



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

---

---

**ESTUDIO DE CASO A UNA MUJER EN EDAD ADULTA  
CON ALTERACIÓN EN TUBO DIGESTIVO BAJO, A  
TRAVÉS DE LA METODOLOGÍA DEL PROCESO DE  
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y EL MODELO DE  
VIRGINIA HENDERSON**

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

**PRESENTA:**

**LAURA VERÓNICA VÁZQUEZ LORENZO**

**No. Cuenta: 9535825-1**

  
**DIRECTORA DE TESIS**

**LEO. LETICIA HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ**



**MÉXICO**

**2005**

m 347705



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.

## DEDICATORIAS.

*La virtud más grande en este mundo, es la  
capacidad de dar y aún más grande,  
la de saber agradecer.*

*GRACIAS a DIOS por regalarme la vida para poder  
lograr mis metas y anhelos, GRACIAS señor,  
Por todo lo que me has "prestado".*

*GRACIAS a mis padres que sin ellos nunca  
habría podido ser lo que soy, gracias por su  
paciencia, amor y cariño. Por la energía  
que regalaron para que yo naciera, dándome  
la oportunidad de cumplir la misión de  
hacer crecer mi alma.*

*GRACIAS Noé por brindarme tu amor y apoyo  
incondicional en todo momento para lograr  
este objetivo, el terminar mi carrera.*

*GRACIAS a mis hijas Yazareth y Marifer  
ya que ustedes son  
el motivo que da luz a mi existencia  
y la razón de mi vivir.*

*GRACIAS a mis hermanos Juan y Saúl por que  
sin ellos no lo hubiera logrado, por  
enseñarme a ser una mejor persona cada día  
y estar conmigo cuando más lo necesite.*

*GRACIAS a mis abuelitos por brindarme siempre su  
amor y consejos, gracias por ser  
mi razón de ser, siempre los llevare  
en mi corazón.*

*IN MEMORIA.*

*GRACIAS a la profesora Leticia por tener  
la paciencia y el tiempo para dedicarme  
y haber compartido conmigo un poco  
de lo mucho de su conocimiento  
MIL GRACIAS.*



## INDICE

### INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS.....1

METODOLOGÍA.....2

### CAPITULO I.

1. HISTORIA DE LA ENFERMERIA.....3

1.2 LA ENFERMERÍA HOY .....8

### CAPITULO II.

2. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....10

2.1 VALORACIÓN.....10

2.2 DIAGNOSTICO.....12

2.3 PLANIFICACIÓN.....14

2.4 EJECUCIÓN.....17

2.5 EVALUACIÓN.....18

### CAPITULO III

3.MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON.....21

3.1 DEFINICIÓN DEL ROL DE LA ENFERMERA SEGÚN  
VIRGINIA HENDERSON.....21

3.2 POSTULADOS.....21

3.3 VALORES.....21

3.4 ELEMENTOS MAYORES.....22

3.5 ASUNCIONES CIENTÍFICAS O POSTULADOS.....24

3.6 ASUNCIONES FILOSÓFICAS O VALORES.....24

3.7 ELEMENTOS FUNDAMENTALES.....25

### CAPITULO IV.

4. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BAJO EL MODELO  
DE VIRGINIA HENDERSON.....29

4.1 VALORACIÓN.....29

4.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.....33

4.3 PLANIFICACIÓN.....35

4.4 EJECUCIÓN.....36

4.5 EVALUACIÓN.....37

**CAPITULO V.**

**5. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA AL INDIVIDUO CON AFECCIONES EN TUBO DIGESTIVO BAJO.....38**

5.1 DEFINICIÓN HEMORROIDES.....38

5.2 FACTORES DE RIESGO.....38

5.3 CAUSAS..... 38

5.4 ETIOLOGÍA/FISIOPATOLOGÍA .....38

5.5 MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....39

5.6 DIAGNÓSTICO.....39

5.7 TRATAMIENTO.....39

5.8 COMPLICACIONES.....40

5.9 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.....40

PRESENTACIÓN DE CASO.....42

JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES.....44

PLAN ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....45

CONCLUSIONES.....71

ANEXOS.....73

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.....74

PIES DE PAGINA.....88


  

BIBLIOGRAFÍA.....89

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Laura Verónica Vázquez Lozano

FECHA: 31-08-05

FIRMA: 

## INTRODUCCIÓN

La enfermería es una profesión que ha tenido cambios a lo largo de su historia; a través del tiempo se ha ido encausando para alcanzar la profesionalización y como tal requiere bases para fundamentar su actuar.

El conocimiento y aplicación de un modelo conceptual, permitirá a la enfermera dar una orientación filosófica sobre la visión y desarrollo de la práctica, por lo que en este caso se eligió el modelo de Virginia Henderson en conjunto con la utilización del Proceso Atención de Enfermería.

La finalidad de este proceso de atención de enfermería a través del modelo de Virginia Henderson desarrollado en el domicilio, es favorecer en el usuario la adquisición de conductas saludables que conlleven a mantener la salud, a disminuir riesgos o evitar riesgos posteriores relacionados con los hemorroides. El estudio de caso se realizó a una mujer en edad adulta con alteraciones en tubo digestivo bajo.

El presente trabajo se integra de los objetivos a alcanzar, se describe la metodología utilizada, así como, el contenido del marco teórico para fundamentar el proceso como tal. Posteriormente se realiza la presentación del caso clínico con el fin de dar a conocer todo el trabajo realizado con la usuaria que fue un plan de atención que integra las fases del proceso atención de enfermería donde se establecen las necesidades detectadas así como las intervenciones realizadas para los fines antes mencionados.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

- A través del Proceso Atención de Enfermería bajo el modelo de Virginia Henderson, brindar cuidados asistenciales y educativos en el hogar a una mujer adulta con alteración de su salud por sangrado de tubo digestivo bajo, que permitan recuperar, mantener y prevenir complicaciones a su salud así como la adquisición de conductas saludables

### **Objetivos específicos**

- Por medio del Proceso Atención de Enfermería, proporcionar cuidados asistenciales a una mujer adulta con diversas necesidades biofisiológicas y psicológicas.
- Establecer un plan de cuidados que contribuyan al usuario a la adquisición de conocimientos sobre su estado de salud que le permitan establecer conductas saludables.
- Desarrollar intervenciones independientes y de colaboración en el hogar para favorecer conductas de salud saludables que permitan evitar riesgos.

## METODOLOGÍA

Se llevará a cabo a través de la metodología del proceso de atención de enfermería.

El proceso atención de enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes, orientados al logro de objetivos. Es organizado y sistemático porque consta de cinco pasos secuenciales e interrelacionados: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, en los cuales se realizan intervenciones .

Se realizarán intervenciones independientes educativas apoyándose en el modelo de Virginia Henderson que establece catorce necesidades en las cuales solamente se pondrá énfasis en aquellas que requieran de la intervención de enfermería.

Para la valoración de las catorce necesidades según se utilizará el instrumento de valoración según Virginia Henderson que se desarrolla y utiliza durante el quinto y sexto semestre de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la ENEO-UNAM.

Los diagnósticos de enfermería se elaborarán a través del método PES donde:

P- Problema

E - Etiología

S - Signos y síntomas.

## CAPITULO I.

### I. HISTORIA DE LA ENFERMERIA.

Desde el comienzo de la vida, los cuidados existen, ya que es necesario ocuparse de la vida para que ésta pueda persistir. Los hombres como todos los seres vivos, han tenido siempre necesidad de cuidados, porque cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle y, de ese modo, luchar contra la muerte: la muerte del usuario, la muerte del grupo, la muerte de la especie.

Durante millares de años, los cuidados no fueron propios de un oficio, y aún menos de una profesión. Eran los actos de cualquier persona que ayudara a otra a asegurarle todo lo necesario para continuar su vida, en relación con la vida del grupo.

La enfermería, parte de la cultura occidental en el México colonial y más precisamente después de la Independencia de México donde tuvo grandes repercusiones en el sistema de atención a la salud, el concepto de caridad cristiana ya no embonaba en un país que basaba su superación, en la secularización eclesiástica, en la expulsión de las órdenes religiosas y la desestructuración de las cofradías, a las que exprimiría antes de darles por muertas.

Los bienes de los hospitales pasaron al estado, los esclavos que daban servicio fueron manumitidos y por falta de salarios, médicos, ayudantes, enfermeros y sirvientes, abandonaron los locales que fueron utilizados como cuarteles. Si ya estaban en malas condiciones y semidestruídos, con el paso de las tropas y las ventas parciales de terrenos, verdaderamente quedaron inutilizados.

Las órdenes religiosas que durante la Colonia atendían estos sitios, fueron destruidas, expulsadas y reducidas a su mínima expresión, el apoyo de sus Casas en España y de la corona paró con la Independencia y muchos prefirieron volver a Europa.

En París Vicente de Paúl no resiste las calles llenas de enfermedad y miseria por todas partes y decide regresar a su pequeña Iglesia campesina, en donde decide organizar a las mujeres, para ayudar a su prójimo. El primer programa presentado por Vicente al pueblo campesino fue, "mantener una forma de asociación católica, bien ordenada, que tuviera continuidad y que fuera abierta, es decir, donde pudieran entrar sin diferencias ricos y pobres, hombres y mujeres, jóvenes y viejos, que atendieran a los enfermos y apoyaran a la comunidad frente a cualquier tipo de emergencias de salud física y moral, de alimentación o guerra.

Más adelante a estos grupos se les conocerían como "LAS CHARITES" y a sus miembros, los "Hermanos Grises", que vestían como lo que eran, unos campesinos, pues siendo todos ellos seculares no tenían hábito; el delantal y la cofia, sus ropas diarias, falda y pantalón gris se identificaban como el uniforme.

La idea que tenía Vicente de la caridad, se diferenciaba de otras en 4 puntos clave, que marcarían a la profesión de enfermería en lo fundamental, 4 siglos después de su creación:

1. El servicio que daban no tenía la pretensión de proporcionar como antes, una caridad paternalista, ahora la ejercerían aquellos que poseían lo mínimo, sin esperar más que recibir lo mismo cuando lo necesitaran, y el reconocimiento solamente de Dios, todo aquel que contara con el tiempo suficiente para ofrecerlo a otros más pobres, podría entregarlo en verdad, para su auxilio.
2. De las Charites obtendrían una mano de obra abundante, casi gratuita, resistente a las miserias y al trabajo arduo, que conocían bien, por padecerlos.
3. Como toda organización de ese tiempo, habría un padre, Vicente y los demás serían humanos, pero la diferencia con otras era que éstos curarían el cuerpo y el alma, por medio de atención y charlas, obteniendo dinero, alimentos, medicamentos o ropa mendigando.
4. Sería una asociación católica y laica, no una orden religiosa.

En 1618 se encuentran en París dos amigos interesados en el mismo asunto, Vicente y Francisco de Sales, este último acababa de abrir una congregación religiosa femenina, que si bien era contemplativa, debía de consagrarse al cuidado de los enfermos, sus religiosas se llamarían “las visitandinas”, ellas serían el antecedente directo de las “Hermanas de la caridad”.

Vicente se queda al mando de éstas en París, atendiendo además a las galeras, cárcel para los forzados que irán a los barcos; en ese lugar, el nacimiento y la suciedad rebasadas todo lo imaginable, encontrando otro motivo de lucha, a favor de los peores pecadores, los presos.

Todo parecía inútil, no había solución posible para atender a los pobres, pero ellos insistirían en idear nuevas formas de organización y apoyo a los creyentes.

La vida de las mujeres en esos tiempos era muy difícil, la que no tenía para pagar una dote matrimonial o de monja, sería una carga para la familia toda la vida; las viudas tampoco la pasaban bien, pues tenían que volverse a casar, siempre que pudieran tener hijos, o que la dote con la viudez hubiera crecido. Las que no cumplían con estos requisitos tenían pocas oportunidades de llevar una vida fuera de la prostitución y de la servidumbre. No había espacios económicos ni sociales para ellas.

Por lo tanto lo que ofrecía Vicente era tan revolucionario que asustaba a las autoridades.

La respuesta fue tal que en París las primeras Hermanas de la Caridad fueron 4 jóvenes de familias ricas, las que entraron a trabajar en un pequeño hospital, bajo la enseñanza de una viuda que no quería volver a casarse, Louise de Marillac. Se entrenarían como enfermeras de cuerpo y alma. “Las Hermanas Grises” empezaron a ser conocidas y demandados sus servicios por medio de las iglesias parroquiales, que se convirtieron en su centro de reunión. La represión continuó y a los hospitales-

cárceles, se llevaron a los pobres, locos, delincuentes y apesados, ya que la patología social fue identificada como una sola cosa, donde pobreza y enfermedad eran sospechosas para la sociedad burguesa.

Las charites, como vemos, surgen como una prioridad natural en el interior y en las ciudades de Francia, siendo reconocidas como congregación por el Papa en 1634. Más tarde serán invitados a fundarse por toda la Europa cristiana y en España instalaron una casa en donde encontraron muchos adeptos de ambos sexos.

La situación de México era tan similar a la vivida por Vicente en los siglos XVI y XVII, la Iglesia había perdido el concepto de caridad cristiana y a pesar de la guerra nadie atendía a los enfermos y soldados heridos.

Manuel Andrade siendo ya casi doctor en medicina había compartido la maravillosa labor en París, de donde le surgió la idea de invitar a las hermanas de la caridad a establecerse en su país, aquí no existía ningún servicio parecido y las malaterías estaban en pésimas condiciones y en el peor abandono.

En 1831 por medio del cónsul de México en Burdeos, Don Tadeo Ortiz, envía la petición a la superiora del Hospital de enfermos convalecientes de París, solicitándole urgentemente la lección de las hijas de San Vicente de Paúl en México; la respuesta fue afirmativa, pero el gobierno mexicano con sus frecuentes cambios políticos, se ve impedido para tomar en cuenta la propuesta, a pesar de la enorme necesidad que se tenía de ellas.

Las Hermanas de la Caridad llegan a México en uno de los peores momentos de la historia del país (1844). La señora María Ana Gómez de la Cortina y Fagoaga, nuevamente el doctor Manuel Andrade y Pastor, Faustina y Julia Fagoaga y el General Ciro Gómez Anaya, consiguieron financiamiento para invitarlas a venir a México, durante el gobierno de Santa Anna.

Para entrar al país, requirieron el dictamen del Consejo de Estado, pues no se podían instalar en México ni como orden, ni como congregación, sino bajo el "compromiso" de dar servicio desinteresado en los hospitales, casas de beneficencia y a todos los pobres y menesterosos.

Los hospitales militares fueron atendidos por ellas, llegando al grado extremo en el de San Pablo, que se funda en el momento de la invasión norteamericana (1847), en el edificio del colegio de San Pedro y San Pablo en donde Sor Micaela de Ayanz, entro como encargada de las veinte hermanas que atenderían las dos salas de hombres y una de mujeres, pero el desorden y la incongruencia política del siglo la obligaron a dirigir el hospital hasta el año en que fueron expulsadas (1876).

En los archivos se han localizado tres reglamentos de los cuatro principales hospitales y el del hospicio que atendieron estas mujeres, y lo interesante es que había desde sus constituciones como congregación algunas enfermedades limitantes de su atención por la mortal, como eran: las enfermedades venéreas de hombres y



mujeres, la locura y las parturientas, no obstante, la realidad rebasó a las hermanas y en verdad se cree que además de los partos, todo lo demás fue solicitado por ellas cubriendo lo que San Vicente deseaba; enfermos, pobres, niños abandonados, presos y prostitutas.

