



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

***“PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO
A UN PACIENTE CON ALTERACIÓN DEL APARATO
GASTROINTESTINAL”***

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA
EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

**VARGAS CASTRO CAROLINA
No. DE CUENTA: 402022297**

DIRECTORA DEL TRABAJO

MTRA. MA. DEL PILAR SOSA ROSAS



MÉXICO, D.F

2007

AGRADECIMIENTOS



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

A DIOS

Primero que nada debo de dar Gracias a Dios por la vida, por guiarme por el buen camino , darme la sabiduría y la capacidad de concluir un proyecto más de mi vida te agradezco infinitamente.

A MIS PADRES

Gracias, porque me dieron la vida, porque me dieron un hogar, la oportunidad de estudiar y hoy más que nunca, les doy las gracias por darme una carrera para tener un mejor porvenir, por creer en mi, por brindarme sus consejos, su apoyo incondicional, por enseñarme a ser perseverante aunque haya obstáculos y sobre todo por su amor.

A MIS HERMANAS

*Sandra, Guadalupe y Blanca Estela
¡Gracias! por estar conmigo en todo momento, por su motivación, su tiempo y su paciencia en mis momentos de histeria por ser las amigas incondicionales y sobre todo por su confianza espero no defraudarlas.*

A MIS SOBRINOS Y CUÑADOS

A mis sobrinos Alfredo, Guillermo y Karina por brindarme un poquito de su comprensión a pesar de que no tienen noción de la importancia de este proyecto, por sus sonrisas que inyectan en mí energía para seguir adelante, a mis cuñados Alfredo y Javier que tienen poco de haberse integrado a nuestra familia y tolerarme con este carácter tan especial que tengo

A MI CAPACITADORA ANA MA. Y A MI COORDINADORA GLORIA LILIA

Por brindarme la confianza y motivarme día a día por terminar este proyecto, por el tiempo, por su gran calidad humana, y la comprensión brindada ¡Gracias!

A MIS AMIGOS

Gracias por brindarme su amistad por apoyarme en los buenos y malos momentos y haber pasado momentos inolvidables, en especial a mi gran amiga Martha por que en todo momento me apoyo y aunque ya no esta con nosotros siempre la recordare, a ella y a todos ustedes.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. JUSTIFICACIÓN.....	3
3. OBJETIVOS.....	4
4. HISTORIA DE LA ENFERMERÍA.....	5
5. ANTECEDENTES DE VIRGINIA HENDERSON.....	26
5.1 FUENTES TEÓRICAS.....	28
5.2 MODELO.....	29
6. PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA	35
6.1 FASES DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	
6.1.1 VALORACIÓN.....	40
6.1.2 DIAGNÓSTICO.....	41
6.1.3 PLANIFICACIÓN.....	45
6.1.4 EJECUCIÓN.....	46
6.1.5 EVALUACIÓN.....	47
7. INSTRUMENTO DE VALORACIÓN	50
8. PRESENTACIÓN DEL CASO	60
9. JERARQUIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS.....	61
10. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	75
11. PLAN DE ALTA.....	76
ANEXOS	
12. ANATOMÍA DEL ESÓFAGO.....	77
13. REFLUJO GASTROESÓFAGICO.....	78
13.1.1 CONCEPTO.....	78
13.1.2 INCIDENCIA.....	78
13.1.3 FISIOPATOLOGÍA.....	78
13.1.4 CAUSAS.....	81
13.1.5 SÍNTOMAS.....	82
13.1.6 DIAGNÓSTICO.....	83
13.1.7 TRATAMIENTO.....	83
13.1.8 COMPLICACIONES.....	86
14. CONCLUSIONES.....	88
15. BIBLIOGRAFÍA.....	89

1. INTRODUCCIÓN

La enfermería ha sido hasta hace pocos años una ocupación basada en la experiencia práctica y en los conocimientos adquiridos empíricamente a través de la repetición continuada de las acciones. Esta concepción de enfermería conducía a que los profesionales centraran exclusivamente su atención a la adquisición de los conocimientos necesarios para desarrollar determinadas técnicas, derivadas en su mayoría del quehacer profesional de otras disciplinas

En 1852 Florence Nightingale presentó el primer escrito intentando definir cual era la participación específica de la enfermería en el cuidado de la salud y a partir de aquí nacen modelos, aportando una filosofía de entender la enfermería y el cuidado.

Actualmente se proponen esquemas diferentes de formación y desempeño laboral, con el uso de teorías y modelos los cuales nos sirven como guías generales para la práctica y desarrollo de las actividades dentro de este campo.

Por este motivo los cuidados de enfermería deben ser el eje de nuestra atención , pero ellos deberán de ser prestados a través de una metodología científica y sistematizada, como el Proceso de Atención de Enfermería.

Utilizar cada día más los planes de cuidados individuales ayudan a ver a la persona como un ser holístico y complejo proporcionando cuidados básicos de enfermería ya que no somos iguales y cada uno posee necesidades de

atención diferentes. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

En este momento los servicios de salud requieren de enfermeras(os) con mayores competencias profesionales con un desempeño autónomo e independiente que participe activamente y se mantenga vigente en el mercado laboral

El presente Proceso Atención de Enfermería se ha elaborado y aplicado a una paciente con diagnóstico médico de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico quien se encontraba hospitalizada en el Hospital General de Zona No.32 identificando sus necesidades afectadas realizando diagnósticos de acuerdo a la (NANDA), planeando , ejecutando así como evaluando los cuidados brindados.

2. JUSTIFICACIÓN

El proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un instrumento sistemático que contribuye a brindar un mejor cuidado al individuo que implica una valoración general de los factores físicos, psicológicos y sociales que intervienen en la génesis de la enfermedad.

Para elaborar este Proceso de Atención Enfermería se tomó como referencia el modelo de Virginia Henderson el cual consiste en identificar las 14 necesidades humanas básicas.

La razón por la cual se eligió este modelo es por que sustenta el rol de enfermera a través de una conducta cuidadosa que permite identificar problemas y planear las intervenciones de enfermería de forma individualizada.

A la vez que este modelo se puede utilizar en una persona con Reflujo Gastroesofágico, actualmente es una de las enfermedades digestivas mas frecuentes en nuestro medio no pudiéndose identificar ya que muchos pacientes consideran las molestias del reflujo como una condición de indigestión "normal" por la ingesta de alimentos irritantes por lo que son pocos los que acuden a consulta médica.

3. OBJETIVOS

Objetivo General

- Aplicar el Proceso de Enfermería a una paciente con diagnóstico de Alteración del Aparato Gastrointestinal a través del modelo de Virginia Henderson para identificar sus necesidades y realizar los cuidados de enfermería con un enfoque holístico para mejorar su calidad de vida.

Objetivos Específicos

- Identificar las necesidades y respuestas humanas del paciente durante su hospitalización para elaborar el plan de cuidados de enfermería
- Establecer los diagnósticos de enfermería de acuerdo a las necesidades alteradas para planear los cuidados de enfermería brindados al paciente..
- Planear, ejecutar y evaluar los planes de cuidados que se proporcionarán a la paciente para brindarlos de una forma sistemática de acuerdo al grado de jerarquización y corroborar que fueron los adecuados.

4. HISTORIA DE LA ENFERMERÍA

A lo largo de toda la historia los líderes de la enfermería se han referido a ella como un arte y al mismo tiempo como una ciencia, su historia es un relato de descubrimientos que reflejan los nuevos avances realizados en cada generación. La historia de la enfermería que se ha representado a través del arte muestra sus aspectos más valiosos: cuidado y entrega. El cuidado es la esencia de la enfermería: cuidado por, cuidado de, cuidado hacia, nadie podrá captar jamás totalmente el verdadero arte o el espíritu de la enfermería.

Para hablar de historia de la enfermería, podemos establecer tres niveles diferentes de temporalidad histórica:

1. Historia episódica: el análisis se realiza en base a un gran acontecimiento ocurrido. La historia de la enfermería se narra alrededor de un acontecimiento concreto. Por ejemplo: tras una campaña bélica o tras una epidemia.
2. Historia coyuntural: el análisis se realiza en un tiempo más dilatado, en un ciclo de tiempo. La historia de la enfermería se narra alrededor de ese ciclo de acontecimientos. Por ejemplo: la enfermería en la II República Española.
3. Historia estructural: el análisis se realiza en base a la interpretación temporal de acontecimientos de gran duración. La historia de la enfermería se narra alrededor de las relaciones entre los elementos y los factores que delimitan períodos estables de la historia.

A nivel descriptivo y para hablar de la historia estructural de la enfermería, podemos establecer cuatro grandes fases:

- 1.Fase Tribal Doméstica.
- 2.Fase Religioso Institucional.
- 3.Fase Pre-profesional.
4. Fase Profesional.

No debemos olvidar que esta es una división genérica y que nos ayudará descriptivamente, pero que no está marcada exactamente en el tiempo, ya que en la actualidad conviven la "Fase Religioso - Institucional" (órdenes clericales controlan instituciones donde se prestan cuidados) con la "Fase Profesional" (hay instituciones seculares que prestan cuidados), así como considerar que la profesionalización de la enfermería no se ha producido de forma uniforme en todos los países, existiendo notables diferencias entre países y continentes.⁵

Sin embargo conforme pasa el tiempo la enfermería ha evolucionado de una forma gradual ya que en la **Prehistoria** el hombre primitivo creía que todos los objetos naturales estaban vivos y poseían un espíritu o alma, es entonces cuando empieza a encontrar explicación y tratamiento para muchas enfermedades, donde las primeras ideas relacionadas con el tratamiento de la enfermedad, se adquieren a través de la observación de los animales, aunque aparecerán otros síntomas cuya solución no van a encontrar observándolos.

En esta época, la primera organización social se va a desarrollar alrededor de lo que se conoce como clanes. El CLAN es un grupo de personas (hombres, mujeres y niños) en los que todos pertenecen a la misma familia.

⁵ http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_histor_enfermer1.htm
Jamieson Elizabeth ., Historia de la Enfermería, p.p.,15-20

Cuando varios clanes se unen por interés es cuando se organizan las TRIBUS. Éstos llevarán aún una vida nómada, yendo hacia los lugares donde hay más alimentos, son menos peligrosos y existe mejor clima. A partir de dicha división social, se va a producir también una división del trabajo, a partir del sexo y la edad, los hombres se encargarán de la caza, la pesca y las mujeres de preparar alimentos cuidando a los niños y enfermos. La mujer desde la primera sociedad primitiva, se le va a asignar que una de sus tareas sea la de CUIDAR de los niños y de los ancianos, ya que estos últimos debido a su edad no pueden cazar.⁶

En la **Edad Antigua** que dura del año 3500 a.c hasta el 456 d.c y la idea de que las enfermedades están producidas por espíritus malignos continuarán y serán los líderes religiosos los encargados de la curación de las enfermedades. Los médicos serán los sacerdotes y es en esta época cuando aparecen los primeros médicos seculares, que no tendrán nada que ver con los dioses y los templos. Éstos médicos seculares se van a dedicar a la curación de las enfermedades más visibles, la cirugía y la traumatología.

Durante esta época aparecerán diferentes civilizaciones de las cuales se conoce muy poquito, casi no existen documentos de los mismos. Sólo tenemos varias fuentes de aquellas civilizaciones, que nos indican que la cirugía va a ser mucho más desarrollada, dónde va a ser necesario crear hospitales, y en estos lugares las personas que se dedican a cuidar serán los hombres. En las demás civilizaciones las actividades cuidadoras serán desempeñadas por la mujer, generalmente llevadas a cabo por esclavas, sirvientas. Otra generalidad importante de estas civilizaciones dentro de la salud es en este primer

⁶ <http://mail.google.com>

momento, la atención de la mujer en el parto, tarea que va a ser llevada a cabo por una mujer llamada comadrona y esta labor va a ser específica de la mujer casi hasta la actualidad.

De acuerdo a la cronología histórica durante la **Edad Media**, aparece el Cristianismo y es importante ya que va a cambiar la forma de mirar al enfermo.

Con la aparición del cristianismo se marca un antes y un después en la atención a los pacientes, influye en la forma de cuidar, y se pretende que el enfermo recupere la dignidad. Empiezan a aparecer instituciones para la atención de enfermos, sobre todo para los más desprotegidos.

Para el Cristianismo el enfermo es una persona elegida por Dios para que con su sufrimiento pueda hacer meritos para la otra vida y el resto de la comunidad pueda hacer méritos cuidándolo, ejerciendo así la caridad.

Los cinco primeros siglos del cristianismo contribuyeron a un desarrollo sistemático de la atención, debido al gran auge que esta alcanzó y destacan cuatro grupos:

1. Diaconisas: que se dedicaban al cuidado y atención de enfermos. Se le reconoce como una persona importante, de peso en su comunidad. Preparaban a la gente para ser bautizados, cuidaban a los enfermos, iban a sus casas y los atendían. No hacían ningún tipo de cuidado técnico sino que todo era espiritual (darles de comer, limpiarlos etc).
2. Vírgenes y viudas: están muy relacionadas con las diaconisas. Eran de categoría inferior a las diaconisas, visitaban a enfermos y a gente necesitada de la comunidad. Se dedican al cuidado de forma organizada,

aunque no se sabe qué cuidados aplicaban. Las vírgenes prestaban una atención en el templo y cuidaban enfermos, gozando así mismo de cierto reconocimiento social.

