitad del siglo XIX el papel de la enfermera ha evolucionado tanto que hoy en día es única e indispensable en la sociedad, pues contribuye al cuidado integral de la salud.

En los hospitales del siglo XIX, las enfermeras nos presentan un cuadro de una persona capacitada moviéndose rápidamente y eficientemente, de la habitación del enfermo hacia la cocina, en guardia siempre, llevando ropa, vendas, tazas de té y recipientes con agua, humedeciendo y desempolvando ventanas, limpiando las salpicaduras de ácido fénico, llevando ropa a los pacientes, lavando palanganas de los baños, limpiando lámparas, armarios para medicamentos, o los lavabos de los médicos, haciendo atoles, infusiones, huevos batidos, enrollando vendas, alineando férulas y atendiendo otra multitud de cosas esenciales para el cuidado del enfermo. Estas obligaciones de hacer cosas la acercaban y la alejaban del enfermo. Siempre estaba bajo las ordenes del médico, el médico delega en la enfermera la responsabilidad. Él espera de ella que tome la iniciativa para planear y administrar el cuidado a los pacientes que están a su cargo.

La enfermera profesional es sensible a las necesidades sociales y humanas, alienta un sincero deseo y voluntad de ayudar a sus semejantes, tiene el propósito y la capacidad para adquirir los conocimientos y habilidades que se requieren en la práctica de enfermería.

Posee imaginación creadora, y facultad de poder ver las cosas desde el punto de vista objetivo y analítico. Tiene el deseo de crecer intelectualmente, de contribuir al mejoramiento de su profesión y posee la habilidad de adaptar sus métodos a las necesidades del momento, a la luz de nuevas experiencias y nuevos conocimientos. A través de la observación del desarrollo humano y de las relaciones interpersonales, la enfermera profesional debe conocer a los otros para atender sus necesidades. Trabaja en colaboración y armoniosamente con las demás personas y usa con ellas su buen juicio para compartir con ellas sus responsabilidades. En sus hábitos personales y en sus actividades diarias refleja su convicción de que es posible mejorar, restaurar la salud y prevenir las enfermedades. Entiende las convenciones sociales y se conduce de acuerdo con el código moral aceptado por la sociedad, reconoce que tiene obligaciones con su

comunidad, su estado y su país, como miembro de una democracia acepta sus responsabilidades de ciudadana y profesa el principio de la igualdad de los derechos entre todas las personas, sin distinción de raza, situación social o económica.

2.2.3. Meta paradigma de Enfermería.

Desde nuestro orígenes la finalidad de la enfermera siempre ha sido el servir, ayudar, escuchar, cuidar al compañero inseparable, **el medico**, como objetivo en común el **paciente**, el cual al igual que nosotros es otro ser humano pero la gran diferencia es que en ese momento cursa con alguna enfermedad donde existe, dolor, sufrimiento, depresión, en fin infinidad de situaciones por las que cursa un humano cuando se encuentra enfermo y máximo cuando se encuentra hospitalizado, para mi juicio el papel mas importante que jugamos en este trinomio es la calidad y calidez de atención que podemos ofrecer a nuestro cliente ya que podemos ayudar tanto al medico como al paciente por que con esto estamos ayudando en el tratamiento.

La enfermería se caracterizo como normativa, es un estado en el cual se pierde un sistema de interrelación en el entorno-ambiente y consecuentemente se abandona parte de la autoridad y de la expansión de la etapa anterior. Se desarrolla una posición competitiva y persuasiva y se trata de establecer y mantener un dominio propio.

Las estructuras corporativas actuales incluyen un amplio espectro de atención de salud que hace posible que la enfermera ocupe posiciones que permitan expandir los ambientes para dar cuidados y atender las necesidades de salud de manera personalizada/individual. Tal cuidado de la enfermería es cuando se incorpora requiere de la inclusión de elementos de ambos paradigmas.

Es de suma importancia la transformación de la enfermería ya que la identificación de las necesidades en el cliente se han ido desgastando, debido a la

institucionalización del personal, siendo prioritario reforzar el potencial para actuar y tomar decisiones, fortaleciendo el vínculo con otras enfermeras y miembros del equipo multidisciplinario de atención al cliente.

2.3. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE).

El proceso de enfermería es un método para realizar algo, que por lo general abarca cierto número de pasos, y que intenta lograr un resultado particular. El proceso de enfermería es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería, este proceso se utiliza para identificar los problemas del cliente, para planear y efectuar en forma sistemática los cuidados de enfermería, y para evaluar los resultados obtenidos con estos cuidados.

Desde una perspectiva holística, se deben de tener en cuenta, las necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales del ser humano. Cualquier factor que impida o dificulte la satisfacción de cualquiera de tales Necesidades, ya sea interno (individual) o bien externo (ambiental), priva al individuo de su total autonomía y puede requerir de una actuación de enfermería destinada al restablecimiento de la salud.

2.3.1. Concepto.

Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se sentirá en la identificación y tratamiento de las respuestas clínicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales.

El proceso como método es un camino a seguir para la enfermería, que le permite planear acciones, individualizadas dando respuesta a las necesidades y problemas de enfermo y su familia. Al aplicar el proceso se integran las etapas del

método científico por lo que la atención de enfermería se torna más científica al emplear los diversos procesos del razonamiento.

Por considerar al enfermo como un ser humano con numerosas respuestas humanas y fisiopatológicas es olistico, concibe al hombre como un ser total que no puede ser fragmentado.

Aplicar el proceso es un reto para toda enfermera que busca su identidad profesional y brindar una atención de calidad al individuo familia y comunidad. Se delimita el campo específico de la enfermera que es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas y con ello demostrar que la enfermera como profesión realiza numerosas acciones que va más allá del cumplimiento de una prescripción médica. El empleo de una metodología facilita el trabajo y permite el logro de un objetivo.

Compromete al enfermo y familia a tomar parte activa en las decisiones y cuidados para mantener o prosperar la salud del enfermo, familia y comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas.

2.3.2. Antecedentes Históricos

La enfermería como práctica ha existido desde que hubo enfermos que necesitaron de una persona que los atendiera, en su estado de necesidad. Fue hasta mediados del siglo XIX con Florencia Nightingale, a la que con justa razón se le llama “Fundadora de la enfermería moderna”, la cual empezó a reconocer la importancia de la contribución de la enfermera en la prevención de la enfermedad y en la recuperación de la salud. Por el año de 1973, se introdujo en la enseñanza en las materias de enfermería, el proceso atención de enfermería, por que se le considera un buen instrumento para dar un cuidado individual al paciente. Se comparaba el proceso de enfermería, con el proceso resolución de problemas y el método científico; sosteniendo que el proceso de resolución de problemas es lo mismo que el método científico simplificado, y el proceso de enfermería, es proceso de resolución de problemas, con los mismos pasos, pero dando a los problemas, el nombre de necesidades.

Actualmente estos conceptos se siguen manejando en enfermería y son la base para impulsar la profesionalización de la misma. En 1976, la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería A.C. editó un documento sobre el Proceso de Atención de Enfermería en donde se le definió como “Un ordenamiento lógico de actividades” a realizar por la enfermera, para proporcionar atención de calidad al individuo, familia y comunidad.

