

00921
134

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UN ADULTO JOVEN CON
DÉFICIT DEL PATRÓN RESPIRATORIO**

Que para obtener el título de
Licenciada en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

María Pastora Peraza Gómez
No. de Cuenta: 098611580

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



ESCUELA DE ADULTOS ESCOLARES

Asesor del trabajo
Lic. en Enf. Ma. Aurora García Piña



Yucatán, Mérida, 2003

A



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.

LA ORACIÓN DE LA MAESTRA

(FRAGMENTO)

Señor tu que enseñaste, perdona que yo enseñe; que lleve el nombre de maestra que tu llevaste en la tierra.

Dame el amor único de mi escuela, que ni la quemadura de la belleza sea capaz de robarle mi ternura de todos los instantes.

Maestro, hazme perdurable el fervor pasajero, el desencanto, arranca de mi este impuro deseo de justicia que aun me turba, la mezquina insinuación de protesta que sube de mí cuando me hieren.

Que no me duela la incompreensión ni me entristezca el olvido de las que enseñé.

Dame el ser más madre que las madres, para poder amar y entender como ellas, lo que no escarne de mis carnes. Dame alcance a hacer de una de mis niñas mi verso perfecto y a dejarle en ella clavada mi más penetrante melodía, para cuando mis labios no canten más.

Gabriela Mistral.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A DIOS:

Le doy gracias por haberme dado la salud
e inteligencia para continuar hacia delante.

A MI MADRE (t):

Que desde donde se encuentre siempre
me cuida, como un ángel, guía mis pasos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MIS HERMANOS:

Que siempre me han apoyado en todo, para
continuar adelante con mis estudios, para
así forjarme una meta.

A MIS COMPAÑERAS GENY Y
ESPERANZA:

Por su empeño y tenacidad, porque
siempre nos llevaron a alcanzar el sueño
más grande, el de graduarnos. Gracias.

INDICE

1. Introducción.....	4
2. Justificación.....	6
3. Objetivo.....	7
4. Metodología.....	9
5. Marco teórico.....	11
5.1. Los orígenes de la enfermería.....	11
5.2. Definición de la enfermería.....	22
5.3. Definición de modelo de Virginia Henderson.....	23
5.4. Conceptos básicos del metaparadigma de enfermería... ..	24
5.5. Definición del proceso de enfermería y etapas.....	25
5.6. Etapas de crecimiento y desarrollo del adulto joven. . .	29
6. Presentación del caso	34
7. Desarrollo del proceso	35
8. Conclusiones.....	71
9. Sugerencias	73
10. Referencias bibliográficas.....	74
11. Anexos.....	76

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.- Introducción

La insuficiencia respiratoria es un trastorno del intercambio gaseoso entre el área ambiental y la sangre y puede llegar a amenazar la vida del enfermo y se caracteriza por la hipoxemia y la hiperventilación que afecta al alveolo o los tejidos intersticiales de los lóbulos pulmonares como el edema alveolar, el enfisema, las infecciones fúngicas, la leucemia, la neumonía lobar, el carcinoma pulmonar, diversas neomonicosis, la eosinofilia pulmonar, la sarcoidosis o la tuberculosis. Uno de los objetivos de la enfermera profesional es saber distinguir y prevenir las complicaciones en los pacientes con dificultades respiratorias y proporcionar una atención de enfermería con calidad para disminuir el riesgo de daño a la salud y así fomentar el autocuidado.

Se estructura el marco teórico, donde se conceptualiza el proceso de atención de enfermería, así como se presentan los conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson.

Para la aplicación del proceso se realiza la valoración clínica apoyado en el instrumento de valoración, mismo que esta contenido en el anexo, posteriormente se estructuran los diagnósticos de enfermería basados en la etiqueta diagnóstica de la NANDA (North American Nursin Diagnostic Asociation), incluyendo el formato P+E+S (problema, etiología, signos y síntomas) con lo que se puede realizar la



planeación de intervenciones de enfermería, con base a las necesidades dependientes y así mismo elaborar los objetivos correspondientes.

En la etapa de ejecución se hace referencia de cómo son las intervenciones del Licenciado de enfermería y como se llevan a cabo las acciones planificadas durante su estancia en el hospital. La evaluación se lleva a cabo valorando si se alcanzaron o no los objetivos establecidos, también se presentan las conclusiones que se llegaron a realizar en el proceso de atención de enfermería. Si se presentan algunas sugerencias se incluyen las bibliografías empleadas durante la elaboración del presente trabajo y por ultimo se presenta el anexo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.- Justificación.

El presente trabajo además de ser una opción de titulación para el Licenciado en Enfermería y Obstetricia, con el también se pretende entre otras cosas destacar las intervenciones de enfermería con bases científicas para una atención profesional en todos los conceptos, por lo cual realizo este proceso para poder ayudar al cliente con este padecimiento. Cabe mencionar que entre otra razón para desarrollar dicho proceso, es que en mi centro de trabajo tengo contacto con pacientes enfermos con déficit de la respiración.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.- Objetivos

3.1. Objetivo general.

Desarrollar un proceso de atención de enfermería a un cliente adulto mayor con déficit de la respiración, llevado a cabo de abril a junio del 2003 en el Hospital General Núm. 12 Licenciado Benito Juárez, con base al modelo de Virginia Henderson, con la finalidad de aplicar los conocimientos y habilidades adquiridas durante la formación profesional, para proporcionar cuidados de enfermería personalizados y presentar el examen profesional.

3.2. Objetivos Específicos

- Aplicar los conocimientos teóricos, prácticos y metodológicos adquiridos durante el proceso de aprendizaje, logrando con esto que el cliente coopere para la realización del proceso.
- Integrar los conocimientos académicos obtenidos durante la formación profesional para la aplicación del proceso de atención de enfermería. Fomentar sobre su estado de salud para lograr su autocuidado personal.
- Lograr que el cliente comprenda como desenvolverse por sí solo durante su estancia hospitalaria.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Realizar una guía científica para cubrir las necesidades de los clientes con déficit de la respiración teniendo con eso una relación profesional entre paciente y enfermera, para proporcionar una atención con calidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.- Metodología

Por medio de un seminario de procesos de atención de enfermería, el cual tiene una duración de 48 horas, durante un periodo comprendido del 3 de abril al 21 de junio del 2003. - La metodología empleada fue dividir en tres etapas el proceso de trabajo, primero la revisión bibliográfica para la construcción del marco teórico; segundo la elección de la persona, y por último aplicar el proceso de enfermería de la siguiente manera. En la etapa de valoración se realizan las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson, llevándose a cabo la exploración física por medio de la palpación, auscultación, observación y percusión con material y equipo de la institución del Hospital General Núm. 12 Licenciado Benito Juárez con auxilio y material de equipo propio, identificando el grado de dependencia de las necesidades básicas donde se estableció el diagnóstico de enfermería basados en la American Nursin, de acuerdo a la jerarquización de los problemas de salud se resolvieron los mismos, estableciéndolos y a la vez los diagnósticos, planeando las intervenciones de enfermería, llevándose acabo la exploración, se implanta las intervenciones de enfermería apoyándose con el cliente en todas las actividades que contribuyan a mejorar su estado de salud, llevándose la evaluación, obteniendo los objetivos planeados para realizar la trascripción de las intervenciones para la presentación formal del proceso de enfermería, contándose con esto los

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

recursos humanos del personal multidisciplinario de este hospital,
llevándose a cabo un seminario.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5. Marco Teórico.

5.1 Los orígenes de la enfermería

El impulso de la enfermería.

Según M. Patricia Donahue ¹, a veces resulta difícil distinguir la enfermería de la medicina en este proceso evolutivo, ya que ambas disciplinas están ligadas, aun cuando algunos opinan que la enfermería nació con Florence Nigtingales en realidad es tan antigua como la medicina, se ha puesto de manifiesto a lo largo de la historia y ha producido una interrelación singular. En ciertas épocas, como en la era hipocrática, la medicina racional se ejerció sin la presencia de la enfermería mientras que en otras se practicó sin el concurso de la medicina racional. Según Davidson (1943) quien identifica cuatro ciclos principales de la medicina (preventiva, renacimiento, farmacia y moderna) la enfermería se planteo de forma adecuada en tres de ellos. Davidson sostiene que la enfermería debe ser reconocida como la piedra angular de la medicina. Sin duda la madre-enfermera precedió al mago-sacerdote o al curandero.

A la enfermería se le ha denominado la más antigua de las artes y la mas joven de las profesiones, ha sido un movimiento partícipe de las culturas en las que ha ido en desarrollo.

¹ M. Patricia Donahue. "Historia de Enfermería" edit. Interamericana, 1993.

La historia de la enfermería ha sido una historia de frustración, ignorancia e incompreensión; una gran epopeya, llena de gracia, triunfo, romances y aventuras.

La génesis de la enfermería, una parte considerable del contenido aborda la historia de esta época, como la historia de la mujer. La enfermería es el espejo en el que se refleja la situación de la mujer a través de los tiempos. (Robinson, 1946, Pág. VII) periodos donde la mujer estuvo confinada al hogar por imposiciones sociales y sus energías se dirigieron exclusivamente a la vida familiar, la enfermería debió adoptar un carácter de arte domestico. Los deberes de la mujer, su grado de independendencia económica, su libertad fuera de la familia y otros factores han tenido una influencia en el progreso de la enfermería. En ultimo extremo, las exigencias globales de la enfermería resultarian incomprensibles sin la formación y el conocimiento de las condiciones sociales y de las necesidades del momento. A lo largo de la historia el desarrollo de la enfermeria se ha relacionado estrechamente con la evolución de la palabra.

La enfermería tiene su origen en el cuidado materno de los niños indefensos, en consecuencia tiene que haber coexistido desde los tiempos más remotos.

La palabra nurse también se ha utilizado como verbo, cuyas raíces entroncan con el vocablo latino en este caso la palabra latina

se transfiere al francés como *nourir*. Actualmente *nurse* continúa aplicándose más funciones relacionadas con el cuidado de toda la humanidad. Entre los significados del nombre, hacia el siglo XVI figuraba el de una persona, generalmente una mujer que atender a los enfermos o se ocupa de ellos.

Esto responde a dos tipos de asistentes que aparecieron pronto en algunas casas: enfermeras de niños y enfermeras de enfermos, la última se estrecha más con el arte de curar. Sin embargo, el carácter atemporal de la enfermería no incluye sexo. Las personas, ambos sexos, poseen tendencias naturales a responder frente al desamparo o a la vida amenazada por el mal o la enfermedad.

El papel de la enfermera fue tan amplio como el de madre, cuya función biológica incluía el amamantamiento de los recién nacidos. En los tiempos antiguos las mujeres cuidaban de sus familias pero a medida que se fue ampliando el concepto de enfermería también se ocuparon de los miembros de la tribu, la enfermería comienza a ejercerse fuera del hogar.