3. Matronas romanas: aunque el cristianismo se extiende entre la sociedad pobre, también alcanza a mujeres nobles, que se convierten y transforman sus casas en hospitales, dedicándose ellas mismas al cuidado, entre ellas destacan Fabiola, Marcela y Paula siendo las tres figuras importantes:

- Marcela: considerada como líder de este movimiento, transforma su casa en hospital y monasterio.
- Fabiola: se convierte al cristianismo e invierte su fortuna en el cuidado de enfermos (aconsejada por una secta). Colabora en la creación de un hospicio para peregrinos y extranjeros, crea un hospital en su propio palacio y cuando aparecen en Roma epidemias ella se dedica a la atención de los afectados.

4. Hermandad de los parvolario: asociación de hombres para cuidar enfermos, especialmente en periodo de epidemias.

La higiene en esta época era escasa ya que temían que por bañarse se abrieran los poros y pudieran entrar miasmas, mantenían la limpieza en seco (no se cambiaban la ropa interior) y existían ciudades sin servicios básicos.

Las órdenes militares de enfermería eran un tipo especial de órdenes que surgieron en el seno de las hermandades militares. Estas órdenes combinaban los atributos de la religión y la caballería, del militarismo y la caridad en su servicio al prójimo. Las historias en este período contienen poca información sobre como cuidaban los caballeros a los enfermos y heridos.

Ya en la **Era moderna** se producen una serie de circunstancias sociales, políticas y económicas que van a repercutir en los modos de vida y en la salud de las personas así como a la medicina y la enfermería.

En lo relativo a la salud, los Reyes católicos imponen una seguridad social y la medicina se constituye como ciencia, se da una formación universitaria. Durante el reinado de Felipe II se obliga a cursar bachillerato de artes. La medicina se estudia en cuatro años y se tiene que realizar un examen ante el Tribunal del Protomedicato, que es el que da el título de medicina. Este Protomedicato tiene sus precedentes en el siglo XIII, la Real Pragmática, es el texto que lo constituye en el año 1477, manteniéndose hasta 1822.

Durante esta época se presentaron dos movimientos importantes:

- Renacimiento: que va a tener poca influencia en la enfermería y la salud
- Reforma protestante: va a tener más influencia en la enfermería y en la salud de la persona

El Renacimiento irrumpe en pleno periodo medieval, se pone de manifiesto una estructura económica capitalista se crean círculos comerciales, la pequeña industria y la banca. Se extiende primero por las grandes ciudades italianas, creándose academias y círculos de reuniones. En lo relativo a la salud, los Reyes católicos imponen una seguridad social.

Con la edad contemporánea que es donde se finalizan las monarquías absolutistas y coincide con dos grandes guerras en España:

1. La Guerra de la Sucesión por la sucesión al trono de Carlos II, en la que hay dos aspirantes al trono: Felipe de Anjou y el archiduque Carlos

2. La Guerra contra los franceses y su invasión napoleónica (Guerra de la Independencia) y coincide con la aparición de un movimiento denominado Ilustración, que es continuación del propio Renacimiento.

Con las revoluciones y el movimiento de ilustración aumenta la influencia sobre la salud de la población y es cuando las personas empiezan a preocuparse más por sus condiciones de vida e higiene personal, se comienza a hablar del derecho a la salud y que la asistencia sanitaria debería de ser pública y gratuita para los trabajadores y sus familiares. Será en el año 1883 cuando por primera vez en Alemania el Canciller Bismark saca una ley de Seguridad Social a raíz de esto el concepto de hospital cambiará y deja de ser un lugar para enfermos pobres y pasa a ser para beneficiarios de la misma. A partir de la aparición de esos hospitales, comenzarán a trabajar en ellos los médicos y hay una revolución en la organización y estructura hospitalaria.

Así mismo se producen avances en la microbiología gracias a Louis Pasteur comenzando a conocer que existen unos microorganismos que producen enfermedades, con lo que cambia la forma de trabajar de los sanitarios. Por otra parte en los países protestantes del norte de Europa, la regeneración y el reinicio de la Enfermería de calidad se va a iniciar en el Instituto de Diaconisas de Kaiserwirth (lugar en donde se formó Florence Nightingale) es en este momento cuando se comienzan a preparar y formar a las enfermeras. La formación enfermera de las diaconisas consistía en la realización de un programa teórico - práctico que les preparaba para el cuidado de los enfermos en los hospitales y en los domicilios y es cuando se comienza la profesionalización de la enfermería que se le atribuye a Florence Nightingale fundadora de la enfermería moderna protestante y laica.

Florence nació el 12 de mayo de 1820 en Florencia Italia, aunque se crió en Derbyshire Inglaterra, procedente de familia victoriana, creció en un ambiente con una educación muy estricta. En 1850 inició estudios de enfermería en el Instituto San Vicente de Paúl en Alejandría, Egipto, posteriormente estudió en el Instituto para Diáconas Protestantes de Kaiserswerth, Alemania, viajó mucho en su infancia, y el padre dirigió la formación de su hija, que fue ayudada por todos los viajes que hacían al extranjero. En estos viajes ella se interesó especialmente por la actividad hospitalaria de las diferentes ciudades por donde viajaba, tomando notas sobre todo lo que veía y la atención al enfermo. Estuvo en el Hospital de París con las Hermanas de la Caridad , quería dedicarse a la enfermería pero su familia se lo prohibió . Con esta formación vuelve a Inglaterra y empieza a trabajar como enfermera de un hospital de institutrices enfermeras. Quiso formar aquí una escuela de enfermería pero no se lo permitieron.⁷

En 1853 dirigió el Hospital para Damas Inválidas de Londres durante la Guerra de Crimea (rusos y turcos), los turcos pidieron ayuda a los ingleses y franceses. En esta guerra quien ejercía los cuidados en el ejército ruso eran las Hermanas de la Merced, mientras que en el francés lo hacían las Hermanas de la Caridad, en el ejército inglés no había ningún cuerpo de enfermeras, era el cirujano de guerra quien atendía a los heridos ayudado por los propios soldados, lo cual hacía que la mortalidad fuera muy alta.

Nightingale supo de las deficientes condiciones sanitarias y la falta de medios en el gran hospital de barracones de Uskúdar en Turquía, por lo que envió una carta al Secretario de la Guerra británico, ofreciendo sus servicios. El ministro propuso que asumiera la dirección de todas las tareas de enfermería

⁷ http://usuarios.lycos.es/aficionada1/historia_de_la_enfermeria.htm

en el frente. Viajó en 1854 hacia Üsküdar con otras 38 enfermeras (monjas católicas y protestantes) llegando a la ciudad donde estaba el hospital inglés organizando así los cuidados de enfermería e intendencia.

Este hospital tenía 7 Km. de camas donde cabrían unos 1700 enfermos, pero cuando ella llegó habrían unos 4000, no había red de alcantarillado, agua, ropa para los enfermos, ventilación, jabón , ni podían lavarse, no había cocinas y había poco material médico, los enfermos estaban llenos de piojos y estos tenían que llegar al hospital por su propio pie.

Todo esto hacía que la mortalidad fuera de 46% aproximadamente, la mayoría se moría por disentería y gangrena, por tanto no se moría por sus propias heridas o enfermedades sino por enfermedades causadas por las malas condiciones del hospital, además quien cuidaba a los enfermos eran los soldados.

Se crearon departamentos de enfermería en Üsküdar y en Balaklava Crimea con todo ello se consigue bajar de un 46% a un 2% esa tasa de mortalidad en tan sólo dos meses , llevando a cabo una serie de medidas.

- Red de alcantarillado y conducción de agua.
- Cocina, tiene que ser capaz de preparar 5 menús diferentes.
- Lavandería, consigue ropa de cama y ropa para los enfermos.
- Utensilios para comer.
- Material médico.
- Distribución de los enfermos, con una disciplina absoluta y los pone a las órdenes del médico.

Florence Nightingale también se va a encargar de otros aspectos de los soldados como:

- Ocupación del tiempo libre de los enfermos convalecientes.
- Organización de sala de juegos, salas de lectura, servicio de correos, banco para que el soldado pueda mandar una parte del sueldo a su familia.
- Organizó a las mujeres de los soldados enfermos para la ayuda en la lavandería.

A pesar de que los resultados fueron inmediatos contó con la oposición de los médicos, además ella no tenía formación lo que obligó al gobierno a darle cierto rango militar. A su regreso, finalizada la contienda en 1860, es recibida como una heroína, se crea la Fundación Nightingale y crea la primera Escuela y Hogar para Enfermeras en el Hospital Santo Thomas de Londres.

Sobre su estancia en Crimea escribió un libro, sobre: "Qué es y qué no es la enfermería" y otro llamado: "Notas de Hospital", donde diseña un modelo de sala de hospital que se llama "Sala Nightingale" con 28-30 pacientes por sala y un control de enfermería, que presenta ventanas muy grandes para que siempre estén bien ventiladas y orientada de manera que reciba el mayor número de horas de sol. Además dice que la ropa de cama tiene que cambiarse cada vez que se ensucie y al menos una vez al día. Este modelo se importará posteriormente a los países americanos.

Nightingale pensaba que la enfermedad la producía el aire, teoría miasmática, defendía que cuando el enfermo ya pudiera andar tenía que bajar a pasear por los jardines que había en torno al hospital, utilizó la estadística sanitaria lo que mejoro las condiciones de vida del ejercito británico a través de

la cual demuestra que en tiempo de paz la mortalidad de los soldados de un cuartel es mayor que el resto de la población civil y trabajó como asesora del Gobierno británico el cual le pide consejo de como se tiene que construir los hospitales y cuarteles militares.

El gobierno inglés crea el "Fondo Nightingale" con el que funda la primera escuela de enfermeras en el Hospital de Santo Tomás en 1860. Tiene un programa propio, nombra directora a una matrona, las niñas eran escogidas de clase alta , debían tener una edad de entre 25 y 35 años recibían formación técnica y práctica y al final hacían un examen. La escuela marca el inicio de la formación profesional en el campo de la enfermería. Desde entonces, la enfermería fue considerada una profesión médica con un elevado grado de formación y responsabilidad.

En lo que respecta a México la enfermería ha estado determinada por el proceso de institucionalización de los servicios de salud iniciada en el siglo XIX y asumido como tarea de Estado. Cabe mencionar que durante la Colonia, el cuidado de los enfermos fue asumido por los religiosos que arribaron a México con fines de evangelización y que ante la presencia de las epidemias respondieron a las necesidades de los enfermos con la fundación de hospitales, en los cuales conjugaron el cuidado del alma con el del cuerpo.

Posteriormente, numerosas órdenes religiosas dedicadas al cuidado de los enfermos se integraron a los hospitales, con el propósito de brindar una labor altruista paralela a los intereses de la Iglesia, como consecuencia de la confrontación entre el Estado y la Iglesia la función de cuidar a los enfermos quedó abandonada con la expulsión de las órdenes religiosas, decretada por Benito Juárez; sin embargo, las Hermanas de la Caridad cubrieron durante treinta años más hasta que Lerdo de Tejada las expulsó en 1874.

Los hospitales pasan a depender de la Beneficencia Pública en 1877, lo cual agudizó las condiciones críticas de los establecimientos destinados para la atención de los enfermos, pues el cuidado de los mismos quedó bajo la responsabilidad de personas sin preparación específica y sin otra motivación que la de un trabajo remunerado.

Los avances científicos en el campo de la salud hacían evidente la necesidad de mejorar los servicios hospitalarios, proceso que se inició como respuesta a las demandas de salud de una población creciente y que implicó, entre sus proyectos, el establecimiento del Hospital General de México.

En el año de 1900 el Dr. Eduardo Liceaga entonces director de los servicios médicos del hospicio de maternidad y consultorio se acercó al entonces presidente Porfirio Díaz para pedir la autorización de establecer una escuela de enfermería en México posteriormente el secretario del Dr. Liceaga el Dr. Rafael Sauza se encargó de reclutar señoritas para la escuela en la primera generación aparecen los nombres de: Josefina Sandoval Islas, Ana Ma. Sandoval Islas, Sara Delgado etc., los estudios tenían una duración de 2 años y para ingresar se exigía haber cursado por lo menos 4° año de primaria.⁸

Una de las deudas que tiene México con el Hospital General es la creación de enfermeras ya que anteriormente estos cargos estaban confiados a religiosas cuyas actividades no podían tener todo su desenvolvimiento ya que la mayoría de las enfermeras eran personas sin preparación más que alguna experiencia mal conducida.

⁸ Donahue M. Patricia, historia de la Enfermería, Edit.Doyma, p.p
<http://tone.udea.edu.co/revista/sep2001/enf.%20mexico.htm>

En 1907 el reglamento y el cuerpo de enfermeras se puso en vigor de acuerdo con las siguientes bases generales:

1. La carrera se haría en 3 años y constará de las siguientes materias:
 - 1° año: Anatomía, fisiología, curaciones
 - 2° año: Higiene y curaciones en general
 - 3° año: Pequeña farmacia, curaciones, cuidados de los niños, parturientas y enajenados
2. Los grados de enfermería serán: aspirantes que pasarán a enfermeras segunda, de enfermera segunda se pasará a enfermera primera pudiéndose obtener el grado de aspirante.
3. Las aspirantes a enfermeras segundas y primeras tendrán la obligación de seguir los cursos para obtener el diplomado final
4. El programa se fijará cada año por el director del Hospital General con aprobación de la Dirección General de la Beneficencia Pública procurando no dificultar las labores del hospital
5. Las clases se darán una vez por semana en los días y horas que fije la Dirección del Hospital General
6. Al terminar el año de estudios se sujetarán las alumnas que lo hayan cursado a un examen que se hará por el profesor del curso presenciándolo otros 2 profesores que tomarán parte en la votación final.
7. A las alumnas que terminen con éxito se les extenderá un diploma por la Dirección General de la Beneficencia Pública que ha terminado su carrera y las calificaciones obtenidas

8. El director del Hospital General será el director de la Escuela y un reglamento interior fijará los detalles de la organización y de la marcha de la Escuela del Hospital General⁹

Las funciones que desempeñaban las enfermeras en los servicios incluían, además de los procedimientos técnicos señalados para la enseñanza, actividades de carácter administrativo como el control de la ropería y de los útiles que la enfermera primera debía recibir y entregar por libreta, al inicio y al término de la guardia. Estas funciones ya estaban establecidas en el Hospital de Maternidad e Infancia, según se aprecia en el reglamento de 1873: pasar visita con los directores, administrar medicamentos, cambiar ropa, cuidar del aseo y orden de las instalaciones, material y equipo, así como llevar su control, ejecutar las órdenes de los directores, asistir a todas las operaciones para ayudar en las mismas y auxiliar en las curaciones. Estas funciones les correspondían tanto a las enfermeras “mayores” como a “menores”, con la diferencia de que la primera distribuía y supervisaba, mientras que las segundas las ejecutaban “subordinadas a las enfermeras mayores”. Las enfermeras vivían en el Hospital y no podían separarse ni un momento sin permiso del Director y dejando en su lugar a una persona idónea que la supliera.