Así mismo se destacó la necesidad de favorecer el pensamiento reflexivo de la estudiante de enfermería y de impulsar su participación activa en la atención al cliente utilizando el ordenamiento sistemático de los pasos necesarios para implementar y poner en práctica un plan de cuidados; mediante el cual se le da al paciente un trato más individual y se le atienden sus necesidades en las tres esferas, considerando como un ser Bio-psico-social.

Se considera dentro del proceso de atención de enfermería la selección de diagnósticos o etiquetas diagnósticas por la NANDA

2.3.3. Etapas del Proceso de Atención de Enfermería.

El proceso de atención de enfermería consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. A lo largo de todas las etapas del proceso, la enfermera se guía por un modelo de enfermería. En este caso se seguirá el modelo de Virginia Henderson.

a) Valoración

Es la etapa inicial del proceso de enfermería y requiere la máxima exactitud posible tanto en los datos obtenidos del paciente como en los resultados de los análisis y demás estudios que se efectúen para evaluar su estado de salud y sus necesidades. Mediante la recopilación de información, basada, en la observación y la entrevista al paciente así como en toda otra fuente disponible, se pretende elaborar un inventario de todo aquello referente al enfermo que aporte un conocimiento indispensable sobre sus características personales, sus dificultades o padecimientos, sus hábitos de vida y el estado de satisfacción de sus necesidades fundamentales.

En este paso de valoración, se intenta averiguar tanto como sea posible, dentro de las limitaciones que imponga cada situación específica, sobre el propio paciente, su familia y su entorno, a fin de poder identificar sus necesidades, problemas y preocupaciones.

Esta etapa se realiza reuniendo toda la información necesaria para determinar el estado de salud del cliente, mediante una historia de enfermería que abarca las 14 necesidades básicas del cliente, identificando los factores y fuentes de dificultad.

Para obtener esta serie de datos se manejan diversos instrumentos como son:
Guía de valoración de necesidades.

Historia clínica.

Hojas de enfermería y anecdotarios.

b) Diagnóstico.

Es la segunda fase del proceso de enfermería que corresponde al análisis e interpretación de los datos recogidos en la etapa previa. Su finalidad consiste en determinar con la mayor claridad posible y de manera concisa el problema específico que presenta el paciente y las fuentes de dificultad que lo provocan. Se trata de elaborar el diagnóstico de enfermería, punto prioritario para establecer la situación y las necesidades del paciente, así como para plantear los cuidados de enfermería más oportunos.

Sacarse conclusiones válidas acerca de los problemas que presenta el paciente y, consecuentemente, es posible diseñar un plan de atención adaptado a sus necesidades. Por otra parte la precisión del diagnóstico facilita la comprensión del caso al resto del equipo sanitario. Básicamente en esta etapa se intenta examinar y dimensionar con la máxima objetividad posible los datos recopilados, para posteriormente confrontarlos con los parámetros normales de los diversos factores que aseguran las necesidades del ser humano. De este modo, pueden determinarse las alteraciones presentes en el paciente o que el propio enfermo experimenta, los problemas actuales y potenciales, aparentes y no aparentes, que permitan conformar un cuadro global de la situación. Para ello hay que considerar lentamente los hechos, comportamientos, signos y síntomas; identificar las relaciones existentes entre los diversos elementos; determinar el grado de autonomía del paciente; indagar las causas que provocan las dificultades que presenta el enfermo; establecer prioridades y prever posibles consecuencias. Siempre debe tenerse en cuenta que todo cambio desfavorable en la satisfacción de alguna necesidad fundamental (de orden biológico, social cultural o espiritual) que se manifiesta a través de signos observables, directos o indirectos, resulta de utilidad para la formulación del diagnóstico de enfermería.

c) Planeación.

Es una etapa fundamental del proceso de enfermería en la cual se establecen las estrategias para reducir o solucionar los problemas identificados y se determinan los pasos básicos para alcanzar los objetivos propuestos y los medios necesarios para llevar a cabo las actuaciones concretas que posibiliten su consecución.

En esta fase, sobre la base de los datos recabados en la etapa de valoración y en el diagnóstico de enfermería establecido, se planifican las estrategias encaminadas a prevenir o corregir los problemas identificados previamente. Es una etapa orientada a la acción, ya que se trata de establecer un plan de actuación y determinar sus diferentes pasos, los medios requeridos para su consecución, las intervenciones concretas que se deben instaurar y las precauciones que corresponde adoptar en el curso de todo el proceso de enfermería.

Es posible que en una situación aguda o de amenaza para la vida la decisión de las intervenciones requeridas deba ceñirse a los procedimientos indispensables e inmediatos, pero en la mayor parte de los casos es posible llevar a cabo una planificación más detallada; en aquellas ocasiones en las que se impone actuar sin dilatación, la planificación global se posterga al momento en que se cuente con todos los requisitos indispensables.

d) Ejecución.

Esta etapa corresponde a la puesta en práctica del plan de actuaciones elaborado previamente y cuya meta es la de conducir al paciente, al menos idealmente, hacia la óptima satisfacción de sus necesidades. En tales actuaciones, dependiendo de cada situación, pueden intervenir, según sean las necesidades, posibilidades y disponibilidades, el paciente, el equipo de enfermería y la familia del enfermo.

Dentro de lo posible, se intenta que sea el propio paciente, con la debida ayuda y supervisión, quien lleve a cabo el máximo de los cuidados planificados, aunque tal ideal no siempre es accesible.

En esta fase, la relación entre personal de enfermería y el paciente adquieren su máxima significación. En este sentido no solo se debe tender a la resolución de los problemas de salud concretos del paciente, si no que también resulta fundamental conceder la debida atención a su dimensión como persona, incluyendo sus preocupaciones, temores y ansiedades. Siempre debe tenerse en cuenta que tan importantes como la aplicación de las técnicas medico-quirúrgicas son factores tales como la comunicación, la comprensión y el apoyo psicológico y emocional de la persona que sufre.

Durante la fase de ejecución, la comunicación entre el personal de enfermería y el paciente, verbal o no verbal, adquiere una importancia excepcional. Deben explicarse con detalle los cuidados requeridos y la forma de ejecución, las rutinas del centro, las exploraciones y los tratamientos a que debe someterse. En todo momento, debe intentarse una comunicación pedagógica, con intención de enseñanza ya sea de cuidados generales (alimentación, higiene, prevención de enfermedades y recursos para potenciar la salud) o bien de actuaciones específicas relacionadas con el padecimiento concreto del paciente y sus limitaciones. A lo largo de esta fase el plan de actuaciones previo se utiliza sencillamente como guía, puesto que se continúan obteniendo informaciones sobre el estado del paciente y su respuesta a las atenciones y ello puede imponer una modificación o complementación de las estrategias. Para que así pueda suceder, resulta fundamentalmente registrar correctamente todas las prácticas implantadas, los resultados obtenidos y las respuestas del paciente ante su aplicación, dado que solo de esta forma podrá evaluarse de manera idónea la eficacia del plan.

e) Evaluación.

Constituye la última etapa del proceso de enfermería, corresponde a una actividad constante y compleja de cuyo complemento depende la oportuna reorientación del plan terapéutico, con la introducción de las modificaciones necesarias en función de los resultados obtenidos con las intervenciones y las reacciones del paciente a los cuidados recibidos.

