



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

**“ESTUDIO DE CASO DE UNA CLIENTE
ADULTA CON ALTERACIÓN DE SUS
NECESIDADES”**

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

PRESENTA.

ROSALINDA GUADALUPE ARIAS ESPINOZA

No. DE CUENTA: 09861030-1

Angelina Rivera M
ASESORA DEL TRABAJO

L.E.O. ANGELINA RIVERA MONTIEL



MEXICO D.F.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN

OBJETIVO

General.....	1
Específico.....	1

MARCO TEÓRICO

Cuidado	2
Concepto	3
Antecedentes Históricos.....	4
Tipos de cuidado	5
Connotaciones del cuidados	6
Enfermería	7
Concepto	8
Antecedentes históricos (resumen)	8
Meta paradigma	9
Proceso de Atención de Enfermería	10
Concepto	11
Antecedentes Históricos	12
Etapas	13
Modelo conceptual de Virginia Henderson	18
Antecedentes	19
Principales conceptos del modelo de Virginia Henderson	20
Virginia Henderson y sus 14 necesidades	23
Proceso de Atención de Enfermería y el modelo conceptual De Virginia Henderson	29
Concepto	29
Etapas del PAE	30
Características de la mujer durante el puerperio.....	35

METODOLOGÍA

Descripción del estudio de caso	43
Valoración	44
Fuentes de información	44
Técnicas para la obtención de datos	45
Instrumentos para el registro de la información	47
Diagnóstico de enfermería	59
Planeación	67
Ejecución y Evaluación	73
IV.- CONCLUSIÓN	73
SUGERENCIAS	75
V.- BIBLIOGRAFÍA	76
ANEXOS	78

INTRODUCCION

El principio de los cuidados o la humanidad, fueron proporcionados particularmente por mujeres alrededor de la fecundidad con la llegada de la era Cristiana y la aparición de la medicina, no se valoró su saber inicial y fue modificándose profundamente su concepción, no permitiendo una producción de conocimientos.

Uno de los conceptos de V. Henderson dice "que la única función de la enfermería consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o una muerte tranquila)".

Con este concepto puede caracterizar a la enfermería profesional de nuestro tiempo, que implica entre otras cosas asumir también la responsabilidad de coordinar la atención de apoyo que ofrece esa amplia gama de trabajadores de salud, ofrecer servicio profesional, no solamente en ambiente hospitalario, si no también en el campo extra-hospitalario y de atención ambulatoria en la que incluye también la comunicación sistemática y de apoyo a la familia.

El manejo de las enfermedades comunes que tienen evolución previsible, además de las otras acciones ya asumidas por necesidad social en las cuales ha desarrollado gran competencia técnica para auxiliar en el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y prevención de las enfermedades.

Es decir, enfermería tiene un rol de colaboración y un rol de ejercicio independiente que implica responsabilidad legal, moral y compromiso de formular sus métodos y sus teorías para atender, ayudar, confortar, guiar con la racionalidad científica que debe tener un profesionista que aplica sus conocimientos y su experiencia en beneficio de la sociedad.

Como muestra de ello, se presenta la siguiente propuesta, un estudio de caso del cual tiene como base 2 ejes uno metodológico que es el PAE (proceso de

atención de enfermería), que consta de 5 etapas y otro conceptual basado en la teoría de Virginia Henderson, que se sustenta en sus 14 necesidades del ser humano.

Por lo cual se aplicara la presente investigación a un cliente adulta que se encuentra encamada en el Hospital Integral de el Rosario, el día 28 de agosto del 2004, a las 8:00 horas, egresando el día 30 de agosto del mismo año.

Por lo tanto esta dividido en tres capítulos: Primero, se refiere a los objetivos, el siguiente se relaciona con el marco teórico el cual aborda temas como el cuidado, enfermería, el proceso atención enfermería, (PAE) y el modelo conceptual de Virginia Henderson, con la finalidad de tener un sustento desde la perspectiva disciplinar; y por ultimo sigue la metodología la cual sigue las etapas del PAE.

JUSTIFICACION

Para poder otorgar estos cuidados profesionales las enfermeras, cuentan con un método conocido como proceso atención enfermería (PAE) el cual permite identificar las necesidades, afectadas del cliente y poder llevar acabo intervenciones que le ayuden a su satisfacción.