De lo anterior se desprenden las características que marcaron a la carrera de enfermería: ser exclusiva para mujeres (a pesar de que existía la figura del enfermero), ser auxiliar del médico, formación rígida, disciplinaria, eminentemente técnica, centrada en la enfermedad, de bajo nivel educativo y diseñada por los mismos médicos, quienes hasta 1974 orientaron la carrera al saber “básico” de la medicina, dejando a las mismas enfermeras que enseñaran la propedéutica hospitalaria para un eficiente cuidado de los enfermos.

⁹ Donahue Patricia, Historia de la Enfermería, p.p.,365

Con la reapertura de la Universidad Nacional el 22 de septiembre de 1910, las escuelas profesionales se integraron a ella. El 16 de diciembre de 1911, la Escuela de Enfermeras del Hospital General se incorpora a la Universidad a través de la Escuela de Medicina, donde permaneció hasta 1945 año en que por primera vez contó con instalaciones propias.

En 1912 se estableció el plan de estudios vigente hasta 1943. Los programas de este primer plan de estudios universitarios, elaborados por médicos, definieron el papel de la enfermera y los conocimientos que debían adquirir. El Dr. Lamicq, profesor de la escuela desde su inauguración en el Hospital General y autor de uno de los primeros manuales sobre enfermería, señalaba en ese texto: “es absolutamente necesario que se de bien cuenta (la enfermera) de cual es su papel, que no es otro sino de ayuda al médico, aplicando estrictamente y sabiamente, sus prescripciones y poniendo, además, de su parte cuanto pueda para hacer menos penosa la dolencia al enfermo, evitando o impidiendo todo lo que pueda serle perjudicial.”

El 21 de Marzo de 1937 por acuerdo del presidente Lázaro Cárdenas se fundó la ESCUELA PARA ENFERMERAS DEL EJERCITO después de varios intentos en los años 1815 y 1910 gracias a los esfuerzos del coronel M.C. Donato, en su inicio la escuela funcionó exigiendo un año de prevocacional y 3 años de enfermería teórico práctica, para 1939 desaparece el requisito del año prevocacional y se exige secundaria completa.¹⁰

En el año de 1946 siendo presidente Manuel Ávila Camacho expide un decreto modificando el nombre, llamándola escuela Militar de Enfermeras.

¹⁰ Ibid, p.p.366

Durante esta primera etapa de educación formal prácticamente no hubo cambios en el plan de estudios original, con excepción de las modificaciones registradas en 1939, cuando además se exigieron los estudios de secundaria para el ingreso, requisito que ya se había autorizado desde 1933 en el Consejo Universitario.

Para 1940 era frecuente encontrar enfermeras que administraban anestесias, encargadas de anfiteatros, salas de operaciones, ayudantes en rayos X, fisioterapeutas, parteras en maternidad, en infectología, en fisiología, laboratorista, puericultoras, y visitado. En este periodo se observaban cambios en la enseñanza estimulados desde afuera, entre ellos las transformaciones en el sistema de atención a la salud, las reformas en los hospitales y la regulación de la Enfermería y de la Obstetricia por la Ley General de Profesiones de 1945.

Así mismo se establece el Estatuto General de la UNAM y con ello la separación de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Medicina.

En 1947 se establece una reforma al proyecto educativo de enfermería, se hace énfasis en la base científica de la medicina, el contenido humanista, prácticas avanzadas como enfermería quirúrgica y fisioterapia, se establecen los primeros laboratorios y en la carrera de obstetricia se amplían las prácticas de maternidad y se incorpora la asignatura de medicina preventiva al plan de estudios.

Otra reorganización curricular surge entre 1949 y 1950, la cual promueve una ampliación de contenidos para reforzar el conocimiento de las enfermedades infecciosas y patologías emergentes, se fortalece la idea de la enfermería rural y se desarrolla la capacidad de educadora en las alumnas para la salud.

En 1967 se concluye el plan de estudios y se aprueba la carrera de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia que inicia en 1968. Con la creación de la Licenciatura en enfermería se suprime la carrera de partos y los contenidos que se estudiaban en ésta, prácticamente se fusionan los dos planes de estudio, el de enfermería y el de obstetricia.

Las maestras de enfermería participaron en cursos de actualización docente y aquellas con experiencia profesional, estudios de licenciatura y cursos posttécnicos se fueron ubicando en niveles de responsabilidad académico-administrativa lo que, finalmente, repercutió en 1975 cuando, por primera vez, la enfermera Marina Guzmán Vanmeeter de Cisneros fue designada como directora.

De 1987 a 1991 la comunidad académica de la ENEO se da a la tarea de evaluar el plan de estudios, sus contenidos, metodología y condiciones de formación profesional, lo que culminó en la creación de un proyecto curricular específico para el nivel licenciatura. Este plan de estudios fue consecuencia de un gran proceso participativo, un profunda evaluación y un cuidadosos proyecto de planeación curricular; se logró la aprobación de un plan de estudios exclusivo para la licenciatura de enfermería y obstetricia que, por una parte, satisface las expectativas sobre el contenido y metodología del proceso enseñanza-aprendizaje para la enfermera profesional y por otra, cumple con la posibilidad de su actualización permanente.

Este plan de estudios fue consecuencia de un gran proceso participativo, un profunda evaluación y un cuidadosos proyecto de planeación curricular; se logró la aprobación de un plan de estudios exclusivo para la licenciatura de enfermería y obstetricia que, por una parte, satisface las expectativas sobre el

contenido y metodología del proceso enseñanza-aprendizaje para la enfermera profesional y por otra, cumple con la posibilidad de su actualización permanente.

El concepto de especialidades de enfermería era literalmente desconocido antes de la influencia de Florence Nightingale y el surgimiento de la enfermería moderna. Se esperaba que cada enfermera se ocupase del paciente sin tener en cuenta el tipo de enfermedad que justificaba los cuidados. Los enfermos no fueron separados por enfermedades hasta las primeras décadas del siglo XX. Puede que este cambio fuera el factor desencadenante del movimiento de la especialización, ya que los pacientes eran colocados en áreas específicas de acuerdo con los diagnósticos médicos. Sin embargo, hasta la II Guerra Mundial las enfermeras trabajaban como personal de enfermería general en los hospitales, como enfermeras de salud pública o como enfermeras de instituciones privadas.

Con el tiempo, la tendencia hacia las unidades de cuidados especializados fue cobrando importancia, y con ella evolucionaron dos papeles de enfermería:

1. El papel extendido: se refiere a un médico extensor con una orientación de practicante; el médico mantiene la autoridad y el poder de tomar decisiones.
2. El papel ampliado: es un ensanchamiento de la enfermería orientado a los cuidados en el cual la enfermera colabora con el médico cuando está indicado.

Las primeras especialidades de enfermería surgieron a finales del s. XIX y principios del XX: la enfermera partera y la enfermera anestesista. La

formación de las enfermeras parteras fue una respuesta directa a la necesidad de mejorar los cuidados materno infantiles, a la práctica incontrolada de comadronas sin preparación y a la falta de tocólogos en las zonas rurales más pobres. El papel de enfermera anestesista surgió como parte de la creciente sofisticación de la cirugía, cuando se reconoció que se necesitaban ayudantes preparados para administrar los anestésicos. Ya no resultaba seguro ni satisfactorio tener a estudiantes de medicina o ayudantes sin preparación administrando la anestesia. En la actualidad siguen vigentes los mismos tipos de luchas por la especialización de enfermería.

Ya desde un principio otra enfermera especialista que merece mención: la enfermera de empresa. Esta especialidad surgió como respuesta a los riesgos y condiciones anormales de salud de las tiendas, fábricas y demás campos del trabajo industrial. Ado Mayo Stewart fue la primera enfermera de esta especialidad. El crecimiento de la enfermería de empresa fue lento hasta el auge repentino de la industria de defensa durante la II Guerra Mundial. Entonces se empezó a contratar rápidamente enfermeras para todo tipo de plantas de fabricación, una práctica que, en la mayoría de los casos, se continuaría después de la guerra.

La década de los sesenta, fue testigo de otro período de notable crecimiento de la especialización de la enfermería, que ha continuado hasta la actualidad. En los hospitales se desarrollaron todo tipo de campos de especialidad (unidades de cuidados coronarios, unidades de cuidados intensivos quirúrgicos y médicos, unidades de quemaduras, unidades de diálisis, unidades de oncología), que obligaron a un cambio en los papeles de la enfermería. Determinaron que la enfermería empezase a experimentar con el papel de “especialista clínica” o “enfermera clínica”.

Este nuevo concepto permitió que las enfermeras utilizaran su saber para la práctica de la enfermería avanzada. De nuevo, los esfuerzos de la enfermería se vieron parcialmente coartados, ya que a menudo las administraciones de los hospitales no estaban dispuestas a pagar por dichos servicios y asignaban tales responsabilidades a la supervisora o a la enfermera de plantilla especializada. De esta forma se prohibía o impedía que la especialista ejerciera un papel clínico. Todavía no se han podido vencer todos los obstáculos interpuestos a esta función, aunque actualmente las especialistas clínicas ya operaban en diversos tipos de emplazamientos, incluyendo hospitales, instalaciones ambulatorias, junto con médicos independientes o en grupos y en consultas privadas o conjuntas con otras enfermeras especialistas y/o médicos. En 1954 Hildegard E. Peplau desarrolló el primer programa con nivel de graduación para la preparación de especialistas clínicas en la Rutgers University; el área de especialidad del programa era la enfermería psiquiátrica.

Sin embargo la enfermería ha evolucionado a partir de que se reconoce la importancia de asegurar la continuidad de la vida y enfrentar la enfermedad y la muerte. Esta evolución hoy en día permite valorar la naturaleza de la enfermería profesional y su función social en beneficio de la salud de la población.

Tradicionalmente la profesión ha sido identificada como una práctica centrada en el enfermo, con una fuerte connotación humanística. Estas concepciones se relacionan con su origen, su historia y su evolución, así como las costumbres sociales de atender enfermos y la enfermedad.

La profesión de enfermería de hoy, a través de su práctica cotidiana, dirige su labor hacia el individuo, la familia y la comunidad, los trabajadores, los

escolares y los ancianos, entre otros, y en diferentes escenarios (social, político, asistencial y gerencial).

Desde la perspectiva actual de la salud y de la profesión el núcleo fundamental de su existencia como práctica profesional es el cuidado de la salud de los individuos y los grupos, lo que significa favorecer el desarrollo armónico del ser humano en sus diferentes espacios y fortalecer y reforzar sus capacidades y potencialidades en pro del cuidado de su salud y del logro de sus aspiraciones de vida y bienestar.

Este cambio de la práctica de enfermería ha influido notablemente las transformaciones en el panorama socio-político y económico de México.

La Secretaría de Salud de México caracteriza las tendencias de la práctica de enfermería como un servicio científico-social propio, centrado en el concepto integral del hombre y en preposiciones de carácter científico derivadas del planteamiento teórico-científico de los cuidados y de una identidad profesional y disciplinar. El desarrollo de la profesión en las instituciones de salud a partir de la oferta de estudios de posgrado de nivel especialidad, maestría y doctorado hace pensar que la enfermería mexicana está avanzando para cumplir con el objetivo principal de la profesión: el cuidado de la vida e integridad del hombre en la salud y en la enfermería.

Con estos antecedentes hemos conocido que la enfermería ha tenido avances significativos que contribuyen principalmente a cubrir las necesidades de los individuos mediante planes de cuidados que proponen las diferentes teóricas (Henderson, Rogers, Orem, Peplau etc.) que se adaptan a cada persona y tienden a el perfeccionamiento, el fortalecimiento y el desarrollo sano de la persona.

5. VIRGINIA AVENEL HENDERSON (1897-1996)

Nació en Kansas (Missouri) el 19 de Marzo de 1897, en el año de 1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios como enfermera en la Escuela de Enfermería del Ejército en Washington D. C. , se gradúa en el año de 1921. En 1922 inicia su carrera como docente en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia.

- Cinco años mas tarde ingresa en el Teachers College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de B.S y M.A en la rama de enfermería.
- 1929 Henderson ocupa el cargo de Supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York.
- 1930 a su regreso al Teachers College es miembro del profesorado e imparte cursos sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas hasta 1948.
- 1948 hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del Text book of the Principles and practice of Nursing, de Berta Harmer publicado en 1939.
- 1955 publica la quinta edición de este libro que contenía la Definición de Enfermería de Virginia Henderson.
- 1953 ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de Enfermería.
- 1959 a 1971 dirige el Proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.