La fase de evaluación corresponde a una actividad continua mediante la cual se determina hasta que punto se han alcanzado los objetivos propuestos previamente y los resultados de la aplicación del plan de cuidados, a la par que se incorporan nuevos datos surgidos de la evolución del estado del paciente. Cabe destacar que las consecuencias de la instauración de intervenciones suelen ser positivas, pero también pueden resultar negativas o incluso inesperadas, y ello obliga a una evaluación constante que permita modificar oportunamente la planificación de cuidados en beneficio del enfermo. En esta etapa se deben juzgar diversos elementos, y requiere una recopilación de nuevos datos, su análisis y una profunda reflexión, para poder determinar si se han logrado los objetivos propuestos o si han surgido nuevas necesidades.

En conjunto, la fase de evaluación debe tomar en consideración los resultados obtenidos con las intervenciones del paciente a los cuidados y su grado de satisfacción, así como el análisis crítico de todo el proceso desarrollado. En el momento de la evaluación, puede comprobarse el logro de los objetivos propuestos, pero a la par pueden detectarse nuevas necesidades surgidas en el proceso, que requieran nuevos objetivos y ejecuciones o la modificación del plan preestablecido. Así se completa un proceso cíclico y continuo, poniendo en marcha un mecanismo de retroalimentación

2.4. MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON.

El modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería. La aplicación de procesos de cuidado, a partir de este modelo resulta esencial para la enfermera, que quiere individualizar los cuidados, sea cual sea la situación que viva la persona.

Sin embargo para llegar a planificar los cuidados a partir del concepto de cuidados de enfermería de Virginia Henderson hay que mencionar los conceptos claves de este modelo.

Definición de enfermería según Virginia Henderson.

El rol fundamental de la enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano a conservar o recuperar la salud, para que pueda cumplir con las tareas, que el solo lograra si tuviera la fuerza, la voluntad o poseyera los conocimientos deseados y cumplir con sus funciones, de forma que le ayudemos a reconquistar su independencia lo más rápidamente posible. Para Virginia Henderson el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta 14 necesidades fundamentales y el rol de enfermería consiste en ayudar a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

“Teoría de Virginia Henderson ”GARCIA M. A. HERNÁNDEZ R.

L. M. SANDOVAL A. L. Disco compacto: Fundamentación Teórica para el cuidado. Del seminario de titulación.

2.4.1. Antecedentes.

“Virginia Henderson no pretendió elaborar una teoría de enfermería, ya que en su época tal cuestión, no era motivo de especulación. Lo que ella le llevo a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera; ya desde la época de estudiante, sus experiencias teóricas y practicas le llevaron a preguntarse que es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud.

El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de enfermería de aquella época, le creaba satisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia. Como enfermera graduada siguió interesándose en estos temas.

A partir de la revisión de la bibliografía existentes 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 sin que este elemento primordial – para – ella no se podían establecer los principios y la practica de la profesión.

FERNÁNDEZ F.C.N. Y MARTIN G. “El Modelo de virginia Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería”Barcelona España 1993.Antología de Fundamentación Teórica para el cuidado. Pp264.

2.4.2. Principales conceptos del Modelo.

Los principales conceptos son explicitados de la siguiente manera:

“Necesidad Fundamental: Necesidad vital; es decir es todo aquello esencial para el ser humano para mantener vivo y/o asegurar su bienestar; las cuales se derivan de la siguiente manera:

Independencia: Satisfacción de una de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar

según su fase de crecimiento y desarrollo, y según las normas y criterios de salud establecidos.

Dependencia: No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la posibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad de una falta de suplencia.

Problema de Dependencia: Cambio desfavorable de orden bio-psico-social en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.

Manifestación: signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

Valores: Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson y están precisados en su definición mencionada anteriormente.

Elementos Mayores:

Los elementos del modelo han sido identificados de la siguiente manera:

Objetivo: Conservar o recuperar la independencia del cliente en la satisfacción de sus 14 necesidades fundamentales.

Cliente:

Ser humano que forma un todo completo, presentando 14 necesidades fundamentales de orden Bio-psico-social.

FERNANDEZ, Ferrin, Carmen Novel y Marti Gloria. "El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería", en El Proceso de Atención de Enfermería. Estudio de Casos. Barcelona España 1993. Antología de Fundamentación Teórica para el Cuidado. P.- 264

2.4.3. Principales Supuestos (Reglas, Normas Desde que Perspectivas “Teorías y Modelos”).

2.4.4. Catorce Necesidades Básicas.

a) Necesidad de oxigenación.

La respiración es la función por medio de la cual el organismo absorbe del exterior, (inspiración) el oxígeno necesario para el sostenimiento de la vida y elimina del exterior los gases nocivos para la misma. El intercambio de gases en el acto de la respiración se realiza a dos niveles, Primero, entre el organismo y el medio ambiente, y el Segundo al exterior del organismo, entre las células de los tejidos y sangre (Respiración Tisular) el oxígeno es transportado a las células del organismo por la hemoglobina contenida en los eritrocitos.

b) Necesidad de Nutrición e hidratación.

El término nutrición es una cualidad o estado de los seres vivos; cuando usamos este término para referirnos a una persona humana es fácil determinar si está bien o mal nutrida. Es el estudio de los alimentos en relación al crecimiento y mantenimiento de los organismos vivos.

c) Necesidad de Eliminación.

“Para conservar su funcionamiento normal, el organismo debe 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 evacuar el intestino se le denomina defecación y a los desechos eliminados se les llama heces fecales; y al volumen de orina excretado diariamente se le llama eliminación urinaria (Micción).

d) Necesidad de Moverse y mantener una buena postura.

El ejercicio ayuda a mantener un corazón saludable porque hace que aumente la circulación coronaria y las fibras del miocardio, se contraen para aumentar el gasto cardiaco. Cuando el cuerpo esta sano y bien alineado, los músculos están en un estado de ligera tensión. La buena alineación necesita una fuerza muscular mínima y mantiene un a poyo adecuado para la estructura y órganos internos del cuerpo. Una buena postura mejora la salud y le da una buena presencia a nuestro cuerpo. Los cambios de actividad o posición ayuda a conservar el tono muscular y evitan la fatiga.

e) Necesidad de Descanso y sueño.

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

El descanso físico comprende la ausencia de dolor y un ambiente de armonía que favorezca la relajación. El bienestar emocional comprende un estado libre de tensiones de estrés o de ansiedad.

El sueño es un estado de inconsciencia del que se puede sacar a una persona por medio de estímulos apropiados. El sueño se caracteriza por una mínima actividad física, el sueño ayuda a recuperar la energía perdida durante las actividades cotidianas y el trabajo físico y mental del día.

f) Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas.

La forma de vestir y acicalarse es parte importante de la personalidad de un individuo, es un rasgo particular que le hace ser diferente a los demás.

La forma de vestir es parte de la cultura en que vivimos, y no hemos desarrollado. Los rasgos culturales son mas firmes en las personas que viven en el campo, las cuales no cambian su forma de vestir en ninguna circunstancia; mientras que su arreglo personal es sencillo y vistoso. Las personas de la ciudad, sobre todo las de

nivel económico alto, visten según las normas sociales y cambian según las estaciones del año y la moda. En la mayoría de los hospitales no se permite a los clientes que usen su ropa personal esta se sustituye por la ropa del hospital desde su ingreso hasta la hora de su egreso.

g) Necesidad de Termorregulación.