La enfermería como disciplina encargada del cuidado tiene que estar a la vanguardia de los avances conceptuales, científicos y tecnológicos en relación a la atención de los individuos sanos o enfermos, ya que a través de los conocimientos se garantiza los cuidados profesionales de enfermería con calidad y calidez. Ya que el propósito fue ayudar al cliente a que se encuentre en condiciones óptimas, detectando así sus necesidades principales y lograr efectuarlos de una manera planeada y sustentada en métodos científicos; dicho método es conocido como (PAE).

Se llevo a cabo la problemática en forma planeada y así se detecto de forma adecuada cualquier necesidad existente, y se llego a satisfacer sus necesidades afectadas; de las cuales se trabajaron solo algunas por lo que se logro a través de la recopilación y valoración de datos para identificar las principales necesidades; por medio del análisis se pudo lograr integrar un diagnóstico de enfermería; ya que el cliente a través de este estudio lo menciono de manera verbal su satisfacción por el logro de su bienestar, de la cual fue de suma importancia su cooperación.

En este sentido que se realiza el presente trabajo el cual tiene dos ejes, uno metodológico que es el PAE. Y otro conceptual ubicado en el Modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, el presente fue realizado para fines de titulación y esta dirigido a una cliente adulta.

I.- OBJETIVOS.

1.1 General: a través del proceso de atención de enfermería bajo la guía conceptual de Virginia Henderson ayudar al cliente a satisfacer sus necesidades afectadas.

1.2 Específicos: Se integrará una base de datos que permita identificar las necesidades afectadas.

1.2.1 A través del análisis de la información obtenida hacer los diagnósticos de enfermería.

1.2.2 Identificar los factores y fuentes de dificultad que no permiten que el cliente satisfaga sus necesidades.

1.2.3 Con base en los diagnósticos identificados y considerando las fuentes y factores de dificultad planear las intervenciones independientes, interdependientes y dependientes considerando las formas de ayuda de Henderson.

1.2.4 Evaluar los resultados de las intervenciones realizadas y retroalimentar el proceso atención enfermería.

II.-MARCO TEORICO

Para sustentar el presente estudio de caso, se presenta a continuación el listado de los aspectos conceptuales.

2.1.- Cuidado

"Enfermería a querido volver al pasado y restablecer la responsabilidad y la relación personal con el cliente. Sin embargo, la organización de la práctica no ha apuntado hacia el objetivo de la responsabilidad profesional de la enfermera hacia el cuidado del cliente en los aspectos del tiempo y en los diferentes ambientes. Generalmente la enfermera esta atada en tiempo y espacio, a un periodo particular de hospitalización o consulta, a institución que la emplea y a lleva una gran parte de la responsabilidades rutinario del cuidado medico delegado, y de cargas administrativas.

Se sucede la fragmentación y discontinuidad del cuidado ya que las enfermeras hospitalarias se separan del cuidado en el hogar y comienzan un arduo trabajo para disminuir la brecha de la tecnología medica, siendo ellas utilizadas básicamente para satisfacer las demandas burocráticas de las instituciones, y al mismo tiempo tratando de cumplir su deber original de cuidar a las personas de manera individual (persona – persona). Es decir, se pierde la esencia de la enfermería personalizada de los primeros días.

Pero si la enfermera desea evolucionar a la etapa de integración profesional la estructura de la práctica debe facilitar a la enfermera oportunidades para que realmente funcione como un asociado en el cuidado de la salud.

Enfermería progresa hacia un desarrollo integrador y la forma de trabajo compartido se torna una forma de vida. Este proceso envuelve la síntesis del cuidado individualizado, intuitivo y forma parte del estado de desarrollo profesional que interrelacione conocimientos sobre cuidado, tecnología medicas y elementos organizativos”¹.

2.1.1.- Concepto

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

Esta primera aproximación nos refiere una necesidad de pensar la practica de la enfermería orientada hacia el cuidado, misma que requiere de una mayor agudeza intelectual que permita elegir acciones que respondan a las necesidades particulares de la persona pero sobre todo a una acción fundada en el conocimiento de los resultados que se desean que ocurran”²

¹ Duran de Villalobos Ma. M. “De un viejo a un nuevo paradigma de Cuidado de Enfermería”, mecanógrafa Facultad de Enfermería, En Antología de Fundamentacion Teórica para el Cuidado. ENEO-UNAM. Jiménez Rodríguez Sofía, García Piña Ma. Aurora, Pacheco Arce Ana Laura, México, D.F. 2004. pp.-115.