- 1960 su folleto Basic Principles of Nursing Care para el International Council of Nurse que fue traducido en mas de 20 idiomas.
- 1953 hasta 1958 trabajó en el Proyecto dirigido por Leo W Simmons, quien editó durante cinco años una Encuesta Nacional sobre la Investigación en Enfermería la cual fue publicada en 1964.
- 1966 publica su obra The Nature of Nursing aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera. Este libro fue impreso en 1991 por la National League for Nursing, este texto ha construido parte del programa de estudios de diversas escuelas de enfermería habiéndose traducido en más de 25 idiomas. Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale.¹

Sus conclusiones y su influencia en esta profesión la han hecho merecedora de mas de 9 títulos doctorales honoríficos de las siguientes Universidades:

- Catholic University.
- Pace University.
- University of Rochester.
- Yale University

entre otras.

Es honrada con el primer Premio Christiane Reimann, con el Premio Mary Adelaide Nutting de la National League for Nursing de los Estados Unidos además de ser elegida como miembro honorario de la American Academy of

¹ James Smith, Virginia Henderson, p.p,99-100
Marriner Tomey Ann, Modelos y Teorias de enfermería, p.p, 24

Nursing, de la Association of Integrated and Degree Courses in Nursing, Londres y de la Royal College of Nursing de Inglaterra.

- 1978 publica la sexta edición de *The Principles of Nursing* fue elaborada por Henderson y Gladis Nite, editada por Virginia.
- 1983 recibió el Premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau Internacional por su labor de Liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad.
- 1988, en la convención de la American Nurses Association (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida.

Virginia Avenel Henderson fallece de muerte natural en Marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su definición de enfermería es conocida internacionalmente y su trabajo sigue ejerciendo una gran influencia en la práctica, educación, e investigación en el campo de la enfermería en todo el mundo. Henderson se convirtió en una leyenda viva por lo que la Biblioteca Internacional de Enfermería de la Sigma Theta Tau fue bautizada con el nombre de Virginia Henderson.²

5.1 FUENTES TEÓRICAS

Tres factores la condujeron a compilar su propia Definición de Enfermería el primero de ellos ocurrió en 1939 al revisar el texto de Berta Harmer e

² Ibidem, p.p,100

identificó este texto como una fuente que le permitió darse cuenta de la “necesidad de aclarar la función de las enfermeras”.

El segundo factor fue su participación como integrante del Comité de la Conferencia Regional de la National Nursing Council en 1946 su trabajo dentro del consejo fue incluido en el informe de 1948 en el cual señala que aquel informe reflejaba “ su punto de vista modificado por las opiniones de otros miembros del grupo” y el tercer factor estaba representado por su propio interés en el resultado de cinco años de Investigación de la American Nurses Association (ANA) sobre la función de enfermería en 1955.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el autocuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

5.2 MODELO

Henderson, parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades son denominadas por Henderson como cuidados

básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

Henderson identifica 14 necesidades básicas que son muy similares a las de Abraham Maslow; de la 1 a la 7 están relacionadas con la fisiología, de la 8 a la 9 con la seguridad, la 10 con la autoestima, de la 10 a la 11 con el afecto y la pertenencia y de la 11 a la 14 con la autorrealización³

Estas necesidades básicas son:

1. Oxigenación
2. Nutrición e hidratación adecuada
3. Eliminación
4. Movilidad y postura
5. Descanso y Sueño
6. Vestirse
7. Termorregulación
8. Higiene y Protección de la piel
9. Evitar peligros
10. Comunicación
11. Vivir según creencias y valores
12. Trabajo y Realización
13. jugar, participar en actividades recreativas
14. Aprendizaje

La salud, independencia, dependencia y Fuentes de la dificultad.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona, cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente),

³ Marriner Tomey Ann, Modelos y Teorías de Enfermería, p.p, 25

pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionadas a una falta de conocimientos.

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 los conceptos que ella propone son:

Independencia: se define como la capacidad de la persona para satisfacer por si mismo sus necesidades básicas, de acuerdo con su edad etapa de desarrollo y situación.

Dependencia: puede considerarse desde dos aspectos. Por un lado la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer a las 14 necesidades.

También existen Fuentes de la dificultad estos son los obstáculos , limitaciones personales o del entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades y se identifican tres fuentes: falta de fuerza, voluntad y conocimientos.

- ***Falta de Fuerza:*** se entiende como fuerza a la capacidad física, habilidades mecánicas y capacidad del individuo para llevar a cabo ciertas acciones pertinentes a la situación determinado por el estado emocional, el estado de funciones psíquicas, capacidad intelectual etc.

- **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.
- **Falta de Conocimientos:** En lo relativo a cuestiones esenciales sobre la propia salud, las situación de enfermedad, autoconocimiento y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

Es importante señalar que estas tres causas o alguna de ellas puede originar una dependencia total o parcial así como temporal o permanente lo cual debe tomarse en cuenta para las planificaciones de las intervenciones de enfermería.

En los últimos años las teóricas de enfermería se han interesado en formar una base de conocimientos en enfermería como parte de la fundamentación de la profesión, han realizado el metaparadigma que nos sirve para ver la relación que existe entre el individuo y el medio el cual lo conforman 4 elementos estos son:

ENFERMERÍA: en términos funcionales Henderson la define como : " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo , en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación o una muerte tranquila , que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza , la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible"

PERSONA: es considerada por Henderson como un individuo que necesita asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia o para morir con

tranquilidad y que el cuerpo y el alma son inseparables; la persona y la familia son consideradas como una unidad, consta de componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

ENTORNO: Henderson no lo define explícitamente. Acudió en cambio al Webster's New Collegiate Dictionary de 1961 en el que se define como "el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo", implica la relación que uno comparte con su familia.

- Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad
- Las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas
- Los médicos se sirven de las observaciones y valoraciones de las enfermeras en las que basan sus prescripciones para aparatos de protección
- Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

SALUD: Henderson no dio una definición propia de salud, pero en sus escritos comparó la salud con la independencia. En la sexta edición de *The Principles and Practice of Nursing* cito diversas definiciones de salud de varias fuentes entre ellas la de la OMS. Interpretaba la salud como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda a los 14 componentes del cuidado de enfermería. Tal como declaró "se trata más bien de la calidad de la salud que de la propia vida,

ese margen de vigor mental/físico, lo que permite a una persona trabajar con la mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción vital en sus más altos costos”⁴

Henderson también analiza a la enfermera como parte del equipo multidisciplinario en la planificación y ejecución de un programa global ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente y para evitar sufrimientos en la hora de la muerte.

Respecto al paciente Henderson afirma que todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atienden como la figura central y comprender que primordialmente su misión consiste en “asistir” a esta persona, si el paciente no comprende ni acepta el programa tratado con él ya para él, ni coopera en su desarrollo se perderá gran parte de los esfuerzos del equipo. El usuario es visto como un sujeto activo y responsable de su propia salud que participa en las decisiones y en el logro de sus metas.

Con estos antecedentes podemos concluir que el modelo de Virginia Henderson puede aplicarse a todas las etapas del proceso de enfermería.

En las etapas de Valoración y Diagnóstico sirve de guía para la recolección de datos el análisis y síntesis de los mismos, en la etapa de planificación y ejecución el modelo se utiliza para formular objetivos de dependencia con base en las causas de dificultad encontradas y en la etapa de evaluación ayuda a determinar los niveles de independencia mantenida y/o alcanzadas.

⁴ James Smith, Virginia Henderson, p.p102

6. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando en una conferencia en Nueva Jersey donde se desarrollaron ideas acerca de la atención de Enfermería para llegar a la afirmación básica de su conferencia: “la asistencia sanitaria es un proceso”.

La obra de I.J.Orlando se publicó a comienzos de la década de los 70 citada por su presenta del proceso de atención enfermería así como por la identificación que en ella se realiza de las actividades. El componente central lo constituye la relación interpersonal.

Orlando establece las distinciones entre estas y las actividades automáticas que pueden llegar a formar parte de la actuación de la enfermera, esta fue una de las primeras autoras que utilizó el término proceso de atención enfermería.

Aunque en su obra la atención se centra en el aspecto interpersonal de la atención, se pone también de relieve la importancia que debe prestarse a los aspectos físicos y sociales de la misma.

Mientras que Lydia Hall entendió a la asistencia sanitaria como un proceso y Orlando definió fases del mismo en términos de las relaciones interpersonales, otros técnicos se dedicaron a explorar formas de analizar su filosofía y sus valores.

En este momento solo se consideraron 3 etapas: valoración, planeación y ejecución.

En 1966 Lois Knowles presentó una descripción de un modelo que sugiere que el éxito profesional de la enfermera depende de su maestría para desarrollar las siguientes actividades: a) descubrir; la enfermera adquiere conocimientos o información acerca de algo que no conocía previamente, b) investigar; la enfermera utiliza la información procedente del mayor número posible de fuentes para obtener datos acerca del paciente, c) decidir; la enfermera planea el procedimiento a seguir en la asistencia al paciente, d) actuar; la enfermera desarrolla en la práctica el plan que ha concebido y e) discriminar; la enfermera establece prioridades mediante la evaluación de los problemas y necesidades del paciente.

En 1967 Yura y Walsh, establecieron cuatro etapas: valoración, planificación, realización y evaluación. En 1974 Bloch, Roy 1975, Aspinall 1976 y algunos autores más, establecieron las cinco etapas actuales al añadir la etapa diagnóstica quedando de la forma siguiente:

- Valoración
- Diagnóstico
- Planificación
- Ejecución
- Evaluación¹

Pocos estudios sobre el proceso de atención enfermería se han realizado de forma tan extensa y rigurosa como el proyecto de investigación desarrollado por un grupo interdisciplinario en la Universidad de Colorado, su objetivo consistía en investigar el proceso clínico de deducción referido a la atención de enfermería. Se consideró que el proceso de deducción de las necesidades del paciente debía realizarse mediante la emisión de juicios basados en los datos disponibles.

¹ www.terra.es/personal/duenas/pae.htm

El modelo de actuación que ellos proponen se adapta fácilmente al proceso de atención de enfermería. Las fases más significativas del modelo son: identificación del estado del paciente a partir de la interpretación de los síntomas que presenta, establecimiento de deducciones y ejecución de acciones dirigidas al logro de objetivos definidos.

Según Rosalinda Alfaro (1993) el Proceso de Atención Enfermería “es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados. Que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales”²

Objetivos:

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, también:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad

Ventajas:

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el paciente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la

²García González Ma. De Jesús, El Proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson, pp.21

calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

Las características principales del proceso de atención enfermería son:

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

La división del proceso en fases constituye una separación artificial de acciones que en la práctica real no tienen solución de continuidad. Sin embargo con el fin de realizar un análisis deliberado y reflexivo del proceso es preciso distinguir las distintas fases y sugerir que la enfermera se esfuerce en definir cada acción en términos de la fase que esta realizando. Esta práctica garantizará que se está persiguiendo cuidadosa, consciente y deliberadamente el como del proceso de atención enfermería y el como de la atención. Las acciones concretas a desarrollar no pueden distinguirse de manera tan uniforme como la manera de desarrollarlas, pues las primeras variarán con cada paciente.

Para poner en práctica el proceso de atención enfermería se requiere de al menos 2 personas en el transcurso del mismo.

Al iniciar el proceso de atención enfermería la enfermera debe reflexionar acerca de la situación del paciente planteándose preguntas tales como: ¿Qué experiencias trae consigo esta situación?; ¿Qué tipo de apoyo le ayudará a enfrentarse con la situación?; ¿Cuáles serán las limitaciones que le harán dependiente de otras personas?, también requiere considerar tanto la situación de la enfermera como la del paciente, y la enfermera deberá formularse preguntas como: ¿Cuál será la mejor forma de abordar el caso de esta persona?; ¿Qué tipo de ayuda precisaré, y de quien, para atender mejor a este paciente?

Con estas interrogantes la enfermera se preparará para un encuentro paciente enfermera positivo. El tono del encuentro vendrá determinado por el grado de interés y confianza que pueda trasmitírsele al paciente al inicio del proceso.

En algunos casos el planteamiento previo de objetivos facilita la iniciación del proceso mientras que en otros resulta más aconsejable incorporar estos objetivos a la fase de valoración del proceso.

6.1 FASES DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

6.1.1 VALORACIÓN

La valoración puede definirse como el acto de revisar una situación con el propósito de emitir un diagnóstico acerca de los problemas del paciente. La fase de valoración esta formada por una serie de actos sistemáticos, organizados y deliberados. Estos actos incluyen el examen del cliente, la identificación de sus síntomas, la recolección y análisis de datos y el establecimiento de conclusiones.

Examen del paciente

Cada persona que pasa por las manos de la enfermera es individual y diferente a las demás, y aunque todo el mundo tiene las mismas necesidades humanas básicas, estas se manifiestan de manera diferente en cada persona. mientras la enfermera efectúa la valoración del caso, lleva a cabo acciones de exploración y de comunicación.

La exploración requiere el empleo de las manos, de la vista, de los oídos, del olfato, y asimismo, la emisión de juicios inteligentes, la adopción de decisiones fundadas y la aguda percepción de la problemática a la que se enfrenta, la puesta en practica de estas funciones es crucial, mientras recoge datos acerca de alteraciones en el organismo del paciente, en su

comportamiento y en sus cometidos o en su situación en la familia y/o en la sociedad.