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

h) 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. Es conveniente que consideremos a nuestro organismo como un delicado mecanismo de precisión, que se debe conservar con el máximo cuidado para que responda plenamente a nuestros requerimientos.

Las funciones de la piel principalmente constituyen una barrera eficaz contra las agresiones del ambiente, protege contra el frío intenso en altas temperaturas, impide la pérdida excesiva de líquidos por evaporación. Una piel intacta no permite la entrada de microorganismos.

i) Necesidad de Evitar los peligros.

Los accidentes resultan un grave problema social, económico y de salud.

j) Necesidad de Comunicarse.

“La comunicación es proceso que a través del cual, se transmiten y reciben ideas , emociones e informaciones entre personas y grupos de personas. Comprende todos los mecanismos por medio de los cuales una persona se relaciona con otras personas.

El poderse comunicar positivamente con las demás personas y recibir información de 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. Para que haya comunicación es necesario que exista un emisor, que envía un mensaje y un receptor, que responde a dicho mensaje; otros elementos importantes son; la forma, el contenido y el ruido”.

La enfermería debe considerar la comunicación como pilar fundamental en la atención al cliente, ya que se lograra con ello fortalecer los vínculos y obtener la información adecuada para lograr la pronta recuperación del individuo.

k) Necesidad de Vivir según sus creencias y valores.

“Por la historia, conocemos que el hombre, por la sola razón natural reconoce la necesidad de creer en un ser superior. Sin embargo, para que las relaciones del hombre con dios sean satisfactorias, necesita el hombre una idea precisa de la divinidad y de cual debe ser su actitud ante el ser superior.

La enfermedad es una circunstancia adversa para toda la familia, pero principalmente para el propio enfermo, que se ve afectado físicamente y con mucha frecuencia social y económicamente. En esta circunstancia la persona siente la necesidad de ayuda de una fuerza superior y se eleva hacia el ser supremo para implorar ayuda encontrando en su fe la fuerza para salir adelante.

Al contacto con el cliente se debe indagar en las creencias y valores de el y su familia, para lograr una jerarquización de sus necesidades y una ayuda eficaz en este aspecto.

l) Necesidad de Trabajar y realizarse.

El estado de salud no es un fin en si mismo, lo que importa es que la salud permita al individuo, el goce pleno de sus facultades para que disfrute el bienestar individual y colabore el progreso común.

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

m) Necesidad de Jugar/Participar en actividades recreativas.

La creación es una necesidad básica para todo ser humano, en cualquier etapa de su vida para que sea verdaderamente beneficiosa es necesario distinguirse entre pasatiempo, recreación y ocio.

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

Recreación: es igual a entretenimiento o placer.

Ocio: descanso, entretenimiento, obras de ingenio formadas en los ratos libres que dejan otras tareas.

La enfermera debe conocer las aptitudes del cliente y sus necesidades, fomentando una terapia ocupacional en dichos individuos que ya hayan superado la fase aguda o el motivo de su atención.

n) Necesidad de Aprendizaje.

“Es un estado saludable es indispensable para alcanzar una vida plena en todos los aspectos que conforman a la persona como son: los físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

El cambio de conocimientos sobre el cuidado de salud, solo conduce al descuido y a la enfermedad. Con demasiada frecuencia podemos ver que el paciente pediátrico y el adulto, ya están en un estado avanzado de enfermedad cuando empiezan a recibir la atención.”

La base de la enseñanza aprendizaje de ser enfocado la atención en la comunidad, con la finalidad de que se conozcan los servicios de salud con que se cuenta y como se obtiene la atención, al igual que dar prioridad al primer nivel de atención, tratando de evitar daños mayores en los individuos.

2.5. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE) Y MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON.

A continuación se hace una vinculación conceptual, Proceso Atención de Enfermería y el modelo conceptual de Virginia Henderson ya que en la teoría o el modelo se convierte en una guía para la práctica.

2.5.1. Concepto según Virginia Henderson.

Desde una filosofía humanística, Virginia Henderson, considera que todas las personas tienen determinadas necesidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, busca 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. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como falta de fuerza, falta de conocimiento, falta de voluntad. El modo de satisfacer las propias necesidades así como la forma en que cada uno manifiesta que esta necesidad está satisfecha es totalmente individual. Por ello los niveles de

independencia es la satisfacción de las necesidades que también son específicas y únicas para cada individuo.

Se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Virginia Henderson.

1.-PERSONA

Necesidades Básicas

2.-SALUD

Independencia

Dependencia

3.-ROL PROFESIONAL

Cuidados básicos de enfermería

Relación con el equipo de salud

4.-ENTORNO

Factores ambientales

Factores socioculturales

2.5.2. Etapas del Proceso de Atención de Enfermería.

El modelo de Virginia Henderson, como marco conceptual es perfectamente aplicable en todas y cada una de las etapas del proceso de atención.

En la valoración y diagnóstico sirve de guía en la recolección de datos, en el análisis y síntesis de los mismos. Determinando el grado de independencia o dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.

Las causa de dificultad en tal satisfacción. La interrelación de unas necesidades con otras, la definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

En las etapas de planeación y ejecución sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de dificultad detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia o ayuda) mas adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo en su propio cuidado.

Finalmente en la etapa de evaluación el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicaran los niveles de independencia mantenidos y alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que nuestra meta será conseguir la independencia máxima en la satisfacción de las necesidades lo más pronto posible.

2.6. Embarazo.

Gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno; que abarca del momento de la concepción hasta el nacimiento, pasando por los periodos embrionario y fetal. Dura unos 266 días (38 semanas) a partir de la fecundación, pero en clínica se toma como fecha de partida el día de comienzo de la fecha de última menstruación y se considera que se prolonga durante 280 días (40 semanas), la fecha estimada de parto se calcula así aunque la mujer tenga ciclos irregulares.

El embarazo empieza aproximadamente en el momento de la ovulación, la cual suele producirse unos 14 días antes del comienzo de la siguiente menstruación. De los millones de espermios eyaculados, miles alcanzan el ovulo en el extremo de la trompa, pero solo uno penetra en él y lo fecunda, fundiéndose los pronucleos masculinos y femeninos. El cigoto, entidad unitaria desde el punto de vista

genético comienza a dividirse al mismo tiempo que emigra asía la cavidad uterina, en cuya pared se implanta. La placenta es el órgano encargado del intercambio

Materno fetal de nutrientes y productos de desecho, pero la sangre de la madre y el feto no suelen mezclarse. El huevo es, en cierto modo, como un injerto o trasplante en el organismo materno. Aunque no se produzca ninguna respuesta inmune por parte de la madre, todos sus tejidos y órganos experimentan cambios, muchos de ellos profundos.

Alimentación de la puérpera posparto eutócico.

La dieta de la puérpera debe ser a base de una dieta normal con abundantes líquidos y rica en residuo, con fibras vegetales.

Para el tratamiento del estreñimiento intestinal, se pueden utilizar laxantes de fibras vegetales, semillas de psillium o petrolato líquido.

CAMBIOS FISICOS EN EL EMBARAZO

Cambios psíquicos:

Los cambios que experimenta su organismo, que son rápidos e inevitables, la hacen interesarse más por si misma, La preocupación por la perfección de su hijo, la expectación ante el esfuerzo del parto y la consideración de responsabilidades, contribuyen a intensificar el tono emocional de la gestante.