2.1.2. Antecedentes Históricos.

“Se manifiesta de forma mucho mas concreta, la actividad del cuidar restringiendo la misma a los cuidados de los enfermos (cuidador de enfermos / enfermero-a), lo cual se ha llevado a la confusión a la hora de interpretar de forma demasiado estrecha una actividad ancestral que desde sus orígenes se han ocupado de tareas que iban mucho mas allá del mero cuidado de enfermos. En consecuencia, cabe afirmar que desde los orígenes del hombre, las actividades de enfermería tienen su reflejo en los cuidados más elementales, que son los relacionados con la supervivencia, los cuidados durante el parto, la crianza, la lactancia y el destete.

La perpetuación de las sociedades triviales dependía del nivel de éxito en tales cuidados dada la extremada mortalidad que acechaba ese delicado periodo del que dependía la producción, mantenimiento y mejora del precario sistema social de la época. De esta situación se deducen dos factores trascendentales en la historia de la enfermería, el gran protagonismo de la mujer y a la importancia de los cuidados directamente implicados en la satisfacción de necesidades de supervivencia, en general, y de la alimentación, en particular.

Todo lo que de bueno y malo haya tenido y tenga la enfermería proviene de ese núcleo original cuyo carácter vertebrador no debe pasar desapercibido para los historiadores de la enfermería contemporánea.”³

² Rodríguez Jiménez Sofía, “Hacia la Construcción de un Modelo para el Cuidado”, En Antología de Fundamentacion Teórica para el Cuidado. ENEO-UNAM. compilación Rodríguez Jiménez Sofía, García Piña Ma. Aurora, Pacheco Arce Ana Laura, México, D.F. 2004. pp.392.

³ Siles José, “Fundamentos Históricos de la enfermería “En Historia de la Enfermería, Colección amalgama, En: Antología de Fundamentacion Teórica para el Cuidado. ENEO-UNAM. Jiménez Rodríguez Sofía, García Piña Ma. Aurora, Pacheco Arce Ana Laura, México, D.F. 2004. pp.15.

2.1.3. Tipos de Cuidados

“El vocabulario inglés, más rico que la lengua francesa respecto a la noción de los cuidados, ha mantenido dos tipos de cuidados de naturaleza diferente.

Care: (Los cuidados de costumbres y habituales).

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

Cure: (Los cuidados de curación o tratamiento de la enfermedad):

Garantizar la continuidad de la vida, en donde se encuentran obstáculos o trabas, entre las principales que son: El hambre, es decir, la falta de recursos en energía alimentaria para mantener las funciones vitales.

Este fue el principal obstáculo de la vida durante miles de años, e incluso ahora para una gran parte de la población mundial.

Se traduce sobre todo en un gran fenómeno de malnutrición con predominio de insuficiencias nutricionales, incluso entre algunos grupos sociales desarrolladas, o sobre nutrición en los grupos que gozan de abundancia.”⁴

⁴ Colliere, Francois M. “Disquisiciones sobre la naturaleza de los cuidados, para comprender la naturaleza de los cuidados de enfermería” en: Promover la vida, En: Antología de Fundamentación

2.1.4.- Connotaciones del Cuidado

“La enfermería es una ciencia humanística que tiene como objeto de estudio el cuidado a la salud de la persona en su proceso de vida en una dimensión holística y con el propósito de potencializar sus capacidades en su desarrollo humano, tiene como campos de acción los sitios donde la persona se desarrolla y atiende su salud.

El cuidado es el objeto de estudio de la ciencia de enfermería como el núcleo de acción e intervención específica que le da fundamento y especificidad a la disciplina. El cuidado a la persona, es la interacción continua con el entorno, en la experiencia de salud, ésta se ubica en situaciones vitales del hombre y de la mujer en eventos como nacimiento, el crecimiento y desarrollo de la persona y a los eventos problemáticos de la enfermedad o de la muerte. El cuidado es visto como el proceso de interacción con grupos de personas, como los familiares, amigos y otros profesionales de la salud que atienden a la persona.”⁵

En este sentido hay cuidados de especialización que no pueden ser otorgados por todas las personas por tanto la enfermera se vincula para ello.