Tan importante es el empleo de técnicas de examen físico en algunas situaciones como el de técnicas para explorar alteraciones del comportamiento en otras.

El objetivo que debe alcanzar la enfermera en esta fase es el desarrollo y empleo eficiente de los recursos adecuados a la problemática que se le presenta. Por ejemplo en algunas situaciones puede tener mayor importancia la eficiencia en las técnicas de percusión y de auscultación mientras que en otras puede resultar fundamental el estar bien capacitado para poner en practica técnicas de comunicación interpersonal. El determinar que recursos deben utilizarse, que tipo de datos deben recogerse y cuales son las áreas que interesa explorar, de acuerdo con la situación del paciente es responsabilidad de la enfermera.

La comunicación constituye una actividad necesaria y continua. La enfermera emplea este recurso no solo para obtener datos, sino también para confirmar las observaciones que ha realizado.

Para lograr una mayor organización y sistematización en el proceso de la valoración es necesario seguir algún plan para la recolección de datos, puede efectuarse un reconocimiento de la cabeza a los pies para asegurarse de que se ha considerado todas las partes del cuerpo. También puede emplearse algún plan de revisión de los sistemas fisiológicos. Cualquiera de estos planes puede incorporarse a algún marco de trabajo tal como la jerarquía de Maslow que proporciona una base más amplia para la recolección de datos que un

reconocimiento de la cabeza a los pies o que un plan de revisión de los sistemas fisiológicos.

El proceso de la valoración continúa progresando hasta alcanzar los niveles jerárquicos más elevados de realización personal. Al valorar las necesidades del paciente y definir sus problemas debe tenerse en cuenta todos los niveles.

Recolección y Análisis de Datos

La enfermera resume los datos recolectados, los coteja, los agrupa y los dispone de acuerdo con una determinada secuencia, de tal manera que sea posible establecer conclusiones razonables a partir de ellos. Cada fragmento informativo recolectado se analiza en relación con el resto de los datos, y se examina la forma en que cada faceta informativa resulta afectada por otros datos, con objeto de tratar de percibir con la mayor nitidez posible las características de la situación del paciente.

6.1.2 DIAGNÓSTICO

Es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo.

En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Los pasos para elaborar los diagnósticos son:

- Análisis de datos

- Identificación de los problemas de salud y elaboración de diagnósticos de enfermería
- Identificación de los problemas interdependientes
- Identificación de las capacidades

El 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.

Las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones:

- 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.
- 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
- 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.

El diagnóstico no debe confundirse con los objetivos definidos para el paciente, ni utilizarse como sinónimo de las intervenciones de enfermería, pues si bien constituye la base para establecer los objetivos y para planear intervenciones posee unas características propias que le diferencian de esas actividades.

BERNZWEIG afirma que el diagnóstico que se realiza en el proceso de atención enfermería es una función establecida e independiente propia de la enfermera profesional y requiere una gran capacidad por su parte para captar los problemas del paciente y para emitir juicios inteligentes. El diagnóstico de enfermería preciso constituye una de las claves para la práctica eficaz de la atención de enfermería, y por tanto, todas las enfermeras deberían estar capacitadas para realizarlo.

Al redactar los diagnósticos hay que tomar en cuenta una serie de directrices:

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que", "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos. ³

³ <http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/proceso.htm>

6.1.3 PLANIFICACIÓN

La planificación es la determinación de lo que puede hacerse para asistir al paciente; incluye el establecer objetivos, determinar prioridades y designar métodos para resolver problemas.

El establecimiento juicioso, cuidadoso y deliberado de objetivos es vital, en esta fase del proceso de atención de enfermería, para el desarrollo del plan de atención de enfermería.

Después de recoger los datos significativos acerca del paciente durante la fase de valoración, la enfermera comprueba la validez de estos datos. A través de la comunicación con el paciente, determina si sus percepciones son correctas y se asegura de que ella y el paciente se encuentran en el mismo punto de la fase de planificación, y que ambos han percibido y valorado los problemas del segundo de igual forma. Los objetivos a corto o largo plazo se establecerán entonces de acuerdo con las prioridades que se hayan establecido previamente. Los objetivos a corto plazo pueden compararse a estaciones situadas al borde del camino, en el sentido de que es posible alcanzarlos de prisa que los objetivos a largo plazo.

La esencia de la planificación presupone un esfuerzo deliberado para fijar objetivos precisos, tanto a corto como a largo plazo, confirmando continuamente la validez de los datos obtenidos en la valoración de los problemas del paciente, estableciendo prioridades y tomando decisiones relativas a las medidas específicas que deben tomarse para resolver sus problemas.

6.1.4 EJECUCIÓN

La ejecución es la iniciación y conclusión de las acciones necesarias para alcanzar objetivos definidos.

Durante las fases de valoración y planificación se tomaron las decisiones pertinentes para realizar acciones encaminadas a ayudar a aquél. Al ejecutar tales acciones, la enfermera tendrá que coordinar las actividades de diversos grupos paramédicos y trabajar en equipo con miembros del equipo médico. El número exacto de estas personas variarán dependiendo del marco en el que el paciente reciba la atención. Así la atención prestada a un paciente que se encuentra en su casa requerirá un tipo de personal sanitario distinto al que se ocupará del mismo paciente en un centro médico, en el que se concede especial atención a la enseñanza y a la investigación. Cualquiera que sea el marco de su actividad, la enfermera tendrá que trabajar con personas que interrumpirán a veces su actuación, tratarán de obtener información del paciente, y que, aunque invadirán, en suma, el “territorio” del paciente y de la enfermera, constituirán una parte vital en la atención.

La coordinación eficaz de las diversas actividades que posibilite el logro de objetivos definidos mediante la actuación de varias personas constituye una misión estimulante que puede convertirse en un motivo de superación para la enfermera profesional.

El equipo médico está formado por personal con distinto grado de preparación y distintas posibilidades de actuación. La enfermera asume la responsabilidad de la atención directa al paciente y de la coordinación de los esfuerzos y actividades del personal médico. Parte integrante de esta responsabilidad es el conocimiento simultáneo del nivel de actuación, potencial

de cada miembro constituyente del equipo médico y de los problemas y necesidades de los pacientes que son atendidos por aquellos, con objeto de que ambas circunstancias se complementen de la mejor manera posible; se trata de un cometido continuo, una actividad dinámica, a la que la enfermera consciente de su responsabilidad debe prestar toda su atención si quiere que se consigan buenos resultados en la atención a los pacientes.

La ejecución es una fase del Proceso Atención de Enfermería orientada hacia la acción directa, en la cual la enfermera es responsable de la puesta en práctica del plan de atención de enfermería que se elaboró previamente. Durante esta fase la enfermera debe ser capaz de coordinar eficazmente las actividades de los distintos miembros del equipo sanitario, prestar cuidados directos al paciente y delegar responsabilidades para estos cuidados al personal sanitario de acuerdo con la preparación y posibilidades de cada miembro. La actividad intelectual, interpersonal y técnica desarrollada durante la fase de ejecución están basadas en el plan de atención de enfermería elaborado para cada paciente de acuerdo con la valoración previa de sus problemas

6.1.5 EVALUACIÓN

Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Al medir el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos, la enfermera valora la efectividad de las actuaciones de enfermería ⁴

Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más

⁴ García González Ma. de Jesús, El Proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Hender son, pp.44

importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes

- Recolección de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que se quiera evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas de estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que se puede llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989)⁵ la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera

⁵ <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>

- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica.

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el paciente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

En la aplicación del modelo de Henderson, la evaluación se dirige a determinar el grado de independencia alcanzado por el paciente y su familia, respecto de los problemas identificados al poner en marcha el plan de cuidados.

La planificación del alta del paciente debe iniciarse tan pronto como sea posible en el plan de cuidados. Para que el paciente se prepare emocionalmente y poder determinar las acciones necesarias para la salida, con el menor riesgo de retroceder en el estado de salud.

El Proceso de Enfermería es un método sistemático organizado para brindar cuidados para el logro de objetivos de la salud del paciente ; es el método empleado por las enfermeras aunado con una guía que consiste en una serie de preguntas que se realizan al paciente para la identificación de las necesidades alteradas.

7. INSTRUMENTO DE VALORACIÓN

DATOS GENERALES

Nombre: R.H.S Edad: 34 años Sexo: Femenino
Ocupación: Empleada Estado Civil: Casada Religión: Católica
Escolaridad: Secundaria Domicilio: La Noria
Teléfono: _____ Institución de Salud: IMSS

SIGNOS VITALES

Respiración: Frecuencia: 22 x' Amplitud: Buena Mediana
Reducida
Pulso: Frecuencia: 76 x' Ritmo: Regular Irregular Amplitud: Fuerte
Débil
Temperatura Corporal: 36°C Tensión Arterial: 100/70 mmHg
Peso: 54 Kg Talla: 1.58 mts.

NECESIDADES

RESPIRACIÓN

¿Tiene algún problema para respirar? Si _____ No x
¿Cuál? _____
¿Usted fuma? Si _____ No x ¿Cuántos
cigarrillos? _____
¿Convive usted con fumadores? Si x
No _____ ¿Dónde? casa
¿Tiene animales en casa? Si x No _____ ¿De que tipo? perros y
pájaros
¿Su casa esta bien ventilada? Si x No _____
¿Ha sufrido alguna enfermedad pulmonar? Si _____ No x
¿Cuál? _____

Explore: (Ruidos Cardiacos, movimientos respiratorios, coloración ungueal)

Movilidad respiratoria normal, frecuencia rítmica y profundidad respiratoria normal, a la auscultación se escuchan ruidos cardiacos sin compromiso vías respiratorias permeables y adecuada ventilación, coloración de mucosas y ungueal normal.

ALIMENTACIÓN

¿Tiene algún problema con su apetito? Si x No___ ¿Cuál? falta de apetito

¿Sigue usted alguna dieta especial? Si___ No x
¿Cuál?_____

¿Toma algún complemento alimenticio? Si___
No x ¿Cuál?_____

¿Su horario de alimento es? Desayuno 11:00 hrs. Comida 17:00 hrs.
Cena___hrs. No la realiza

¿Tiene problemas para masticar? Si___ No x
¿Cuál?_____

¿Sabe de alguna alergia alimenticia? Si___
No x ¿Cuál?_____

¿Tiene dificultades para controlar su peso? Si___ No x

¿Cuántos vasos de agua toma al día? 1 ¿Come entre comidas? si

¿Qué tipo de alimentos? comida rápida y chatarra

¿Tiene problemas digestivos? Si x No___ ¿Cuáles? dolor abdominal, vómitos y ardor

Explore: (mucosas, dientes, estado de la piel, cuadrantes abdominales)

Se observa mucosa oral íntegra semihidratada, dientes completos con caries en el primer molar, lengua normal con buena coloración sin excoriaciones, a la palpación abdominal, se encuentran ruidos intestinales presentes, disminución de movimientos peristálticos con presencia de dolor en zona epigástrica.

Glicemia 75 mg/dl

ELIMINACIÓN

¿Cuántas veces defeca al día? 1 vez en algunas ocasiones ¿Tiene problemas para defecar? Si x No _____ ¿Cuál? _____
Diarrea: _____ Estreñimiento: x Incontinencia Fecal: _____ Sangrado: _____
Heces Negras: _____ Heces con alimentos: _____ Dolor al evacuar: _____ ¿Cómo lo soluciona? Toma mucho agua y ciruelas pasas

¿Cuántas veces orina al día? 2 ¿De que color es su orina? ámbar

¿Tiene problemas para orinar? Si _____
No x ¿Cual? _____

Ganas frecuentes de orinar: no Dolor al orinar: no Incontinencia Urinaria: no Esfuerzo al orinar no ¿Cómo lo soluciona? _____

Explore:(Globo vesical, cuadrantes abdominales, características de la orina)

Se explora globo vesical en plenitud, orina color ámbar no refiere problemas al orinar, sin embargo presenta estreñimiento.

MOVILIDAD Y POSTURA

¿Presenta dificultad para: No Levantarse_____ Sentarse_____ Caminar_____

¿Ha sufrido alguna lesión o fractura que le dificulte su movilidad? Si_____

No x ¿Cuál?_____

Explore: (Postura, marcha y simetría)

Funcional , camina sin ayuda y segura, movimientos coordinados a velocidad adecuada.

SUEÑO Y DESCANSO

¿Duerme usted bien? Si_____ No x Describa: dificultad para conciliar el sueño y regurgitaciones nocturnas

¿Cuántas horas duerme? 4 o 5 ¿Duerme por la tarde? Si x

No_____ ¿Cuántas horas? de 2 a 3 hrs.

¿El lugar donde duerme favorece su descanso y sueño? Si x No_____

¿Por que?_____

Explore:(ojeras, bostezo, cansancio e hipodinamia)

Se observan ojeras circundando los párpados inferiores, bostezo y cansancio, refiere que le cuesta trabajo dormir durante la noche ya que presenta regurgitaciones y por tal motivo realiza siestas por la tarde con duración de 2 hrs. o más cuando tiene tiempo.