Cambios cardiovasculares:

El gasto cardiaco aumenta de un 30 a un 50% en el embarazo; comienza a incrementarse alrededor de la 6ta. Semana del posparto. El volumen de eyección y la frecuencia cardiaca crece; la frecuencia del pulso durante el embarazo es de 80 a 90 latidos por minuto. La tensión arterial puede decrecer ligeramente a partir

de la doceava semana, pero se normaliza a partir de la 26va. La circulación uterina a término es de 11/min., lo cual supone alrededor de un 20% del gasto cardiaco total. También el volumen sanguíneo total aumenta; el vol. Plasmático se incrementa más que el volumen celular, y esto origina disminución del hematocrito por hemodilución. Los leucocitos aumentan; el recuento normal en el embarazo es de unos 9.000/ml.

Cambios pulmonares:

La capacidad vital y la PO₂ permanecen constantes, pero la frecuencia respiratoria, el volumen corriente, el volumen minuto, y el pH plasmático aumenta. La reserva inspiratoria y espiratoria, el volumen residual, la capacidad residual y la PCO₂ plasmática disminuyen.

Cambios renales:

La tasa de filtración glomerular y el flujo renal aumentan de un 30 a un 50% durante el embarazo de manera paralela al gasto cardiaco. A menudo aparece una dilatación acusada de las vías excretoras que se denomina hidronefrosis dravídica; es la consecuencia de la presión que ejerce el útero dilatado sobre los uréteres y el defecto de las progesteronas. La urea serica suele aumentar hasta 10 MG/100ml, y la creatinina disminuye hasta 0.7 MG/100ml. La influencia de la postura sobre la función renal es mejor en decúbito que en bipedestación y en decúbito lateral que en supino.

Cambios gastrointestinales:

La progesterona, cuyos niveles aumentan durante el embarazo, provoca cierta relajación de la musculatura lisa del aparato gastrointestinal. Puede aparecer pirosis a consecuencia del retraso del vaciamiento gástrico y la relajación del esfínter gastro esofágico. La disminución de la motilidad cólica y la presión ejercida por el útero sobre el recto y el sigma favorece la aparición de

estreñimiento. Pueden aparecer oralmente al principio del embarazo, náuseas y vómitos, probablemente efecto de la gonadotropina coriónica. Aumenta ligeramente la incidencia de patología de la vesícula biliar.

Cambios endocrinos:

La unión a proteína de las hormonas aumenta, como la mayoría de ellas circula de esta manera, la función de casi todas las glándulas endocrinas se alteran durante el embarazo. La función tiroidea, sufre cambios acusados, de forma que las pruebas tiroideas dan resultados similares a los que aparecen en el hipertiroidismo. El aumento de los niveles de hormonas adrenales es la causa más probable de la aparición de las estrías, dravídicas similares a las de hiperadrenalismo. Los estrógenos, la progesterona y los glucocorticoides alteran el metabolismo de la glucosa, aumentando las necesidades de insulina. La placenta produce 4 hormonas: gonadotropina coriónica humana, progesterona, estrógenos y lactógeno placentario humano.

La gonadotropina coriónica mantiene el cuerpo lúteo al principio del embarazo. La progesterona favorece la persistencia del endometrio modificado, llamado decidua, y estimula el desarrollo de los acini mamario y uterino. El lactógeno placentario favorece el crecimiento y desarrollo del tejido mamario necesario para la lactancia; también tiene un efecto antiinsulínico que favorece el aprovechamiento de KI. glucosa sobrante de la madre por el feto.

Cambios mamarios:

Las mamas se ponen tensas y sensibles. La sensibilidad mamaria es un síntoma del embarazo que desaparece a medida que las mamas aumentan de tamaño y pierden consistencia. La areola se oscurece y las glándulas sebáceas de Montgomery hacen prominencia de ellas. El desarrollo de los túmulos y acini

mamarios da lugar a la salida, por el pezón de un líquido claro o acuoso de color blanquecino denominado calostro.

Cambios cutáneos:

Aumenta la sudoración. Aparece eritema en las eminencias palmares tenar e hipotecar. Puede incrementar el crecimiento del pelo. Son muy frecuentes las telangiectasias. En algunas mujeres aparecen estrías en el abdomen, las mamas y las nalgas. Las pecas se hacen más grandes debido a la formación de nuevos depósitos de melania; la línea negra de la línea media de la parte inferior del abdomen se oscurece y puede extenderse casi hasta el apéndice xifoides. La piel de la nariz, los pómulos y los arcos superciliares se oscurecen; este fenómeno se llama cloasma o máscara dravídica.

Cambios de peso:

El aumento de peso fisiológico del embarazo oscila entre límites muy amplios. La ganancia media es de 8,5 a 12 Kg., pero a menudo es mayor y no se acompaña de efectos patológicos.

Cambios nutricionales:

Las necesidades de hierro, proteínas y calcio aumentan desproporcionadamente en relación con las necesidades globales de calorías y nutrientes.

Fisiopatología de puerperio fisiológico

Es la etapa del estado grávidopuerperal, que comprende desde que termina el alumbramiento hasta que la involución genital del organismo materno se completa.

El parto se define como el acto fisiológico de la mujer mediante el cuál, el producto de la concepción ya viable, es desalojado del útero a través del canal vaginal y puesto en contacto con el mundo exterior.

La demás información para el Marco Teórico se establecerá con base a las necesidades afectadas en el Cliente.

PUERPERIO FISIOLÓGICO

Es el tiempo que sigue al parto y que dura aproximadamente seis semanas. Durante el mismo regresan los cambios anatómicos y fisiológicos producidos por la gestación y la mujer se ajusta a las responsabilidades nuevas o más amplias de la maternidad y de la vida de no gestante.

Es la etapa del estado grávido puerperal que comprende desde que termina el alumbramiento hasta que la involución del organismo materno se completa.

Este periodo dura de seis a ocho semanas y es el tiempo en que el organismo materno emplea en regresar a las condiciones pregestacionales, es decir, todas aquellas modificaciones que se presentaron en el embarazo y en el parto van a desaparecer. Por tanto la comprensión de este tema será más accesible, si se recuerdan aquellas manifestaciones dravídicas. Las modificaciones del puerperio se dividirá en modificaciones generales y modificaciones locales.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS DURANTE EL PUERPERIO.

Durante las primeras horas y días que siguen al nacimiento, la madre presenta impresionantes cambios fisiológicos que abarcan prácticamente todos los aparatos y sistemas corporales.

Signos Vitales.

La temperatura bucal dentro de las primeras 24 horas del puerperio puede llegar a 38° C como resultado del esfuerzo muscular o la deshidratación; la paciente debe encontrarse afebril pasado dicho lapso.

La elevación de la temperatura más allá de 38° C que se produce durante dos días cualquiera de los primeros diez del posparto puede seguir infección puerperal o de las vías urinarias, endometritis, mastitis u otra infección.

La elevación de la temperatura durante el segundo o el tercer día del puerperio no deben persistir más de 24 horas sin vigilancia.

Cambios Cardiovasculares.

En el puerperio ocurren impresionantes cambios maternos que afectan al sistema cardiovascular.

Puede haber pérdida importante de sangre durante el parto a causa del aumento del 40% de volumen sanguíneo circulante durante el embarazo. No son raras las pérdidas hasta de 500 ml. En caso de parto vaginal y de 700 hasta 1000 ml. En caso de cesáreas.