En esta acción del cuidado se requiere de la interacción de dos o más personas por lo tanto se puede ver en tres dimensiones, primero cuidar de uno mismo, que se refiere al auto-cuidado el cual se debe tener presente como algo primordial, en segundo lugar cuidar de otros es aquí donde la enfermera como profesional es la cuidadora del cliente y por último el tercer lugar cuidar con otros a lo que se refiere que además de cuidar con otros a lo que se refiere que además de cuidar

Teórica para el Cuidado. ENEO-UNAM. Jiménez Rodríguez Sofía, García Piña Ma. Aurora, Pacheco Arce Ana Laura, México, D.F. 2004. pp.34-35.

⁵ Rodríguez Jiménez. Op. Cit. pp.391-392.

con otros profesionales de la salud se involucra a la familia a los y a la comunidad.

2.2. Enfermería

Enfermería es una disciplina que ha tenido diversas etapas de desarrollo en el proceso histórico, el ejemplo mas objetivo de estas transformaciones es la transición de centrar su atención en la enfermedad y la curación a ubicarla hoy en la actualidad en la persona y el cuidado, por tal motivo y mejor comprensión de esta transición se ha incluido este capítulo referente a la enfermería

“La enfermería tiene las características propias de las profesiones que han sido llamadas por algunos autores como “ profesiones de ayuda “ las cuales están dirigidas a servir a la persona dándole el apoyo que necesita para superar su falta de salud de conocimientos. Etc. Y así llegar a ser persona sana y productiva; la estudiante de enfermería tendrá presente que la persona humana, es la que recibirá su acción y por lo mismo debe tener un conocimiento lo mas completo posible de las necesidades físicas, sociales y espirituales del paciente. Así como las manifestaciones de su emotividad y de cómo influye la enfermedad en esta.

Para que dicho conocimiento sea mas fácil de apreciar es recomendable que conozca las propias necesidades y trate de satisfacerlas lo más completo que le sea posible, de manera que tenga una existencia saludable y pueda así ayudar a los demás a lograr esa meta. Esta conducta lo hará extensiva a su familia colaborando en lo que sea posible a que tenga mejor salud.”⁶

⁶ Duran de Villalobos.Op.Cit. pp.160.

2.2.1. Concepto

“Enfermería según Victoria Henderson; la definió en términos funcionales; La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano a realizar las actividades en que contribuye a su salud o recuperación (o a la muerte tranquila), que llevara a cabo sin ayuda, si contara con la fuerza, la voluntad o conocimientos necesarios haciendo de tal modo que se le facilite, la consecución de independencia lo mas rápidamente posible.”⁷

2.2.2.- Antecedentes Históricos (resumen)

“En el origen de la humanidad los cuidados fueron proporcionados particularmente por las mujeres alrededor de la fecundidad, con la llegada de era cristiana y la aparición de la medicina cristiana; es así como se han ido proporcionando los cuidados a nuestros ancestros y día con día se han ido cambiando radicalmente, los cuidados de enfermería a través de la literatura y otras formas se ha ido mejorando, es así que “ a través del desarrollo de la educación a habido un gran progreso en la investigación y en los cuidados de enfermería.

El número de departamentos y cátedras de enfermería creció, especialmente en los años 80. Gradualmente ha ido aumentando el numero de profesionales que se dedica a la investigación y se han introducido en la practica de enfermería, estudios de la investigación y desarrollo, observándose cambios en las actitudes de los profesionales, presentando mayor atención a las necesidades de los

⁷ Marriner, Tomey A. Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. En: Antología de Fundamentacion Teórica para el Cuidado. ENEO-UNAM. Jiménez Rodríguez Sofía, García Piña Ma. Aurora, Pacheco Arce Ana Laura, México, D.F. 2004. pp.206.

pacientes e introduciendo nuevos sistemas de documentación, dando continuidad a la asistencia del paciente.”⁸

2.2.3.- Meta paradigma

“Se caracterizo como “normativa “es un estado en el cual se pierde un sistema de interrelación en el entorno – ambiente y consecuentemente se abandona parte de la autoridad y de la expansión de la etapa anterior. Se desarrolla una posición competitiva y persuasiva y se trata de establecer y mantener un dominio propio.”⁹

La enfermera ha querido volver al pasado y reestablecer la responsabilidad y la relación personal con el cliente.