La profesión de enfermería ha ido evolucionando a través de los tiempos, todavía no ha alcanzado su plena madurez. Continúa creciendo y desarrollándose a fin de incluir esferas más amplias del servicio y la práctica profesional y aumentar sus responsabilidades.

En los albores de su historia la enfermería puede considerarse como una forma embrionaria de servicio a la comunidad. El amor y el interés por la familia y la tribu se extendieron a los vecinos y a los desconocidos. La enfermera asumió funciones asociadas a las asistentes sociales. Históricamente, la enfermera y el asistente social eran una sola persona, las enfermeras siguieron siendo de alguna manera asistentes sociales en lucha constante. El curandero se ocupa de la ciencia y los procedimientos ocultos aunque era una autoridad en medicina popular. En la mayoría de los casos el problema no radicaba en darle nombre a la enfermedad sino en encontrarle un remedio. La evolución de estas funciones dio lugar a la magia. Estas prácticas se organizaban en ceremonias de carácter ritual que acabaron por adoptar un tono religioso. Las aportaciones rudimentarias iniciales a la enfermería probablemente dieron lugar a las costumbres de cada grupo o tribu. Las sociedades primitivas sembraron la semilla de la higiene, el sanamiento y la salud pública, así como la medicina y la cirugía, psiquiatría, obstetricia, enfermería y otras ramas de las artes de la curación.

En el periodo que se conoce como bajo Edad Media que supuso el fin de la época oscura, entraron en acción un cúmulo de fuerzas interactivas y como resultado la sociedad nunca volvería a ser la misma. Esta etapa de la historia se caracterizó por grandes

movimientos. Fue un tiempo en el que se realizaron progresos sorprendentes como en las artes y la escritura, fuertemente respaldadas por la invención de la imprenta.

En ciertos aspectos estuvo marcado por el optimismo y entusiasmo, el cual se derrumba casi V siglos después a causa de las guerras, las plagas, el hambre y la inestabilidad.

El comercio promovió el desarrollo de ciudades de clase media, de mercaderes, banqueros y tenderos; surgieron los artesanos y alcanzaron la misma riqueza y poder que los señores de la tierra.

Se reaviva la cultura, la educación universitaria se convirtió en privilegio de la clase media. Según San Agustín, la vida del cuerpo carecía de importancia, excepto en que era una oportunidad para que el alma encontrara la unidad con Dios. La enfermería experimenta la influencia de estos acontecimientos, pues las condiciones en que vivían y la propagación de las enfermedades crearon nuevos tipos de órdenes para el cuidado de los enfermos. La distribución de las ciudades determinó que la enfermería saliera nuevamente a los domicilios. Las personas atraídas por la enfermería procedían de niveles intelectuales y sociales elevados. Numerosos hombres se hicieron enfermeros y el ideal militar de disciplina y orden se tradujo en la enfermería. Diversos enfermeros de la época alcanzaron la sanidad y varios de ellos fueron ampliamente honrados y venerados

hasta la década de 1940, probablemente se inspiraban en el esquema de los artesanos. Por desgracia este sistema no fomentaba un proceso de educación, sino que, hacia hincapié en el aspecto de servicio, lo que impidió el progreso de la enfermería durante muchas décadas.

Desde sus principios la enfermería estuvo comprometida con este movimiento social incluso en aquellas etapas en que sus cuidados formaron parte de la práctica de los curanderos, sacerdotes, adivinas y comadronas. El servicio a la comunidad se incorpora a una concepción básica de la enfermería en la que incluía la salud y la enfermedad. Estas raíces de la salud pública se convierten en el papel de la enfermería en el se alcanzaron los objetivos. Las ramas públicas crecen como prolongaciones de la enfermería. Las enfermeras domiciliarias, las enfermeras escolares, las enfermeras de salud pública, las instituciones de enfermería y otras facetas del servicio a la comunidad nacieron para convertirse de por vida en un componente vital e imprescindible de la enfermería, algunas ideas relacionadas con el tratamiento médico y los cuidados de enfermería se adquirieron a través de la observación de los animales. En tales situaciones se ha combinado con otras formas de ayuda caritativa y humanitaria. Durante largos periodos, la enfermería fue considerada como un llamado a los que podían acudir, es decir, únicamente a aquellos que eran capaces de renunciar al mundo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En el siglo XVI se reconocía la enfermería dentro de la propia iglesia. Se fundaron más de cien órdenes de mujeres con el fin específico de ejercer la enfermería.

Dorotea Dix fue la pionera de la enfermería, era más una ocupación religiosa que intelectual, el progreso científico se consideraba innecesario. Resultaba imposible convencer a personas inteligentes de que se dedicaran a la enfermería en los malolientes hospitales.

En la segunda mitad del siglo, en el periodo comprendido entre 1500 y 1860, la enfermería vivió su peor momento, el periodo oscuro de la enfermería. Las enfermeras eran reclutadas de las presas y los estatus bajos de la sociedad. La necesidad de enfermeras era grande, sin embargo, según Hale esta necesidad también suponía un programa bien elaborado que generara "enfermeras profesionales". Su consejo fue seguido y comenzaron a generarse escuelas de enfermeras.

En 1839 Wald persuadió a una compañera de clase, Mary Brewster, para que fuera a vivir y trabajar con ella en un suburbio. Las dos enfermeras comenzaron a llevar a cabo cualquier tarea de enfermería o labor social que cayera en sus manos. La casa Henry se convirtió en el servicio de enfermeras visitadoras de la calle Henry, que con el tiempo abarcó su servicio de enfermería, labor social y un programa organizado. Antes de partir a Crimea, Florence Nightingale

hizo la promesa a los soldados muertos de seguir luchando por su causa. Tras cinco años de lucha incansable por la reforma, sus esfuerzos se vieron recompensados ya que surgieron directrices sanitarias, lo que conllevó al desarrollo de un código sanitario para el ejército, creándose la Escuela de Medicina Militar. Florence Nightingale ejerció una influencia similar sobre la administración británica en la India.

Florence Nightingale desarrolló el primer programa organizado de formación para enfermeras "La Nightingale Training School for Nurses", el cual se inauguró en 1860. El objetivo de la Escuela Nightingale era preparar enfermeras de hospital, enfermeras de distrito para los enfermos pobres y enfermeras capacitadas para formar otras. Esta escuela fue de gran importancia para la enfermería, ya que sirvió de modelo para otras escuelas. Tras fundar la escuela, Miss Nightingale vivió aun otros cincuenta años hasta la edad de noventa, muriendo en agosto de 1910. La línea divisoria entre la vieja y la nueva enfermería es la demarcación entre la enfermera pre-nightingale y la enfermera nightingale. De la misma forma en que Hipócrates (460-370 A.C.) fue el padre de la medicina, Florence Nightingale (1820-1910) fue la fundadora de la enfermería.

La enfermería organizada es un arte reciente, Nightingale modeló una nueva profesión extraída de siglos de la maldición de no

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

poder encontrar su trabajo; Florence Nightingale dio a la mujer la bendita tarea de la enfermería formada para la humanidad. La experiencia de la guerra puso de manifiesto la inadecuada preparación de la enfermería. Así despertó el interés por la enfermería, a la imagen de enfermería. Dos cuentos indican este desarrollo potencial de la formación de enfermería. El primero fue escrito por médicos, el segundo apareció como artículo editorial en una revista femenina.

En 1869 el Dr. Samuel D. Gross (1805-1884) presidente del Comité para formación de enfermeras, presentó su informe de cómo organizar, dirigir las instituciones, para la preparación de enfermeras. El comité planeó las siguientes propuestas:

1.- Cada hospital grande y bien organizado debería tener su escuela de formación de enfermeras. En 1957 Nuttin y Dock dedicaron todo el capítulo de su historia de enfermería al origen y desarrollo de las mismas y al modelo de servicio de enfermería.

Para comienzos del nuevo siglo concluye el período de prueba, las escuelas de formación como las enfermeras graduadas se reorganizaron y fueron aceptados por los hospitales, la nueva medicina y el público en general. Esta revolución de la enfermería combinado con los nuevos avances en la cirugía y la ciencia de la salud. Era la enfermería la que hacia posible estos descubrimientos. Pronto se hizo evidente que era indispensable para el funcionamiento

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de un hospital. En consecuencia, las líderes de enfermería comenzaron a organizarse, se aglutinaron para defender los niveles de enseñanza, establecer controles legales que impidieron la expansión de escuelas mediocres. Se ha calificado al siglo XX como "el siglo de la conciencia social". Los esfuerzos sociales iniciaron en el siglo XIX, se hicieron realidad con el desarrollo de diversas instituciones y asociaciones sociales, dando lugar a los cuidados de salud y enfermería. Este movimiento se mantuvo durante siete años, estimuló la creación de centros de salud prenatal, para lactantes y escolares.

Lilian Wald es considerada como la fundadora de la salud pública y transformadora (Robinson 1946). Creó un sistema por el cual los pacientes tenían acceso directo con las enfermeras. Miss Nightingale hacía sus rondas nocturnas con su famosa lámpara.

Longfellow inmortalizó a ésta como "dama con una lámpara" en su poema en 1857. Miss Nightingale cruzó el mar de Crimea, en donde había dos hospitales militares. Lugar en donde contrajo la "fiebre de Crimea", que la llevó al borde de la muerte. Miss Nightingale regresó a Inglaterra en 1856. Cuatro meses después de la guerra de Crimea surgieron dos figuras heroicas: el soldado y la enfermera. La transformación fue obra de Miss Nightingale. Nunca más se consideró al soldado como bruto, borracho, sino que ya fue considerado como

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

un motivo de orgullo. La imagen de la enfermera Miss Nightingale lo sella con su propia imagen.

Las primeras palabras que se publicaron acerca de la licenciatura para enfermeras, fueron de un médico. En 1860 escribió que las enfermeras deberían poseer una certificación unificada seguido por un programa de estudios reconocidos.

En 1887 se aprobó la primera ley de certificación para enfermeras en la Colonia del Cabo en Sudáfrica.

En 1919 mantenía un déficit de campaña. Hasta 1919 tras una contienda de treinta años las enfermeras ven truncar sus esfuerzos. En 1901 Nueva Zelanda aprobó la certificación de enfermeras, que fue la primera regulación verdadera. En 1914 se habían aprobado leyes similares en otros cinco países. Veinte años después la legislación de enfermería se había implantado en 48 estados.

En 1900 la enfermería ejerce presión para mejorar las escuelas de enfermería. Las organizaciones, las fundaciones, los comités y grupos hospitalarios comenzaron a realizar investigaciones y estudios sobre las enfermeras y la enfermería.

A partir de estos cuidados, es de suma importancia conocer lo que somos y representamos como disciplina.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5.2. Definición de enfermería.

Enfermería es el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual la enfermera junto con la persona beneficiaria de estos cuidados, identifican metas comunes para realizar y mantener la salud.²

Conceptualización de enfermería.