Deben mantenerse dentro de límites normales la presión arterial, el pulso y la frecuencia respiratoria.

Cambios Urinarios.

El tejido vesical está dematado, congestionado e hipotónico inmediatamente después del parto, lo que puede ocasionar sobre distensión, vaciamiento incompleto y estasis de orina. Muchos de estos efectos disminuyen en las 24 horas.

El exceso de líquido que se acumula en los tejidos durante el embarazo se elimina por diuresis, que se inicia dentro de las 12 horas siguientes al parto e implica hasta 2,25 kilogramos de pérdida ponderal.

Cambios Gastrointestinales.

El restablecimiento del funcionamiento intestinal requiere aproximadamente una semana, debido a disminución de la motilidad del intestino, pérdida de líquido y malestar intestinal.

El funcionamiento intestinal se normaliza hacia el final de la primera semana, conforme se incrementa el apetito y la ingestión de líquidos.

Cambios Músculo esqueléticos.

Los músculos abdominales suelen estar blandos, débiles y laxos debido a la distensión.

Si se administra anestesia regional durante el nacimiento quizás disminuya la sensibilidad de las extremidades inferiores en las primeras 24 horas del puerperio.

Hay predisposición a sufrir tromboflebitis por decremento en la actividad e incremento de las concentraciones de protrombina.

No se recomienda el ejercicio intenso para recuperar el tono muscular hasta la cicatrización completa.

Cambios Mamarios.

La producción de leche (al principio, calostro) se inicia hacia el tercer día del puerperio.

Al principio ocurre ingurgitación, la estructura de la glándula mamaria se vuelve mas firme, sensible y dolorosa al tacto, al tiempo que aumentan de tamaño las mamas.

La secreción de prolactina inicia la “subida” de la leche, que también es estimulada por succión por parte del lactante.

El amamantamiento continúa disminuida la ingurgitación e incrementara la secreción de leche.

Cambios Uterinos.

12 horas después del parto el fondo es palpable a un centímetro por encima del ombligo.

Prosiguen las contracciones uterinas después de la expulsión de la placenta. En primíparas el tono uterino es elevado y el útero se conserva firme. En multíparas son comunes las contracciones uterinas periódicas, llamadas entuertos, que pueden proseguir durante dos o tres días del parto.

Los loquios después del parto son rojos (loquios eméticos) durante dos o tres días; su color va cambiando hasta volverse parduscos (loquios serosos), y después se vuelve amarillo blanquecinos entre el sexto y séptimo día.

El suelo pélvico, los ligamentos uterinos, las paredes vaginales y la pared abdominal recuperan casi la totalidad de su tono durante el puerperio.

III. METODOLOGÍA

En la realización del Estudio de Caso se respetaran dos ejes uno metodológico y otro conceptual. El eje metodológico estará centrado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE); el cual para fines de este trabajo se considerará en cinco etapas; y el eje conceptual que se empleará será el Modelo Conceptual de Virginia Henderson.

3.1 Descripción del caso, seguimiento.

El presente estudio de caso se realizo a una paciente de 29 años de edad que ingreso por el servicio de urgencias al área de toco-cirugía, con el diagnostico de 39 SDG mas trabajo de parto activo ingreso el 12 de octubre por presentar dolor a nivel de epigastrio y actividad uterina, a las 15hrs. A partir de este momento se dio inicio al presente estudio de caso, de la fecha 12 de octubre al 15 del mismo. Dando seguimiento desde el momento de su admisión hasta su egreso.

Se tubo la oportunidad de una visita domiciliaria, en lo que se pudo observar que cuenta con todos los servicios intra y extradomiciliarios y que mantiene una alimentación equilibrada en cantidad y calidez de alimentos, se refiere sin ninguna complicación , refiere tomar muchos líquidos y reporta el aumento de la producción Láctea.

3.1.1 valoración.

Instrumento para el registro de la información se utilizaron. Se utilizaron diferentes instrumentos como: Hoja de enfermería, historia clínica, hoja de valoración de necesidades y anecdotarios.

Es importante mencionar que por motivos legales no se incluyan las hojas de enfermería del expediente clínico.

3.1.2 Diagnóstico.

En la estructura de los diagnósticos de Enfermería se utilizará el formato P.E.S. (Problema, etiología; y signos y síntomas), así como las etiquetas diagnósticas de la Nanda.

Para integrar los diagnósticos de enfermería se tuvo que clasificar y organizar la información para su análisis.

El primer análisis fue a nivel general en el cual se identificó la independencia o grado de dependencia según la necesidad como a continuación se presenta.

Acontinuacion se presentan los instrumentos:

a) Hoja de Valoración de Necesidades.

FORMATO PARA EL ANALISIS DE LAS NECESIDADES.

NECESIDAD	I	TD	PD
NECESIDAD DE OXIGENACION:	X		
NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATAACION:	X		
NECESIDAD DE ELIMINACION:	X		
NECESIDAD DE TERMOREGULACION:	X		
NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA:	X		
NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO:	X		
NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS:	X		
NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL:	X		
NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS:			X
NECESIDAD DE COMUNICARSE:	X		
NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS VALORES Y CREENCIAS:	X		
NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE:	X		
NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS:	X		
NECESIDAD DE APRENDER:			X

I = INDEPENDIENTE.

TD = TOTALMENTE DEPENDIENTE.

PD = PARCIALMENTE DEPENDIENTE.

Evaluación.

En la evaluación se tomará en cuenta los objetivos, criterios de evaluación y metas establecidas en la etapa de planeación para ver si se satisfizo las necesidades del cliente y valorar el avance de ayuda en la independencia del cliente.

NECESIDAD AFECTADA Descanso y Sueño HOJA No. _____.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA Estado en el que el individuo experimenta e informa de la presencia de malestar y sensaciones desagradables.

META	CRITERIOS DE EVALUACION	INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
30'-1 HORA	Ansiedad relacionada con el amamantamiento.	Fomentar el establecimiento del vinculo afectivo entre el vinculo madre e hijo. Fomentar el reposo y el bienestar de la madre. Dar a la madre instrucciones sobre cuidados del RN y de si misma.	Que la paciente alivie sus temores y que cuente con la información suficiente sobre sus cuidados y los del RN.	Después de recibir la información refiere tranquilidad y confianza para si misma y para tratar al RN.
UNA HORA	Disminuir Dolor.	Ministracion de analgésicos pautados de acuerdo a la prescripción medica	Mitigar el dolor para que pueda descansar y reconciliar el sueño.	Posterior a una hora la paciente refiere disminución del dolor.

Para estructurar los diagnósticos se utilizo el formato PAES y explicar que es, así como las etiquetas de la nanda. Las cuales tienen congruencia teórica con HENDERSON al derivar la teoría de necesidades.

3.3. Planeación.

Una vez identificado el grado de dependencia del cliente según Virginia Henderson se seleccionará esa forma de ayuda. Distinguiendo la forma de ayuda independiente e interdependiente; para la construcción del Plan de Atención de Enfermería se considerará un objetivo y criterios de evaluación así como las metas.

En el formato de plan de atención se incluyeron el objetivo, la meta, los criterios de evaluación o de resultado, el tipo de intervención de enfermería y la fundamentación de cada una de ellas. Así como la evaluación.

A continuación se presentan el plan de atención:

PLAN DE ATENCION

INICIALES DEL CLIENTE: B.B.C.