“Sin embargo la organización de la practica no ha apuntado hacia el objetivo de la responsabilidad profesional de la enfermera hacia el cuidado del cliente en los aspectos del tiempo y espacio a un periodo particular de la hospitalización o consulta, a una institución que la emplea a llenar una gran parte de la responsabilidades rutinarias de cuidado medico delegados y de cargas administrativas.”¹⁰

Las estructuras corporativas actuales incluyen un amplio espectro de atención de salud que hace posible que la enfermera ocupen posiciones que permitan expandir los ambientes para dar cuidados y atender las necesidades de salud de manera personalizada / individual.

⁸ Flores Torres Alicia Erendira. “Teorías y Modelos de la Fundamentacion”; Segunda edición; En: Teorías y Modelos de la Fundamentacion. 1997, México. D..F.pp.60-64.

⁹ Duran de Villalobos Op. Cit...pp114.

¹⁰ IDEM -pp. 117.

Tal cuidado de la enfermería cuando se incorpora requiere de la inclusión de elementos de ambos paradigmas, pero se debe estar alerta y conocer como se interrelacionan.

2.3.- Proceso de Atención de Enfermería.

Para que la enfermera pueda otorgar cuidados profesionales no solamente es necesario que cuente con conocimientos si no que también requiere de un método que le permita por un lado la toma de decisiones y por otro lado que es que estas decisiones estén en relación con las necesidades del cliente basadas en un sustento científico humanístico y tecnológico entre otros por lo tanto es necesario que para fines del estudio de caso se desarrollo el siguiente subcapitulo denominado PAE.

“A través de este documento; se ha podido llevar a cabo; los cuidados necesarios del cliente dentro del área de enfermería; ya que gracias a esto lo llevamos de forma planeada, ejecutando y evaluando así sus necesidades.

El proceso de atención de enfermería esta organizado en tres secciones: primero, se presenta la valoración de enfermería y el análisis / síntesis de cada uno de los tres días consecutivos; segundo, se redacta la lista de los diagnósticos de enfermería, que incluyen las metas, los objetivos, los sistemas de implementación y las evaluaciones, se presentan y se critican. Aunque los planes de enfermería se colocan al final, se redactan después de la valoración inicial y se implementan y actualizan con cada visita sucesiva. Los datos de cada implementación se identifican en los objetivos, los planes y las evaluaciones; los planes de enfermería – metas a través de evaluación – se redactan en forma consecutiva para mostrar su interrelación y consecuencia, estos planes se colocan al final del

proceso de atención de enfermería debido a que son activos y están sujetos a revisión y por que demuestran la continuidad del plan de cuidados.”¹¹

2.3.1. Concepto

“Según Rosalinda Alfaro, (1993) “Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente y las alteraciones de salud reales o potenciales.

El termino cliente se incluye también a la familia o a la comunidad.

Consta de cinco etapas: Valoración, Diagnostico, Planificación, Ejecución y Evaluación.”¹²

2.3.2.-Antecedentes Históricos.

“Por el año de 1973, se introdujo en la enseñanza en las materias de enfermería, el proceso de atención de enfermería (PAE), por que se le considera un buen instrumento para dar un cuidado individual al paciente.

Se comparaba el proceso de enfermería, con el proceso de resolución de problemas y el método científico; sosteniendo que el proceso de resolución de problemas es lo mismo que el método científico simplificado, y el proceso de

¹¹ Bernal López Beatriz, Sara Esther Téllez O. Aurora García P. “Teorías y Modelos para la Practica de Enfermería. Mexico D.F. 1998. p p- 4-5.

¹² García González Ma. De Jesús. El proceso de enfermería, según el modelo de Virginia Henderson, Cáp. 3. ENEO-UNAM. En: El proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. 1997 México, DF. pp.21.

enfermería, es proceso de resolución de problemas, con los mismos pasos, pero dando a los problemas, el nombre de necesidades.

Actualmente estos conceptos se siguen manejando en enfermería y son la base para impulsar la profesionalización de la misma.

En 1976, la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería A.C. edito un documento sobre el Proceso de Atención de Enfermería en donde se le definió como "Un ordenamiento lógico de actividades "a realizar por la enfermera, para proporcionar atención de calidad al individuo, familia y comunidad.