Diferenciaremos en general a la enfermería como una profesión orientada a cuidar en contraste con otras disciplinas de salud orientadas a curar. Cuidado descrito como la esencia de enfermería.

Importancia de la filosofía para la enfermería.

Estimamos que la enfermería debe preparar enfermeras que tengan una visión de su profesión como disciplina científica, que se preocupen por el bien fundamental de la humanidad que posean un sistema de creencias que revele su firmeza ética.

Los aspectos de la filosofía que son esenciales para la práctica de la profesión de enfermería son cinco: la lógica, ontológica, cosmología, filosofía, ética o filosofía moral.

² L.S. Pacheco Arce, Ana Laura Lavin. Antología. ENEO-UNAM. Sociedad, Salud y Enfermería. Pág. 234-235. 1998.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5.3. Definición del modelo de Virginia Henderson

Virginia Henderson ha hecho grandes contribuciones a la enfermería en mas de sesenta años de servicio, como enfermera, profesora, autora e investigadora. Ha publicado obras. Su definición de la enfermería apareció por primera vez en 1955. Henderson indica que la única función de la enfermera es atender al individuo enfermo o sano y a las actividades que contribuyan a su recuperación o a una muerte tranquila, ayudando a conseguir su independencia lo más pronto posible³.

En the Nautre of Nursing, señala las catorce necesidades básicas de los pacientes, que constituyen los elementos de atención de la enfermería: 1) respiración, 2) alimentación, 3) eliminación, 4) movimientos, 5) reposo, 6) vestido, 7) temperatura corporal, 8) limpieza corporal, 9) seguridad del entorno, 10) comunicación, 11) religión, 12) trabajo, 13) ocio y 14) aprendizaje.

Henderson identifica tres niveles en relación enfermera-paciente, en las que la enfermera es: 1) sustituto de alguien importante para el paciente, 2) una ayuda para el paciente y 3) un compañero.

Henderson dice que la enfermera necesita introducirse en la piel de cada uno de sus pacientes para saber lo que necesita. Cree que

³ Fernández Ferrin Carmen, Procesos de Enfermería. Pág. 82-83.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

muchas de las funciones de las enfermeras y médicos es interdependientes con la de otras profesiones de la salud.

5.4. Conceptos básicos del metaparadigma de la enfermería.

PERSONA. Es considerada por Henderson como un individuo que necesita asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia o para morir con tranquilidad. La persona y la familia son considerada como una unidad

- se ve influenciada tanto por el cuerpo como por la mente
- tiene unas necesidades básicas o reales de supervivencia.
- Necesita fuerza de voluntad o conocimientos para lleva a cabo las actividades necesarias para llevar una vida sana.
- Las catorce necesidades referidas en la página 20.

ENTORNO. Henderson no lo define explícitamente, pero manifiesta que implica la relación que uno comparte con su familia, el cual puede afectar a la salud, los factores personales (edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia) y los factores físicos (aire, temperatura) desempeñan un papel en el bienestar de la persona.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SALUD.- Se refiere a la capacidad del individuo para funcionar con independencia con relación a las 14 necesidades básicas. Es una cualidad de la vida básica para funcionamiento humano.

ENFERMERIA. Henderson lo define como la asistencia fundamental al individuo enfermo o sano para que lleve a cabo actividades que contribuyan a la salud, a una muerte tranquila. La persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento, llevara a cabo estas actividades sin ayuda. Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, esta opinión pionera, que consideraba el programa de Licenciatura como el entrenamiento básico para las enfermeras, no fue adoptado por la American Nurses Association hasta 1965. Ayuda al paciente a satisfacer las catorce necesidades básicas a través de la relación enfermera-paciente; Henderson identifica tres niveles de función en la enfermera: sustituta (compensa lo que le falta al paciente), ayudante (establece las intervenciones clínicas) o compañera (fomenta una relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud).

5. 5. Definición del proceso de enfermería y sus etapas.

El proceso de atención de enfermería tiene sus orígenes cuando por primera vez fue considerado un proceso, esto ocurrió con May

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

(1955), Jonson (1959), Orlando (1961) y Wiedendach (1963) estos consideraron un proceso de tres etapas: (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967) establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y otros autores establecieron cinco etapas al añadir la etapa diagnóstica.⁴

En muchos países la aplicación del proceso es un requisito para el ejercicio de la enfermería profesional.

¿Qué es el proceso enfermero?

Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente (Alfaro 1999:4)

¿Cuáles son las características?

Métodos de los pasos mentales a seguir por la enfermera. Es sistemático porque esta conformado por cinco etapas (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación). Es humanista por considerar al hombre un ser holístico. Es intencionado porque se centra en el logro de objetivos. Es dinámico por estar sometido a constantes cambios. Es flexible porque puede aplicarse en los diversos

⁴ P.W. Iyer, "Procesos y Diagnósticos de Enfermería". 3ª. edición. Pág. 9-13. Interamericana. 1997.

contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería. Es interactivo por requerir de la interrelación humana.

El proceso de enfermería consta de cinco fases sucesivas interrelacionadas:

5.5.1 Valoración. Es la primera fase del proceso de enfermería, sus actividades se centran en la obtención relacionada con el cliente, la familia o la comunidad, con el fin de identificar las necesidades o problemas. Los datos se recogen de forma sistemática, utilizando la exploración física, la entrevista y otras fuentes.

5.5.2 Diagnóstico. Durante esta fase se analiza e interpreta de forma crítica los datos reunidos durante la valoración. Se extraen conclusiones y respuestas humanas del cliente. Se identifican los diagnósticos de enfermería que proporcionan un foco central para el resto de las fases. Se diseña un plan de cuidados basado en el diagnóstico de enfermería.

5.5.3 Planificación. En la fase de planificación se desarrollan estrategias para corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería. La fase de planificación consta de varias etapas:

1.- Establecimiento de prioridades para los problemas diagnosticados.

- 2.- Fijar resultados con el cliente para reducir los problemas.
- 3.- Escribir las actuaciones de enfermería que conducirán a los resultados.
- 4.- Registro de los diagnósticos de enfermería, de los resultados y de las actuaciones de enfermería de forma organizada en el plan de cuidados.

5.5.4 Ejecución. Es el inicio y terminación de las acciones necesarias para seguir los resultados definidos en la etapa de planificación. Consiste en la comunicación del plan a todos los que participan en la atención del cliente. El plan de cuidados se utiliza como guía. El profesional de enfermería continuara recogiendo datos relacionados con la situación del cliente dentro de la historia de enfermería. Esta situación verifica que el plan de cuidados se ha llevado a cabo y pueda utilizarse para evaluación del plan.

5.5.5 Evaluación. Es la última fase del proceso de enfermería. Consiste en la evaluación de las medidas en que se han conseguido los objetivos de la atención. El profesional de enfermería evalúa el progreso del cliente, establece medidas correctoras y revisa el plan de cuidados de enfermería.

5.6. Etapas de crecimiento y desarrollo del adulto joven.

Adulto joven.

CONCEPTO: Edad adulta es la etapa en el cual los individuos han adquirido todo su crecimiento físico, un gran desenvolvimiento social y emocional, un grado mayor de desarrollo, de autorrealización, de confianza en sí mismo, en su capacidad de tomar decisiones gozando de más independencia y manteniendo intimidad consigo mismo y con otras personas. La edad adulta se clasifica en dos etapas, se distinguen características y aspectos especiales:

- a) Adulto joven.
- b) Adulto maduro.

ADULTO JOVEN.- Entre los 20 y 40 años de edad. El inicio de esta etapa depende de aspectos socioculturales, ambientales y familiares. Algunos autores consideran su comienzo entre los 22 y 24 años y otros en edades más tempranas.⁵

(a) CAMERON expresa, el desarrollo socioeconómico hace difícil la transición del adolescente a la etapa adulta.

(a) La etapa del adulto (a) maduro (a) va de los 40 a los 65 años.

⁵ Megabis Medellín, Calderon y Muñoz Teodora. "Crecimiento y desarrollo en el Adulto". 2ª edición. 1987, pág. 82-83. Interamericana.

La etapa del adulto va de los 60 a los 65 años de edad hasta la muerte.

Características de los adultos:

Existen evidencias de que a lo largo de la vida se operan cambios sistemáticos en el SNC y en general en todo el organismo. En la edad adulta algunos de estos cambios se hacen más notorios, otros pasan inadvertidos.

ASPECTO GENERAL: Los adultos en esta etapa física han madurado en todos los sentidos; el tamaño de los huesos, masa muscular, el depósito de grasa en los tejidos blandos, en la anchura de los hombros, en los varones y en la amplitud de las caderas en las mujeres. Respecto a la talla y el peso, han adquirido la talla y el peso que mantendrán durante una parte de esta etapa, casi hasta los 45 años.

RENDIMIENTO DE TRABAJO: El promedio mas alto de trabajo tanto para hombres como para mujeres es alrededor de 28 a 30 años de edad en el área motora, después de los cuales se produce un descenso gradual. Esta disminución del rendimiento en el trabajo se debe a los cambios corporales. Existen variantes e indicios de que las mujeres viven mas tiempo que los hombres y son físicamente más

resistentes en diferentes aspectos: como en el campo sexual, debido a las hormonas, logrando su capacidad de reducción.

NECESIDADES BASICAS: Se acrecientan aquellas que son consideradas propias de la etapa. Tal y como son:

- **NUTRICIÓN:** Los adultos deben consumir una dieta balanceada baja en grasas, condimentos, harinas, ya que su metabolismo disminuye con la edad.
- **EDUCACIÓN:** La edad adulta suele ser un periodo largo de preparación profesional o de capacitación para el trabajo.
- **TRABAJO:** El adulto es una persona que cree en sí mismo, en su propia capacidad, posee la misma habilidad de contemplarse objetivamente y de analizar cuales son las habilidades que posee. Todo esto lo hace pensar ya en la necesidad de trabajar y recibe con agrado el trabajo y las responsabilidades que esta demanda.
- **RECREACIÓN:** Es una necesidad importante. La nutrición, la mente y el cuerpo necesitan un ambiente agradable.
- **ESTIMULO.** Es tan necesario como lo es el alimento, es considerado como el motor de todas las actividades de la vida, el deseo de continuar creciendo más, desde el punto de vista social, personal y profesional.

- **SEGURIDAD Y SENTIMIENTO DE PERTENENCIA:** Son necesidades importantes para la personalidad de los adultos y se encuentran estrechamente vinculadas con el amor y protección que se recibe desde niños, en la transición de la etapa de dependencia a la etapa de independencia, tanto el exceso de protección como la falta de esta puede causar desajustes de personalidad.
- **INDEPENDENCIA.** Necesidad básica de los adultos, por medio del cual realizaran actividades que les permitirán desarrollar su personalidad. Se considera que esta dependencia debe cubrir aspectos físicos y psíquicos para que asuman sus responsabilidades básicas. Los adultos pueden ser independientes, creando con su familia y su medio ambiente, lazos de unidad, porque el hombre es sociable por naturaleza.
- **SEXUALIDAD:** En la edad adulta la compañía es fundamental, ya que en algunos individuos la libido se encuentra desplazada al sexo opuesto y la necesidad de descarga es esencial. Surge imperante la relación sexual para el buen estado psíquico; de allí que se busque pareja para satisfacción de todas las necesidades propias de cada individuo, como es la ternura, la comunicación y compartir el diario vivir. El adulto joven mira el

sexo como una relación deseable y plena que tienen como objeto la satisfacción y la seguridad de una pareja. Esta es la etapa de la procreación.