FECHA: 12-OCT-04

NECESIDAD AFECTADA: Comunicación **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:**
Proceso por el cual la enfermera influye conscientemente sobre una cliente que carece de información específica relacionada con el Puerperio Fisiológico manifestado por expresión de miedo y ansiedad.

OBJETIVO: Aliviar la ansiedad lo mas posible.

	TOTALMENTE	X	ROL DE AYUDA.
X	DEPENDIENTE.		ROL DE SUPLENCIA.
	PARCIALMENTE		ROL DE ACOMPAÑAMIENTO.
	DEPENDIENTE.		

INTERV. INDEPENDIENTE (I ID)

INTERV. DEPENDIENTE (I D)

INTERV. INTERDEPENDIENTE (I ITD)

3.5 EJECUCION Y EVALUACION

Para la ejecución la enfermera tubo que incorporar sus conocimientos, experiencia y habilidades.

En la evaluación llevo a cabo la valoración para recoger nuevos datos y compararlos con los criterios de resultados.

3.6 CONCLUSIONES

Este método de registro fue práctico y fácil de usar y pudo llevarse acabo con efectividad dentro del ámbito del paciente.

La obtención de una historia de enfermería y la iniciación y mantenimiento de un buen plan de cuidados requiere de tiempo.

La forma actual de conceptualizar el proceso y vincular el concepto de cuidado y un modelo conceptual ayuda a centrar la practica en el cuidado del cliente y no en la patología y la curación. Sin embargo es importante reconocer que el valorar y dar cuidados a través de necesidades implica rupturas de reconceptualización.

Es importante tener seguimiento con el cliente para valorar el resultado.

GUIA PARA EL ANALISIS DE LAS NECESIDADES

DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD.

INICIALES DEL CLIENTE: .B.B.C.

FECHA: 12-Oct-04

NECESIDAD AFECTADA: Comunicación.

BIOLOGICA	PSICOLOGICA	SOCIAL	CULTURAL
Dolor	Angustia, Alteración, Emocional, Fascines tensa, F.C. 100X1	No recibe tratamiento de analgesia.	Temor al deterioro de su figura
Ansiedad	Angustia, Desesperación, Irritabilidad.	No recibe la Información Adecuada. (Falta de Comunicación Medico-Paciente).	Miedo, Desconfianza e inseguridad en si misma.

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>

F. FUERZA
F. VOLUNTAD
F. DE CONOCIMIENTOS

<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>

TOTALMENTE
DEPENDIENTE
PARCIALMENTE
DEPENDIENTE

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA: Proceso por el cual la enfermería influye conscientemente sobre una cliente que carece de información específica relacionada con el puerperio fisiológico.

METODO CLINICO

Exploración física.-

Investigación de las distintas partes del organismo para determinar su estado de salud con ayuda de las técnicas de inspección, palpación, percusión, auscultación

y olfacción. La exploración física, la historia clínica y las pruebas analíticas iniciales constituyen unos datos básicos sobre los cuales se elabora el diagnóstico y se desarrolla un plan de tratamiento.

Observación.-

Una descripción minuciosa de lo observado es básica para el cuidado del paciente y requiere del uso de todos los sentidos. La enfermera utiliza la vista para percatarse de cambios de coloración, de tumefacciones, del color y cantidad del material drenado, de las características de lo drenado, de las características de la respiración y de la comunicación no verbal. Es de vital importancia para la enfermera escuchar lo que el paciente dice. Los sonidos de sofocación, jadeos y sollozos pueden indicar que el paciente está angustiado. El oído también es de ayuda en la evaluación de la respiración, el corazón y los ruidos intestinales.

La enfermera debe adquirir habilidad para observar los signos y síntomas, aparentes o no, de los problemas, mientras que los aparentes son obvios.

3.2.3. INSTRUMENTOS PARA EL REGISTRO DE INFORMACIÓN

Para registrar los datos obtenidos se utilizarán diversos instrumentos como son:

- Hoja de enfermería.
- Historia clínica.
- Hoja de valoración de necesidades.

Hoja de valoración de necesidades

FORMATO PARA EL ANALISIS DE LAS NECESIDADES.

NECESIDAD	I	TD	PD
NECESIDAD DE OXIGENACION:	X		
NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATAACION:	X		
NECESIDAD DE ELIMINACION:	X		
NECESIDAD DE TERMOREGULACION:	X		
NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA:	X		
NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO:	X		
NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS:	X		
NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL:	X		
NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS:			X
NECESIDAD DE COMUNICARSE:	X		
NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS VALORES Y CREENCIAS:	X		
NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE:	X		
NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS:	X		
NECESIDAD DE APRENDER:			X

I = INDEPENDIENTE.

TD = TOTALMENTE DEPENDIENTE.

PD = PARCIALMENTE DEPENDIENTE.

3.2.4. OTRAS NECESIDADES

Sociológicas

Cuando el individuo aprende a vivir de acuerdo con las expectativas de la sociedad, el individuo siente la necesidad de pertenecer a grupos y poder compartir amistad con familia, amigos etc.

Biológicas

Son necesidades biológicas para el buen funcionamiento del cuerpo humano, como son la alimentación, el descanso y eliminación.

Psicológicas

Relacionados con la capacidad intelectual, la motivación, la percepción, el nivel de ansiedad o depresión, la confianza en si mismo y su independencia.

Culturales

Comprende la producción intelectual, el mito, la leyenda el desarrollo y la actualización del hombre.

FUENTES DE DIFICULTAD

Falta de Fuerza.-

Es la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas., la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cuál vendrá a determinado por el estado emocional de la persona.

Falta de Voluntad.-

La voluntad se ve disminuida por los problemas de salud, frecuentemente este estado, esta relacionado con la capacidad intelectual y se ve limitado por la falta de recursos económicos o por factores socioculturales.

La incapacidad de la persona para comprometerse en una desición adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades.

Falta de conocimiento.-

Hay desconocimiento de los mecanismos de acción del desarrollo de enfermedades, de los recursos de salud, de los cuidados que se deben de tener cuando se presenta la enfermedad para evitar su desarrollo, en general lo que se refiere a prevención, curación y rehabilitación.

3.3. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Para la elaboración del diagnostico de enfermería la información se organizo y clasifico en necesidades y sus dimensiones, biológicas, sociológicas, psicológicas y Culturales.

FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE: B. B. C. EDAD: 29 años. SEXO: femenino

FECHA DE NAC: 15/03/75. TALLA: 1.58mts. PESO: 62 kg. INGRESO: 12/10/04.

HORA: 15:00hrs. PROCEDENCIA: dom. Particular. OCUPACIÓN: El hogar.

ESCOLARIDAD: Primaria.

EXPLORACION FISICA

Peso Actual	Peso Ideal %	Sobre Peso	Estatura	Pulso	T/A	T	R
49.5 Kgs.	55 Kgs.	20 Kgs.	1.55 Mts.	75	16/70	36	18

HISTORIA CLINICA

Interrogatorio Directo

ANTECEDENTES

Hereditarios y Familiares: Padre con HAS e IRCT, Madre aparentemente sana.

Antecedentes Fímicos Pulmonares: Interrogados y Negados.

Antecedentes Diabéticos: Interrogados y Negados.

Antecedentes Epilépticos: Interrogados y Negados.

Antecedentes Tumorales: Interrogados y Negados.