Así mismo se destaco la necesidad de favorecer el pensamiento reflexivo de la estudiante de enfermería y de impulsar su participación activa en la atención al cliente utilizando el ordenamiento sistemático de los pasos necesarios para implementar y poner en practica un plan de cuidados; mediante el cual se le de al paciente un trato mas individual y se le atiendan sus necesidades en las tres esferas, considerando como un ser Bio-psico-social. "¹³

2.3.3.- Etapas.

Para fines de titulacion se ha considerado 5 etapas que a continuación se definen:

¹³ IDEM. pp.20-21.

Valoración.-

“Es la primera etapa del proceso de la enfermería. En esta fase se reúne la mayor parte de información posible para tener una imagen de lo mas completa y apegada a la realidad, sobre los problemas del paciente.”¹⁴

“La obtención de datos es el fundamento de los procesos de atención de enfermería. Una valoración exacta conduce a la identificación del estado de salud del paciente, a los temas de incumbencia de enfermería y diagnostico de la misma. De este modo se logra conocer la dirección para implementación y para mejorar las condiciones del paciente. El propósito de la obtención de datos es identificar y obtener los datos pertinentes acerca del paciente.

La meta de la enfermería es considerar al paciente de modo multifocal. Los individuos, las familia y las comunidades tienen múltiples aspectos que están interrelacionado e influyen el uno en el otro, por lo que los elementos fisiológicos, biofísicos, espirituales y socioculturales del paciente deben tomarse en cuenta para asegurar una valoración precisa y comprensiva. Con este objetivo en mente, la enfermera necesita una base sólida de conocimientos en varias disciplinas; una base de conocimientos de las teorías, normas y cánones de conducta, proporciona el cimiento para obtener la información pertinente de los pacientes y para hacer juicios correctos acerca de su salud.”¹⁵

¹⁴ García González. Op.cit.pp.21.

¹⁵ Christensen Paula J. Valoración de la enfermería: Panorama de la obtención de datos. En: Componentes del Proceso de Atención de Enfermería, pp. 30.

Diagnostico.-

“un diagnostico de enfermería es un enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud y lo problemas del paciente, que pueden ser modificados por la intervención de la enfermera. Deriva la inferencia de datos confirmados por la valoración y de las percepciones, sigue a una investigación cuidadosa de los datos y conduce a una decisión o a una opinión.

Enfermería no es la única profesión que hace diagnósticos; los trabajadores de otras profesiones y oficios, como los mecánicos automotrices, los técnicos de televisión, los trabajadores sociales y los médicos hacen diagnósticos. La responsabilidad de enfermería es diagnosticar las respuestas humanas, a las secuelas y problemas relacionados con la salud y a los efectos de estos problemas sobre las actividades de la vida diaria.

El diagnostico de la enfermería es probablemente el menos comprendido, el mas polémico y el eslabón mas débil en el proceso de enfermería. A sido identificado como un componente esencial que requiere un nivel elevado de destreza intelectual. Es la base para planear, intervenir y evaluar los problemas de salud del paciente.

Son varias las razones que existen para realizar los diagnósticos de enfermería, en primer término, hace posible dar a los individuos un cuidado global y comprensivo de la salud al identificar, valorar y responder a los problemas especifico de ella.

Los diagnósticos de enfermería permiten el uso de un lenguaje común dentro de la profesión, este lenguaje común intensifica la comunicación entre compañeros y

otros profesionales del cuidado de la salud, mejoran la continuidad de los servicios y presenta un cuerpo organizado de ciencia clínica de enfermería. ¹⁶

Planeacion.-

“Es una etapa en donde se desarrolla un plan de acción, con el cliente y su familia, se incluirán las actividades siguientes; determinar prioridades, determinar objetivos, actividades de enfermería y familia que ayudaran a lograr los objetivos que ambos han establecido. Registros del plan de cuidados.

“El plan de enfermería para implementación se considera como el núcleo o centro del proceso de atención de enfermería: lo que es realmente el proceso de atención de enfermería en todas sus partes. El plan dirige la acción de la enfermera para asistir al enfermo en el alivio de un problema o para cubrir una necesidad.

Históricamente, el personal de enfermería que se ocupaba de la salud de la comunidad estaba acostumbrada a escribir un plan lógico de cuidados para el individuo, la familia o la comunidad como pacientes. Dada la práctica independiente de la enfermera y las estrategias para obtener información del problema, era una secuencia lógica de los eventos planear cuidadosamente la continuidad y consistencia de la atención.