- **EJERCICIO:** Es importante en esta etapa ya que el organismo comienza a perder flexibilidad.

6. Presentación del caso

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: Gaspar Dzib Pinto

EDAD: 26 años

PESO: 65 KG

TALLA 160 m

FECHA DE NACIMIENTO: 10/10/1977 SEXO: Masculino

ESCOLARIDAD: Primaria completa FECHA DE ADMISIÓN: 5/03/03

HORA ADMISIÓN: 22:00 p.m PROCEDENCIA: Mérida, Yuc.

FUENTE DE INFORMACIÓN: Directa e indirecta

FIABILIDAD (1-4) _____

MIEMBRO DE FAMILIA/PERSONA SIGNIFICATIVA: tercero de cinco
hermanos.

7. Desarrollo del Proceso.

Durante el mes de junio del presente año se realizará el proceso de atención, mismo que se realizará en un cliente adulto – joven, del sexo masculino de 26 veintiséis años de edad, con domicilio en la Ciudad de Mérida que habita en casa de mampostería de tres piezas, que cuenta con todos los servicios, proviene de un medio socioeconómico bajo y él es el tercer miembro de una familia de cinco hermanos, padre muerto por cirrosis, madre hipertensa controlada, un primo muerto por sarcoma, se encuentra casado con Erika V. Martín Chan, quién aparentemente es sana, tiene dos hijas menores de edad, una de cuatro y otra de cinco años de edad, cuenta con cartilla de vacunación completa, al ser entrevistado niega tabaquismo y alcoholismo, pertenece a una familia nuclear con hacinamiento familiar, presenta buena higiene, con cambio de ropa, padeció enfermedades propias de la niñez sin secuelas, refiere que hace dos años presentó dolor a nivel de cadera derecha, siendo que se le diagnostica sarcoma en cabeza de fémur derecho. Actualmente presenta metástasis de pulmón. Específicamente durante la valoración se observó que los principales problemas de ésta persona son: insuficiencia respiratoria, dolor, autoestima baja, por lo que enfatizo mi plan de cuidados en informar al paciente para inducirlo a la prevención y fomento a la salud.

7.1 Valoración de las necesidades humanas.

1.- NECESIDAD BASICAS DE: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

NECESIDAD DE OXIGENACION

- Subjetivo.

Disnea debido a: su patología. Tos Productiva/Seca: verdosa. Dolor asociado con la respiración: si. Fumador: negativo. Desde cuando fuma / cuantos cigarros al día/ varía la cantidad según su estado emocional: no

Antecedentes cardiorrespiratorios: negativo.

- Objetivo

Registro de signos vitales y características: T.A. 130/90, FC 80 x' FR 24x' T 36°. C, paciente pálido, hidratado con edema de MI v superior, cara, con leve disnea, diaforesis.

Tos productiva / seca: flemas verdosas. Estado de conciencia: ubicado en tiempo y espacio. Coloración de piel / lechos ungueles/peribucal: normal. Circulación del retorno venoso: normal.

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACIÓN

- Subjetivo

Dieta habitual (tipo): Balanceda, leche 5 días a la semana, huevo una vez por semana, carne tres veces por semana, verduras tres veces por semana.

Trastornos digestivos: No

Intolerancia alimentaria / alergias: No

Problemas de masticación y deglución: Ahora, se agota por la enfermedad.

Patrón de ejercicio: Manejaba bicicleta antes de su enfermedad.

- Objetivo

Turgencia de la piel: Pálida v piel colgante de sus MI

Membranas mucosas hidratadas / secas: Hidratadas

Características de uñas / cabello: Limpias, lisas

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: si antes de la enfermedad manejaba bicicleta y caminaba.

Aspectos de los dientes y encías: parejas v blancas, limpias.

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: buena cicatrización.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN:

- Subjetivo

Hábitos intestinales: 1 vez al día. Características de las heces, orina:

duras

Historia de hemorragias / enfermedades renales, otros: negativo

Uso de laxantes: No Hemorroides: no

Dolor al defecar / orinar: no

- Objetivo:

Vómitos, secreciones, diaforesis, expectoración.

Abdomen características: Abdomen plano

Ruidos intestinales: presentes

Palpación de la vejiga urinaria: vacía.

NECESIDADES DE TERMORREGULACIÓN

- Subjetivo.

Tiene medios económicos y recursos para el clima artificial: No

Adaptabilidad de los cambios de temperatura: cuando comienza la enfermedad.

Ejercicio / tipo y frecuencia: dejo de manejar bicicleta desde la enfermedad

Temperatura ambiental que le es agradable: El fresco

- Objetivo

Características de la piel: Lisa y pálida

Transpiración: Diaforética

Condiciones del entorno físico: Donde se encuentra en el Hospital.

Otros: Tipo de vivienda de mampostería, temperatura corporal caluroso.

2.- NECESIDAD BÁSICAS DE: moverse y mantener una postura, descanso y sueño, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel y evitar peligros.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

- Subjetivo.

Capacidad física cotidiana: al caminar presenta dificultad respiratoria

Actividades en el tiempo libre: le gustaba el cine y bailar pero desde su enfermedad ya no.

Hábitos de descanso: acostarse a dormir.

Hábitos de trabajo: intendente /aluminiero en sus ratos libre.

- Objetivo: Que te permita hacer tu cuerpo. Moverse.

Estado del sistema músculo esquelético. Fuerza: ahora usa un tacón para caminar en el zapato.

Capacidad muscular. Tono/resistencia/flexibilidad: flexible

Postura: si tiene buena postura.

Necesidad de ayuda para la deambulaci3n: actualmente necesita apoyo.

Dolor con el movimiento: no

Presencia de temblores: cuando se cansa. Estado de conciencia: consciente. Estado emocional: regular.

Otros: _____

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

- Subjetivo

Hora de descanso: por la tarde. Horario de sueño: ahora por su enfermedad duerme mucho.

Horas de descanso: 3 veces al día. Horas de sueño: por su enfermedad duerme casi todo el día.

Siesta: por la tarde o cuando se cansa. Insomnio: Si. Debido a: que duerme durante parte del día y en la noche ya no tiene sueño.

Descanso al levantarse: si.

- Objetivo:

Estado mental. Ansiedad/estrés/lenguaje: ansioso.

Ojeras: Si. Atención: a veces. bostezos: casi todo el día. Concentración: a veces. Apatía: a veces. Cefalea: refiere con mucha frecuencia por su enfermedad.

Respuesta a estímulos: si. Otros: _____

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

- Subjetivo:

Influye su estado de ánimo para la selección de prendas de vestir: a veces. utiliza ropa cómoda short y playera.

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: si.

Sus creencias le impiden vestirse como a Usted le gustaría: no.

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: a veces.

- Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: si.

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: necesita ayuda por su enfermedad.

Vestido

Incompleto: x sucio: _____ inadecuado: _____

Otros: _____

Que tipo de trabajo realiza actualmente: Ninguno.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

- Subjetivo:

Frecuencia del baño: como necesita ayuda, frecuencia normal de baño.

Momento preferido para el baño: por la noche.

Cuántas veces se lava los dientes al día: 2 veces al día. Aseo de manos antes y después de comer: las necesarias. Después de eliminar: si.

Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: no.

- Objetivo:

Aspecto general: con disnea, edema general, diaforesis.

Olor corporal: agradable al olfato. Halitosis: no

Estado del cuero cabelludo: cuando se le da quimioterapia se le cae.

Lesiones dérmicas tipo: ninguna.

Otros: enjuagues bucales por la mañana con agua bicarbonatada dentro.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

- Subjetivo:

Que miembros componen la familia de pertenencia: cuñados, suegros, esposa e hijas, en total son diez personas (nuclear matriarcal).

Como reacciona ante situación de urgencias: con angustia.

Pretende o crea metas a corto y mediano plazo: no. Ingiere sustancias toxicas / si-no/porque/conoce el daño: si. Sé automédica: No.

Conoce las medidas de prevención de accidentes.

Hogar: Sí

Trabajo: Si

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona:

actualmente si. Familiares: no

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: se desespera y las personas con que convive igual.

Conoce o conduce algún grupo AA: no

Conoce los grupos existentes de auto ayuda en su localidad: no.

- Objetivo:

Deformidades congénitas: no

Condiciones del ambiente en su hogar: buen ambiente con suegros, pues convive con ellos.

Trabajo: actualmente no tiene trabajo a que esta pensionado.

Otros: Un tío muerto por Ca de costilla. Un primo muerto por sarcoma. Una tía fallecida por Ca de útero. Abuela muerta por cirrosis y papá muerto por cirrosis.

3.- NECESIDADES BASICAS DE: Comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participación en actividades recreativas, aprendizaje.

NECESIDAD DE COMUNICARSE: Habla claro.

- Subjetivo:

Estado civil: casado. Años de relación: 8 años. Viven con: su familia política.

Preocupaciones/estrés: por parte de la familia de él. Familia: no tiene buenas relaciones con la esposa. Otras personas que pueden ayudar: sus amigos y familia de su esposa.

Rol en estructura familiar: padre de familia.

Comunica problemas debido a la enfermedad / estado: de vez en cuando.

Cuanto tiempo pasa solo: bastante, disfruta estar a solas.

Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: por ahora solo lo visitan sus amigos y algunos compañeros y su jefe de trabajo.

- Objetivo:

Habla claro: antes de su enfermedad si. Confusa: Si

Dificultad. Visión: Si a veces. Audición: no

Comunicación verbal / no verbal con la familia / con otras personas

Significativas: solo con su esposa, con sus cuñados, sus amigos.

Otros: de vez en cuando con su mamá por que hay que llevarlo. Dice sentirse a gusto con ciertas personas.

Sexo seguro: cuando esta bien si, actualmente no.

Preferencia sexual: ninguna.

NECESIDADES DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

- Subjetivo

Creencia religiosa: católico

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: no

Principales valores en la familia: religiosos.

Principales valores personales: ninguno.

Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: cuando estaba bien, pensaba en construir un cuarto mas en su casa, actualmente va no.

- Objetivo:

Hábitos específicos de vestido (grupo social religioso): ninguno

Permite el contacto físico: si, ya que quiere que lo apapachen su esposa e hijos.

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: no. Otros: _____

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

- Subjetivo:

Trabaja actualmente: no. Tipo de trabajo: era afanador /aluminiero.