Cabe destacar que en el caso del hospital de enfermedades venéreas ellas solamente controlaban y administraban el hospital, aunque nunca entendieron a los enfermos. Los reglamentos corresponden cronológicamente:

- 1845 El divino Salvador para mujeres dementes.
- 1847 Hospital de San Pablo, de sangre y general; el más famoso de esa época destacado no sólo por la atención médica sino por la gran gobernadora que tuvo desde su apertura; antecedente básico de las jefas de enfermería de todos nuestros hospitales, Sor Micaela de Ayanz.
- 1863 Hospicio de pobres, cedido a ellas en la época del Imperio.
- 1873 Hospital de San Juan De Dios, para enfermeras con enfermedades venéreas y mujeres prostitutas.

Sobre el número de las hermanas que se mantendrán en cada establecimiento, la relación ideal era de una hermana por cada 10 camas, situación que jamás se cumplió por las epidemias y la guerra los mantuvieron saturados con enfermos en petates o tirados en el piso de los pasillos.

Se prometía un salario de cinco pesos al mes, la ropa, habitación, alimentos, atención médica y medicamentos, pago del entierro con dos misas, lo que rara vez fueron satisfechos por las carencias permanentes del Estado, quedándoles a deber a veces más de tres años de salario.

El trabajo que desempeñaban era múltiple: acompañarían a las visitas médicas debiendo seguir las instrucciones para los enfermos de los médicos de cada sala, sin tomar atribuciones llevando a la cocinera las dietas y a la farmacéutica lo indicado para cada enfermo, debían controlar a los auxiliares médicos y ayudar en las curaciones, hacer guardia de día y de noche.

Había en todos ellos una hermana boticaria, quien hacía los preparados y pócimas como si fuera una farmacia pública. En caso de gravedad del enfermo proporcionar ayuda cristiana, conseguir al Cura para los viáticos y al fallecer ascantar el descanso en el registro civil.

En el siglo XIX, los hospitales habían llegado a dos vértices interesantes del conocimiento médico, que se reflejaban en el uso del espacio, por un lado las especialidades patológicas requerían de cierto tipo de servicios o edificios divididos en padeceres como: de locos, venéreos, generales y de sangre, y estos en contagiosos o no, por sexo y edades. Por otro lado las calificaciones de los usuarios ya no era el fenotipo sino la clase social y la nacionalidad, que demandaban salas separadas para "distinguidos", franco, suizo, belgas, presos, prostitutas y revoltosos.

Es a partir de las Hermanas de la Caridad cuando la historia de la profesión debe ser estudiada, ya que marcaron un estilo, un modo, una estructura que nos corresponde.

Difícilmente cuando son expulsadas se podía esperar que cualquier sirviente analfabeta y sin entrenamiento previo las sustituyera. (1)

La profesión de enfermería existe desde hace milenios. Muy limitada en la antigüedad, el rol de la enfermera se hizo cada vez más importante, con la fundación de escuelas de enfermería en Europa en el siglo XIX. Es gracias a Florence Nightingale, enfermera inglesa, que la profesión fue descrita y puntualizada en una obra titulada "Notes sur le nursing". En 1860 en Londres, fundó una escuela de enfermería con un programa de tres años de duración que tenía como objetivo preparar enfermeras competentes y autónomas para el ejercicio de su profesión.

Desde hace algunos años con la llegada de diversos trabajadores en el campo de la salud, los gobiernos se han visto inducidos a legislar, no la esencia de las profesiones, pero sí el campo de competencia de los diferentes profesionales de la salud. Así, en Québec encontramos la descripción del ejercicio de la profesión (de las competencias profesionales), en los artículos 36 y 37 de la ley de las enfermeras y los enfermeros:

- Constituye el ejercicio de la profesión de la enfermera o enfermero todo acto que tiene como objetivo identificar las necesidades de salud de las personas, contribuir en los métodos de diagnóstico, prodigar y controlar los cuidados de enfermería que requiera la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento y la readaptación, así como el hecho de prodigar cuidados según órdenes médicas. La enfermera y el enfermero pueden en el ejercicio de su profesión informar a la población sobre problemas de orden sanitario.

El ejercicio exclusivo de la profesión de enfermería comporta dos aspectos: Uno que devuelve el aspecto autónomo de la profesión o la toma de decisiones, y que apunta hacia la responsabilidad de la enfermera, y otro que son las acciones autónomas que lleva a cabo la enfermera, pero decididas por el médico en forma de orden médica.

Las enfermeras, conscientes de la amplitud de sus responsabilidades, se dan cuenta de que para tomar decisiones autónomas frente a los clientes, es esencial apoyarse en una concepción clara y explícita de los cuidados de enfermería. Por ejemplo, queriendo "identificar las necesidades de salud de las personas, prodigar y controlar los cuidados de enfermería que precisan la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento y la readaptación" hay que hacer referencia a un "cuerpo de conocimientos" que especifique el objetivo de los cuidados de enfermería, el punto de vista del cliente que recibe los cuidados, el rol de la enfermera y la naturaleza de sus intervenciones. Entonces, para ejercer su profesión adecuadamente la enfermera debe poseer conocimientos, actitudes y habilidades a partir de la concepción de los cuidados de enfermería. El ejercicio de la profesión, tal como la

define la ley, no describe las bases científicas de la profesión que hay que conocer para poder ejercerla.

## LA ENFERMERÍA HOY

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

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

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

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

A la enfermería se le ha denominado la más antigua de las artes y la más joven de las profesiones. Como tal ha atravesado numerosas etapas y ha formado parte de los movimientos sociales. Ha sido elemento partícipe de la cultura de una época por la que ha sido modelada y a la que ha ayudado en su desarrollo. La historia de la enfermería ha sido una historia de frustración, ignorancia e incompreensión; una gran epopeya llena de desgracias y triunfos, de romances y aventuras. Y lo que es mas importante ha sido la historia de un grupo profesional cuyo status siempre ha venido marcado por las pautas prevalentes en la humanidad.

La profesión de enfermería que 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 ampliar del servicio y la práctica profesionales y aumentar sus responsabilidades. (2)

## CAPITULO II.

### 2. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería es un método que por lo general abarca cinco pasos, y que intenta lograr un resultado particular. El proceso de Enfermería es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería. Este proceso se utiliza para identificar los problemas del usuario, para planear y efectuar en forma sistemática los cuidados de enfermería, y para evaluar los resultados obtenidos con estos cuidados. (3)

El proceso enfermero es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados. Como todo proceso, desde el punto de vista operativo consta de una sucesión de etapas correlativas e interrelacionadas, de tal forma que cada una depende de la anterior. Estas etapas, cada una de las cuales contiene a su vez diversos pasos, son cinco:

1. **Valoración:** Recogida de datos antecedentes y actuales, objetivos y subjetivos.
2. **Diagnóstico:** Análisis de los datos y formulación de un juicio de conclusión sobre la situación.
3. **Planificación:** identificación de los objetivos que se han de conseguir y de la actuación más adecuada para lograrlos.
4. **Ejecución:** Puesta en práctica del plan de intervención.
5. **Evaluación:** Determinación de la eficacia de la intervención en términos de logro de los objetivos propuestos.

#### 2.1. Valoración

Consta de cuatro pasos: recogida, validación, organización y registro de los datos.

##### Recogida de datos

Es el proceso planificado, sistemático y completo que permite reunir información específica sobre el usuario. Los datos recogidos se pueden clasificar en:

1. Antecedentes o actuales: Según pertenezcan al pasado o al presente.
2. Objetivos o subjetivos: Los primeros son observables, mensurables y se obtienen básicamente a través del examen físico; los segundos, por el contrario, se refieren a ideas, sentimientos y percepciones y se consiguen a través de la entrevista con el usuario y la familia.
3. Generales o focalizados: Ya se trate de información básica sobre todos los aspectos relevantes del estado de salud y situación de vida de usuario, ya de datos pormenorizados sobre una situación o aspecto concreto.

Las fuentes para obtener los datos son directas o indirectas y, entre ellas, la principal es el propio usuario, al que cabe añadir la familia o las personas allegadas a él, la historia clínica y los informes de otros profesionales de la salud.

Los métodos para obtener la información requerida son, la entrevista, la observación y el examen físico.

### **Entrevista**

Se trata de un interrogatorio metódico y organizado que permite a la enfermera adquirir información específica sobre aquellos aspectos de salud que considera relevantes. Hay dos tipos de entrevista formal o informal.

Formal: consiste en una comunicación con un propósito específico en la cual se realiza la historia del usuario.

Informal: comunicación entre enfermera-usuario.

### **Observación**

Consiste en el uso sistemático de la vista, el oído y el olfato para reunir información sobre el usuario, la familia y personas allegadas, y el entorno, así como sobre las interacciones entre estas tres variables.

### **Examen físico**

La valoración física, ya sea cefalocaudal, por órganos, aparatos y sistemas, emplea cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

1. Inspección u observación cuidadosa y crítica del usuario para determinar características físicas, tales como el tamaño, forma, posición, localización anatómica, color, movimiento, simetría, etc.
2. Palpación o uso del tacto para determinar las características de algunas estructuras corporales situadas debajo de la piel a fin de conocer su tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad.
3. Percusión o golpeteo suave con uno o varios dedos sobre la superficie corporal y análisis acústico de los sonidos producidos, que variarán dependiendo del tipo de estructura que haya debajo.
4. Auscultación o escucha de los sonidos producidos por los órganos corporales. Permite identificar la frecuencia, intensidad, calidad y duración de los sonidos detectados, se utiliza un estetoscopio y ciertos ruidos con la oreja sobre la zona a explorar.

## **Validación de datos**

Se trata de asegurar que la información recogida en el paso anterior es veraz y completa, a fin de evitar errores diagnósticos y conclusiones precipitadas. Se deben confirmar todos los datos anómalos o incongruentes con el resto de información de que se dispone, así como todos aquellos que resulten de importancia crítica para establecer el diagnóstico o planificar la actuación.

## **Organización de datos**

Es la agrupación sistemática en categorías de la información obtenida y validada a fin de lograr una imagen clara de la situación. Es de suma importancia, ya que hacerlo de una u otra forma va a influir:

1. En el tipo de información que se recoja, puesto que cada modelo se concentrará en unos aspectos específicos.
2. En el tipo de problemas que se detectan, ya que todas las formas de organizar la información ponen de relieve unos aspectos y omiten otros.

## **Registro de datos**

Consiste en plasmar por escrito toda la información obtenida y debe llevarse a cabo tan pronto como finalice la valoración a fin de prevenir el olvido de información relevante. Este último paso de la etapa de valoración es de capital importancia para formular el diagnóstico y planificar la actuación enfermera, así como para asegurar la continuidad de los cuidados.

## **2.2 Diagnóstico**

El proceso diagnóstico es una función intelectual altamente compleja, para la que unas personas parecen tener una mayor capacidad que otras; no obstante, y al igual que sucede con cualquier otra habilidad, es posible acrecentarla y mejorarla mediante el ejercicio repetido y sistemático del juicio diagnóstico o juicio clínico.

En esta etapa podemos distinguir dos pasos: el análisis de los datos y elaboración de inferencias e hipótesis, y la formulación de los problemas detectados.

### **Análisis de datos.**

Se empieza por revisar la información obtenida a partir de la entrevista, la observación, la exploración física y las anotaciones de otros profesionales, diferenciando los datos relevantes de los que no lo son. Se agrupan los datos relevantes o clave entre los que parezca existir alguna relación de igual forma que al empezar a montar un rompecabezas agrupamos las piezas por tamaños, formas,

colores o cualquier otro criterio, para facilitar su posterior colocación en el conjunto; se determinan las conexiones existentes entre las claves es decir, se hacen inferencias, empezamos a vislumbrar aspectos parciales de la imagen general, aunque no sea posible verla por completo.

Finalmente, la interpretación e interrelación de las inferencias conduce a la formulación de hipótesis sobre los problemas y recursos de que la persona dispone, obteniendo así una imagen general en la que se puede encontrar:

1. Problemas (reales o de riesgo) susceptibles de ser tratados en colaboración con otros profesionales (problemas de colaboración).
2. Problemas (reales o de riesgo) que requieren un abordaje independiente (diagnósticos enfermeros).
3. Recursos personales o del entorno que parecen adecuados en esa situación concreta.

### **Diagnósticos enfermeros**

Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de la actuación enfermera destinada a lograr objetivos de los que la enfermera es responsable; es fundamental llegar a determinar con la mayor exactitud posible cuál es el problema o situaciones que la enfermera identifica, valida y trata independientemente. Por consiguiente, ella es la responsable del resultado final y tiene pleno control y autoridad sobre la situación.

Los diagnósticos enfermeros pueden ser reales, de riesgo o de salud:

1. Diagnóstico real . Describe respuestas humanas a procesos vitales/estados de salud que existen en un usuario, familia o comunidad. Se apoya en características definitorias (manifestaciones, y síntomas) que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas.

Para escribirlos, se aconseja un formato en tres partes, donde el problema se une a la causa o causas mediante la fórmula [relacionado con] (r/c), y ésta a los datos objetivos y subjetivos mediante la frase [manifestado por] (m/p):

Problema r/c causa m/p datos objetivos y subjetivos

2. Diagnóstico de riesgo o potencial. Describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en un usuario, familia o comunidad vulnerables.

Al escribirlo debe anteponerse la frase [riesgo de], y se aconseja el formato en dos partes:

Problema r/c factor de riesgo (causa)

3. Diagnóstico de salud. Describe respuestas humanas en un usuario, familia o comunidad que presentan un buen nivel de salud, pero que tienen el potencial



para alcanzar un grado superior, este tipo de diagnóstico tiene un solo componente:

Situación de salud a mejorar

En los dos primeros casos ( Diagnósticos de enfermería reales y de riesgo) es importante identificar la causa que los provoca o que contribuye a ellos, ya que en la medida en que ésta pueda eliminarse o reducirse, o sus efectos puedan modificarse, el problema desaparecerá, se reducirá o se controlará. No obstante, en los diagnósticos de salud no es preciso identificar la causa, dado que ésta es irrelevante para nuestros propósitos.

### **2.3 Planificación**

Esta etapa consta de diversos pasos consecutivos: jerarquizar prioridades, formulación de objetivos o resultados esperados, determinación de intervenciones y actividades, y registro del plan.

#### **JERARQUIZAR PRIORIDADES**

En la etapa diagnóstica puede detectarse más de un problema que requiere de la intervención enfermera, si bien no siempre es posible o aconsejable abordarlos todos a la vez. Es por ello necesario identificar normas que permitan decidir qué problemas deben abordarse en primer lugar y cuáles pueden o deben esperar.

Para facilitar el establecimiento de prioridades proponemos aplicar los siguientes criterios:

1. Problemas que amenacen la vida de la persona.
2. Problemas que para la persona/familia sean prioritarios ya que, en caso contrario, pueden impedir centrar la atención en problemas que, aunque sean más urgentes o importantes, no son percibidos como tales.
3. Problemas que contribuyen o coadyuvan a la aparición o permanencia de otros problemas, dado que la resolución de aquellos eliminará o reducirá éstos.
4. Problemas que, por tener una misma causa, puedan abandonarse conjuntamente, optimizando la eficiencia del trabajo enfermero.
5. Problemas que tienen una solución sencilla puesto que su resolución sirve de acicate para abordar otros más complejos o de más larga resolución.