Personales no Patológicos: Habita en Casa propia, aparentemente bien iluminada y ventilada, con todos los servicios intra y extradomiciliarias, zoonosis

positiva. Alimentación equilibrada en cantidad y calidad de alimentos, a base de pollo, pescado, verduras y carne. Baño diario y cambio de ropa e higiene bucal adecuada.

Personales Patológicos: Antecedentes de enfermedades propias de la infancia: refiere haber presentado parotiditis a los 9 años. Quirúrgicos: 2 legrados por aborto incompleto en 1998 y 2000.

Transfusionales: Negativo (-), Traumáticos (-), Alergia a la Penicilina, habito tabaquito y alcohólico negado.

Ginecoobstetrico: Menarca 12a., IVSA, 19a. Parejas sexuales, 1 ritmo 30X8, G-4 P-2, C-O A-2.

Síntomas y Signos Principales: Dolor tipo migrañoso de 8 meses de evolución, además de referir piurito y sensación de descarga refronasal.

Padecimiento Actual:

TDPA, Contracciones Uterinas, Ansiedad por la eminencia del parto y expresión de sentimientos de aprensión, nerviosismo y solicitudes frecuentes de tranquilización. Malestar relacionado con las contracciones y la inquietud al principio del trabajo de parto.

Aparatos y Sistemas:

Aparato Respiratorio.- Sin Datos Patológicos.

Aparato Cardiovascular.- Sin Datos Patológicos.

Aparato Gastrointestinal.- Colitis de Recién DX. Y Gastritis de 10 Años de Evolución.

Aparato Genitourinario.- Sin Datos Patológicos.

Órganos de los Sentidos.- Sin Datos Patológicos.

Resultado de Estudio de Gabinete y Otros.

Terapéutica empleada y resultados obtenidos.

Diagnósticos Previos.- Colitis 2 meses de DX, gastritis 10 años de evolución, migraña de 8 meses de DX.

Aspecto Exterior:

Femenino de 29 años de edad, aparente menor a la cronológica, sin fascies características, sin ruidos ni olores característicos, aparentemente bien conformado e íntegro, con buena hidratación y coloración de mucosas y tegumentos.

Cabeza: Normocefala, con buena implantación de cabello de acuerdo al sexo, caext. Permeables, y Varinas permeables.

Cuello: Cilíndricos con tráquea central desplazable con presencia de pulsos carotídeos, sin presencia de masas.

Tórax: Aparentemente sin alteraciones, con buenos movimientos de ampliación y amplexación.

Miembros Torácicos: Simétricos con pulsos presentes, llenado capilar de 2 segundos con área de movilidad normal y buen tono muscular.

Abdomen: Globosos a expensas de útero gestante, con peristalsis de buena intensidad, sin datos de irrigación peritoneal.

Miembros Pélvicos: Simétricos eutermicos, eutrofos con pulsos presentes, llenado capilar de 2 segundos, conservando arcos de movilidad normales y tono muscular presente, AP.

Músculo Esquelético: Sin alteraciones

Neurológico y Mental: Paciente orientado, consiente cooperadora con episodios de ansiedad.

Piel, Anexos: con buena hidratación y coloración tanto de mucosas como de tegumentos.

Diagnóstico: Embarazo de 39 SDG mas TDPA.

FORMATO PARA EL ANALISIS DE LAS NECESIDADES.

NECESIDAD	I	TD	PD
NECESIDAD DE OXIGENACION:	X		
NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATAACION:	X		
NECESIDAD DE ELIMINACION:	X		
NECESIDAD DE TERMOREGULACION:	X		
NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA:	X		
NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO:	X		
NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS:	X		
NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL:	X		
NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS:			X
NECESIDAD DE COMUNICARSE:	X		
NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS VALORES Y CREENCIAS:	X		
NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE:	X		
NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS:	X		
NECESIDAD DE APRENDER:			X

I = INDEPENDIENTE.

TD = TOTALMENTE DEPENDIENTE.

PD= PARCIALMENTE DEPENDIENTE.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA Efecto de eliminar desechos y sustancias que el organismo ya no necesita.

META	CRITERIOS DE EVALUACION	INTERVENCION DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
12 a 24 HORAS	Estreñimiento en relación con el dolor de la episiotomía secundaria al proceso de parto.	Motivar a la Cliente a deambular tan pronto como sea posible. Proporcionar abundantes líquidos orales y alimentos con muchos residuos.	Aliviar el dolor y permitir en consecuencia la defecación.	La paciente refiere defecar con molestias mínimas.

CONCLUSIONES

El presente estudio de caso, se llevo a cabo con la finalidad de mejorar la atención que se proporciona al cliente.

Se ha logrado su incorporación dentro del registro permanente del paciente y se ha demostrado la aplicabilidad del plan de atención al cuidado de un cliente readmitido.

La obtención de una historia de enfermería y la iniciación y el mantenimiento de un buen plan de cuidados es valiosa y practico para el personal de enfermería.

La forma actual de conceptualizar el proceso y vincular el concepto de cuidado y un modelo conceptual, ayuda a centrar la práctica en el cuidado del cliente y no en la patología y la curación.

Sin embargo es importante reconocer que el valorar y dar cuidados a través de necesidades, implica rupturas de reconceptualización.

Es importante tener seguimiento con el cliente para valorar el resultado y el estado anímico después de haberse sometido a los tratamientos .

BIBLIOGRAFÍA

CAPRA, F. Integridad y salud. En: Antología de teorías y modelos para la atención de enfermería. ENEO-UNAM.2004 pp. 25-31.

COLLIERE, F. M. Disquisiciones sobre la naturaleza de los cuidados, para comprender la naturaleza de los cuidados de enfermería cap.12 En: Antología fundamentación teórica para el cuidado. México, D.F. 2004. pp. 33.

COLLIERE, F. M. Elementos que participan en la construcción del proceso de cuidados. En: Antología de fundamentación teórica de enfermería. ENEO-UNAM.2004. pp. 47-63.

DURAN, V.M.M. Desarrollo y construcción de la teoría. En: Antología de teorías y modelos para la atención de enfermería. ENEO-UNAM 2004 pp. 153-159.

DURAN de V. M. M. De un viejo a un nuevo paradigma de cuidado de enfermería, mecanograma facultad de enfermería, universidad nacional de Colombia En: Antología fundamentación teórica para el cuidado. México, D.F. 2004 p-115.

DURAN de V.M.M. Marco epistemológico de enfermería mecanograma, facultad de enfermería, universidad nacional de Colombia, 2001 p-150.

LEDDY, S. Perspectivas filosóficas en la educación y practica de enfermería. En: Antología de fundamentación teórica de enfermería. ENEO-UNAM 2004 pp. 70-85.

MARRINER, T. A. R. A. M. Modelos y teorías en enfermería En: antología fundamentación teórica para el cuidado. México, D.F. 2004 pp. 206.

SILES J. Fundamentos históricos de la enfermería en: antología fundamentación teórica para el cuidado. México, D.F.2004 p. 15.

RODRIGUEZ J. S. Hacia la construcción de un modelo para el cuidado En: antología fundamentación teórica para el cuidado. México. D.F. 2004 p. 392.

SILES, M.J.L.Historia de la enfermería. En: Antología de Teorías y Modelos para la atención de enfermería. ENEO-UNAM 2004. pp 25-31.