Riesgos: Sí. Cuanto tiempo le dedicaba al trabajo: 10 o 12 horas.

Esta satisfecho con su trabajo: antes sí. Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia: sí. Esta satisfecho con el rol familiar que juega: antes si, era quien proveía para la casa v la comida, actualmente no, porque solo percibe pensión y su esposa tiene que trabajar.

- Objetivo:

Estado emocional:

Calmado/ansioso/enfadado/temeroso/irritable/inquieto/ eufórico:si presenta casi todos los calificativos citados, excepto, cansado.

Otros: _____

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

- Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: le gusta bailar e ir al cine, actualmente va no.

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad:
por su enfermedad a veces.

Recursos en su comunidad para recreación: ninguno.

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: no

- Objetivo:

Rechazo a las actividades recreativas: no, por el contrario es una persona participativa

Estado de animo: apático/aburrido/ participativo: es participativo.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

- Subjetivo:

Nivel de educación: con grado de escolaridad de primaria.

Limitaciones cognitivas. No. Tipo: neurológica/psicológica/fisiológica:
ninguna.

Preferencias: leer / escribir: ninguna.

Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: si

Sabe utilizar esas fuentes de apoyo: no.

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: no

Otros. _____

- Objetivo:

Estado emocional/ ansiedad, dolor: si relacionado con su enfermedad.

Memoria reciente: lo que hace un día antes, cuando esta bien, pero actualmente se le olvidan algunas cosas.

Memoria remota: si

Otras manifestaciones: _____

7.2. Conclusión diagnóstica de enfermería.

Necesidades	GD*	Datos que presenta el paciente	Fuente o causa de dificultad			Prioridad
			V	C	F	
Necesidad de oxigenación por O ₂ .	D	Presenta dificultad para respirar disnea, dolor torácico y tos productiva, al realizar actividad física		C		1
Necesidad de comer y beber Nutrición	PD	Ingiere dicta hipercalórica e hiperprotéica, falta de balance alimenticio.		C		6
Necesidad de eliminación	PD	Presenta estreñimiento con heces duras y presenta a veces anuresis.		C		7
Necesidad de mantener la temperatura.	PD	Alteración manifestada por diaforesis.		C		10
Necesidad de mantener una buena postura	D	Problemas para el movimiento y necesidad real de posición semifowler y decúbito lateral izquierdo o de sims		F		4
Necesidad de dormir y		Alteración en el descanso relacionado con el problema de salud manifestado por		C		5

descansar	PD	disnea, insomnio, stress, ansiedad, amor, angustia.		
Necesidad de vestir y desvertir	D	Alteración y falta de ánimo para vestirse relacionado con la movilización porque le ocasiona disnea y desaliño.	C	8
Necesidad de estar limpio y proteger sus tegmentos	D	Baño y limpieza de manos.	C	9
Necesidad de evitar peligro	D	Disminución de sus funciones físicas debido a que ocasiona esfuerzo y disnea, impotencia y auto suicidio con el nubain.	F	2
Necesidad de comunicarse.	D	Disminución en su integridad, dificultad para expresar sus sentimientos.	C	11
Necesidad de actuar según sus creencias y valores	PD	Necesidad de un sentido a la vida y a la muerte, negación a la existencia de Dios	C	3
Necesidad de trabajar y realizarse	PD	Por ser pensionado presenta ansiedad.	F	12
Necesidades de recrearse	PD	Disminución de la capacidad física. autoestima baja, pues solo ve TV y escucha música, si esta aburrido.	F	13
Necesidad de aprendizaje.	D	Dificultad para la adquisición de actitudes y habilidades para mantenerse en salud pues solo tiene primaria terminada.	C	14

V= Voluntad C= Conocimiento F= Fuerza

GD= Grado de dependencia PD= Parcialmente dependiente

D= Dependencia

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7.3. Enlistado de los diagnósticos de enfermería.

1. Alteración del intercambio gaseoso relacionado con la disnea, manifestado por la presencia de secreciones y dolor torácico.
2. Alto riesgo de lesión física relacionado con la automedicación.
3. Sufrimiento espiritual debido al temor a la muerte, manifestado por dolor, negación de sus creencias.
4. Alteración de la comodidad relacionada con la posición y manifiesta dolor y molestias.
5. Alteración del patrón del sueño relacionado con problemas de salud manifestado por insomnio, estímulos ambientales y estrés.
6. Trastorno de la alimentación relacionado con el menor consumo de los requerimientos corporales e ingesta inadecuada de líquidos manifestada por peso bajo al ideal y deshidratación.
7. Estreñimiento relacionado con líquidos y fibra, manifestado por heces duras.
8. Déficit del autocuidado, arreglo, vestido relacionado con déficit para moverse, manifiesta desaliño.
9. Aislamiento social relacionado con el estado de salud y manifiesta dificultad para expresar sus sentimientos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

10. Déficit de actividades recreativas relacionados con la hospitalización prolongada, limitaciones físicas y a la monotonía del confinamiento, manifiesta aburrimiento.
11. Impotencia relacionado con no tener trabajo (pensionado), manifiesta irritabilidad y ansiedad.
12. Déficit sobre su estado de salud relacionado con la falta de interés por aprender, manifiesta conformidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7.4. Plan de Cuidados.

NECESIDAD: Oxigenación

Dx. Alteración del intercambio gaseoso relacionado con presencia de secreciones bronquiales manifestando dolor torácico.

OBJETIVO: Gaspar mantendrá las vías permeables durante el turno.

ACCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - Colocar al paciente en posición semifowler - Auscultar al paciente en busca de sibilaciones. - Realizar fisioterapia pulmonar. - Aspiración de secreciones. - El inhaloterapeuta inicia las micronebulizaciones con salbutamol e hipratropio. - Mantener un optimo estado de hidratación del paciente por vía oral o parenteral. - Administrar O2 al paciente 	<ul style="list-style-type: none"> - Esta acción expande el tórax y mejora el patrón respiratorio y la movilización de las secreciones con la gravedad y los cambios de posición. - A través de la gravedad desprendemos las secreciones y determina la suficiencia del intercambio gaseoso. - Esta acción incluye el drenaje postural, vibrión y percusión, facilitando el desprendimiento y movilización de las secreciones para su posterior expectoración. - El paciente esta consciente y se le informa las técnicas a realizar. - El salbutamol sirve para el uso del bronco espasmo y todas las patologías respiratorias que cursen con bronco espasmos reversibles. - Esta acción mejora el intercambio gaseoso y reduce la IR proporcionando la

<p>con puritan al 60%.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar el color de la piel y llenado capilar y en caso de alguna anomalía avisar al medico. - Realizar aseo bucal al paciente con solución bicarbonatada posterior a la expectoración de las secreciones. - Valorar los signos vitales del paciente dos veces por turno. 	<p>suficiente concentración de O2 inspirado que complete la capacidad de O2 arterial permitiendo una oxigenación adecuada.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La insuficiencia de oxígeno en la sangre se manifiesta mediante la coloración azul pálido y su llenado capilar es lento. - Esta acción ayuda a eliminar el sabor de las secreciones y evita la proliferación de hongos y bacterias. - Esta acción determina si existe insuficiencia respiratoria ya que la frecuencia es mínima y la profundidad es lenta además el incremento de la frecuencia es un mecanismo de compensación de la hipoxia.
---	---

EVALUACIÓN: El paciente mejora su intercambio gaseoso y mantiene las vías aéreas permeables.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Plan de cuidados.

NECESIDAD: Evitar Peligros

Dx. Alto riesgo de lesión física relacionada con la automedicación

OBJETIVO: Gaspar conocerá sobre los signos y síntomas de las infecciones evitando de esta manera las complicaciones.

ACCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACIÓN
<ul style="list-style-type: none">- Lavado de manos.- Orientación sobre el aislamiento protector.- Administración de antibióticos prescritos por el medico. Ej: ciprofloxacino.- Colocación de una vía permeable vigilando la existencia de flebitis en el punto de punción.	<ul style="list-style-type: none">- El lavado de manos arrasa con las impurezas y microorganismos y debe realizarse antes y después de tocar al cliente.- Se le informa respecto al porque es necesario aislarlo de los demás ya que sus defensas están disminuidas.- Hacerlo consciente de su persona y su enfermedad y su cooperación es importante para su pronta recuperación.- Los medicamentos se prescriben en casos de infección y para prevención. Deberá vigilarse alguna reacción secundaria.- Es la introducción al torrente sanguíneo de líquidos y sangre y una vía permeable.

EVALUACIÓN: Gaspar entiende su situación y trata de llevar a cabo las indicaciones.

Plan de cuidados.

NECESIDAD: Vivir según sus creencias

Dx. Sufrimiento espiritual relacionado con la muerte del propio paciente, manifestado por dolor y negación de sus creencias

OBJETIVO: Lograr que Gaspar exprese lo que sienta acerca de sus creencias.

ACCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACIÓN
<ul style="list-style-type: none">- Comunicar su disponibilidad para escuchar el sentimiento del paciente referente al sufrimiento espiritual. - Sugerir el contacto con otra persona que le proporcione apoyo espiritual. Ej. El capellán del Hospital, ministro de alguna congregación, el padre de alguna iglesia. - Averiguar si el paciente desea participar en prácticas o rituales religiosos y ocupar su petición todo lo que sea posible. - Ofrecer o rezar con el paciente o leerle un texto religioso.	<ul style="list-style-type: none">- El paciente puede pensar que la cólera hacia Dios y hacia un líder religiosos es un tema prohibido, pudiendo dudar si comenta o no su crisis espiritual. - Otras personas pueden ayudar al paciente a acercarse a otro concepto espiritual. - Es posible que el paciente dé mucha importancia a la oración y a las ceremonias espirituales. - Esto puede ayudar a cubrir las necesidades espirituales del cliente.

EVALUACIÓN: Gaspar acepta que se le ofrezca la ayuda respecto a un padre para que le proporcione la unción y la comunión.

Plan de cuidados.

NECESIDAD: Movilización.

Dx. Alteración de la comodidad relacionado con la posición y manifiesta dolor e incomodidad

BJETIVO: Aliviar el dolor y las molestias del paciente y proporcionar tranquilidad.

ACCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACIÓN
<ul style="list-style-type: none">- Valorar el dolor y las molestias, sitio, características, frecuencia, duración y otros rasgos. - Asegurarle que la enfermera acepta que el dolor es real y que lo auxiliará para aplacarlo. - Valorar otros factores que contribuyen al dolor, como miedo, fatiga, ira, etc. - Administrar analgésicos para lograr el alivio óptimo dentro de los límites prescritos por el médico. - Colaborar con paciente, médico y otros profesionales de la salud cuando se necesitan cambios en el plan de analgesia.	<ul style="list-style-type: none">- Se obtienen datos básicos para valorar los cambios de la intensidad del dolor y la utilidad de las intervenciones. - El temor de que otras personas no consideren real el dolor aumenta la angustia y aminora la tolerancia al mismo. - Se obtienen bases para superar otros factores que aminoran la tolerancia del individuo al dolor y aumenta su umbral. - Los analgésicos tienden a ser más eficaces su se administran cuando apenas comienza el dolor. - Los nuevos métodos de analgesia deben ser aceptables para el paciente, médico y demás personal asistencia a fin de que resulten eficaces. La participación del enfermo disminuye su sensación de perdida de control.