#### **FORMULACIÓN DE OBJETIVOS**

Al igual que sucedía en la etapa diagnóstica, también al formular objetivos hay que distinguir entre problemas de colaboración y diagnósticos enfermeros, ya que los criterios serán distintos en uno u otro caso.

## **Objetivos para los diagnósticos enfermeros**

Cuando se trata de diagnósticos, y al contrario de lo que sucede en los problemas de colaboración, es necesario en todos los casos marcar objetivos claros que guíen la actuación enfermera y que estén formulados en términos de conducta del usuario, no de la enfermera.

### **Tipos de objetivos**

**Objetivos para los diagnósticos reales y de riesgo.** Debe identificarse un objetivo final y uno o más objetivos intermedios:

**Objetivo final.** Deriva directamente de la primera parte de la formulación diagnóstica (problema) y describe una conducta observable del usuario, indicativa de aspectos como:

Diagnósticos reales: Mejora o resolución del problema.

Diagnósticos de riesgo: Mantenimiento de la situación.

**Objetivo intermedios o específicos.** Derivan directamente de la segunda parte de la formulación diagnóstica y señalan la modificación, desaparición o control de los factores causales del problema (diagnósticos reales) o de los factores de riesgo (diagnósticos de riesgo).

### **Objetivos para los diagnósticos de salud.**

Tan sólo se formulará un objetivo final, en términos de conducta observable del usuario, que refleje el logro de un mayor nivel de salud y bienestar.

No es posible formular objetivos intermedios encaminados a la desaparición, reducción o control de los factores causales o a la modificación de sus efectos, pues no se desea modificar las causas que impulsan a la persona a perseguir una mejora de salud.

### **Componentes de los objetivos para los diagnósticos**

En cualquier caso (objetivos finales o intermedios), deben tener los siguientes componentes. Para que sean operativos y permitan valorar la eficacia de la intervención enfermera.

1. Sujeto: Quién tiene que lograr el objetivo. Dado que el plan de cuidados es el del usuario, el sujeto está implícito y sólo será necesario especificarlo cuando se trate de una persona distinta a él.

2. Verbo. Qué debe hacer el sujeto para evidenciar que ha logrado el objetivo, lo que necesariamente conlleva el empleo de verbos de acción (verbos que indiquen una conducta observable).
3. Tiempo. Cuándo hay que valorar si se ha logrado o no el resultado esperado.
4. Modo: Cómo debe el sujeto realizar la acción para que consideremos que hemos logrado el objetivo propuesto; es preciso sólo cuando sea posible realizar la acción de diversas formas.
5. Medida: Hasta cuándo o hasta dónde, cuando en el objetivo que se desea conseguir sea posible identificar distintos grados o niveles.

### **Área de los objetivos**

Los objetivos marcados para los diagnósticos de enfermería, según el tipo de problema identificado, pertenecerán a una de las áreas siguientes:

1. Área cognoscitiva, cuando se pretenda aumentar o completar los conocimientos que tiene la persona, o cambiar los conceptos erróneos por otros verdaderos.
2. Área psicomotriz, cuando se desee la adquisición o perfeccionamiento de habilidades psicomotrices.
3. Área efectiva o volitiva, cuando se persiga un cambio de sentimientos, actitudes o valores.

### **DETERMINACIÓN DE INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES**

Una vez identificados claramente los problemas que se van a tratar y marcados los objetivos que se han de conseguir, es preciso planificar tanto la intervención como las actividades más adecuadas para lograrlos, entendiendo como tales:

1. Intervención: modo de actuación para tratar el diagnóstico identificado y que es común en todos los casos en que se presente dicho problema.
2. Actividades: conjunto de operaciones o tareas necesarias para llevar a cabo cualquier intervención y que variarán en función de las condiciones del usuario, del entorno en que se encuentre, de los recursos de que se disponga, etc.

### **Planificación en los diagnósticos enfermeros**

En este caso, la responsabilidad del resultado final es de enfermería quien, en consecuencia, tiene también el control de la situación y la autonomía necesaria para determinar la actuación que se va a seguir. Si en las etapas anteriores ha identificado

el problema y ha marcado los objetivos, en ésta ha de seleccionar intervención y las actividades más convenientes para lograrlos.

**Diagnósticos reales:** Las actividades irán encaminadas a la reducción, control o eliminación de las manifestaciones.

**Diagnósticos de riesgo:** Se dirigirán a la detección temprana de posibles datos objetivos y subjetivos indicadores de que el problema ha pasado a ser real.

**Diagnósticos de salud:** Perseguirán el logro de un mayor grado de salud y bienestar; en este caso son las únicas intervenciones posibles ya que, al no haber una causa que se desee modificar o eliminar, no es posible prescribir otras.

## **REGISTRO DEL PLAN**

Es el último paso de esta etapa y consiste en plasmar por escrito los pasos anteriores, al registrar el plan de cuidados deben aplicarse las normas generales. (4)

### **2.4 Ejecución**

Si un plan no se pone en acción, no es útil. Por lo tanto, una vez que la intervención de enfermería se ha determinado y se ha completado la fase de planeación, comienza la ejecución del plan. Mientras se ejecuta el plan de cuidados, la enfermera sigue recopilando, valorando datos, planes, y evaluando los cuidados.

Ejecución es brindar realmente los cuidados de enfermería. Un plan contribuye a brindar cuidado de enfermería comprensivo porque toma en cuenta las necesidades del usuario en el aspecto físico, psicológico, emocional, espiritual, social, cultural, económico y de rehabilitación.

El cuidado es personalizado, de manera que sea apropiado a cada usuario específico. La ejecución del plan de cuidados también ayuda a la continuidad y coordinación de dichos cuidados. Sin una planeación y una adecuada comunicación acerca del plan, el usuario puede experimentar discrepancias o duplicación de los cuidados.

El plan favorece el flujo uniforme de los cuidados de enfermería durante todas las etapas de la enfermedad del usuario, y coordina el programa para que el resto del equipo de salud realice pruebas diagnósticas y diversos tratamientos dentro de una secuencia adecuada para el usuario. Una labor importante de la enfermera es contribuir a la salud y ánimo del usuario para que este exprese sus sentimientos y planee sus propios cuidados. (5)

## **PREPARACIÓN PARA LA ACCIÓN**

Hay que revisar las intervenciones y las actividades con el fin de:

1. Determinar si unas y otras aún son apropiadas en la situación actual del usuario.
2. Valorar si se poseen los conocimientos y habilidades requeridos para realizarlas.
3. Reunir y organizar los recursos materiales y humanos necesarios.
4. Preparar el entorno para llevar a cabo la actividad en las mejores condiciones posibles, incluyendo las medidas de seguridad adecuadas.

## **REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES**

Comprende tanto la ejecución de la actividad prescrita como la valoración continua de la respuesta del usuario para determinar la conveniencia de continuar con el plan, tal como se concibió, o modificarlo a la luz de los nuevos datos.

## **REGISTRO DE LA ACTUACIÓN**

La enfermera debe anotar en el plan de intervención del usuario tanto la ejecución de la actividad como la respuesta de éste, prestando especial atención a cualquier dato anormal o inesperado. También en este caso es conveniente recordar y aplicar las normas para las anotaciones enfermeras.

### **2.5 Evaluación**

Debe tenerse presente que está incluida en cada etapa, en forma de valoración continuada, como parte integral de la relación terapéutica entre la enfermera y el usuario.

La evaluación formal consta de tres pasos:

- a) valoración de la situación actual del usuario.
- b) comparación con los objetivos marcados y emisión de un juicio.
- c) mantenimiento, modificación o finalización del plan de cuidados.

#### **Valoración de la situación actual del usuario**

Los datos para la evaluación formal se reúnen aplicando las técnicas ya explicadas en la etapa de valoración: entrevista, observación, valoración física y revisión de la historia para completar la información con los datos aportados por otros profesionales.

### **Comparación de la situación actual con los objetivos marcados y emisión de un juicio o conclusión**

Tras reunir los datos actuales, éstos se comparan con los resultados identificados como deseables en los objetivos, comparación que puede llevar a uno de estos tres resultados: los objetivos se han conseguido totalmente, se han conseguido parcialmente, o no se han conseguido en absoluto.

### **Mantenimiento, modificación o finalización del plan**

Finalmente, debe tomarse una decisión sobre la actuación que se debe seguir en adelante.

#### **Mantenimiento del plan**

Se optará por mantener el plan inicial cuando los objetivos se hayan alcanzado parcialmente y, al analizar todo el proceso, se compruebe que el diagnóstico y las intervenciones siguen siendo adecuados para la situación del usuario, aunque el logro de los objetivos marcados inicialmente requiera un plazo más largo.

#### **Modificación del plan**

Se procederá a modificar el plan inicial cuando los objetivos se hayan logrado parcialmente o no se hayan logrado en absoluto, y al revisar todo el proceso se llega a la conclusión de que:

1. El plan inicial no era el más adecuado.
2. Ha habido cambios en la situación del usuario que no se han reflejado en el plan.
3. Han aparecido factores externos que influyen en el logro de los objetivos propuestos que no se han reflejado en la planificación.

También cabe la posibilidad de modificar el plan cuando se hayan conseguido totalmente los objetivos marcados, pero persistan los factores de riesgo que hacen presumir que el problema puede reaparecer si no se establece un plan para mantener los logros actuales.

### **Finalización del plan**

Estará indicada la finalización del plan cuando los objetivos se hayan conseguido totalmente, las causas que lo provocan hayan desaparecido o se hayan controlado; y el usuario demuestre la capacidad necesaria para mantener estable su situación actual de salud. (6)

## **CAPITULO III.**

### **3. MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON**

El modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería. La aplicación del proceso de cuidados a partir de este modelo resulta esencial para la enfermera que quiere individualizar los cuidados, sea cual sea la situación que viva el usuario, para llegar a planificar los cuidados a partir del concepto de cuidados de enfermería de Virginia Henderson, hay que profundizar en los conceptos claves de este modelo. La definición del rol fundamental de la enfermera elaborado por esta autora, permite precisar los principales conceptos del modelo, dado que esta definición refleja en forma clara, precisa y completa, el pensamiento de esta enfermera.

#### **3.1. Definición del rol de la enfermera según Virginia Henderson:**

El rol fundamental de la enfermera consiste en ayudar al usuario enfermo o sano a conservar o a recuperar la salud (o asistirlo en los últimos momentos) para que pueda cumplir las tareas que realizaría el solo si tuviera la fuerza, la voluntad o poseyera los conocimientos deseados, y cumplir con sus funciones de forma que le ayudemos a reconquistar su independencia lo mas rápidamente posible.

Encontraremos en la obra de Henderson conceptos clave que permiten identificar los postulados, los valores y los elementos mayores del modelo.

#### **3.2. Postulados**

En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del usuario que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el usuario sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales, y el rol de la enfermera consiste en ayudarle a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

#### **3.3 Valores**

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson y están precisados en su definición mencionada anteriormente. Si nos referimos al ejercicio de la profesión enunciado anteriormente, este rol fundamental se efectúa en el ejercicio de la profesión de enfermería. Además del rol propio de la enfermera, se añade su participación en el plan médico, aspecto dependiente del ejercicio de la profesión. Virginia Henderson dice que si la



enfermera no cumple su rol esencial, otras menos preparadas que ella lo harán en su lugar.

### **3.4. Elementos mayores**

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

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

Usuario: Ser humano que forma un todo completo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden bio-psicosocial, para Henderson el concepto de necesidad no tiene el significado de carencia o problema, sino de requisito y, aunque algunas podrían considerarse esenciales para la supervivencia física, todas son requisitos fundamentales indispensables para mantener la integridad, entendida como la armonía de todos los aspectos del ser humano. Para ello considera las siguientes necesidades.

1. Respirar.
2. Beber y comer.
3. Eliminar.
4. Moverse y mantener una buena postura.
5. Dormir y descansar.
6. Vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
8. Estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.
9. Evitar los peligros.
10. Comunicarse con sus semejantes.
11. Actuar según sus creencias y sus valores.
12. Ocuparse para realizarse.
13. Recrearse.
14. Aprender.

El usuario debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

Rol de la enfermera. El rol de la enfermera es un rol de suplencia. Suplir, para Virginia Henderson, significa hacer por él aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos. Las intervenciones de la enfermera apuntan esencialmente hacia la independencia del usuario en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales y lo más rápidamente posible.

Fuentes de dificultad. Virginia Henderson identifica tres fuentes de dificultad: una falta de fuerza, una falta de voluntad y una falta de conocimientos. En la práctica resulta difícil buscar las causas de dependencia debidas a la falta de voluntad.

La fuente de dificultad es la causa de la dependencia del usuario, es decir, cualquier impedimento mayor para la satisfacción de una o varias necesidades fundamentales. Puede ser concebida de cuatro maneras:

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| 1. Factor de orden físico      | Atentado de la integridad física debido a:<br>-Insuficiencia intrínseca del organismo.<br>-Insuficiencia extrínseca del organismo.<br>-Desequilibrio del organismo. |
| 2. Factor de orden psicológico | Atentado en la integridad del yo.   |
| 3. Factor de orden sociológico | Atentado en la integridad social (relación con el medio y el entorno).  |
| 4. Falta de conocimiento       | Insuficiente conocimiento de uno mismo, de los demás y del medio.   |

Intervenciones. El centro de la intervención y las formas de suplencia están en relación con el objetivo deseado, es decir, la independencia del usuario en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces interviene a nivel de las fuentes de dificultad, según la situación vivida por el Usuario. Así, las acciones de la enfermera consisten en completar o reemplazar las acciones realizadas por el usuario para satisfacer sus necesidades.

Consecuencias deseadas. Utilizando el modelo conceptual de Virginia Henderson, es evidente que la enfermera apunta como consecuencias deseadas el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del usuario en la satisfacción de sus catorce necesidades. El modelo conceptual de Virginia Henderson nos da el "cuerpo de conocimientos" de los cuidados de enfermería. (7)

El modelo de Virginia Henderson, esta influenciado por la corriente de pensamiento de la integración, se incluye dentro de la escuela de necesidades.

## Conceptos nucleares

La **persona** es un ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí, y tiende al máximo desarrollo de su potencial.

El **entorno** se trata de algo estático, aunque reconoce su influencia positiva o negativa sobre el usuario y recomienda a la enfermera que lo modifique de tal forma que promueva la salud. Sin embargo, en escritos más recientes (Henderson, 1985), habla de la naturaleza dinámica del entorno y de su impacto sobre el usuario y la enfermera.

El **rol profesional** es un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Se orienta específicamente a suplirla cuando ésta no pueda hacerlo o a ayudar a desarrollar lo que le falta (fuerza, conocimientos o voluntad) para que logre su independencia y las satisfaga por sí misma.

La **salud** se equipara con la satisfacción adecuada de las catorce necesidades básicas, bien sea mediante acciones llevadas a cabo por la persona, o cuando ello no es posible, mediante acciones realizadas por otros.

### 3.5 ASUNCIONES CIENTÍFICAS O POSTULADOS

Son básicamente 3:

1. La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas.
2. La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla.
3. Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo.

Virginia Henderson por destacar una visión integral del ser humano en contra de la dicotomía cartesiana entre el cuerpo y la mente, dominante en aquel momento.

### 3.6 ASUNCIONES FILÓSOFICAS O VALORES

Son 3:

1. La enfermera tiene una función propia, aunque comparta actividades con otros profesionales.
2. Cuando la enfermera asume el papel del médico, abandona su función propia.
3. La sociedad espera un servicio de la enfermera (su función propia) que ningún otro profesional puede darle.