VESTIDO, HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

¿Cada cuanto se baña? diario Su cambio de ropa es: Parcial

Total

¿Se lava los dientes? Si x No _____ Frecuencia 3 veces al día

¿Utiliza cepillo de dientes? Si x No _____ ¿Su aseo de manos lo realiza?
De vez en cuando _____ Antes de comer x Después de ir al baño x
Antes de ir al baño _____

¿Utiliza artículos personales? Si x No _____ ¿Por que? _____

Crema: x Desodorante: x Cosméticos: x

Otros: perfume

¿Cada cuanto cambia su ropa de cama? cada semana ¿Por qué? así esta acostumbrada

¿El uso de la toalla de baño es personal? Si x No _____

¿Es usted capaz de cuidar la limpieza y el orden de su casa? Si x
No _____

¿Por qué? todavía siente que es capaz de realizar las actividades de su hogar

Explore:

Aspecto Personal: limpia

Cabello: limpio

Mucosas: semihidratadas

Dientes: completos con presencia de caries en primer molar

Uñas: limpias y cortas

Pies: limpios y no presenta descamación ni mal olor

Técnicas de apoyo: Curación: _____ Masaje: _____ Antisépticos: _____

TEMPERATURA

¿Tiene algún problema con el control de su temperatura? Si _____ No x

¿Cuál? _____

¿Qué medidas toma cuando tiene frío? Se cubre ya que es muy friolenta

¿Qué medidas toma cuando tiene calor? Utiliza ropa más ligera

MIDA Y OBSERVE

Temperatura Corporal: 36.8 °C

Fármacos: _____

Tratamientos _____ de

Apoyo: _____ Otros: _____

EVITAR PELIGROS

¿Tiene algún problema con los órganos de los sentidos? Si _____ No x

¿Cuál? _____

¿Tiene problemas para ver de cerca? Si _____ No x

¿Cuál? _____

¿En su casa existe algún problema que lo ponga en riesgo? Si _____ No x

¿Cuál? _____

¿En su trabajo existe algún problema o condición física que lo ponga en riesgo?

Si _____ No x ¿Cuál? _____

¿Conoce las medidas de protección en caso de incendio, temblores, erupciones etc? Algunas X Todas _____ Ninguna _____

¿Es alérgico a algún medicamento? Si _____ No X No sabe _____

¿cuál? _____ ¿Desde cuando? _____

¿Qué medidas lleva a cabo para controlarla?_____

Explore: (capacidad auditiva y visual, condiciones de peligro en la vivienda)

Presenta agudeza auditiva normal, en cuanto a la capacidad visual la paciente refiere utilizar lentes con desconocimiento de la graduación , sin condiciones de peligro en su vivienda

COMUNICACIÓN

¿Escucha bien? Si x No _____ ¿Por qué?_____

¿Con quien vive?: Con sus 2 hijos y su pareja

¿Describa su relación? Ella refiere que es buena y su familia es muy unida

Observe: (Características de lenguaje verbal, cambios de expresión verbal, humor, estado de conciencia)

La paciente se observa tranquila se encuentra conciente, orientada en tiempo, espacio y lugar, presenta un lenguaje verbal claro, coordinado y fluido.

REPRODUCCIÓN Y SEXUALIDAD

¿Utiliza método anticonceptivo? Si x No _____

¿Cuál? DIU

En caso de ser mujer:

¿Sabe como explorar sus mamas? Si X No _____

¿Explique?_____

¿Cada cuanto se realiza su citología vaginal?(Papanicolau) Se lo realizó hace 2 años

En caso de ser hombre:

¿Le practicaron la circuncisión? _____ ¿Utiliza el condón? Si_____ No_____

Explore: Características del vestido, conducta con respecto a su género

Al interrogar a la paciente sobre su género comenta que se siente contenta con su sexo , se encuentra desaliñada por encontrarse hospitalizada

CREENCIAS Y VALORES

¿Qué sentido tiene para usted la vida? Es muy importante

¿Qué opina de la muerte? Es algo por el que todos pasamos

¿Usted conserva alguna tradición durante el año? Si x No _____

¿Cuál? Pone ofrenda en día de muertos

¿Tiene usted un hábito religioso? Si x No _____ ¿Cuál? Rezar e ir a misa de vez en cuando

¿En este momento tiene usted algún pendiente? Si x No ___ ¿Cuál? Mis hijos

¿Qué es lo más importante para usted en la vida? Su familia

Observaciones: La paciente se muestra tranquila y conciente de su enfermedad sin embargo la percibo preocupada por su familia

TRABAJO Y REALIZACIÓN

¿Esta usted contento con el trabajo que realiza? Si x No _____ ¿Por qué? Por que convivo con mis compañeras y me distraigo

¿Su estado de salud le impide hacer lo que le gusta? Si _____ No x

¿Por qué? _____

¿Qué metas tiene usted para este momento? Sacar a mis hijos adelante

¿Pertenece a algún grupo de apoyo? Social _____ Cultural _____
Deportivo _____ Religioso _____

¿Qué rol desempeña en la sociedad? _____

¿Qué rol desempeña en su casa? mamá

De ese rol ¿Qué es lo que más le gusta? ayudar a mi familia

RECREACIÓN

¿Cuenta con tiempo libre? Si x No _____ ¿A que lo dedica? Ayudar a mis hijos a sus tareas

¿Practica algún deporte? Si _____ No x

¿Cuál? _____

Frecuencia: _____

¿Existe en su comunidad lugares para divertirse o practicar algún deporte? Si x No _____ ¿Cuál? Parques

¿Acude usted a estos? Frecuente: x Rara vez: _____ Nunca: _____

Observe: Condiciones de la vivienda que propicien la recreación y el deporte

Refiere que dónde se localiza su domicilio se encuentra un deportivo al cual acude cada 8 días ya que sus hijos se encuentran en un equipo de fútbol y durante la semana no acude por que no tiene tiempo.

APRENDIZAJE

¿Ha recibido información acerca de su salud? Si x No _____ ¿De qué tipo? Como ha evolucionado y los alimentos que puede consumir en su domicilio

¿Hay algo que usted desearía saber acerca de su estado de salud o el de su familia? No

¿Usted se automedica? Si _____ No x

¿Le gustaría participar en algún grupo de apoyo para mejorar su salud? Si _____ No x ¿Por qué? no tiene tiempo¹

El instrumento de valoración es un elemento importante dentro del Plan Atención de Enfermería este se debe de realizar adecuándolo a la persona y a la situación en este caso con su aplicación se logró conocer de manera general a la paciente, la duración de su padecimiento e identificar las necesidades alteradas y realizar los siguientes diagnósticos.

¹ Elaborado por Profesores de la Academia AAA

8. PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de nombre R.H.Z de 34 años de edad casada, con 2 hijos de 7 y 9 años respectivamente, de religión católica Originaria del Estado de Hidalgo, residiendo actualmente en el Distrito Federal (Noria), habita en casa propia la cual cuenta con todos los servicios intra y extradomiciliarios.

La paciente labora como empleada en una fábrica donde se empaquetan dulces y chocolates, su horario se lo rolan pero en este momento cubre el horario de 7:00 a 15:00 hrs., por lo regular no desayuna ya que sale temprano para su trabajo, almuerza solo cuando lleva comida y cuando no opta por consumir comida rápida o chatarra por falta de tiempo, cuando regresa duerme una siesta con duración de 2 hrs. cuando puede, ella refiere que desde hace 4 años cursa con cuadros frecuentes de gastritis manejada inicialmente con Hidróxido de Aluminio y posteriormente Ranitidina al no ver mejoría se ingresa al Hospital General de Zona No. 32.

Al aplicar el instrumento de valoración se encontraron alteradas las siguientes necesidades:

1.- Nutrición e hidratación: Se encontró que la paciente tiene un consumo deficiente en líquidos y alimentos ricos en fibra.

2.- Eliminación: Su patrón de eliminación es anormal ya que refiere evacuar 3 veces a la semana ocasionado por mala alimentación y el no tener el hábito de tomar agua.

3.- Descanso y sueño: Refiere tener dificultades para conciliar el sueño por la noche y presenta siestas durante la tarde con duración de 2 hrs.

9. JERARQUIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS

1. Dolor y ardor en la zona epigástrica acompañado de náuseas relacionado con padecimiento actual manifestado por irritabilidad, incomodidad y vómito
2. Estreñimiento relacionado con escasa ingesta de líquidos y alimentos que contengan fibra manifestado por evacuar 3 veces a la semana y dificultad al evacuar.
3. Nutrición alterada relacionado con ingesta inadecuada de nutrientes manifestado por falta de apetito y malos hábitos alimenticios.
4. Trastorno del patrón de sueño relacionado con regurgitaciones nocturnas manifestado por horas insuficientes de sueño y dificultad para conciliar el sueño.

10. PLAN ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO 1

Dolor y ardor en la zona epigástrica acompañado de nauseas relacionado con padecimiento actual manifestado por irritabilidad, incomodidad y vómito.

Fundamentación

El dolor se describe como sensación de pesadez, llenura u opresión y por lo regular va acompañado de ardor, en el caso de las nauseas suelen aparecer de manera independiente del vómito y el paciente la refiere en el epigastrio provocando el deseo inminente de vomitar.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
a) Se reducirá en lo mas posible el dolor y se expresará de manera verbal.	<p>Preguntar a la paciente que en una escala del 1 al 10 en que nivel se encuentra con respecto al dolor.</p> <p>2.- Administración de los fármacos (Omeprazol 20 mg 1 cada 12 hrs.) sin</p>	<p>El dolor es un signo subjetivo por lo cual la escala ayudará a aproximarnos al grado de dolor que existe en la paciente.</p> <p>Los antiácidos, inhibidores de la bomba de protones, antagonistas de los</p>

	<p>dejar de utilizarlos aunque no exista dolor.</p> <p>3.- Explicar la relación entre la secreción de ácido Clorhídrico y la aparición del dolor.</p> <p>4.- Aplicar sobre el abdomen una bolsa con agua caliente.</p> <p>5.-Enseñar técnicas de relajación como masaje para reducir la tensión y mitigar el dolor.</p>	<p>receptores H2 producen una disminución de la acidez gástrica y por lo tanto se reduce el dolor.</p> <p>Probablemente la secreción de Ácido Clorhídrico es una variable importante en la aparición del dolor debido a esta relación si se controla la secreción ácida se podrá disminuir el dolor.</p> <p>Los efectos del calor son analgésicos y relaja la musculatura abdominal y por tanto disminuye el dolor.</p> <p>Las actividades de relajación ayudarán a que se relaje la musculatura abdominal disminuyendo el peristaltismo y reduciendo el dolor.</p>
--	---	---

<p>b) Evitar que con el vómito se de una deshidratación.</p>	<p>6. Ayudar a la paciente a que asuma una posición cómoda.</p> <p>7.-Con la colaboración de la dietista evitar al máximo la ingesta de alimentos que lesionan o irritan la mucosa como son: café, bebidas muy frías, alimentos condimentados o muy picantes.</p> <p>1. Control de signos vitales (frecuencia cardiaca y presión arterial).</p> <p>2. Buscar signos de déficit de líquidos como: sequedad de boca, oliguria e hipovolemia.</p>	<p>Los cambios de posición alivian la presión sobre áreas específicas.</p> <p>Este tipo de alimentos relajan el EEI el cual permite que partículas de alimento refluyan hacia el esófago provocando el contacto del material ácido con la mucosa esofágica causando lesión o irritación de la mucosa.</p> <p>La disminución de estos signos nos indicaran que hay una alteración hemodinámica</p> <p>Generalmente la deshidratación se debe al descenso en la ingesta oral, con excesiva pérdida de líquidos a través del vómito produciendo</p>
---	--	--

		principalmente hipovolemia.
	3. Registrar los ingresos y egresos de líquidos al organismo.	Esto nos ayudará a llevar un control y saber si existe una pérdida excesiva de líquidos.
	3. Recomendar aumentar la ingesta de líquidos a 2.5 lt	La ingesta de líquidos progresivamente ayudará a prevenir una pérdida excesiva por la aparición de los vómitos y por lo tanto una deshidratación.
	4. Consultar al médico sobre la administración de antieméticos (Metoclopramida 10 Mg. cada 6 horas)	La función de los antieméticos es inhibir los estímulos que llegan al centro del vómito, evitando que el paciente llegue a vomitar.

Evaluación

Se logró que la paciente expresara de manera verbal una reducción en el dolor, aprendió a mantener una posición para evitar la presión sobre un área específica, aprendió a tomar sus medicamentos a la hora y la importancia de no abusar de los medicamentos aunque no haya dolor.

DIAGNÓSTICO 2

Estreñimiento relacionado con escasa ingesta de líquidos y alimentos que contengan fibra manifestado por evacuar 3 veces a la semana y dificultad al evacuar.