- Uso de compresas frías en las rodillas.	- Las compresas frías producen vasoconstricción.
---	--

EVALUACIÓN: Gaspar entiende que los analgésicos y sedantes tienen un horario de aplicación, por lo que deberá controlar el dolor y sólo deberá aplicarse PRN Y PVM.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Plan de cuidados.

NECESIDAD: Descanso y sueño

Dx. Alteración del patrón del sueño relacionado con problemas de salud manifestado por insomnio y a los estímulos ambientales y el estrés.

OBJETIVO: Lograr que mi paciente tenga tranquilidad para lograr descanso y evitar insomnio.

ACCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACIÓN
<ul style="list-style-type: none">- Explicar el ciclo del sueño - Favorece proporcionar un ambiente oscuro, tranquilo, garantizar una buena ventilación del cuarto, cerrar la puerta de la habitación si el paciente lo desea. - Facilitar al paciente por lo menos 2 horas de sueño ininterrumpido cada vez, por lo menos tres veces al día. - Explicar porque deben evitarse los hipnóticos y sedantes.	<ul style="list-style-type: none">- Fase I. Transición entre estado de alerta y el sueño. Fase II. Dormido pero despierta fácil. Fase III. Sueño mas profundo, resulta más difícil despertar. Fase IV mas profundo del sueño del metabolismo y de la actividad cerebral del sueño. - Dormir resulta difícil hasta que se logra la relajación. el ambiente hospitalario puede deteriorar la relación. - por lo general, una persona tiene que completar un ciclo de sueño entero (70-100 minutos) cuatro o cinco veces por noche para sentirse descansado. - Esta medición pierde su eficacia transcurrida una semana; con un aumento de dosis se corre el riesgo de dependencia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

<ul style="list-style-type: none"> - Elevar la cabecera de la cama. - En caso de dificultad para dormir, salir del cuarto y llevar a cabo una actividad silenciosa, como leer en otro cuarto. - Intentar conservar los mismos hábitos para dormir toda la semana. 	<ul style="list-style-type: none"> - Esto aumenta el sueño y la relajación, proporcionando a los pulmones más espacio para su expansión al reducir la presión ascendente de los órganos abdominales. - Debe reservarse la habitación especialmente para dormir. - Un horario irregular de acostarse y levantarse puede alterar el reloj biológico escurbando la dificultad para dormir.
--	--

EVALUACIÓN: Gaspar intenta dormir y descansar, algunas veces lo logra, aunque él duerme a veces en el día.

Plan de cuidados.

NECESIDAD: Nutrición

Dx. Trastorno de la alimentación relacionado con un consumo menor de los requerimientos corporales y pobre ingesta de líquidos.

OBJETIVO: Que en una semana aproximadamente mejore sus hábitos de alimentación e hidratación.

ACCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACIÓN
<ul style="list-style-type: none">- Se verifica que la dietista mande una dieta rica en carbohidratos y proteínas, blanda y tenga una comunicación con ella por lo menos dos veces a la semana.- Verificar que realmente se le proporcionen los líquidos suficientes al cliente y alentarlos a ingerirlos(1000 ml.).- Orientarlo a expresar sus sentimientos de gusto o rechazo por los alimentos y cambiarlos por otros que le ayude a ingerirlos con mayor satisfacción y facilidad.	<ul style="list-style-type: none">- Cubrir las necesidades especiales de un paciente que necesita asesoramiento de expertos.- Los volúmenes adecuados de líquidos son necesarios para eliminar productos de deshecho y evitar la deshidratación. Si la ingesta de líquidos aumenta en las comidas, puede aparecer saciedad tempranamente.- Los alimentos preferidos, tolerados y ricos en calorías y proteínas conservan el estado nutricional durante lapsos de mayores necesidades metabólicas.

EVALUACIÓN: La piel se observa piel fresca y mejores condiciones de hidratación.

Plan de cuidados.

NECESIDAD: De higiene y vestirse

Dx. Déficit de autocuidado, arreglo, vestido, relacionado con dificultad para moverse, manifiesta desaliño.

OBJETIVO: Favorecer que Gaspar continúe realizando la actividad de bañarse y vestirse o desvestirse con la menor ayuda posible.

ACCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACIÓN
<ul style="list-style-type: none">- Se le reconocen los logros al realizar actividades que le causan dificultad, tal como bañarse y cambiarse de ropa solo. - Se le hace ver que su padecimiento no es un obstáculo para continuar realizando esta actividad todos los días. - Explicar los efectos diarios de la eliminación. Ayudarle a cambiarse cuando sea posible.	<ul style="list-style-type: none">- La mala higiene personal fomenta una población de microorganismos, aumentando el riesgo de infección. - Mejorar la imagen que el paciente tiene de sí mismo, al cuidar de su aspecto, así establece mayor comunicación con los demás. - La actividad influye en las evacuaciones intestinales, mejorando el tono muscular y estimulando el apetito y el peristaltismo.

EVALUACIÓN: Observamos que Gaspar se desenvuelve con más confianza en sí mismo al realizar el cambio de ropas, como en vestirse y desvestirse sin ayuda.

Plan de cuidados.

NECESIDAD: De comunicarse

Dx. Aislamiento social relacionado con el estado de salud y manifiesta dificultad para expresar sus sentimientos.

OBJETIVO: Lograr que Gaspar exprese todo lo relacionado a su problema y sentimientos incapacitantes.

ACCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACIÓN
<ul style="list-style-type: none">- Conservar la oxigenoterapia según sea necesario. - Proporcionar apoyo emocional y ánimos para comunicarse. - Facilitar el apoyo de familiares y religiosos. - Proporcionar lápiz y papel para expresar por medio de la escritura sus temores. - Después de la actividad física busca respuestas al aumento de la actividad A) Vigilar la dificultad respiratoria.	<ul style="list-style-type: none">- El suplemento de oxígeno aumenta los niveles de oxígeno circulante y mejora la tolerancia a la actividad. - El menor a la falta de aire puede impedir la comunicación verbal. - el apoyo social y espiritual es un recurso importante para el cliente y los familiares durante el duelo. - Gaspar deberá expresar por medio de la escritura sus temores y angustias ya que esta actividad no requiere desgaste de oxígeno. - Valorar la intolerancia a la actividad evaluando el estado cardíaco, circulatorio y respiratorio.

EVALUACIÓN: Gaspar pocas veces solicita plumas y papel para lograr comunicarse cuando estaba en etapa de crisis.

Plan de cuidados.

NECESIDAD: De recrearse

Dx. Déficit de actividades recreativas, relacionadas con la hospitalización, debido a una hospitalización prolongada, limitaciones físicas y a la monotonía del confinamiento, manifestada por el aburrimiento.

OBJETIVO: Gaspar conocerá algunas alternativas para recrearse.

ACCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACIÓN
<ul style="list-style-type: none">- Conocer las causas del aburrimiento del paciente.- Analizar los gustos y aversiones del paciente cuando sea posible.- Usar distintas estrategias para variar el entorno físico y la rutina diaria para reducir aburrimiento.- Colocar al paciente cerca de una ventana, si es posible proporcionar un panorama con visión variada.- proporcionar TV o música, lectura.- Animar al personal y a las visitas a comentar experiencias, viajes y temas de interés con el paciente.	<ul style="list-style-type: none">- su reconocimiento puede aumentar la motivación para aumentar la estimulación.- El análisis puede ayudar a identificar posibles actividades recreativas.- Las visitas proporcionan relaciones sociales y estimulación mental.- Estrategias recreativas para variar el entorno y la rutina diaria puede reducir el aburrimiento.

EVALUACION: Gaspar comenta que ve TV y escucha música cuando se encuentra bien y no está fatigado, va que en ese caso no quiere nada.

Plan de cuidados.

NECESIDAD: Trabajar y realizarse.

Dx. Impotencia relacionada con no tener trabajo, manifiesta irritabilidad y ansiedad

OBJETIVO: El cliente y la familia deberán expresar sus sentimientos incapacitantes.

ACCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION
<ul style="list-style-type: none">- Hacer comprender al paciente y familiares la enfermedad, patrones, afrontamiento familiar, recursos disponibles. - Transmitir una comprensión de la situación y de su impacto en la familia. - Analizar como perciben los familiares la situación. Fomenta la exteriorización de los sentimientos de culpa y cólera. - Tomar medidas para fomenta las fuerzas familiares:<ul style="list-style-type: none">• Reconocer la ayuda de los familiares.• Involucrar a los familiares en los cuidados del paciente.	<ul style="list-style-type: none">- La unidad familiar es un sistema basado en la interdependencia entre los miembros y los patrones que proporcionan, estructuras y apoyo. La enfermedad crónica en una familia altera estas relaciones y patrones. - Comunicar una comprensión y una sensación de cariño y preocupación facilita la confianza, reforzando la relación entre la enfermera y el cliente y su familia. - La exteriorización puede proporcionar oportunidades de declaración y ratificación de los sentimientos y preocupaciones, contribuyendo a la unidad familiar. - Esto puede ayudar a mantener la estructura familiar existente y su función como unidad de apoyo.

<p>paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preparar a la familia para los signos de depresión, ansiedad, cólera, dependencia en el paciente y otros miembros de la familia. - Identificar mecanismos disfuncionales de adaptación: <ul style="list-style-type: none"> • adicción a sustancias • negación continua • fomentar la socialización como algo posible. - Dirigirse a los servicios de la comunidad y otras fuentes en busca de ayuda. Por ej. Ayuda económica, doméstica, cuidado directos. - Existen otros medios para conseguir remuneraciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - La orientación anticipada puede alertar a las personas de los posibles problemas antes de su aparición, permitiendo una rápida intervención en cuanto aparezcan los primeros signos de alteración en el desempeño del rol. - Una familia con antecedentes de afrontamiento ineficaz, puede necesitar otras ayudas. Una familia con problemas sin resolver antes del diagnóstico corre más riesgo. - Es posible que la familia necesite que se le ayude en las cuestiones referentes a su hogar. - Como trabajar vendiendo productos.
--	---

EVALUACIÓN: La familia de Gaspar acude al DIF actualmente por ayuda psicológica para la esposa e hijos.

Plan de cuidados.

NECESIDAD: Pérdidas funcionales v la proximidad de la muerte.

Dx. Desesperanza v miedo a la muerte que en algún momento va ser inevitable relacionado con una muerte tranquila.