Todas las asunciones hacen referencia exclusivamente al rol profesional, Virginia Henderson fue una de las primeras teóricas que, después de Florence Nightingale, intentó marcar los límites que separaban las áreas de competencia médica y enfermera.

### 3.7 ELEMENTOS FUNDAMENTALES

Incluye las siguientes conceptualizaciones: objetivo de los cuidados, usuario del servicio rol profesional, fuente de dificultad, intervención de la enfermera y consecuencias de la intervención.

El **objetivo de los cuidados** consiste en ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades básicas.

El **usuario del servicio** es la persona que presenta un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas o que, aun sin presentarlo, tiene un potencial que desarrollar.

El **rol profesional** consiste en suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o ayudarle a lograr la independencia (hacer con ella), desarrollando su fuerza, conocimientos y voluntad para que utilice de forma óptima sus recursos internos y externos.

La **fuerza de dificultad**, que en este momento recibe el nombre de área de dependencia, alude a la falta de conocimientos, de fuerza o de voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas.

La **intervención de la enfermera** incluye, a su vez, dos elementos, que son el centro de la intervención y los modos de la intervención:

1. Centro de la intervención. Son las áreas de dependencia de la persona, es decir, la falta de conocimientos (saber que hacer y cómo hacerlo), de fuerza (por qué y para qué hacerlo, poder hacerlo) o de voluntad (quiere hacer).
2. Modos de la intervención. Se dirigirán a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad, teniendo en cuenta que no todos esos modos son aplicables a todas las áreas de dependencia; por ejemplo, la voluntad puede reforzarse, aumentarse o complementarse, pero no puede sustituirse.

Las **consecuencias de la intervención** son la satisfacción de las necesidades básicas, bien sea supliendo la autonomía o desarrollando los conocimientos, la fuerza y la voluntad de la persona, en función de su situación específica, para que logre la adecuada satisfacción de las 14 necesidades básicas.

### **Cuidados básicos**

Derivan el concepto de necesidades básicas y se refieren al conjunto de intervenciones terapéuticas, reflexionadas y deliberadas, basadas en un juicio profesional razonado y dirigidas a satisfacer las necesidades básicas de la persona, ya sea supliendo su autonomía en aquellos aspectos que lo requiera, y ayudándola a desarrollar su fuerza, conocimientos o voluntad para que pueda satisfacerlas por sí misma de modo adecuado.

### **Independencia**

Se define como el nivel óptimo de desarrollo del potencial del usuario para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su situación de vida. El término "situación de vida" se refiere al "aquí y ahora" de la persona e incluye tanto los aspectos biofisiológicos (edad, sexo, etapa de desarrollo, funcionamiento de los órganos, aparatos y sistemas, etc.), como los socioculturales (experiencias previas, nivel cultural, entorno físico y social en que vive, etc.) y espirituales (ideas, creencias y valores).

Los datos referentes a la edad y sexo, junto con la etnia a la que pertenece, el idioma que habla, la religión que profesa, la persona de referencia, etc., suelen formar parte de los datos incluidos en los aspectos generales de cualquier historia de salud.

Una de las críticas que se han hecho a este modelo es que no es posible establecer niveles o grados de independencia que sirvan como baremo de referencia.

### **Dependencia**

Se trata del desarrollo insuficiente del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, en el presente y en el futuro, de acuerdo con su situación de vida, a causa de una falta de fuerza, conocimientos o voluntad.

Al igual que sucede con la independencia, tampoco en este caso existen niveles establecidos que puedan aplicarse en la valoración, y será la enfermera quien, basándose en sus conocimientos, experiencia y en la situación general del usuario (es decir, su situación de vida), decidirá en cada caso si es o no suficiente el desarrollo del potencial de la persona.

## **Autonomía**

Se trata de la capacidad física y psíquica del usuario que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por el mismo .

Tanto la definición de autonomía como la de fuerza hacen referencia a capacidad física y psíquica para realizar las acciones necesarias con objeto de satisfacer las necesidades básicas, lo cual puede inducir a confusión.

La diferencia entre una y otra estriba en el hecho de que exista o no un potencial que desarrollar. Es decir, en la falta de fuerza, la persona no puede hacer algo en ese momento pero tiene capacidades que pueden desarrollarse. Por el contrario, en la falta de autonomía o bien la persona, por su edad y etapa de desarrollo, aún no ha desarrollado sus capacidades para hacer por sí misma la actividades necesarias, o bien las ha perdido temporal o definitivamente.

## **Agente de autonomía asistida**

Con este nombre se designa a la persona, familiar o persona allegada, que, cuando el usuario carece de autonomía, hace por él ciertas acciones encaminadas a satisfacer aquellas necesidades susceptibles de cierto grado de suplencia: comer y beber, eliminar, moverse, mantener la temperatura corporal, conservar la piel y mucosas limpias y cuidadas, y procurar un entorno seguro.

## **Manifestaciones de independencia**

Conductas o indicadores de conductas del usuario (datos objetivos y subjetivos) adecuados para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su situación de vida.

Por conducta entendemos aquellas acciones o reacciones sobre las que el usuario puede incidir de forma voluntaria.

Con el término indicador de conducta nos referimos a una prueba directa observable de que se ha producido o se está produciendo una conducta determinada; por ejemplo, la relación talla/peso no es una conducta, pero, en ausencia de condiciones fisiopatológicas que incidan directamente sobre ella, es un indicador de la adecuación de ingesta de la persona a su gasto energético.

## **Manifestaciones de dependencia**

Conductas o indicadores de conductas del usuario (datos objetivos y subjetivos) que resultan incorrectas, inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, ahora o en el futuro, de acuerdo con su situación de vida.

Entendemos por conducta inadecuada aquella que es perjudicial o contraproducente en el caso que nos ocupa, pero que puede no serlo en otras ocasiones.

Finalmente, una conducta insuficiente es la que, siendo adecuada, no alcanza el grado deseado.

### **Datos que deben considerarse**

Son todos aquellos que, sin ser conductas o indicadores de conducta, son relevantes y necesarios para planificar los cuidados, porque pueden incidir en la satisfacción de las necesidades. Pueden ser de índole diversa, incluyendo gustos y preferencias, recursos personales, familiares o comunitarios relevantes en esa situación; limitaciones o características personales. (8)

## **CAPITULO IV.**

### **4. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BAJO EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.**

El proceso de atención de enfermería es un término familiar para el personal de enfermería, ya que es una herramienta habitual que sirve para organizar sus acciones en la realización de atención de la salud a usuarios, familias y comunidad.

Este proceso es un sistema basado en reglas y principios científicos, durante la planeación y la ejecución de la atención de enfermería a las necesidades y problemas de salud de un usuario familia y comunidad, así como la evaluación de los resultados obtenidos. (9)

Siguiendo el modelo de Virginia Henderson, los 14 componentes de los cuidados de enfermería orientarán en las cinco etapas del proceso.

#### **4.1 Valoración.**

La valoración es la primera etapa del proceso de enfermería. En esta fase se reúne la mayor información posible, para tener una imagen lo más completa y apegada a la realidad, sobre los problemas del usuario.

Generalmente la recogida de los datos se inicia en el primer contacto del usuario, con el sistema de salud. Puede ser en su domicilio, en la clínica, o al ingreso en el hospital.

#### **Actividades:**

- Recolección de datos.
- Validación de datos. (información incompleta)
- Organización de datos.
- Comunicación/ anotación de datos.

Las fuentes de obtención de datos son las siguientes:

- Usuario y su familia.
- 

#### **Medios:**

- Observación.
- Entrevista.
- Interacciones.
- Valoración física.
- Registros médicos en el expediente.
- Registros de enfermería.



- Bibliografía referente al problema.

### **Tipos de Valoración de enfermería**

Es similar a la valoración de necesidades básicas, en el modelo de Virginia Henderson y da un panorama general de datos de dependencia o independencia en la satisfacción de las necesidades.

### **Valoración focalizada**

Se centra sobre un grupo de signos que nos indican que existe un problema específico real o potencial. Marca el camino para la valoración continuada. Si se ha identificado un problema real o potencial, deberán realizarse valoraciones periódicas para actualizar los datos.

### **Valoración de los datos básicos**

Rosalinda Alfaro (1992) recomienda que la valoración de los datos básicos, debe ser “planificada, sistemática y completa, para asegurarse que se obtiene información pertinente”. Está claro que el instrumento para la valoración de los datos básicos, debe estar basado en un modelo de enfermería, (orientado a las respuestas humanas). Sin un enfoque de este tipo, no se obtendrá la información completa y no se estará tomando al usuario como un ser bio-psico-social y espiritual.

La valoración es un proceso continuo, en ella se conjugan tanto los datos básicos, como los que se van presentando cada día, como respuesta del usuario a las intervenciones de enfermería.

### **Validación de datos**

La enfermera que realiza la fase de valoración, debe tener una base sólida de conocimientos relacionados con: las ciencias médicas y del comportamiento; la anatomía y fisiología, química, nutrición, microbiología, psicología, sociología y ética. Estos conocimientos le ayudarán para hacer una valoración sobre el estado fisiológico, psicológico, socio-cultural y espiritual del usuario el cual será base para identificar los cambios en valoraciones posteriores.

Los conocimientos de ética le ayudarán a tratar con respeto al usuario y a conducirse con propiedad, guardando absoluta reserva sobre los datos que le han sido confiados, o que ha recogido de los registros médicos.

En la recogida de datos es muy importante discriminar entre datos objetivos y datos subjetivos:

**Datos objetivos** son los que se pueden observar y/o medir, por ejemplo las cifras de temperatura. Se obtienen principalmente por medio del examen físico.

**Datos subjetivos** son los que reflejan una situación personal de los hechos o situaciones, por ejemplo, el dolor. Se obtienen mediante el interrogatorio. Los datos objetivos y subjetivos se complementan y clarifican mutuamente.

La comprobación de los datos, se realiza siempre que haya duda de que los datos que hemos obtenido no se ajustan a la realidad.

### **Agrupación de datos**

La agrupación de los datos se realizará tomando como referencia las 14 necesidades básicas de salud, según el modelo de Virginia Henderson, y jerarquizándolas utilizando el modelo de Jerarquía de necesidades de Abraham Maslow.

Abraham Maslow. Psicólogo humanista, profesor de la Universidad de Brandeis (USA). Fallecido en 1970, ha postulado que todos los hombres tienen ciertas necesidades básicas que pueden ser jerarquizadas en cinco niveles, desde las necesidades fisiológicas, hasta las necesidades de logro intelectual y espiritual. Se le ha llamado Teoría de la Motivación. La cual explica las relaciones entre las motivaciones y los niveles y tipos de las necesidades humanas.

### **Necesidades físico-biológicas:**

Alimento, abrigo, descanso, como requisito indispensable para mantener la vida.

### **Necesidades de protección y seguridad:**

Cuando las necesidades fisiológicas están satisfechas, el hombre desea mantener lo que tiene; busca la seguridad, reacciona ante el peligro que lo amenaza o ante la deprivación.

### **Necesidades sociales:**

Cuando su medio ambiente es más estable, el hombre siente la necesidad social de pertenecer, de compartir, de asociarse para dar amistad y amor, busca amigos, familia, hijos.

### Necesidades del ego:

Están relacionadas con la autoestima; confianza en sí mismo, independencia, logro, conocimiento. La estima y respeto de los demás, basados en una capacidad real.

### Necesidades de logro:

Corresponden a lo que se denomina Autorrealización. Crecimiento, desarrollo, actualización. El hombre desea realizar en toda su plenitud sus potencialidades como ser humano.

## MODELO JERÁRQUICO CON LOS NIVELES DE MASLOW Y LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON



\* Tomado de María De Jesús García. El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. Pp30.

### **Anotación y notificación de datos**

Si al realizar la historia de enfermería encuentra datos significativos, que considera se les debe dar atención inmediata, por ejemplo: **dolor o signos vitales alterados**. Debe notificarlos en seguida al médico responsable, dando prioridad a estas necesidades, y después continuar con la valoración de los datos básicos.

**Al realizar la historia de enfermería es útil que observe las siguientes recomendaciones:**

- Anote el nombre de cualquier persona que no sea el usuario, y a que aporta datos a la historia.
- Escriba con claridad y objetividad lo que ha observado.
- Escriba las afirmaciones del usuario usando sus propias palabras “siento el dolor como que me clavan un puñal”.
- Anote en primer lugar los datos críticos, por ejemplo, signos vitales, medicamentos, alergias; por si tiene que interrumpir la actividad, estén ya disponibles y se continúe el tratamiento según las prioridades. (10)

### **4. 2. Diagnóstico de Enfermería**

El diagnóstico de enfermería es una conclusión o enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud, los problemas y necesidades del usuario, que pueden modificarse por la intervención de la enfermera con el objeto de resolverlos o disminuirlos. Este diagnóstico deriva de la inferencia de datos confirmados por la valoración y de las percepciones, sigue a una investigación cuidadosa de los datos y conduce a una toma de decisiones. (11)

El diagnóstico de enfermería se basa en las respuestas del usuario, que pueden ser de tipo: fisiológico, psicológico, espirituales y sociales. Todas las situaciones que la enfermera puede atender de forma independiente.

El diagnóstico de enfermería se dirige particularmente a examinar las áreas en donde se detectan funciones de enfermería de carácter independiente. Estas funciones son: Prevención; educación para la salud, cambio de actitudes hacia la salud, o cambio de actitudes hacia el tratamiento, para su cabal cumplimiento.

El diagnóstico de enfermería se apoya en datos objetivos y subjetivos que se pueden constatar, y deben ser validos por el usuario cuando esto sea posible.

## **Análisis de Datos.**

Al ir a realizar el análisis de datos, es importante tener presente las características o cifras consideradas como normales, tanto en lo que se refiere al funcionamiento del organismo, como a las respuestas del usuario y su familia a las condiciones impuestas por la enfermedad.

Esto le ayudará a identificar si está presente algún signo o síntoma que represente un problema de salud.

### **Identificación de problemas interdependientes**

La utilidad de identificar los problemas interdependientes está en que se pueden prevenir complicaciones, porque este tipo de problemas que a la enfermera le corresponde identificar son potenciales. Se sugiere que los problemas interdependientes no se escriban en el plan de cuidados de enfermería.

## **Componentes de los Diagnósticos**

Cada una de las categorías diagnósticas aceptadas por la NANDA, consta de tres componentes: título, características definitorias y factores etiológicos o relacionados. Los tres componentes se describen de la siguiente forma:

- **Título (o etiqueta).** Descripción breve del problema de salud. Consta de dos partes unidas por la frase “relacionado con”. El problema de salud nos orienta hacia los objetivos que nos vamos a proponer en el plan de cuidados, que corresponde a la etapa de Planificación.
- **Características definitorias.** Grupo de signos y síntomas que se ven en ese diagnóstico en particular.
- **Factores etiológicos y contribuyentes.** Identifican aquellos factores situacionales, patológicos o de maduración que pueden causar el problema. Los factores etiológicos nos orientan sobre las actividades de enfermería.

Para escribir un diagnóstico de enfermería real, se recomienda usar el formato PES (problema, etiología, signos y síntomas) para su descripción. Es una formulación en tres partes que incluye lo siguiente:

- El problema. (P)
- La causa o la etiología.(E)
- Los signos y síntomas (características definitorias que son evidentes en el usuario). (S)

Este formato PES es valioso porque identifica el problema y su etiología, además añade el concepto de validación, por la inclusión de los signos y síntomas. Se ha venido practicando hace varios años en las escuelas de enfermería.