El plan de atención de la enfermería comienza con el enunciado del diagnóstico de enfermería y avanza hacia la meta y los objetivos. Una vez identificados estos, se seleccionan acciones únicas- órdenes de enfermería- para ayudar al paciente a alcanzar las metas y los objetivos. Este es el fundamento o el núcleo del manejo

¹⁶ Griffith J. W. Diagnostico de Enfermería, Proceso de Atención de Enfermería Ed. El manual moderno pp. 141-142.

de enfermería. La expresión "orden de enfermería" se utiliza como sinónimo de plan de atención de enfermería en este texto."¹⁷

El plan de acción incluye las órdenes médicas.

Ejecución.-

"Es una etapa en donde se realizan las actividades prescritas durante la fase de planificación.

Se determinan las intervenciones del cliente o de su familia en el plan de cuidados y se identifican nuevos problemas o avances.

Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados. La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado.

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

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que

¹⁷ Renaud Cross Joanne. Grace Muralito Thomas, planes, implementación y fundamento científico. En: Componentes de Atención de Enfermería, pp. 176-177.

deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.”¹⁸

Evaluación.-

En esta etapa se decide si el plan ha sido efectivo o si es necesario hacer algunos cambios.

La evaluación se hace a base de objetivos, propuestas. ¿Se ha logrado la independencia del paciente en cada una de sus necesidades básicas? ¿En que medida? ¿Se realizaron las actividades? ¿Como estaban propuestas? ¿Que cambios hay que introducir? Etc.”¹⁹

“La evaluación es una comparación sistemática y planeada, del estado de salud del paciente con objetivos y metas definidas, es una actividad deliberada, progresiva, que comprende al paciente, enfermera y a otros miembros del equipo del cuidado de la salud. Requiere el conocimiento de la salud, la fisiopatología y las estrategias de evaluación.

La evaluación es útil a varios propósitos. Un propósito importante consiste en determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas establecidas; otro propósito es juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería.

¹⁸ Ardeguet de Ruiz. ML. El conocimiento Científico en Enfermería. Rev. Tema Enfermería Actual 1997; pp. 24.

¹⁹ IDEM. pp.23.

La evaluación es, con frecuencia, la parte más olvidada del proceso de atención de enfermería. Los textos sobre este respecto son confusos y describen la evaluación de muchas maneras diferentes.

En forma ideal, la evaluación es una parte integral de cada componente del proceso de enfermería comenzando con la valoración inicial, esta valoración inicial es comprobada después con los patrones presentes de conducta para determinar el progreso.

Las metas y los objetivos, formulados en la etapa de planeación, sirven como cánones de evaluación contra los que se miden los progresos del paciente.

Durante la implementación, la enfermera observa la respuesta del paciente a las acciones de enfermería y decide si los planes están ayudando al progreso del paciente, al considerar la respuesta del paciente, la enfermera puede reordenar, modificar, conservar o cambiar las prioridades en el plan de cuidados.”²⁰

2.4.- Modelo Conceptual de Virginia Henderson.

“El modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería.

La aplicación de 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 la persona.

²⁰ Griffith. Op.cit. pp. 193.

Sin embargo 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.

Definición de la Enfermera según Virginia Henderson.

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

Para Virginia Henderson el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales, y el rol de enfermera consiste en ayudar a recuperar su independencia lo mas rápidamente posible." ²¹

2.4.1. Antecedentes

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

²¹ García Piña, Hernández Ramirez Luz Ma. Sandoval Alonso Leticia." Fundamentacion Teórica para el Cuidado", ENEO-UNAM. En: Programa Electrónico Proceso de Enfermería (disco).

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

A partir de la revisión de la bibliografía existentes en aquellos años sobre enfermería, se dio cuenta que los libros que pretendían ser básicos para formación de las enfermeras, no definían de forma clara cuales eran sus funciones y sin que este elemento primordial – para ella no se podían establecer los principios y la practica de la profesión.”²²

2.4.2.- Principales conceptos del modelo de Virginia Henderson.

“Los principales conceptos son explicitados de la siguiente manera:

Necesidad Fundamental:

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

²² Fernández Ferrin, Carmen Novel y Marti Gloria. “El Modelo de Henderson y Proceso de Atención de Enfermería.” El Proceso de Atención de Enfermería. Estudio de Caso. Barcelona España, 1993, pp.264.