OBJETIVO: Hacer que el paciente entienda que en cualquier momento la muerte será inevitable v no deberá tener temor a ella.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	JUSTIFICACIÓN
<ul style="list-style-type: none">- La enfermera deberá proporcionar atención a las necesidades espirituales del paciente y de sus familiares.- La enfermera deberá hacer comprender al paciente y a sus familiares el estado de gravedad de éste y de la pérdida gradual de sus funciones que irán disminuyendo y pueden provocar la muerte.- Ayudar al paciente a identificar el objetivo de su vida, del siguiente modo:<ul style="list-style-type: none">• modelo para los demás.• amor.• consejo.- El impacto de la pérdida sobre la persona.	<ul style="list-style-type: none">- Ayudar al paciente grave a encontrar la tranquilidad emocional y un estado de bienestar que en la mayoría de las veces lo conduce a aceptar su enfermedad.- El aspecto del paciente indica que sus funciones vitales van disminuyendo a la medida que suceden cambios orgánicos y de los sentidos como son:<ul style="list-style-type: none">• la pérdida del tono muscular• detención progresiva de la peristalsis• Disminución de la circulación.• dificultad respiratoria• Alteración de los sentidos.- La persona moribunda puede proporcionar algo positivo a los demás: un ejemplo de cómo vivir con la proximidad de la muerte y como controlar su propio temor hacia ella.- Estas pérdidas al igual que el esto va acompañadas de

- Reconocimiento de una muerte inminente.

- Ayudar al paciente a reconocer y aceptar la proximidad de la muerte; contesta honestamente a todas sus preguntas.

- La enfermera deberá conocer las etapas del duelo, como son: estadios de negación, aislamiento, ira, impotencia, depresión, plenitud.

- Fomentar la esperanza garantizando cuidados atentos, procurando el alivio del dolor, apoyo y una mejor calidad de vida.

- El personal médico y de enfermería proporcionaran al paciente una mejor calidad de vida y de servicio durante su estancia hospitalaria por medio de tanatólogo.

un sentimiento de duelo.

- La persona moribunda necesita reconocer la proximidad de la muerte para poder empezar a expresar su duelo.

- Las distintas fases del duelo (proceso de adaptación) no pueden empezar hasta que se reconozca la proximidad de la muerte.

- El duelo implica profundas respuestas emocionales; las intervenciones están suspendidas a la respuesta concreta.

- Estudios realizados demuestran que lo que más aprecian los pacientes terminales son los cuidados de enfermería, la administración de los analgésicos cuando es necesario y fomentar el bienestar físico y mental, mitigando la depresión y la ansiedad del paciente.

- Esto con la finalidad de ayudar a quien sufre una enfermedad terminal y muerte inminente, para que morir con dignidad y paz.

EVALUACION: Se proporcionará al paciente toda clase de ayuda durante su estancia en el hospital, así como cuidados eficaces mientras permanezca ingresado hasta el día de su muerte.

8. Conclusiones.

Los avances técnicos y científicos obligan a las diferentes disciplinas a retomar cada uno de sus puntos, puesto que esto nos enseña muchas cosas y que nosotros hemos desechado por los tecnicismos y adelantos, nos enseña a tener mas contacto con los clientes sin llegar a parecer una norma. Por eso para realizar un proceso de enfermería basado en un modelo de Virginia Henderson, el cual nos permite la delimitación propia de un hacer lo que nos permita a todo profesional profundizar en los conocimientos teórico prácticos y metodológicos que sustenten su practica y le permitan reconocer al ser humano en una dimensión holística que pueda ser introducido en un cuidado integral y le permitan estándares de calidad óptimos que beneficien tanto al cliente como a mi en la practica profesional y para el logro de mis objetivos como estudiante de la licenciatura de enfermería y así proporcionar una atención de competitividad profesional a los clientes, eso no quiere decir que existan diferencias respecto a la calidad humana con los que existen en nuestro alrededor. Considero que las expectativas iniciales que me planteé si se cumplieron desde el principio toda vez que durante el tiempo que el cliente estuvo ingresado en el hospital pude realizar en él mis objetivos, en donde el también colaboraba y ponía de su parte en el desarrollo de su tratamiento y el por qué del mismo. Las únicas

dificultades que surgieron durante el desarrollo del proceso se da cuando el cliente fue dado de alta del hospital a su domicilio, ya que él no regresó inmediatamente para la continuación de su tratamiento, dejando pasar cierto tiempo, prolongándose su regreso por lo que se agravó nuevamente y tuvo que ser ingresado de urgencia en el hospital, pero ya no fue atendido en el servicio en el cual me encontraba asignada sino en el servicio de medicina, siendo ahí donde falleció.

9. Sugerencias.

Dar mayor difusión al proceso de atención de enfermería para que el personal de enfermería tome conciencia de la profesión y asuma su rol de profesional en la salud.

Dar mas tiempo al proceso de atención de enfermería y llevarlo a la practica como materia única, sin ser incluida en otras, ya que su desarrollo es importante de cómo saber aplicarlos y como poder valorar las necesidades mas importantes y ponerlas en practica.

Es importante que la enfermería profesional construya modelos de procesos y los ponga en práctica.

10. Referencias Bibliográficas.

1. BARBARA KOZIER, et al. Enfermería fundamental. Conceptos, procesos y práctica. 2ª. Edición. Edit. Interamericana, McGrawHill. Madrid, España. 1993. Pág. 2-22.
2. DONASHUE M. PATRICIA. Historia de enfermería. Edit. Interamericana McGrawHill. 1993. Pág. 9-24, 38-42, 140-147. 216-234, 308-377.
3. DEGABIS MEDELLIN, et al. Crecimiento y desarrollo en el adulto. 2ª. Edición. Edit. Interamericana. México. 1987. Pág. 82-83.
4. ELLEN BAILY RAFTERSPENGER. Manual de la enfermería. Edit. Grupo Océano S.A. Barcelona, España. Pág. 447-449.
5. FARRERAS Y ROSMAM. Medicina Interna. Vol. I. Deudécima edición., Edit. Doyman., S.A. Barcelona, España. 1992. Pág. 707-711.
6. FREIXAS CARMEN. Diccionario de Medicina Mosby. Edit. Océano. Barcelona, España. 1994.
7. FERNÁNDEZ FERRIN CARMEN, Modelos de Henderson y Procesos de Enfermería. Pág. 82-83.
8. L.S. BRUNNER, SUNDARTH. Enfermería Medico Quirúrgica. 6ª. Edición. Vol. I. Edit. Interamericana, McGraw Hills. Madrid. 1980.

9. CARPENITO, L. J. Planes y Cuidados y Documentación en Enfermería. 1ª. Edición. 1994. Edit. McGraw.Hills Interamericana de España.
10. PACHECO A. AL. Antología ENEO-UNAM, Sociedad, Salud, Enfermería. Pág. 234-235. 1998.
11. P.W. IYER. Proceso y Diagnósticos de Enfermería. 3ª. Edición. 1997. Edit. McGraw Hills Interamericana Editores. S.A. de C.V. Pág. 9-13.
12. RUBY L. WESLEY, RN, PHD, CRRN. Teorías y Modelos de enfermería. 2ª. Edición. 1997. Detroit. Edit. McGraw Hills Interamericana.
13. TUCKER, CANOBBIO, PAQUETTE, WELLS. Normas de cuidados del paciente. Editorial océano, Barcelona España. Vol. I. 2002.

11.

An xos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA.

La función esencial del aparato respiratorio consiste en garantizar que el intercambio pulmonar de gases sea adecuado, es decir, procurar niveles óptimos de oxígeno (O₂) imprescindible para la vida celular, y permitir simultáneamente la correcta eliminación del anhídrido carbónico (CO₂). Para que el cambio sea correcto es necesario que las funciones esenciales del aparato respiratorio, control alveocapilar y perfusión sanguínea, se realicen de forma adecuada. Cualquier alteración en una o varias de estas funciones origina inevitablemente un fallo en el intercambio pulmonar de gases, que provoca insuficiencia respiratoria. Esta se define como el estado o situación en el que los valores en sangre arterial de la presión parcial de O₂ están reducidos (hipoxemia, con exclusión de la hipercapnia secundaria a alcalosis metabólica). Este concepto es biológico y depende exclusivamente del valor de los gases en sangre arterial.⁶ Por tanto la insuficiencia respiratoria no es una enfermedad en sentido estricto, sino un trastorno funcional del aparato respiratorio provocado por gran variedad de situaciones que incluso, pueden afectar el parénquima pulmonar propiamente dicho (por Ej. en las intoxicaciones por sobredosis de

⁶ Farreras y Rosman. Medicina Interna. Vol. I. Deudécima edición., Edit. Doyman., S.A.. Barcelona, España. 1992. Pág. 707-711.

sedantes y barbitúricos). Los valores normales de PaO₂ se sitúa entre los 90 y 95 mmHg, con escasas variaciones (del orden de \pm 5 mmHg) y tiende a reducirse a medida que la edad es mas avanzada (aunque nunca deben de estar por debajo de 80 mmHg) por el contrario, los de PaO₂ no varían con la edad y son de 40 \pm 6 mmHg. Dado que el concepto de insuficiencia respiratorio se relaciona con el valor de la PaO₂, es importante conocer todas las situaciones que pueden causar valores incorrectos e inducir, por tanto, una interpretación errónea. Entre estas merecen destacarse: extracción de sangre no arterial (venos) desconocimiento de la fracción inspiratoria de O₂ (F_IO₂) contaminación de la muestra sanguínea por aire, temperatura del paciente, leucocitos de medición (calibración defectuosa, manejo incorrecto). Sin alteración de los gases arteriales, en particular cuando el paciente se encuentra en situaciones críticas, ya que junto con los factores intrapulmonares que regulan el intercambio gaseoso existen otros de origen extrapulmonar que también influyen.

CUADRO CLINICO. Es variado, depende en gran parte de las características clínicas propias de cada una de las enfermedades causales. Sin embargo, existen signos y síntomas propios de la hipoxemia o la hipercapnea, difíciles de diferenciar en muchas ocasiones, que merecen ser comentados. Los de hipoxemia aguda se

relacionan esencialmente con trastornos de SNC y del sistema cardiovascular. Entre los primeros destacan la incoordinación motora, la somnolencia y la disminución de la capacidad intelectual, cuadro que recuerda en muchas ocasiones el de alcoholismo agudo; si la hipoxemia empeora puede presentarse una depresión de los centros respiratorios medulares o con muerte súbita. Las manifestaciones cardiovasculares más características en las fases iniciales son la taquicardia y la hipertensión arterial. A medida que la reducción de la PaO₂ se acentúa aparecen bradicardia, depresión miocárdica y finalmente, shock cardiocirculatorio. La cianosis periférica solo se observa cuando la concentración de la hemoglobina reducida es superior a los 5 g/dL su reconocimiento clínico es a veces difícil, ya que depende de otros factores asociados como el color de la piel, la cifra global de hematíes o el grado de percepción visual del observador. en general, no suele reconocerse hasta que la cifra de PaO₂ se halla por debajo de los 40-45 mmHg.