Fundamentación

La alimentación normal del ser humano debe de ser equilibrada esto quiere decir contener los nutrientes necesarios en cantidad y calidad además de una buena cantidad de líquidos para prevenir algunos trastornos. En el caso del estreñimiento la dieta debe de contener alimentos ricos en fibra y abundantes líquidos para estimular el peristaltismo contribuyendo al paso de las heces más rápido a través de los intestinos.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
a) Habrá normalizado su hábito de defecación a través de la dieta	<p>Fomentar la ingesta de alimentos ricos en fibra de acuerdo con las preferencias individuales como: frutas y verduras frescas, cereales de grano entero y ciruelas pasas.</p> <p>2. Limitar la ingesta de alimentos astringentes</p>	<p>Los alimentos ricos en fibra ayudaran a evitar los retortijones y el meteorismo originando una buena eliminación.</p> <p>Los alimentos astringentes provocarán que aumente el</p>

	<p>como: arroz, manzana, productos elaborados con harinas etc.</p> <p>3. Fomentar la ingesta de al menos 2.5 lts de agua al día.</p> <p>4. Valorar las características de las deposiciones intestinales.</p> <p>5. Enseñar al paciente la relación que existe entre la ingesta adecuada de líquidos , fibra y ejercicio</p>	<p>volumen del bolo fecal por lo cual dificultara la defecación.</p> <p>El recomendar 2.5 lts de agua al día ayudara a que el intestino realice su función de absorción de agua y electrolitos y así poder hacer su efecto de espesamiento de las heces para desplazarlas hacia el recto.</p> <p>La valoración de las heces aporta datos para verificar si las intervenciones han dado resultados y si han sido las adecuadas.</p> <p>El ejercicio mantiene el tono de los músculos abdominales y del suelo de la pelvis utilizados en la defecación, los líquidos y la fibra contribuyen a hacer las heces menos duras y tener menos dificultad a la defecación</p>
--	---	--

	<p>6. Enseñar al paciente la importancia de responder inmediatamente al deseo de defecar.</p> <p>.</p> <p>7. Establecer horarios para defecar.</p> <p>8. Explicar que el estreñimiento también puede deberse al estrés.</p> <p>9. Recomendar técnicas de relajación como leer para reducir el estrés.</p>	<p>El no acudir acude al deseo de defecar provocará endurecimiento de las heces por lo tanto presentará dificultad al evacuar.</p> <p>El crear un hábito para la defecación ayudará a tener una eliminación con menos dificultad.</p> <p>El factor psicológico juega un papel muy importante ya que el estar en un ambiente con gran estrés y falta de tiempo provocará que el paciente haga caso omiso de la necesidad de defecar.</p> <p>El estrés siempre origina tensión provocando que haya una disminución en la motilidad intestinal</p>
--	---	---

	<p>10. Estimular a la paciente a verbalizar sus sentimientos y expresar sus emociones.</p>	<p>ocasionando estreñimiento.</p> <p>El compartir y expresar las preocupaciones pueden reducir los sentimientos de la paciente en cuanto a sentirse sola y abrumada por las situaciones estresantes.</p>
--	--	--

Evaluación

Con la ayuda de la dieta rica en fibra y el consumo de agua se consiguió que la paciente evacuara con menor dificultad y por lo menos 4 veces a la semana explicándole que iba a ser de manera gradual hasta lograr seguir un horario para la defecación.

En cuanto al ejercicio se motivo a que la paciente caminara después de las ingestas en el pasillo del hospital para que la comida realizará su digestión y por lo tanto presentar el deseo de defecar y se sugirió que lo realizará en casa Incluyéndolo en su vida cotidiana.

DIAGNÓSTICO 3

Nutrición alterada relacionada con ingesta inadecuada de nutrientes manifestado por falta de apetito y malos hábitos alimenticios.

Fundamentación

La nutrición representa la suma de todas las interacciones entre un organismo y el alimento que consume y los nutrientes son las sustancias orgánicas e inorgánicas que se encuentran en los alimentos y que son necesarias para el funcionamiento del organismo.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
a) El paciente conocerá los tipos de alimentos que puede ingerir así como los que le causen molestias.	<p>1. En colaboración con la dietista se establecerá una dieta diaria que cubra las necesidades calóricas y nutritivas, así como se evitarán alimentos que contengan irritantes, condimentos y que sean poco grasosos.</p> <p>2. Recomendar alimentos de bajo costo y alto poder nutritivo.</p>	<p>La alimentación adecuada controla las molestias y ayuda a mantener un estado óptimo nutricional.</p> <p>En algunas ocasiones el recomendar un plan dietético se lleva mucho dinero, es por</p>

<p>b)Tratará de recuperar su apetito y hará 3 comidas al día con los requerimientos necesarios.</p>	<p>1. Suprimir en la medida de lo posible estímulos nocivos como: dolor y cansancio para evitar la falta de apetito.</p> <p>2. Recomendar a la paciente establecer horarios de comida en casa y trabajo para evitar ayunos prolongados.</p> <p>3. Explicar lo que conlleva el consumo de comida chatarra así como sugerir suplir la comida chatarra por fruta o</p>	<p>esto que no se cumple por lo tanto recomendar alimentos de bajo costo y con el mismo valor nutritivo favorecerá a seguir un plan dietético restringiendo la ingesta de alimentos chatarra.</p> <p>En la medida que se reduzcan los estímulos y se eviten los alimentos que puedan causar dolor contribuirán a estimular el apetito.</p> <p>Cuando trabajamos o estudiamos es difícil coincidir, los horarios de comida establecidos con los horarios laborales de comida lo cual propicia desajustes en ellos.</p> <p>En la actualidad el consumo de comida chatarra ha aumentado considerablemente por la</p>
--	---	---

	verduras.	falta de tiempo o por el costo sin embargo el consumo de este tipo de alimentos puede provocar una ingesta inadecuada de nutrientes.
--	-----------	--

Evaluación

Gracias a las intervenciones antes mencionadas se logro que la paciente conociera y adecuará los alimentos que puede y no consumir a su dieta diaria evitando la aparición de síntomas y el aumento en sus ingestas.

Para evitar el consumo de comida chatarra se explico lo que puede acarrear ingerir este tipo de alimentos y el mantener un ayuno prolongado provocando exacerbar su padecimiento.

DIAGNÓSTICO 4

Trastorno del patrón de sueño relacionado con regurgitaciones nocturnas manifestado por horas insuficientes de sueño y dificultad para conciliar el sueño.

Fundamentación

La regurgitación es un síntoma cardinal del Reflujo Gastroesofágico y esto se debe a que el alimento se retenga antes de una obstrucción del esófago o dentro de un divertículo y posteriormente se regurgiten, lo cual a diferencia del vómito rara vez va precedido de náuseas y con frecuencia se logra sin esfuerzo por lo tanto la inhalación del material regurgitado durante el sueño pueda causar en ocasiones accesos nocturnos de tos y así originar afecciones pulmonares.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
a)Tratar de que el paciente recupere su patrón de sueño habitual.	<ol style="list-style-type: none">1. Establecer y respetar un horario para dormir y descansar.2. Brindar una cama limpia, cómoda y firme.	<p>El establecer un horario ayudará a que el paciente duerma menos de lo previsto y se sienta descansado y satisfecho con el sueño.</p> <p>El sentir que la cama este cómoda y las sábanas limpias promoverá la relajación física y mental</p>

		favoreciendo el sueño.
	3. Desaconsejar las siestas durante el día.	La desincronización de los ciclos sueño / vigilia pueden deberse a siestas cortas a lo largo del periodo de 24 hrs..
	4. Aconsejar el empleo de técnicas de relajación muscular, masajes, música ligera, leche o infusión caliente.	La terapia de relajación contribuirá a reducir la ansiedad que interfiere con el sueño
	5. Evitar toda actividad vigorosa y las ingestas copiosas por lo menos 3 hrs. antes de dormir. <ul style="list-style-type: none"> • Elevar la cabecera de 15-20 cm 	Esto provocará que se presenten por las noches molestias (regurgitaciones) que contribuyan a conciliar el sueño.
	6. Ayudar a la paciente a identificar las preocupaciones estresantes antes de acostarse.	Un exceso de preocupaciones antes de acostarse puede estimular a la paciente a impedir el sueño

Evaluación

Con las intervenciones brindadas se observo a la paciente más descansada además de que lo refirió de manera verbal ha entendido la importancia de reducir las siestas por las tardes y las técnicas que tiene que realizar para manejar su estrés y recomendarle que a la hora de dormir las preocupaciones se acabaron y poder conciliar el sueño.

Sin embargo la paciente esta en proceso de establecer horarios para dormir.

11. PLAN DE ALTA

La paciente regresará a casa y dará continuidad al tratamiento prescrito, así como a las recomendaciones dietéticas.

Se da orientación verbal acerca de las prescripciones medicas y su importancia de llevarlas a cabo, así mismo de la combinación de alimentos a seguir en casa.

Tratamiento Médico

Omeprazol 1 tab. /20 Mg. /12 hrs.

Metoclopramida 1 tab. / 10 Mg. /6 hrs.

Recomendaciones Dietéticas

- ✓ Aumentar el consumo de fibra como: frutas y verduras
- ✓ Aumentar la ingesta de líquidos
- ✓ Aumentar la actividad física como caminar.

Frutas	Verduras
<ul style="list-style-type: none">✓ Ciruela✓ Papaya✓ Dátil✓ Higos✓ Melón✓ Naranjas✓ Guayaba	<ul style="list-style-type: none">✓ Betabel✓ Acelgas✓ Espinacas✓ Verdolagas✓ Papa *un consumo en exceso puede provocar problemas de estreñimiento✓ Zanahoria✓ Poro✓ Camote

12. ANATOMÍA DEL ESÓFAGO

El esófago es la segunda porción del aparato digestivo este es un conducto muscular colapsable que se localiza en plano posterior a la traquea y tiene unos 25 cm de longitud, delimitado por el esfínter esofágico superior que habitualmente esta contraído y cierra el paso de la faringe al esófago. Se inicia en el extremo inferior de la laringofaringe, cruza el mediastino en plano anterior a la columna vertebral, perfora el diafragma en el orificio llamado hiato esofágico y termina en el extremo superior del estómago.

El esófago secreta moco y trasporta los alimentos al estómago. No produce enzimas ni lleva a cabo la absorción. El paso de los alimentos de la laringofaringe al esófago esta regulado en el extremo superior del esófago por un esfínter , el esfínter esofágico superior. En la etapa esofágica de la deglución el proceso llamado peristaltismo desplaza el bolo alimenticio hacia abajo, el moco que secretan las glándulas esofágicas lubrica el bolo y reduce la fricción.

El paso de alimentos sólidos o semisólidos de la boca al estómago tarda de 4 a 8 seg. y el de los alimentos muy blandos y líquidos apenas un segundo, el esófago se angosta levemente como resultado de la contracción sostenida de la muscular en esa parte de dicho órgano. Se trata de un esfínter fisiológico llamado esfínter esofágico inferior el cual se relaja durante la deglución para que el bolo pase del esófago al estómago.

En el Reflujo Gastroesofagico el esfínter esofágico inferior esta disminuido y no se cierra adecuadamente después de que los alimentos entran en el estómago, originando un paso retrogrado del contenido gástrico al esófago.

13. REFLUJO GASTROESOFÁGICO

13.1.1 Concepto

El reflujo gastroesofágico (ERGE) consiste en el paso del contenido gástrico al esófago, a través del esfínter esofágico inferior. El material refluido puede ser contenido del estómago o del intestino

13.1.2 Incidencia

El Reflujo Gastroesofágico es mas frecuente en las personas mayores de 50 años. Se calcula que el 40% de la población general presenta o ha presentado síntomas clínicos del ERGE. Un 5% de los casos presentan episodios diarios de pirosis y un 35- 45% al menos una vez al mes. La lesión esofágica se presenta en el 40-60% de los pacientes con ERGE, y en el 1-2% de los sujetos sometidos a endoscopia por cualquier causa.

Es indudable que el diagnóstico de esta enfermedad se hace mejor en esta época que en el pasado, entre otras cosas por la identificación de los síntomas y por el uso de mejores procedimientos diagnósticos.

13.1.3 Fisiopatología

El Reflujo Gastroesofágico constituye un evento normal, todas las personas tenemos episodios de reflujo posprandial fisiológico y asintomático. Este reflujo se debe en particular a las relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior, las cuales se observan normalmente en todos los sujetos especialmente en el posprandio; se convierte en sintomático cuando es producto de una trasgresión dietética y se convierte en enfermedad cuando es persistente, cuando se presenta en horarios anormales (no relacionados con el posprandio) durante el sueño, el decúbito dorsal o cuando el pH de lo refluido

es anormal, en esos casos el reflujo se hace sintomático y sus consecuencias sobre la mucosa, o su frecuencia que ya afecta la calidad de vida lo convierten en una enfermedad.

Sabemos que una carga de alimentos muy grande, alimentos con alto contenido de grasa, o que estimulan la secreción clorhidropéptica y que retrasan el vaciamiento gástrico son capaces de condicionar reflujo.

En la fisiopatología de esta enfermedad intervienen múltiples factores que se entrecruzan haciendo que el peso específico de alguno de ellos predomine en algún caso en particular o en algún momento de su evolución por lo que en el mismo paciente normalmente se asocian factores dietéticos, anomalías anatómicas, alteraciones funcionales, etc.

Uno de los factores que condicionan al reflujo es la competencia del Esfínter Esofágico Inferior (EEI) que es la parte final del [esófago](#) en su unión con el [estómago](#) y aunque anatómicamente no posee características notables, funcionalmente es el encargado de mantener la presión esofágica a ese nivel, mayor que la presión intra gástrica, impidiendo el paso de contenido gástrico en sentido inverso.

El RGE ocurre cuando el EEI no se cierra correctamente y el contenido de estómago se escapa o refluye, hacia el esófago.