#### **4. 3. Planificación**

En esta etapa los pasos que se llevan a cabo son:

- Fijación de prioridades.
- Establecimiento de objetivos.
- Determinación de actividades de Enfermería.
- Documentación del plan de cuidados.

##### **Fijación de prioridades.**

Antes que nada debe asegurarse si no hay ningún problema que requiera atención inmediata.

##### **Establecimiento de objetivos**

Los objetivos centrados en el usuario, que reflejan los cambios deseables en su estado de salud, y los beneficios que obtiene con los cuidados de enfermería son los más recomendables.

Los resultados esperados se pueden clasificar en tres dominios o áreas, cognitivo, afectivo y psicomotor, los cuales según el modelo de Virginia Henderson corresponden a las áreas problema de: **conocimiento, voluntad y fuerza, respectivamente.**

Para asegurar resultados específicos, cada objetivo debe tener los siguientes componentes:

##### **Sujeto:**

¿Quién es la persona que se espera que logre el objetivo?

##### **Verbo:**

¿Qué acciones debe hacer la persona para demostrar que ha logrado el objetivo?

**Condición:**

¿Bajo qué circunstancias tiene que realizar la persona las acciones?

**Criterio:**

¿En qué medida tiene que realizar la persona la acción?

**Registro de las órdenes de enfermería**

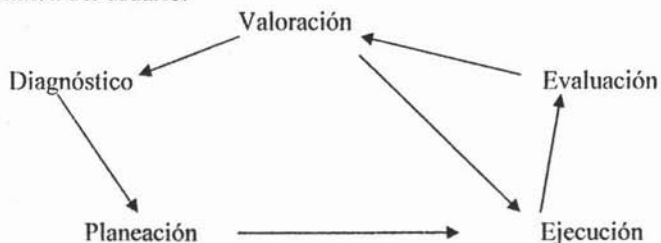
Cuando haya determinado las intervenciones de enfermería para proporcionar los cuidados requeridos, necesitará escribir las órdenes de enfermería, para que todas las enfermeras implicadas en el cuidado de ese usuario, tengan instrucciones claras para la ejecución del plan de cuidados. (12)

**4. 4. Ejecución**

La ejecución es la aplicación real del plan de atención de enfermería. Éste contribuye a un cuidado integral y progresivo ya que el plan considera los aspectos biopsicosociales del usuario.

Tanto el usuario como la familia deben participar en la planeación del cuidado, ya que son fuentes clave de información y su compromiso en esta fase es de vital importancia. La comunicación terapéutica es otro aspecto de particular importancia en esta etapa, porque ayuda al usuario a identificar sus problemas, a explorar las posibles soluciones y a resolverlos. (13)

La planificación dirige la ejecución, que a su vez esta determinada por la valoración continua del usuario.



La recogida continua de datos, proporciona la información necesaria para tomar decisiones, sobre lo acertado del plan de cuidados que se ha elaborado. Las

actividades se modificarán siempre que sea necesario, de acuerdo con las respuestas del usuario.

El tiempo dedicado a las actividades de enfermería rutinarias, es un buen momento para actualizar algunos datos sobre la evolución del usuario.

### **Registro de las observaciones de enfermería**

- Escriba sus notas lo más pronto posible, después de dar los cuidados de enfermería.
- Anote exactamente cómo, cuándo y dónde se produjeron los hechos descritos.
- Anote todo, si algo no anota, se considera que no se hizo.
- Anote siempre las variaciones de los datos normales, de las necesidades, del estado mental o del comportamiento.
- Use las mismas palabras del usuario para clarificar la descripción de sus observaciones.

### **4. 5. Evaluación**

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

A la etapa de evaluación se le da el quinto lugar en el proceso de enfermería, porque es el que le corresponde, siguiendo un orden lógico en el ordenamiento de las etapas. En la práctica, puede decirse que es un proceso que inicia desde la etapa de valoración y retroalimenta cada una de las otras etapas.

La evaluación del logro o no logro de los objetivos, es la clave para determinar la efectividad del plan. Esta evaluación o valoración, se debe hacer junto con el usuario.

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

La valoración incluye también la determinación de los factores que contribuyen al éxito del plan o que interfieren en el mismo.

La planificación del alta del usuario debe iniciarse tan pronto como sea posible en el plan de cuidados. Para que el usuario se prepare emocionalmente y para determinar las acciones necesarias para la salida, con el menor riesgo de retroceder en el estado de salud. (14)



## **CAPITULO V**

### **5. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA AL USUARIO CON AFECCIONES DE TUBO DIGESTIVO BAJO**

#### **5.1. Epidemiología de las hemorroides.**

##### **Definición:**

Las hemorroides constituyen uno de los problemas de salud más frecuentes observados en el ser humano. Todas las personas nacen con un grupo interno y externo de hemorroides. Las hemorroides son un grupo de almohadillas de tejido vascular localizado en el conducto anal. Las hemorroides aumentan progresivamente de tamaño y pueden hacerse sintomáticas con la edad. Su frecuencia es máxima durante la edad adulta activa, desde los 20 hasta los 50 años.

#### **5.2 Factores de riesgo:**

- Embarazo.
- Estreñimiento prolongado.
- Esfuerzo al defecar.
- Hipertensión portal.

#### **5.3 Causas:**

- Esfuerzo por estreñimiento.
- Congestión venosa con insuficiencia cardiaca congestiva o hipertensión portal.

#### **5.4 Etiología/Fisiopatología:**

Los factores etiológicos incluyen esfuerzos al defecar con aumento resultante de las presiones venosas intraabdominal y hemorroidal. Se considera que las heces formadas en la ampolla rectal producen obstrucción del flujo venoso retrógrado. La exposición repetida y prolongada de las hemorroides a la mayor presión y el flujo venoso obstruido, llevan a una dilatación permanente. Algunos otros de los factores implicados son constipación, diarrea y la posición de pie o sentado prolongada. Estas venas distendidas se separan del músculo liso que las rodea y se prolapsan. Pueden trombosarse, inflamarse o causar hemorragia.

### 5.5 Manifestaciones clínicas:

Los síntomas más frecuentes de las hemorroides anormales, aumentadas de tamaño son el prolapso y la hemorragia.

La hemorragia de color rojo brillante y el prolapso suelen producirse en el momento de la defecación. Las hemorroides internas se localizan por encima del esfínter interno y no son evidentes, a no ser que se prolapsen. Las hemorroides externas son las que aparecen por fuera del esfínter anal y es menos probable que sangren o que produzcan dolor, a menos que exista trombosis. La trombosis o coagulación de la sangre dentro de la hemorroide se puede producir en cualquier momento y se manifiesta por dolor intenso, edema e inflamación. Las hemorroides trombosadas pueden estar isquémicas y ulcerarse.

### 5.6 Diagnóstico:

El diagnóstico sobre las hemorroides se va a realizar a través de:

#### a) Antecedentes.

1. Valorar para detección del dolor, prurito o hemorragia visible.
2. Preguntar al usuario sobre sus hábitos de defecación.

#### b) Examen.

1. Inspeccionar para la detección de hemorroides externos o prolapso de hemorroides internos
2. Tacto rectal

#### c) Proctosigmoidoscopia. Si se requiere, permite localizar y observar las hemorroides.

### 5.7 Tratamiento:

El tratamiento médico se basa en modificar las heces para aminorar la necesidad de esforzarse durante la defecación. Para contrarrestar las heces duras, se aconsejan los ablandadores aumentadores del volumen de las heces, como Metamucil, salvado y fibra alimenticia natural. El consumo de 8-10 vasos de agua al día como mínimo, ayuda a evitar el estreñimiento. Las cremas tópicas con hidrocortisona sólo son útiles si existe prurito.

Las intervenciones terapéuticas consisten en la escleroterapia, la ligadura con banda de goma, la crioterapia, la foto coagulación, la excisión con láser y la hemorroidectomía quirúrgica. (15)

## 5.8 Complicaciones.

Las hemorroides no producen, por lo general, complicaciones, pero pueden intervenir algunas alteraciones generales y locales:

- a) El usuario puede presentar anemia grave como resultado de las pérdidas repetidas de pequeñas cantidades de sangre.
- b) Las hemorroides internas pueden estrangularse si se prolapsan a través del esfínter anal que constriñe la hemorroide, produciendo edema y trombosis; en estas circunstancias puede llegar a trombosarse la hemorroide externa asociada, siendo causa de un proceso más doloroso.
- c) A consecuencia de la estrangulación, si no se reduce la hemorroide afectada, se producirá la ulceración y el eventual esfacelo de la hemorroide.
- d) Los espacios submucosos y marginal pueden infectarse; esta complicación puede requerir el drenaje y constituye ciertamente una contraindicación para cualquier tratamiento por inyección o quirúrgico de las hemorroides.
- e) Si se produce trombosis de una hemorroide interna, puede aparecer un pólipo fibroso; este puede prolapsarse periódicamente fuera del conducto anal.
- f) Raramente se observa la piemia portal siempre que la hemorroide infectada no sea tratada por inyecciones o por intervención quirúrgica. (16)

## 5.9. Intervenciones de enfermería.

Estos enfermos suelen verse de forma ambulatoria en la clínica o en la consulta, donde el tiempo es limitado. Las necesidades de estos usuarios deben ser atendidas y es importante que el personal de enfermería disponga de tiempo para hacerlo.

Los aspectos a valorar son los conocimientos, el dolor/comodidad, la perfusión de los tejidos y la nutrición/dieta. La valoración de conocimientos se realiza preguntando al usuario sobre la afección, la información recibida sobre el tratamiento.

Las preguntas acerca del dolor, así como de la tumefacción permiten obtener información acerca del nivel de bienestar del usuario; la enfermera debe indicarle que informe acerca de cualquier dolor o malestar.

Se debe valorar el hematocrito y la hemoglobina, ya que la hemorragia rectal prolongada puede producir anemia.

La valoración de los hábitos dietéticos del usuario puede ser un indicador de la causa de la patología. Una dieta de pequeño volumen contribuye al estreñimiento crónico.

Los baños de asiento y la aplicación de compresas tibias, producen una sensación agradable, calma el dolor y proporciona un benéfico efecto sedante.

Valorar la efectividad de las medidas utilizadas para reducir las molestias, como medicamentos, baños de asiento, cojín de flotación y cambios de posición.

Ayudar al usuario mediante recomendaciones o correcciones adicionales de la posición y la aplicación de medidas para reducir las molestias.

Comentar la necesidad de dietas ricas en salvado y fibra con ingestión adecuada de líquidos para reblandecer las heces y aliviar la presión anal.

Instruir al usuario sobre el cuidado personal y la higiene apropiada para la atención postoperatoria del área anal.

Enseñar al usuario la forma de restablecer los hábitos de defecación con el mínimo de molestias.

Enseñar métodos para prevenir el estreñimiento y evitar esfuerzos. Dentro de ellos se menciona al usuario que no debe incluir en su dieta café, jugo de uva, ya que son diuréticos naturales que disminuyen los líquidos del cuerpo, así como también es importante mencionar que el usuario debe llevar una rutina de ejercicio y establecer una rutina de defecación.

### **Educación para adquirir conductas saludables.**

Es necesario que el usuario conozca los cuidados que debe seguir para recuperar su salud. Se debe compartir información sobre lo relacionado con su patología y también sobre medidas sanitarias preventivas como lo son la vacunación, autoexploración mamaria y revisiones periódicas.

Si el usuario tiene información y crea conciencia de lo que es lo mejor para su salud, el mismo va a ayudar en el tratamiento y a crear conductas que beneficien su salud, teniendo en cuenta que el estar sano es mucho mejor que estar enfermo. (17)

## PRESENTACIÓN DE CASO.

Se trata de mujer adulta de 47 años de edad, con antecedentes de enfermedad hemorroidal grado III de 20 años de evolución. Fue hospitalizada en enero del año 2003, por presentar hemorragia severa a nivel de tubo digestivo bajo, es tratada con medicamentos y trasfusiones sanguíneas, ya que presento anemia severa de 6mg/dl de hemoglobina. Egresó el día 11 de enero de 2003 con diagnóstico médico de:

- Sangrado de tubo digestivo bajo inactivo.
- Enfermedad hemorroidal grado III.
- Anemia clínica en corrección.
- Hemoglobina de 8.2 mg /dl.

Su alteración a nivel digestivo, en lo relacionado a eliminación fue a consecuencia de hábitos deficientes en su alimentación durante toda su vida, haciéndose más evidente en su último proceso gestacional.

Las necesidades alteradas son:

- En la nutrición e hidratación.
- En la eliminación.
- En el descanso y sueño.
- En la higiene y protección de la piel.
- En el aprendizaje.

De acuerdo a esta valoración los diagnósticos establecidos son:

1. Alteración de la eliminación relacionado con una alimentación deficiente en la ingesta de fibra manifestada por estreñimiento.
2. Alteración de la eliminación relacionada con la inflamación manifestado por dolor y enrojecimiento del área.
3. Hemorragia leve posterior a la evacuación ocasionada por las hemorroides anorrectales manifestado por presencia de sangre en el papel higiénico.
4. Alteración en el patrón del sueño relacionado con preocupación acerca de su padecimiento manifestado por insomnio.
5. Alteración en el estado hemodinámico por anemia moderada, relacionada a hemorragias rectales manifestado por cansancio, somnolencia y adinamia.

6. Alteración en el área cognitiva, relacionada con falta de conocimientos sobre su proceso patológico y las medidas para recuperar y mantener su salud manifestado por carencia de conductas saludables específicas para su estado de salud actual.

Al analizar estas necesidades se decide realizar seguimiento con la usuaria, ya que hasta la actualidad presenta las necesidades detectadas, además de carecer de conductas saludables las cuales en este momento están propiciando todas aquellas manifestaciones sobre su patología, es necesario instruirla sobre estas conductas que van a mejorar notablemente su salud, por ello se determinan intervenciones independientes y dependientes que se desarrollaran en conjunto con la usuaria.

## **JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES.**

1. Alteración de la eliminación relacionada con una alimentación deficiente en la ingesta de fibra manifestada por estreñimiento.
2. Alteración de la eliminación relacionada con la inflamación rectal manifestado por dolor y enrojecimiento del área.
3. Hemorragia leve posterior a la evacuación ocasionada por las hemorroides anorrectales manifestado por presencia de sangre en el papel higiénico.
4. Alteración en el patrón del sueño relacionado con preocupación acerca de su padecimiento manifestado por insomnio.
5. Alteración en el estado hemodinámico por anemia moderada, relacionada a hemorragias rectales manifestado por cansancio, somnolencia y adinamia.
6. Alteración en el área cognitiva, relacionada con falta de conocimientos sobre su proceso patológico y las medidas para recuperar y mantener su salud manifestado por carencia de conductas saludables específicas para su estado de salud actual.