La hipoxemia crónica se acompaña de apatía, falta de concertación y respuesta lenta de los diversos estímulos.

Las manifestaciones clínicas de la hipercapnea dependen de la rapidez de su presentación. Cuando sé insatura de forma aguda predominan los trastornos del SNC desorientación temporoespacial, somnolencia, obnubilación, coma e incluso muerte..

CLASIFICACION DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA.

La clasificación de la insuficiencia respiratoria (IR) puede establecerse a criterios clínico evolutivos (aguda o crónica), al mecanismo patogénico subyacente (por desequilibrios en las relaciones VA/Q o hipoventilación alveolar) o a sus características gasométricas (hipercápnicia o hipoxemia) de acuerdo con la evolución de la insuficiencia respiratoria, esta puede clasificarse en aguda (IRA), crónica (IRC) y crónica agudizada (IRCA) según la presentación clínica y sé características individuales de cada paciente. Sin embargo la hipoxemia sola o asociada a hiércapnea. La IRA suele presentarse previamente en un paciente sano por Ej. : el edema pulmonar no cardiogénico o síndrome de distres respiratorio del adulto (SDRA) en el que gran variedad de enfermedades extrapulmonares o intrapulmonares causan lesión difusa en la permeabilidad capilar pulmonar. Por el contrario, la IRC implica la existencia de un estado patológico, previo suficientemente prolongado como para que el organismo haga compatible una calidad de vida casi normal, muchas veces los pacientes aquejan una mínima sintomatología e incluso la exploración física suele ser normal, solo las determinaciones de GA demostraran cifras reducidas de PaO₂ (entre 50-60 mmHg). Ej: depresiones de la IRC son la bronquitis crónica, el enfisema pulmonar o en general la enfermedad pulmonar difusa

intersticial, en las que la historia natural de la IR se desarrolla en varios años.

1. La hipercapnea. Se presenta en un contexto de una parénquima "pulmonar sano" suele también denominarse insuficiencia ventilatoria. Por el contrario la IR no hipercápica implica siempre la existencia de una parénquima pulmonar sano resulta el hecho de que la VE reducido, el gradiente alvioloarterial de O₂ sea normal y la PaO₂ se eleve tras la administración de O₂ al 100%. Reconoce numerosas causas incidencia clínica que puede cursar de forma aguda (intoxicación por sobredosis de sedantes) o crónica (síndrome de apnea durante el sueño).
2. La IR sin hipercapnia puede subdividirse en 3 subgrupos clínico patológicos del proceso causal, que cursan de forma aguda, ya sea localizadas, como las neumonías graves o el tromboembolismo pulmonar agudo, o difusa como el SDRA en ambos casos, el mecanismo patogénico puede ser mixto, ya que se combinan.

TRATAMIENTO: La hipercapnica con "pulmones sanos" más frecuente en la provocada por una sobredosis de sedantes o de narcóticos, las manifestaciones clínicas guiaran al tratamiento, dado que la IR se debe a sedación del control de la ventilación, puede estar indicada la ventilación mecánica sin emplear F102, el lavado gástrico, la perfusión

de líquidos, la hemodiálisis debe de tratar la acidosis metabólica, si esta es manifiesta y en algunos casos administrar un antidoto (naloxona para las sustancias opiáceos), analépticos, oxigenoterapia, glucocorticoides.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: _____ EDAD: _____

PESO _____ TALLA _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: _____

ESCOLARIDAD: _____ FECHA DE

ADMISIÓN: _____

HORA DE ADMISIÓN: _____ PROCEDENCIA: _____

FUENTE DE INFORMACIÓN: _____

FIABILIDAD (1-4) _____ MIEMBRO DE FAMILIA/PERSONA

SIGNIFICATIVA: _____

1.- NECESIDAD BASICAS DE: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

NECESIDAD DE OXIGENACION

- Subjetivo.

Disnea debido a: _____ Tos Productiva/Seca:

_____ Dolor asociado con la respiración: _____

Fumador: _____ Desde cuando fuma / cuantos cigarros al día/

varía la cantidad según su estado emocional: _____

Antecedentes cardiorrespiratorios:

- Objetivo

Registro de signos vitales y características: _____

Tos productiva / seca: _____ Estado de conciencia: _____

_____ Coloración de piel/lechos úngues/peribucal: _____

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACIÓN

- Subjetivo

Dieta habitual (tipo): _____ Trastornos

digestivos: Intolerancia alimentaria / alergias: _____

Problemas de masticación y deglución: _____ Patrón

de ejercicio: _____

- Objetivo

Turgencia de la piel: _____ Membranas mucosas

hidratadas / secas: _____ Características de uñas /

cabello: _____ Funcionamiento neuromuscular y

esquelético: _____ Aspectos de los dientes y encías:

_____ Heridas, tipo y tiempo de

cicatrización: _____

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN:

- Subjetivo

Hábitos intestinales: _____ Características de las heces, orina: _____ Historia de hemorragias/ enfermedades renales, otros: _____ Uso de laxantes _____ Hemorroides: _____ Dolor al defecar / orinar: _____

- Objetivo:

Vómitos, secreciones, diaforesis, expectoración.

Abdomen características: _____

Ruidos intestinales: _____

Palpación de la vejiga urinaria: _____

NECESIDADES DE TERMORREGULACIÓN

- Subjetivo.

Tiene medios económicos y recursos para el clima artificial: _____

Adaptabilidad de los cambios de temperatura: _____

Ejercicio/tipo y frecuencia: _____ Temperatura ambiental que le es agradable: _____

- Objetivo

Características de la piel: _____

Transpiración: _____ Condiciones del entorno

físico: _____ Otros: _____

2.- NECESIDAD BASICAS DE: moverse y mantener una postura, descanso y sueño, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel y evitar peligros.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

- Subjetivo.

Capacidad física cotidiana: _____

Actividades en el tiempo libre: _____ Hábitos de

descanso: _____ Hábitos de trabajo: _____

Objetivo: Que te permita hacer tu cuerpo. _____

Estado del sistema músculo esquelético. _____

Capacidad muscular. Tono/resistencia/flexibilidad: _____

Postura: _____

Necesidad de ayuda para la deambulaci3n: _____

Dolor con el movimiento: _____

Presencia de temblores: _____ Estado de

conciencia _____ Estado emocional: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

- Subjetivo

Hora de descanso: _____ Horario de

sueño: _____ Horas de descanso: _____

Horas de sueño: _____ Siesta:

_____ Insomnio: _____ Debido a: _____

Descanso al levantarse _____

- Objetivo:

Estado mental. Ansiedad/estrés/lenguaje:

Ojeras: _____ Atención _____

bostezos: _____ Concentración Apatía: _____

Cefalea: Respuesta a estímulos: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

- Subjetivo:

Influye su estado de animo para la selección de prendas de

vestir: _____ Su autoestima es determinante en su modo de

vestir: _____ Sus creencias le impiden vestirse como a

Usted le gustaría: _____ Necesita ayuda para la

selección de su vestuario: _____

• Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse:

_____ Incompleto: _____ sucio: _____

inadecuado: _____ otros: _____

Que tipo de trabajo realiza actualmente: _____

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

• Subjetivo:

Frecuencia del baño: Momento preferido para el

baño: _____ Cuantas veces se lava los dientes al

día: _____ Aseo de manos antes y después de

comer: _____ Después de eliminar:

_____ Tiene creencias personales o religiosas

que limiten sus hábitos higiénicos: _____

• Objetivo:

Aspecto general: _____ Olor corporal:

_____ Halitosis: _____ Estado del

cuero cabelludo: _____ Lesiones dérmicas tipo:

_____ Otros: _____

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

- Subjetivo:

Que miembros componen la familia de pertenencia:

_____ Como reacciona ante situación de urgencias: _____ Pretende o crea metas a

corto y mediano plazo: _____

Ingiere sustancias toxicas / si-no/porque/conoce el daño:

_____ Sé automédica: _____

Conoce las medidas de prevención de accidentes.

_____ Hogar _____ Trabajo _____ Realiza

controles periódicos de salud recomendados en su persona:

_____ Familiares: _____ Como canaliza las

situaciones de tensión en su vida _____ Conoce

o conduce algún grupo AA: _____ Conoce los grupos

existentes de auto ayuda en su localidad: _____

- Objetivo:

Deformidades congénitas: _____ Condiciones del ambiente

en su hogar: _____

Otros: _____

3.- NECESIDADES BASICAS DE: Comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participación en actividades recreativas, aprendizaje.

NECESIDAD DE COMUNICARSE: Habla claro.

- Subjetivo:

Estado civil: _____ Años de relación: _____ Viven

con: _____ Preocupaciones/estrés: _____

Familia: _____ Otras personas que pueden

ayudar _____ Rol en estructura familiar: _____

Comunica problemas debido a la enfermedad / estado: _____

Cuanto tiempo pasa solo: _____ Frecuencia de los

contactos sociales diferentes en el trabajo: _____

- Objetivo:

Habla claro: _____ Confusa _____ Dificultad: _____

Visión: _____ Audición: _____ Comunicación _____

verbal / no verbal con la familia / con otras personas _____

Significativas: _____ Otros: _____

Sexo seguro: _____ Preferencia sexual: _____

NECESIDADES DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

- Subjetivo

Creencia religiosa: _____ Su creencia religiosa le genera conflictos personales: _____ Principales valores en la familia:

_____ Principales valores personales: _____

Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir:

- Objetivo:

Hábitos específicos de vestido (grupo social religioso):

_____ Permite el contacto físico: _____ Presencia

de algún objeto indicativo de determinados valores o

creencias: _____ Otros: _____

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

- Subjetivo:

Trabaja actualmente: _____ Tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____ Cuanto tiempo le dedicaba al

trabajo: _____ Esta satisfecho con su

trabajo: _____ Su remuneración le permite cubrir sus

necesidades básicas y/o las de su familia: _____

Esta satisfecho con el rol familiar que juega: _____

- Objetivo:

Estado emocional: _____

Calmo/ansioso/enfadado/temeroso/irritable/inquieto/eufórico: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

- Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo

libre: _____ Las situaciones de estrés influyen en la

satisfacción de esta necesidad: _____

Recursos en su comunidad para recreación: _____

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa _____

- Objetivo:

Rechazo a las actividades recreativas: _____

Estado de ánimo: apático/aburrido/participativo: _____

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

- Subjetivo:

Nivel de educación: _____ Limitaciones cognitivas.

_____ Tipo: neurológica/psicológica/fisiológica:

_____ Preferencias: leer/ escribir: _____

_____ Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su

comunidad: _____ Sabe utilizar esas fuentes de

apoyo: _____ Interés en el aprendizaje para

resolver problemas de salud: _____ Otros.

• Objetivo:

Estado emocional/ ansiedad, dolor: _____ Memoria

reciente: _____ Memoria remota: _____ Otras

manifestaciones: _____