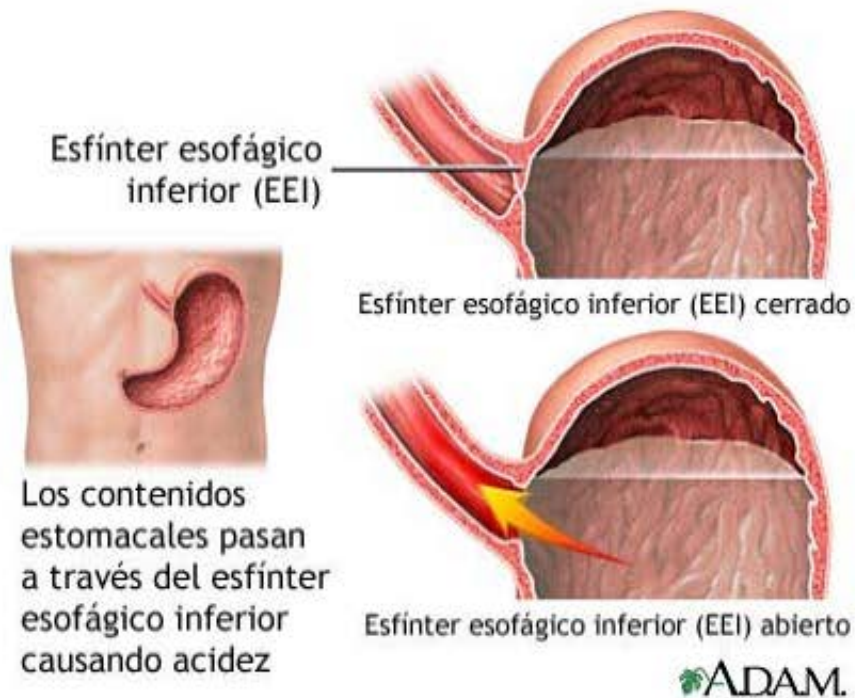
El contenido gástrico es de [pH](#) ácido por lo cual produce la sensación de ardor epigástrico (en la boca del estómago) y si llega a la garganta o boca, tiene un sabor ácido y amargo, síntoma que se denomina [pirosis](#). El ardor y la pirosis son síntomas comunes, pero no necesariamente significan la existencia de un RGE, sólo cuando estos síntomas son reiterativos puede ser considerados en el RGE.

Después de una comida, el EEI sigue estando generalmente cerrado, cuando se relaja, permite que partículas de ácido y/o de alimento refluyan hacia el esófago. De pacientes con RGE, la distensión gástrica inducida experimentalmente aumenta el número de las relajaciones transitorias de LES, que son la causa principal de los episodios del reflujo. En la medida que el número de relajaciones transitorias del EEI aumenta, la frecuencia de los episodios de reflujo aumenta, de tal modo que el tiempo acumulativo de contacto del material ácido con la mucosa esofágica aumenta.

Otro factor que aumenta el tiempo de exposición al ácido del esófago en pacientes con RGE es la peristalsis esofágica ineficaz. Aunque ocurre la peristalsis, la onda generada es ineficaz debido a la amplitud disminuida de las ondas peristálticas secundarias

Los pacientes con reflujo patológico experimentan a menudo muchos episodios de reflujo de corta duración y/o varios episodios prolongados donde el ácido puede permanecer en el esófago por hasta varias horas.

Aunque la duración de la exposición ácida del esófago se correlaciona con la frecuencia de síntomas, y con el grado de severidad de la lesión de la mucosa del esófago, el grado de daño de la mucosa esofágica puede aumentar marcadamente si el pH luminal es menor a 2, o si la pepsina o las sales biliares conjugadas están presentes en el reflujo.



13.1.4 Causas

Son diversas en parte se deben a:

- Relajación del esfínter esofágico inferior. Esto se debe a la alteración de la motilidad del esfínter esofágico inferior por alteración de diversos mediadores
- Aclaramiento esofágico disminuido por:
 1. Disminución de la actividad peristáltica esofágica.
 2. La salivación aumenta (más viscosa y con pH más alto) en caso de Reflujo Gastroesofágico, como mecanismo de defensa. El tabaco, disminuye el aclaramiento esofágico, reduciendo la salivación.

- La mucosa esofágica. No es una mucosa preparada para aguantar el ácido del estómago, por ello se lesiona con facilidad. Trata de defenderse a base de una salivación más intensa.
- Retraso del vaciamiento gástrico.
- Otras causas secundarias de Reflujo Gastroesofágico son:
 1. Embarazo
 2. Estenosis pilórica
 3. Enfermedades respiratorias
 4. Enfermedades sistémicas (colagenosis)
 5. Hernia hiatal

13.1.5 Síntomas

El ERGE desde el punto de vista clínico en la inmensa mayoría de los sujetos, tiene un cuadro muy característico, el síntoma principal es la sensación de quemadura retroesternal llamada pirosis y mencionada por el paciente como “agruras” y el nombre que el paciente le da depende de los factores educativos, culturales y tradicionales, aunque clínicamente la llamada agrura correspondería a un sabor o sensación agria en el cuello, realmente es el mismo síntoma llamado de varias formas; generalmente se acompaña de una sensación de plenitud posprandial confundiendo un síntoma con el otro y siendo difícil para muchos enfermos distinguirlos. Acompañado a este síntoma cardinal, junto con la pirosis se suelen presentar regurgitaciones de alimentos ingeridos unas horas antes y esta regurgitación puede ser expulsada por el paciente otros de los síntomas son:

- Dolor en epigastrio
- La disfagia o dificultad para deglutir alimentos.
- Sequedad de boca.
- Infecciones dentales frecuentes.

- Tos crónica o asma.
- Sangrado oculto por úlceras en la mucosa esofágica.

13.1.6 Diagnóstico

Se realiza una exploración radiológica con contraste, y se toma en diversas posiciones, de pie, tumbado etc. para observar grandes movimientos de líquidos entre las cavidades intestinales y sirve para diagnosticar grandes reflujos.

Otra exploración es la gastroscopia en el cual se utiliza un tubo de luz fría y visión en un monitor mediante el cual se observan las lesiones de la mucosa esofágica y el propio reflujo.

Para saber las características del reflujo se realizan estudios de la pHmetría de 24 horas, lo cual debe diferenciar entre un reflujo normal o patológico.

El reflujo normal ó fisiológico se presenta en episodios de reflujo inferiores a 5 minutos, siendo excepcional encontrar un episodio con una duración superior a 10 minutos. Cuando monitorizamos por pHmetría esofágica a un sujeto normal durante 24 horas el tiempo en el que el pH permanece por debajo de 4 en el esófago es menor de 3,4 %. El reflujo patológico cursa por episodios de reflujo con $\text{pH} < 4$ por mucho tiempo, y de aparición por la noche o en decúbito.

13.1.7 Tratamiento

El principal objetivo del tratamiento médico es la resolución de los síntomas y consecuencias derivadas del contenido gástrico refluído sobre la

mucosa del esófago, lo que significa minimizar o eliminar el reflujo gastroesofágico.

Los puntos mas importantes serían:

- a. Eliminar los síntomas
- b. Resolver la esofagitis si esta presente
- c. Prevenir las complicaciones
- d. Mantener la remisión

Para la mayoría de los pacientes, la solución de los síntomas podrá ser lo más importante, sin embargo se debe corregir el problema a fondo para evitar las complicaciones como Estenosis péptica o Esófago de Barrett

El abordaje terapéutico puede ser dividido en 3 fases:

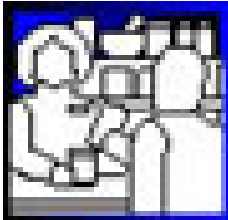
1. Cambios en el estilo de vida y medidas generales
2. Tratamiento farmacológico
3. Cirugía



Cambios de estilo de vida

- Dieta y reducción de peso, en caso de obesidad.
- Subir la cabecera de la cama 3 a 8 cm.
- Cenar o tomar cualquier comida 3 ó 4 horas antes de dormir

- Evitar ciertos alimentos que relajan el esfínter esofágico inferior, cafeína, alcohol, tabaco, especias, chocolate etc.



Medicación

- Se usan los antiH₂, que disminuyen la acción de la histamina sobre las células gástricas y por ello disminuyen la acidez gástrica como son: Cimetidina, ranitidina, famotidina.
- Inhibidores de la bomba de protones, que secan la producción de ácidos en el estómago. Omeprazol, lansoprazol.
- Estimuladores de la motilidad del esfínter esofágico. Metaclopramida y urecholine.

Tratamiento Endoscópico intervencionista

Se utiliza para la dilatación de las zonas estenóticas, existen varios tipos como: Los dilatadores de oliva, los dilatadores de Hurst, (sondas de caucho con la punta rellena de plomo o tungsteno) ambos procedimientos se realizan sin visualización directa, dilataciones neumáticas o con dilatadores de Savary que se realizan bajo guía o visión directa transendoscópica. Últimamente se ha propuesto la ablación transendoscópica del epitelio metaplásico utilizando argón o láser.



Tratamiento Quirúrgico

Se realiza para síntomas incontrolados o por complicaciones de esofagitis de Barret., principalmente trata de corregir las hernias (de deslizamiento) de hiato, devolviendo el estómago a la cavidad abdominal y cerrando el paso por el diafragma para que no vuelva a ocurrir.

13.1.8 Complicaciones

Cuando el grado de reflujo es muy prolongado o es muy severo, es capaz de producir complicaciones que pueden ser muy graves, inicialmente el paciente con reflujo tiene fenómenos inflamatorios en la mucosa o esofagitis; quiere decir que la historia natural de la enfermedad implica una enfermedad por reflujo no erosiva que se convierte en una esofagitis con erosiones, después de las erosiones los siguientes cambios pueden ser considerados complicaciones; al paso del tiempo se presentan estas complicaciones entre las que se cuenta inicialmente con:

- Úlcera del esófago, lo que clínicamente produce dolor intenso con la deglución, irradiado al dorso y puede iniciarse la disfagia.
- Estenosis esofágica esta inicia con odinofagia, posteriormente y de manera paulatina aparece una disfagia de tipo mecánico pudiendo llegar a la afagia en estos casos el paciente sufre de hipersalivación.
- Anemia crónica esta puede deberse a varias causas lo más común corresponde a hemorragia oculta debida a las erosiones de la esofagitis, también es posible que la mucosa del estómago se prolapse dentro del

esófago y que se lesione condicionando a hemorragias ocultas o que el sujeto limita la ingesta de algunos alimentos por lo que el aporte de hierro no es el adecuado.

- Esófago de Barrett

Complicaciones Extradigestivas

- Aspiración pulmonar
- Faringitis crónica

14. CONCLUSIONES

La responsabilidad del profesional de enfermería es de gran importancia en la practica diaria. Las acciones de Enfermería como promoción, protección y recuperación de la salud forman parte de nuestro quehacer cotidiano.

Después de aplicar el Modelo de Virginia Henderson y utilizarlo en forma practica en la atención de mi paciente me ayudo a proporcionarle los cuidados necesarios cumpliendo con mis objetivos establecidos no en el 100% pero si en un 80%.

Con los cuidados ofrecidos percibí un cambio en la paciente ya que cuando empecé a trabajar con ella no tenia idea de lo que era su enfermedad y cuales eran las causas sin embargo con el paso del tiempo se logro que la paciente comprendiera su enfermedad y modificara algunas cosas de su vida cotidiana que le perjudicaban

Con el apoyo de la información obtenida, la taxonomía de la NANDA y el modelo elegido me permitieron detectar las necesidades alteradas y las demandas de atención y así establecer diagnósticos que fue una de las etapas que más se me dificultaron.

El aplicar el Proceso de Atención Enfermería (PAE) y utilizar el modelo me produjo un cambio sobre el concepto que tenia de él ya que durante la formación académica lo consideré como algo complicado y tedioso sin embargo el implementarlo de una manera cuidadosa y sistematizada logro que tuviera otra concepción.

15. BIBLIOGRAFÍA

Bernal F., Barrera A. , **PAC Gastroenterología**, México D.F., Ed. Intersistemas Editores, 2003.

D. Palmer E. , Soto R. A. , **Manual de Gastroenterología Clínica**, México Ed. Manual Moderno, 1978

Douglas M., Heuman. A. , Scott M, **Gastroenterología**, México, Ed. Mc Graw Hill Interamericana, 1977.

Donahue M. P. , **Historia de la Enfermería**, México , Ed. Doyma, 1988.

Francoise C. M., **Promover la Vida**, España, Ed. Mc Graw Hill Interamericana, 1993.

García G. M. A. , **El Proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson**, México , Ed. Progreso, 1997.

García M. C. , Martínez M. M. , **Historia de la enfermería**, Madrid, Ed. Harcourt, 2001.

H. Yura, Walsh M.B. , **El proceso de Enfermería**, España, Alambra, 1982.

<http://imbiomed.com.mx/Juarez/Juv63n4/espanol/Wju64-13.htm>

http://perso.wanadaoo.es/anioerte_nic/apun_histor_enfermer1.htm

<http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>

<http://tuotromedico.com/temas/reflujo.htm>

<http://tone.udea.edu.co/revista/sep2001/enf.%20mexico.htm>

[http://usuarios.1ycos.es/aficionada1/historia de la enfermería.htm](http://usuarios.1ycos.es/aficionada1/historia%20de%20la%20enfermeria.htm)

Jamieson E. M., ***Historia de la Enfermería***, 6° edición, México, Ed. Interamericana, 1986.

James S. P., ***Virginia Henderson***; Los primeros noventa años, Barcelona, Ed. Masson, 1996.

Luckman J., ***Cuidados de Enfermería***, 4° edición , México , Ed. Mc Graw Hill , 2000.

Luis R. T. , ***Los Diagnósticos Enfermeros***, 7° edición , España, Ed. Masson, 2006.

Marriner T. A. , Raile A. M., ***Modelos y Teorías de enfermería***, 4 edición España , Ed. Harcourt Brace, 1999.

Martín A. L. , ***Gastroenterología***, 5° edición, México, Ed. Cervantes, 1991.

Nettina S., ***Enfermería Practica de Lippincott***, 6° edición , Ed. Mc Graw Hill , 1999.

Rayón E., ***Manual de Enfermería***, , México , Ed. Síntesis Editorial 2001.

Sanfeliu C. V. , Verdura A. T. , **Problemas Gastrointestinales**, 2° edición,
Barcelona , Ed. Masson, 1999

W. Griffith J., Christensen P. , **Proceso de Atención Enfermería**, México Ed.
Manual Moderno, 1993.