# **PLAN ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**



VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingesta de alimentación con pobre contenido de fibra que ocasiona estreñimiento todos los días al eliminar materia fecal semi dura ocasionando esfuerzo para su expulsión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración de la eliminación relacionada con una alimentación deficiente en la ingesta de fibra manifestada por estreñimiento.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informar a la usuaria que tipo de alimentos debe consumir.</li> <li>2. Comunicarle que alimentos contienen fibra.</li> <li>3. Brindarle información sobre la importancia del ejercicio.</li> <li>4. Fomentar la ingesta de agua.</li> <li>5. Informar sobre el consumo de ablandadores de las heces.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se informa a la usuaria que debe consumir cereales de grano integro , avena, cereal All-Bran, productos integrales, pan integral, arroz, granola, salvado. Legumbres: lentejas, garbanzos. Vegetales: cáscara de la papa, calabaza, zanahoria, coliflor. Frutas: higos, ciruelas, pasas, guayaba, mango, papaya, pera y manzana con cáscara. Semillas: Almendras, 2. Se le proporciona una lista con estos alimentos ricos en fibra que puede consumir a su gusto.</li> </ol>	<p>La usuaria comprende la importancia que tiene la ingesta de alimentos ricos en fibra por lo que ha decidido ingresar a su dieta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avena.</li> <li>• Lentejas.</li> <li>• Cereal All- Bran.</li> <li>• Higos.</li> <li>• Mango.</li> <li>• Ciruelas.</li> <li>• Productos integrales: <ul style="list-style-type: none"> <li>• pan, arroz.</li> <li>• Coliflor.</li> <li>• Granola.</li> <li>• Almendras.</li> <li>• Garbanzos.</li> <li>• Salvado.</li> </ul> </li> </ul> <p>Ya que los otros alimentos en la lista los consuma antes de esta orientación.</p>

			<p>Se informa que el consumo de fibra lo haga de manera gradual a medida que su organismo lo tolere ya que si consume grandes cantidades bruscamente puede provocar dolor abdominal o diarrea como la papaya, cereal All-Bran, ciruelas, pasas, mango.</p> <p>Se proporciona un menú como ejemplo de lo que puede comer.</p> <p><b><u>Desayuno</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Lima en gajos. 2 pzas.</li> <li>➤ Huevo con cáscara de papa.</li> <li>➤ Tortilla de maíz. 1 pza.</li> <li>➤ Pan de caja</li> </ul>	<p>La usuaria manifiesta interés por realizar más ejercicio por lo que a partir del día 28/marzo/2004 va a correr diariamente durante 30 min. La ingesta abundante de agua no se le dificulta tanto como el cambiar su dieta, ya que ella desde hace 2 años aproximadamente consume 2 litros de agua diarios, ahora los consume entendiendo su importancia.</p> <p>Con respecto al consumo de ablandadores, entiende que estos le ayudan a evacuar heces blandas pero formadas sin llegar a ocasionar molestias.</p> <p>La usuaria muestra gran interés por mejorar su salud ya que al día siguiente de que se le</p>
--	--	--	--	---

			<p>integral. 1 rebanada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Salsa.</li> <li>➤ Agua fresca 2 vasos.</li> </ul> <p><b><u>Comida</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sopa de lenteja 1 taza.</li> <li>➤ Pescado 60 grs.</li> <li>➤ Ensalada mixta al gusto.</li> <li>➤ Gelatina de guayaba c/ jugo de naranja 1 taza.</li> <li>➤ Bolillo 1 pza.</li> <li>➤ Agua de mandarina 2 vasos.</li> </ul> <p><b><u>Cena</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nopalitos guisados c/ elotes y champiñones 1 taza.</li> <li>➤ Tortillas de maíz 2 pzas.</li> </ul>	<p>proporcione la lista de alimentos ricos en fibra fue y los compro, combinándolos para hacer sus propios menús a su gusto.</p>
--	--	--	--	--

			<p>➤ Infusión de manzanilla 2 vasos.</p> <p><b><u>Refrigerio</u></b></p> <p>➤ Agua fresca 2 vasos.</p> <p>3. Se explica que el practicar ejercicio ya sea caminar o correr por lo menos cada 3er día 20-30 min. En cada sesión, favorece la regularidad del intestino. El ejercicio lo puede realizar en algún parque cercano o en algún lugar seguro para correr en su colonia.</p> <p>4. En lo que se refiere a la ingesta de líquidos puede</p>	
--	--	--	--	--

			<p>beber jugos de frutas y verduras como: jitomate, zanahoria, guayaba, mango. Especialmente debe ingerir agua, de 6-8 vasos diariamente aumentando a 12 en los días de ejercicio. El agua la debe tomar un vaso antes y un vaso después de cada comida para ayudar al tránsito intestinal a lo largo de todo su trayecto ya que absorbe grandes cantidades de agua.</p> <p>5. Se informa a la usuaria sobre el consumo de ablandadores.</p>	
--	--	--	--	--

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>La señora presenta inflamación, enrojecimiento y dolor en la zona del ano cada vez que se presenta la necesidad de evacuar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alteración de la eliminación relacionada con inflamación rectal manifestado por dolor y enrojecimiento del área.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Realizar sediluvios.</li> <li>Realizar una adecuada limpieza anal.</li> <li>Colocar compresas tibias en la región anal.</li> <li>Usar un almohadón para sentarse cada que exista la molestia.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Se comenta a la usuaria que la realización de los sediluvios la va a realizar de 3-4 veces al día utilizando agua tibia lo cual va a favorecer a que la inflamación que ella presenta desaparezca, ya que el agua tibia con que los va a realizar va a disminuir la inflamación.</li> <li>El mantener limpia el área anal va a evitar que exista irritación, se explica a la usuaria que esta limpieza la tiene que realizar después de cada evacuación. Debe utilizar una toalla de algodón</li> </ol>	<p>La usuaria al principio no esta muy convencida de realizar los sediluvios y la limpieza del área anal puesto que no estaba acostumbrada , pero al explicarle que los sediluvios iban a disminuir la inflamación y la limpieza del área anal iba a evitar una posible infección comenzó a realizarlos. Las compresas tibias le ayudaron mucho para disminuir el dolor y el prurito que presentaba después de cada evacuación. La utilización del almohadón para sentarse no lo ha realizado pues comenta que no le molesta sentarse en una silla normal, pero comprende el</p>

			<p>para secar en vez de papel higiénico. Se le menciona que después de lavarse debe secar el área anal oprimiendo ligeramente y no tallando para así evitar molestias.</p> <p>3. Las compresas tibias en la región anal le van a ayudar a que las molestias, disminuyan ya que su efecto va a ser sedante, disminuye el dolor y el prurito.</p> <p>4. Se le menciona el uso de una dona inflable para evitar presionar la zona y va a favorecer la comodidad al estar sentada.</p>	<p>procedimiento para llevarlo a cabo cuando sea necesario.</p>
--	--	--	--	---

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>La señora presenta escasa salida de sangre fresca por ano posterior a la evacuación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hemorragia leve posterior a la evacuación ocasionada por las hemorroides anorrectales manifestado por presencia de sangre fresca en el papel higiénico</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Hemostasia.</li> <li>Higiene de la región anal con toallitas húmedas.</li> <li>Dieta rica en fibra.</li> <li>Ingesta de líquidos.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>La señora presenta ligera hemorragia después de evacuar, se le explica como y para que se realiza el taponamiento rectal. Se le coloca una pequeña bola de algodón seco en el orificio anal para favorecer la hemostasia por medio de la compresión de vasos.</li> <li>Se le informa a la señora que debe mantener limpia el área anorrectal, para ello es importante que después de cada evacuación la señora se lave el área en vez de limpiarse con papel higiénico o</li> </ol>	<p>Con respecto a la higiene que debe realizar no esta muy convencida pero lo esta realizando comprendiendo que esto le va a beneficiar a que no haya infección. La dieta rica en fibra ya la esta llevando a cabo así como la ingesta de agua lo cual le ha beneficiado para poder evacuar sin molestias. Los alimentos que esta consumiendo son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Avena.</li> <li>Lentejas.</li> <li>Cereal All- Bran.</li> <li>Higos.</li> <li>Mango.</li> <li>Ciruelas.</li> <li>Productos integrales:</li> <li>pan, arroz.</li> </ul>



			<p>con toallitas húmedas para bebé. Se le menciona que después de lavarse debe secar el área anal oprimiendo ligeramente y no tallando para así evitar molestias.</p> <p>3. Se indica a la señora qué debe consumir productos de cereales de grano integro como: avena, cereal All-Bran, pan integral, arroz, granola, salvado. Legumbres: lentejas, garbanzos. Vegetales: cáscara de la papa, calabaza, zanahoria, coliflor. Frutas: higos, ciruelas, pasas, guayaba, mango, papaya, pera y manzana con cáscara. Semillas: Almendras.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coliflor.</li> <li>• Granola.</li> <li>• Almendras.</li> <li>• Garbanzos.</li> <li>• Salvado.</li> <li>• Arroz.</li> </ul>
--	--	--	--	---

			<p>4. Se sugiere la ingesta de líquidos puede beber jugos de frutas y verduras jitomate, zanahoria, guayaba, mango. Especialmente debe ingerir de 6-8 vasos de agua al día aumentando a 12 en los días de ejercicio. El agua la debe tomar un vaso antes y un vaso después de cada comida para ayudar al tránsito intestinal a lo largo de todo su trayecto.</p>	
--	--	--	--	--

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>La usuaria manifiesta ansiedad y preocupación sobre su enfermedad y el tratamiento le angustia el pensar que requerirá ingresar nuevamente al hospital, todo esto le ha alterado su patrón del sueño pues padece insomnio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alteración en el patrón del sueño relacionado con preocupación acerca de su padecimiento manifestado por insomnio.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Identificar las causas que interfieren con el sueño.</li> <li>Fomentar la comunicación sobre sus preocupaciones.</li> <li>Identificar el ambiente donde ella duerme.</li> <li>Informar a la usuaria sobre las condiciones óptimas para estimular el sueño.</li> <li>Fomentar la relajación antes de acostarse.</li> <li>Disminuir la ingesta de líquidos antes de</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Se identificó que la usuaria presenta ansiedad y preocupación sobre su enfermedad lo cual esta alterando su patrón del sueño.</li> <li>Se platicó con la señora y expreso todos sus miedos y temores acerca del proceso de recuperación, además de angustia por no saber si los cuidados los va a realizar bien.</li> <li>La habitación donde duerme la usuaria cuenta con buena iluminación y ventilación, el problema que se detectó es que la</li> </ol>	<p>Al informarle a la usuaria que podía hacer para poder dormir durante la noche se le noto un gran alivio pues no había podido dormir bien a consecuencia de las preocupaciones. El platicar con ella y su esposo de los cuidados antes de dormir y el expresar sus dudas y temores la relajaron y ha mencionado que descansa y puede dormir un poco más pero que con el tiempo y el seguir realizándolos le van a ayudar a poder dormir toda la noche. Con respecto al entorno donde ella duerme no se pudo solucionar el problema ya que es imposible evitar el ruido exterior.</p>

		<p>irse a la cama.</p> <p>7. Propiciar la importancia de eliminación antes de acostarse.</p> <p>8. Limitar el sueño durante el día.</p>	<p>ventana de su habitación da hacia la calle la cual es transitada por automóviles durante la mayor parte de la noche, lo cual no es favorable para que ella pueda conciliar rápido el sueño.</p> <p>4. A la hora de dormir se sugiere a la señora que apague las luces, procurarle una ventilación adecuada, procurarle calor o frío cuando sea necesario. Se pidió ayuda a su esposo para evitar ruidos fuertes para que así pueda descansar la</p>	
--	--	---	--	--

			<p>señora.</p> <p>5. Se proporciona música suave, masaje en la espalda y pies todos los días durante 1 semana para fomentar la relajación antes de dormir. Después se le enseña a ella y a su esposo como realizarlo para fomentar en la usuaria el auto cuidado.</p> <p>6. Se comenta a la señora que disminuya la ingesta de líquidos antes de dormir así como el ir a orinar antes, para que así pueda descansar toda la</p>	
--	--	--	---	--

			<p>noche evitando que se interrumpa el sueño al tener necesidad de orinar.</p> <p>7. Se sugiere que trate de no dormir durante el día para que cuando llegue su hora de dormir tenga sueño y pueda dormir durante la noche, además de que se va acostumbrando a descansar solo durante la noche.</p>	
--	--	--	--	--

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN												
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La usuaria presenta somnolencia, adinamia y cansancio debido a la anemia ocasionada por las hemorragias anorrectales que ha presentado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración en el estado hemodinamico por anemia moderada relacionada a hemorragias anorrectales manifestado por cansancio, somnolencia y adinamia.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informar que debe llevar una dieta rica en hierro y que alimentos contienen este elemento.</li> <li>2. Solicitar en laboratorio Bh para valorar niveles de hemoglobina.</li> <li>3. Explicar porque es importante mantener niveles de hemoglobina normales.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se informa que debe agregar a su dieta alimentos ricos en hierro como verduras: Acelga, elote, brócoli, calabacita, espinaca, germen de trigo, papa, quelite, zanahoria. Frutas: chirimoya, higo, pasitas. Cereales: Avena, centeno, amaranto. Pollo, pescado, carne de res, hígado de res, moronga.</li> <li>2. Se le proporciona una lista con los alimentos ricos en hierro que puede consumir a su gusto. Cada uno de estos alimentos contiene 1-2 mg de hierro por ración.</li> </ol> <table border="1" data-bbox="999 800 1323 981"> <thead> <tr> <th>ALIMENTO</th> <th>RACIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>• Acelga</td> <td>1 Taza</td> </tr> <tr> <td>• Avena</td> <td>1 Taza</td> </tr> <tr> <td>• Elote Grano</td> <td>1 Taza</td> </tr> <tr> <td>• Brócoli</td> <td>1 Taza</td> </tr> <tr> <td>• Calabacita</td> <td>1 Taza</td> </tr> </tbody> </table>	ALIMENTO	RACIÓN	• Acelga	1 Taza	• Avena	1 Taza	• Elote Grano	1 Taza	• Brócoli	1 Taza	• Calabacita	1 Taza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La usuaria acepta ingresar a su dieta alimentos ricos en hierro ahora que sabe que son benéficos para contrarrestar la anemia que presenta.</li> <li>• Los alimentos que ella ha agregado a su dieta son: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Acelgas</li> <li>➤ Elotes</li> <li>➤ Brócoli</li> <li>➤ Centeno</li> <li>➤ Germen de trigo</li> <li>➤ Pescado (mojarra)</li> <li>➤ Quelite</li> <li>➤ Amaranto</li> <li>➤ Moronga</li> <li>➤ Pasitas</li> </ul> </li> </ul> <p>Cada uno de estos alimentos los consumió todos los días intercalándolos a lo largo de la semana.</p>
ALIMENTO	RACIÓN															
• Acelga	1 Taza															
• Avena	1 Taza															
• Elote Grano	1 Taza															
• Brócoli	1 Taza															
• Calabacita	1 Taza															

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centeno</li> <li>• Chirimoya</li> <li>• Espinaca</li> <li>• Gérmen De Trigo</li> <li>• Mojarra</li> <li>• Papa</li> <li>• Pollo</li> </ul>	<p>1 Taza ½ Pza 1 Taza. 1 Taza</p> <p>100 Grs. 1 Taza 1 Pza. Med.</p>	<p>Los otros alimentos ya los tenía incluidos en su dieta habitual.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La Bh de control se la realizará en laboratorio posteriormente, ya que prefirió primero llevar a cabo su dieta, para subir sus niveles de Hb.</li> <li>• La usuaria comprendió la importancia de mantener en niveles óptimos su Hb.</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelíte</li> <li>• Tortilla</li> <li>• Zanahoria</li> </ul>	<p>100 Grs. 1 Pza 1 Taza</p>	
			<b>2-3 Mg Hierro X Ración</b>		
			<b>Alimento</b>	<b>Ración</b>	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amaranto</li> <li>• Frijol Cocido</li> <li>• Higo</li> <li>•</li> <li>• Huevo</li> </ul>	<p>100 Grs. ½ Taza 3 Pzas Med 1 Pza.</p>	
			<b>4-5 Mg Hierro X Ración</b>		
			<b>Alimento</b>	<b>Ración</b>	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carne De Res</li> <li>• Hígado De</li> </ul>	<p>90 Grs.</p>	



			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hígado De Res 30 Grs.</li> <li>• Moronga 30 Grs.</li> <li>• Pasitas ½ Taza</li> </ul>	
			<p>3. Se informa a la usuaria que el realizar la Bh de control nos permite valorar los niveles de Hb, estos nos sirven para transportar el oxígeno a los órganos, informándole también que sus niveles normales deben ser de 12-16 mg/Dl. esto lo va a lograr al ingerir en su dieta los alimentos recomendados y la somnolencia cansancio y adinamia irán desapareciendo.</p>	

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La usuaria carece de conocimientos relacionados con su patología, el tratamiento de la misma y las dietas que debe seguir para disminuir los signos y síntomas que presenta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración del área cognitiva, relacionada con falta de conocimientos sobre su proceso patológico y las medidas para recuperar y mantener su salud manifestado por carencia de conductas saludables específicas para su estado de salud actual.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Explicar a la usuaria con un lenguaje claro su proceso patológico.</li> <li>2. Determinar el potencial de comprensión para el tratamiento en su domicilio.</li> <li>3. Evaluar el conocimiento sobre la información.</li> <li>4. Resolver dudas sobre su estado de salud actual.</li> </ol>	<p>1. Se le explicó a la usuaria en un lenguaje claro que es la patología que presenta, factores de riesgo, causas, fisiopatología, manifestaciones clínicas, diagnóstico, atención clínica e intervenciones de enfermería a través de información impresa.</p> <p><b>HEMORROIDES</b></p> <p><b>Definición:</b> Venas distendidas, en el área anal y rectal por dentro (no visibles) o por fuera (visibles en la región anal) del esfínter anal. Suelen presentarse en adultos de 20-25 años de edad.</p> <p><b>Factores de riesgo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Embarazo.</li> <li>• Estreñimiento prolongado.</li> <li>• Esfuerzo al defecar.</li> </ul> <p><b>Causa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esfuerzo por estreñimiento.</li> </ul> <p><b>Fisiopatología:</b></p>	<p>La usuaria comprende su patología y cuales fueron las causas que provocaron el grado de afección que presentaba.</p> <p>La señora ya reconoce cuales son las manifestaciones que ella presentaba y que no sabía como aliviar. Tiene claro que el material didáctico que se le proporciono lo va a seguir utilizando para reforzar los conocimientos ya adquiridos.</p> <p>Las dudas que tenía fueron aclaradas fortaleciendo así sus conocimientos y aceptación sobre la patología que presenta.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Son venas anorrectales dilatadas que se distienden como respuesta a un incremento de la presión intraabdominal e ingurgitación venosa de la región anorrectal. Estas venas distendidas se separan del músculo liso que las rodea y se prolapsan. Pueden trombosarse, inflamarse o causar hemorragia.</li> </ul> <p><b>Manifestaciones clínicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abultamiento interior o exterior.</li> <li>• Dolor.</li> <li>• Prurito.</li> <li>• Exudado mucoso.</li> <li>• Hemorragia al defecar.</li> </ul> <p><b>Diagnóstico:</b></p> <p>a) Antecedentes.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valorar para detección de prurito o hemorragia visible.</li> </ol>	
--	--	--	---	--

			<p>2. Preguntar al usuario sobre sus hábitos de defecación.</p> <p>b) Examen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inspeccionar para detección de hemorroides externas o prolapso de hemorroides internas.</li> <li>2. Tacto rectal.</li> <li>3. Sigmoidoscopia, si se requiere, permite localizar y observar las hemorroides.</li> </ol> <p><b>Atención clínica.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tratamiento.</b></li> </ul> <p>a) Los objetivos son aliviar las molestias y disminuir los síntomas.</p>	
--	--	--	---	--

			<p>b) Intervenciones no farmacológicas.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Posición supina para aliviar la presión, el edema y el prolapso.</li><li>2. Ingerir dieta rica en fibra con el fin de favorecer la defecación sin esfuerzo.</li><li>3. Incrementar la ingestión de líquidos para asegurar heces blandas formadas.</li><li>4. Aplicar compresas frías al inicio del dolor; después calor húmedo local y sediluvios para aliviar las molestias constantes.</li><li>5. Utilizar un cojín de flotación para mayor comodidad al estar sentado en la cama o</li></ol>	
--	--	--	--	--

			<p>en sillas.</p> <p>6. Para hemorroides trombosadas: aplicar compresas frías al principio y después calientes.</p> <p>c) Intervenciones farmacológicas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tomar ablandadores de heces para que la defecación sea regular y más cómoda.</li> <li>2. Aplicar ungüentos, cremas para aliviar el dolor leve y moderado, además el prurito.</li> </ol> <p>d) Procedimientos médico quirúrgicos especiales.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hemorroidectomía. Extirpación quirúrgica de las hemorroides.</li> <li>2. Esclerosis de hemorroides. Inyección</li> </ol>	
--	--	--	--	--

			<p>en el tejido submucoso que rodea el tejido hemorroidal, que da lugar a encogimiento de los tejidos.</p> <p>3. Bando con caucho. Ligadura con banda elástica, aplicación de varias bandas juntas en la base de las hemorroides de tamaño moderado, las cuales interrumpen su riego y causan infarto de las mismas antes de que se esfacelen. Tiene como complicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemorragia con la consiguiente anemia.</li> <li>• Estrangulación.</li> <li>• Trombosis de la hemorroide.</li> </ul> <p><b>Intervenciones de enfermería</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar la efectividad de medidas utilizadas para reducir las molestias, como</li> </ul>	
--	--	--	---	--

			<p>medicamentos orales y anales, sediluvios cojín de flotación, cambios de posición, higiene del área anal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al usuario mediante recomendaciones o correcciones adicionales de la posición y la aplicación de medidas para reducir las molestias.</li> <li>• Comentar la necesidad de dietas ricas en fibra y hierro con ingestión adecuada de líquidos para reblandecer las heces y aliviar la presión anal.</li> <li>• Brindar información sobre la importancia del ejercicio.</li> </ul> <p>2. Después de la orientación pedir devolución de información para verificar la comprensión de la información.</p> <p>3. Mediante el uso de recursos didácticos como información impresa se le dio a conocer a la señora:</p>	
--	--	--	--	--



			<p>2) Patología Definición.</p> <p>3) Factores de riesgo.</p> <p>4) Causa.</p> <p>5) Fisiopatología.</p> <p>6) Manifestaciones clínicas.</p> <p>7) Diagnóstico.</p> <p>8) Atención clínica → Tratamiento.</p> <p>9) Intervenciones de Enfermería.</p> <p>4. Mediante la explicación se le resolvieron dudas relacionadas con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Factores de riesgo.</li> <li>✓ Manifestaciones clínicas.</li> <li>✓ Diagnóstico.</li> <li>✓ Tratamiento.</li> <li>✓ Intervenciones de enfermería.</li> <li>✓ Dietas a seguir.</li> </ul>	
--	--	--	---	--

## CONCLUSIONES

La enfermería en cualquier nivel de atención, ya sea en el nivel hospitalario o en la comunidad, siempre busca cumplir con el objetivo de su profesión que es el cuidado de calidad al individuo sano o enfermo.

Para poder brindar esta calidad de cuidado, la enfermera cuenta con el proceso de atención de enfermería como modelo de atención individualizado e integral, que permite brindar cuidados asistenciales y educativos a las personas que así lo requieran, dentro de los diferentes escenarios como lo son el hospital, la comunidad o el hogar.

El modelo de Virginia Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así cada persona se configura como un ser humano único y complejo, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que tienen necesidades básicas que deben satisfacerse para mantener su integridad física y psicológica y promover su desarrollo y crecimiento.

El Proceso de atención de enfermería, bajo un modelo, en este caso el modelo de Virginia Henderson, permitió dirigir las intervenciones asistenciales y educativas en el hogar al permitir planearlas de acuerdo a la satisfacción de las catorce necesidades del ser humano. En el caso de la usuaria en estudio, que solo tenía afectadas cinco necesidades de las catorce, el modelo permitió dirigir nuestras intervenciones hacia las esferas importantes de ella, con esto no solo se contribuyó con el área biológica y fisiológica, sino también en el área psicosocial, con la participación activa de ella y su familia. Ya que reconoce mediante el proceso educativo la afección de salud y como llevar a cabo todas aquellas indicaciones que contribuyen a su autocuidado, ya que no las considera como indicaciones sino, como elementos de ayuda al mantenimiento de su salud, logrando así adquirir conductas de salud positivas.

Por todo lo anterior es determinante que el Proceso de Atención de Enfermería, nos permite desarrollar un plan de acción a seguir, de forma sistematizada, ordenada y dinámica, ya que nos lleva a la acción y evaluación de nuestros cuidados, para así verificar el éxito de los mismos, promoviendo una participación activa del usuario, su familia y el prestador de los cuidados no solo en el área hospitalaria sino también en la comunidad o en este caso en el hogar.

Es importante que la comunidad esté enterada que la Licenciada en enfermería y Obstetricia puede llevar a cabo el cuidado del usuario en su domicilio llevando a cabo el Proceso Atención Enfermería, realizando así un plan de cuidados específico para cada individuo.

Mi experiencia personal es de gran satisfacción ya que pude ayudar a un ser humano a mejorar su estado de salud, el saber que podemos ayudar a la comunidad promoviendo el autocuidado es de gran importancia ya que de este modo los individuos van a saber como cuidarse para prevenir que en un futuro posibles patologías se compliquen y lleguen a un área hospitalaria ,el conocer diferentes sitios donde se puede desarrollar y llevar a la práctica la profesión es vital ya que estamos acostumbrados a que debemos trabajar en un hospital y no es así, ya que existen otros lugares donde se promueve la prevención de enfermedades y que mejor el hacerlo con nuestra propia familia y con la gente que vive en nuestro alrededor.

# ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

INSTRUMENTO DE VALORACION DE ENFERMERIA  
NECESIDADES HUMANAS

**Ficha de Identificación:**

Nombre del usuario: MLM Edad: 47 Peso: 77 Kg. Talla: 1.54  
Fecha de Nacimiento: 25- junio - 1956 Sexo: femenino Ocupación:  
Hogar  
Escolaridad: Primaria Completa Fecha de Admisión: ----- Edo. Civil -----  
casada  
Procedencia: ----- fuente de Información: -----  
Fiabilidad (1-4): 4 Miembro de la Familia/persona significativa:  
madre-abuela  
No. de cama: ----- No. de registro: -----  
Servicio: -----

**I.- Necesidad de oxigenación:**

Subjetivo: (información que proporciona el usuario/familiar).

Dificultad para respirar, debido a:

NO

Tos productiva/seca: NO

Caract. de las secreciones: NO

Dolor asociado con la respiración:

NO

Fumador: NO Tiempo: -----

Cantidad de cigarrillos: -----

¿De acuerdo al estado emocional varía la cantidad de cigarrillos?: -----

-----

**Objetivo:** (valoración que realiza el alumno).

Presencia de:

Disnea: NO sin esfuerzo: NO

con esfuerzo: NO

Tos: Productiva/seca: NO

Características de las secreciones: -----

Hialinas: ----- Amarillo verdosa: ----- hemoptisis: -----

Otras: -----

F. R. 20 x min. TA: 120/ 80 FC: 75

Dolor asociado a la inspiración o espiración:

Tabaquismo positivo/negativo: Negativo

Síndrome de abstinencia: NO

Uso de O2: puntas nasales NO Mascarilla:

NO Ventilador: NO

Parámetros del ventilador: \_\_\_\_\_

Presencia de cánula endotraqueal/ Traqueostomía: \_\_\_\_\_

Coloración de piel, lechos ungueales y peri bucal: \_\_\_\_\_ Ligeramente  
pálida

Palidez: SI Cianosis: \_\_\_\_\_ Rubicundez: \_\_\_\_\_

otros: \_\_\_\_\_

Llenado capilar: \_\_\_\_\_ 2 segundos

### Resultados de laboratorio:

#### Gasometría:

Ph: \_\_\_\_\_

PCO2 \_\_\_\_\_

PO2 \_\_\_\_\_

HCO3 \_\_\_\_\_

Déficit de base \_\_\_\_\_

Sat. de O2 \_\_\_\_\_

B. H. \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Fármacos específicos: \_\_\_\_\_



## 2.- Necesidad de Nutrición e Hidratación:

### Subjetivo:

Dieta habitual. Sopa, pollo o carne, verduras, poca fruta, agua

número de comidas: \_\_\_\_\_ 3 veces al día

Trastornos digestivos: \_\_\_\_\_ SI

Intolerancia alimentaria / alergias: \_\_\_\_\_ El huevo le provoca  
vómito

### Problemas de masticación y deglución:

\_\_\_\_\_ NO

Aumento de peso: \_\_\_\_\_ SI Pérdida de peso:

\_\_\_\_\_ NO Realiza

ejercicio: \_\_\_\_\_ SI

Uso de suplemento alimenticio:

\_\_\_\_\_ NO

Uso de fármacos: \_\_\_\_\_ NO

Ingestión de sustancias que reducen el apetito:

\_\_\_\_\_ NO

Otros: \_\_\_\_\_

Objetivo: Dieta indicada: \_\_\_\_\_ Blanda, libre de irritantes, rica en

fibra \_\_\_\_\_  
Coloración de piel: Ictérica: \_\_\_\_\_ Pálida: SI Grisácea: \_\_\_\_\_  
Estado de la piel: Turgente: \_\_\_\_\_ Hidratada: SI  
Seca: \_\_\_\_\_  
Estado de mucosas: Integras: SI Hidratadas: SI  
Deshidratadas: \_\_\_\_\_  
Constitución: Endomórfica: SI Ectomórfica: \_\_\_\_\_  
Características de cabello y uñas: Corto, rizado,  
limpio  
Aspectos de dientes y encías: Adoncia: \_\_\_\_\_ Adantulia: \_\_\_\_\_  
Afección y manifestaciones de tubo digestivo: Si presencia de síndrome de colon  
irritable, STDB

Parámetro de P. V. C. \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**Resultados de laboratorio:**

Q. S.: \_\_\_\_\_

Bilirrubina: \_\_\_\_\_

Pruebas de funcionamiento hepático: \_\_\_\_\_

B. H.: \_\_\_\_\_

**Electrolitos séricos:**

Cl. \_\_\_\_\_

Na \_\_\_\_\_

k \_\_\_\_\_

P \_\_\_\_\_

Mg. \_\_\_\_\_

Proteínas: \_\_\_\_\_

Ca \_\_\_\_\_

Fármacos específicos: \_\_\_\_\_

### 3.- Necesidad de eliminación:

#### Subjetivo:

Hábitos intestinales: 2 veces al día Características de las heces:

Semiduras / café

Orina: 9 veces al día / amarilla turbia Menstruación: Abundante con coágulos

Antecedentes de afecciones renales, hemorrágicas u otras: Si, sangrado

Uso de laxantes ó sustancias que favorecen la orina:

NO

Presencia de hemorroides:

SI

Dolor al evacuar: a veces prurito: SI sangrado: Si, sangre fresca.

Dolor al orinar: ----- Ardor a veces ----- otros: -----  
-----

#### Objetivo:

Características del abdomen (ruidos intestinales): presentes Estomas:

NO

Auscultación del abdomen: Presencia de peristaltismo, normal.

Palpación percusión del abdomen Blando depresible no doloroso a la palpación.

Palpación de vejiga urinaria: -----

Volumen urinario: -----

Características de la orina: ----- amarilla turbia

Características de las evacuaciones: Semiduras, cafés

Presencia de edema: NO

Catéteres de drenaje: -----

#### Resultados de laboratorio:

E. G. O. -----

Urea -----

Creatinina -----

BUN -----

Osmolaridad sérica: -----

Coproparasitoscópico. -----

Coprocultivo: -----

Otros: -----

Fármacos específicos: -----



#### **4.- Necesidad de Termorregulación:**

##### **Subjetivo:**

Adaptabilidad a los cambios de temperatura:

SI

Temperatura ambiental que le es agradable:

Calor

##### **Objetivo:**

Temperatura Corporal 36.5 ° C

Características de la piel: Fría: \_\_\_\_\_ caliente: SI

húmeda: \_\_\_\_\_

Transpiración: SI

Condiciones del entorno físico: Tranquilo

Otros: \_\_\_\_\_

##### **Resultados de laboratorio:**

Fórmula blanca: \_\_\_\_\_

Pruebas febriles: \_\_\_\_\_

Urocultivo: \_\_\_\_\_

Cultivo de secreciones: \_\_\_\_\_

Hemocultivo: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Fármacos específicos: \_\_\_\_\_

#### **5.- Necesidad de moverse y mantener buena postura:**

##### **Subjetivo:**

Capacidad física cotidiana:

Funcionamiento neuro-muscular y esquelético: Su estado neuro-muscular y esquelético es integro

Ejercicio, tipo y frecuencia: Bicicleta, caminar todos los días

Uso de prótesis y ortesis:

NO

Objetivo:

Nivel de conciencia:

Conciente

Estado del sistema neuro-muscular y esquelético (Estado del Sistema Nervioso)

Fuerza: SI Tono: SI Motricidad:

SI

Sensibilidad: SI Postura: SI

Ayuda para la deambulaci3n:

NO

Presencia de temblores:

NO

C3mo influyen las emociones en la movilidad y postura: -----

Resultados de laboratorio:

Otros: -----

Patr3n de rehabilitaci3n espec3fico de acuerdo al caso: -----

F3rmacos espec3ficos: -----

#### **6.- Necesidad de Descanso y Sueño:**

Subjetivo:

Horario de descanso: 7 p.m. en adelante Horario de sueño:

12 - 6 a.m.

Siesta: NO Alteraci3n del sueño: Si

insomnio

¿A qu3 considera que se deba la alteraci3n del sueño?:

Preocupaciones -----

¿Se siente cansado al levantarse? Si a

veces

Objetivo:

Actitud: ansioso ----- angustiado -----

irritable: -----

ojeras: NO atenci3n: SI

bostezos: NO

concentraci3n: SI apat3a: -----

cefalea: -----

Respuesta a est3mulos: -----

Otros: -----

Fármacos específicos: \_\_\_\_\_



**7.- Necesidad de uso de prendas de vestir adecuadas:**

Subjetivo:

Elige su vestuario en forma personal:

SI

Necesita ayuda para vestirse y desvestirse:

NO

Sus prendas de vestir incluyen accesorios completos:

SI

utiliza pañal:

NO

Objetivo:

Acepta el uso de bata hospitalaria: \_\_\_\_\_

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: La usuario elige su vestuario y ella puede vestirse y desvestirse sola

Otros: \_\_\_\_\_

**8.- Necesidad de Higiene y Protección de la Piel:**

Subjetivo:

Frecuencia de baño y aseo de cavidades: Baño completo diario

Cuántas veces se lava los dientes al día: 2 veces al día

Aseo de manos, antes y después de comer:

SI

Después de eliminar: SI cada cuanto realiza corte de uñas: una vez cada 15 días

Tiene creencias personales que limiten sus hábitos higiénicos:

NO

Objetivo:

Aspecto general con relación a su higiene: Limpio, utiliza ropa adecuada al clima

Olor corporal: NO presencia de halitosis:

NO

higiene y características de las uñas: cortas, limpias  
integras

Estado del pelo y cuero cabelludo: Normal, cabello  
corto

Lesiones dérmicas: úlceras por decúbito: NO Intervención  
quirúrgica NO

micosis SI puntos de presión en salientes óseas:

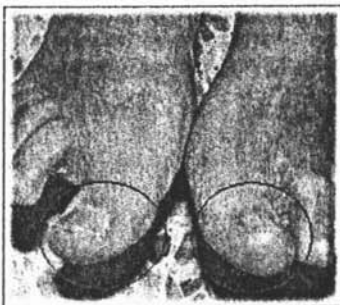
zona de injerto: ----- lesión por quemaduras (espesor):

% S. C. Q. ----- otros -----

Anotar en el diagrama el sitio de ubicación de la lesión dérmica:

CLAVES:

- Herida quirúrgica (tipo de insisión)
- Úlcera por decúbito
- Bolsa de drenaje
- Quemadura
- Micosis
- Injerto
- Presión en salientes óseas



Fármacos específicos: Ketokonazol 1 cada 24 horas

### 9.- Necesidad de evitar peligros:

Subjetivo:

¿Vive solo ó con su familia? Con su familia ¿Conoce las

medidas de prevención de accidentes? Algunas

En caso de ser afirmativo, mencione cuáles: No jugar en escaleras, ni en la cocina

Hogar: Tapar contactos de luz, no tener cosas calientes al alcance

Trabajo: -----

Vía

Pública: Caminar por las banquetas, cruzar cuando el semáforo este en rojo

Hospital: \_\_\_\_\_

¿Realiza controles periódicos de salud cada año?

SI

¿Cómo canaliza las situaciones de tensión en la vida diaria?

auto concepto, auto imagen, autoestima: La usuaria debido a sus problemas familiares posee una baja autoestima

Mencione las causas que considera que le puedan provocar peligro: dificultad para:

Escuchar \_\_\_\_\_ hablar \_\_\_\_\_ ver \_\_\_\_\_

desplazarse \_\_\_\_\_

Uso de aparatos ortopédicos: \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ otros:

Objetivo:

Afecciones corporales detectadas y grado de afección: Posee micosis en uñas de los pies, ya que esta en tratamiento, casi desaparece

métodos invasivos: \_\_\_\_\_

condiciones del ambiente de la unidad del usuario: iluminación:

Buena

ventilación: Buena humedad del piso:

NO

higiene: Adecuada otros: \_\_\_\_\_

fármacos específicos: \_\_\_\_\_

#### 10.- Necesidad de Comunicarse:

Subjetivo:

Estado civil: casada años de relación: 32 años

vive con: Familia

Causas de preocupación/estrés: Problemas conyugales

¿Manifiesta estas preocupaciones?

SI

¿A quién? A sus hijos rol en la estructura familiar: madre-abuela

¿Comunica sus problemas debido a su afección o estado?:  
a veces

¿Cuanto tiempo, pasa solo? 4  
horas

¿ Tiene contactos sociales en la actualidad?

NO

¿Con qué frecuencia?

NO

Objetivo:

Habla claro: SI confuso: -----

dificultad en la visión: SI Dificultad en la audición:

NO

comunicación verbal/no verbal: verbal con la familia:

SI

otras personas significativas: -----

otros: -----

### 11.- Necesidad de vivir según creencias y valores:

Subjetivo:

Creencias religiosas: Católica

¿Sus creencias les generan conflictos personales? NO

¿de qué tipo? -----

Principales valores personales: La unión de la familia

¿Es congruente su forma de pensar, con su forma de vivir? -----

¿Qué creencias tiene acerca de la vida y la muerte? Manifiesta miedo hacia la muerte, la vida hay que disfrutarla mientras la tengamos

Objetivo:

Hábitos específicos de vivir (grupo social, religioso)

NO

¿Permite la exploración física?

SI

¿Tiene algún objeto indicativo, de valores ó creencias? Si imágenes

Demanda la atención de algún guía espiritual

NO

otros: -----

### 12.- Necesidad de trabajar y realizarse:

Subjetivo:

Fuente de ingreso: (jubilado, pensionado, otro) Su esposo aporta dinero

¿Su ingreso le permite cubrir sus necesidades básicas?

SI

¿Qué actividades le hace sentirse útil y satisfecho? Ayudar a sus padres

¿Cómo influye en su estado emocional, la incapacidad que presenta para trabajar?  
La usuaria desearía poder trabajar para ganar dinero y sentirse más independiente

Objetivo:

Estado emocional del usuario: calmado SI ansioso -----  
enfadado -----

Retraído ----- temeroso SI irritable -----  
inquieto -----

eufórico -----

otras manifestaciones triste

### 13.- Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas:

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Realiza ejercicio

¿Cómo influyen los estados de estrés ante el juego y la recreación? -----

¿Participa en alguna actividad lúdica o recreativa?

NO

Objetivo:

¿Presenta alguna afección en el sistema neuromuscular que le limite realizar actividades lúdicas o recreativas?

NO

¿Rechaza las actividades recreativas?

NO

¿Se observan cambios en el estado de ánimo al realizar actividades lúdicas o recreativas? -----

Otros: -----

### 14.- Necesidad de aprendizaje:

Subjetivo:

Grado académico: Primaria Completa problemas de aprendizaje:  
NO

Limitación cognitiva:

NO

Tipo: ----- preferencias: leer

SI

Escribir SI ¿Conoce/utiliza, las fuentes de apoyo de aprendizaje? NO

¿Desea aprender a resolver problemas relativos a su salud? Si, ya que no conoce todo lo referente a su patología y los cuidados que debe llevar a cabo

otros: \_\_\_\_\_

---

Objetivo:

¿Presenta alguna afección del sistema nervioso que influya en su aprendizaje?

NO

Estado de los órganos de los sentidos:

---

---

¿Cómo influye su estado emocional para el aprendizaje?

ansiedad \_\_\_\_\_ dolor \_\_\_\_\_ apatía \_\_\_\_\_

Estado de la memoria: reciente: SI

remota: \_\_\_\_\_

---

---

otras: \_\_\_\_\_

---



## CONCLUSION DIAGNOSTICA DE ENFERMERIA

NECESIDAD DE:	GRADO DE DEPENDENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
1.- Oxigenación	I <u>    X    </u> PD _____ D _____	_____
2.- Nutrición e hidratación	I _____ PD <u>    X    </u> D _____	Alteración de la elim. r/c una mala alimentación defici. En la ingesta de fibra m/p estreñimiento.
3.- Eliminación	I _____ PD <u>    X    </u> D _____	Alt. De la elim. r/c la inflamación m/p dolor y enrojecimiento del área
4.- Moverse y mantener una buena postura	I _____ PD <u>    X    </u> D _____	_____
5.- Descanso y sueño	I _____ PD <u>    X    </u> D _____	Alt. En el patrón del sueño r/c preocupación acerca de su padecimiento m/p insomnio.
6.- Usar prendas de vestir adecuadas.	I _____ PD <u>    X    </u> D _____	_____
7.- Termorregulación	I _____ PD <u>    X    </u> D _____	_____
8.-higiene y protección de la piel	I _____ PD <u>    X    </u> D _____	Alt. En el edo. hemodinamico p/anemia mod. r/a hemorragias rectales m/p cansancio, somnolencia adinamia
9.- Evitar peligros.	I _____ PD <u>    X    </u> D _____	_____

10.- Comunicarse	I <u>      X      </u> _____ PD _____ D _____	_____
11.- Vivir según sus creencias y valores	I <u>      X      </u> _____ PD _____ D _____	_____
12.- Trabajar y realizarse	I <u>      X      </u> _____ PD _____ D _____	_____
13.- Jugar y participar en actividades recreativas	I <u>      X      </u> _____ PD _____ D _____	_____
14.- Aprendizaje.	I _____ PD <u>      X      </u> _____ D _____	Alt. del área cognitiva r/c falta _____ conoc. Sobre proc. Patológico med. p/ recuperar su salud, manifestado por carencia de conductas saludables Específic. p/ su edo de salud actual

\* (I) Independiente (PD) Parcialmente dependiente (D) Dependiente

- 1) Material bibliográfico Historia De La Enfermería ENEO UNAM México 1998 pp. 184.
- 2) Ortega Carmen Enfermería y Sociedad Colección estudios México 1991 pp. 95.
- 3) Marriner. EL Proceso De Atención De Enfermería Un Enfoque Científico. 2ª edición, Editorial Manual Moderno. México 1995. pp. 1.
- 4) Fernandez. El Pensamiento De Virginia Henderson En El Siglo Xxi. 2ª edición, Editorial Masson. Barcelona España 2000. pp. 13.
- 5) Marriner op. cit. pp 3.
- 6) Fernandez op. cit. 15.
- 7) Riopelle. Cuidados De Enfermería. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. España 1993. pp 3.
- 8) Fernandez op. cit. pp 35.
- 9) Rosales. Fundamentos De Enfermería. Editorial Manual Moderno. México 1999. pp. 199.
- 10) García op. cit. pp 21.
- 11) Rosales op. cit. pp 210.
- 12) García op. cit. pp 32.
- 13) Rosales op. cit. pp 215.
- 14) García op. cit. pp 43.
- 15) Saunders Luckmann. Cuidados De Enfermería. Vol. II, Editorial Mc Graw Hill Interamericana. México 2000. pp. 1254.
- 16) Ibidem.
- 17) Beare Myers. Enfermería Principios Y Práctica. 1ª edición. Editorial médica Panamericana, tomo IV. Madrid 1993. pp. 1707.

## BIBLIOGRAFIA

1. Saunders Luckmann. CUIDADOS DE ENFERMERÍA. Vol. II, Editorial Mc Graw Hill Interamericana. México 2000. pp. 2005.
2. Beare Myers. ENFERMERÍA PRINCIPIOS Y PRÁCTICA. 1ª edición. Editorial médica Panamericana, tomo IV. Madrid 1993. pp. 1707.
3. Fernandez. EL PENSAMIENTO DE VIRGINIA HENDERSON EN EL SIGLO XXI. 2ª edición, Editorial Masson. Barcelona España 2000. pp. 187.
4. Marriner. EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA UN ENFOQUE CIENTÍFICO. 2ª edición, Editorial Manual Moderno. México 1995. pp. 325.
5. Rosales. FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA. Editorial Manual Moderno. México 1999. pp. 556.
6. DICCIONARIO DE MEDICINA. 4ª edición, Editorial Mosby. Barcelona España 1998. pp. 1503.
7. Pérez. MANUAL DE DIETAS. 4ª edición, Editorial Ediciones Científicas México 2000. pp. 162.
8. Carpenito. MANUAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA. 4ª edición, Editorial Mc Graw Hill Interamericana. España 1993. pp. 351.

9. Riopelle. CUIDADOS DE ENFERMERÍA. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. España 1993.
  
10. Material bibliográfico HISTORIA DE LA ENFERMERÍA ENEO UNAM México 1998 pp. 184.
  
11. Ortega Carmen ENFERMERIA Y SOCIEDAD Colección estudios México 1991 pp. 95.
  
12. García María EL PROCESO DE ENFERMERÍA Y EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON México 1997