Independencia:

" Satisfacción de una de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y desarrollo, y según las normas y criterios de salud establecidos.

Virginia Henderson desde una filosofía humanística, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud (concepto que la autora equipara con la satisfacción por uno / a mismo/ a, en base a sus propias capacidades, de las 14 necesidades básicas). Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como "falta de fuerza", "falta de conocimiento", "falta de voluntad".²³

Dependencia:

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

Problema de Dependencia:

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

Manifestación:

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

²³ IDEM. Pp. 266.

Valores:

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

Elementos Mayores:

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

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

Cliente: ser humano que forma un todo completo, presentando 14 necesidades fundamentales de orden Bio-psico-social." ²⁴

Rol de la enfermera: El rol de la enfermera es un rol de suplencia. Suplir, para Virginia Henderson, significa hacer por el aquello que el mismo podrá hacer si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos. Las intervenciones de la enfermera apuntan esencialmente hacia la independencia de la persona en la satisfacción de sus 14 necesidades fundamentales y lo más rápidamente posible.

Fuentes de dificultad.

Virginia Henderson identifica tres fuentes de dificultad: una falta de fuerza, falta de voluntad, y una falta de conocimiento para conocer, el grado de dependencia que puede ser total o parcial.

²⁴ García Ma. Aurora, Op.cit. (disco).

Para identificar la fuente de dificultad:

- a) **Falta de fuerza.**-“La dependencia proviene del que el individuo carece de fuerza, no solo de fuerza física si no moral, para tomar decisiones y comprometerse en las acciones necesarias para conservar o recuperar la salud.
- b) **Falta de voluntad.**- La voluntad se ve disminuida por los problemas de salud, frecuentemente este estado, esta relacionado con la capacidad intelectual y se ve limitado por la falta de recursos económicos o por factores socio culturales.
- c) **Falta de conocimiento.**- Hay desconocimientos de los mecanismos de acción del desarrollo de enfermedades, de los recursos de salud, de los cuidados que se deben de tener cuando se presenta la enfermedad para evitar su desarrollo, en general lo que se refiere a prevención, curación y rehabilitación.”²⁵

Entorno.

“.....Henderson menciona – unas veces de forma implícita y otras implícitamente (familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales.....) Para valoración de las necesidades y la planeacion de los cuidados.”²⁶

2.4.3. 4 Necesidades.

Según Virginia Henderson, se denominan, como las catorce necesidades básicas de todo ser humano las cuales se presentan a continuación:

²⁵ IDEM. (disco).

²⁶ Fernández, Op. Cit. Pp.270.

1.- Respirar

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

El intercambio de gases es el acto de la respiración se realiza a dos niveles 1ro. Entre el organismo y el medio ambiente, y el segundo al interior del organismo, entre las células de los tejidos y la sangre, (respiración tisular).

El oxígeno es transportado a las células del organismo por la hemoglobina contenida en los glóbulos rojos de la sangre.

2.- Beber y comer

En el término nutrición es una cualidad o estado de los seres vivos; cuando usamos este término para referirnos a una persona humana, es fácil determinar si esta bien o mal nutrida.

La digestión es el proceso mediante el cual las moléculas de las sustancias nutritivas se convierten en moléculas más sencillas, aptas para la absorción. Comprende una fase mecánica y una fase química.

Para mantener una buena hidratación, el agua es un componente abundante y necesario en el organismo humano. El cuerpo del recién nacido está constituido de un 80 por ciento de agua. En el organismo del adulto este componente está presente del 45 al 60 por ciento.

3.- Eliminar

Para conservar su funcionamiento normal, el organismo debe desechar los residuos acumulados durante el catabolismo de los alimentos, así como los gases y otros elementos no utilizables, formados durante el proceso de la digestión.

Al acto evacuar el intestino se le denomina defecación y a los desechos eliminados se les llama heces fecales.

Incontinencia urinaria: es la incapacidad temporal y permanente de los músculos de los esfínter de la vejiga. Para controlar el flujo de la orina, este problema se observa con mayor frecuencia en las personas adultas como consecuencia del proceso degenerativo normal.

4.- Moverse y mantener una buena postura

Cuando el cuerpo está sano y bien alineado, los músculos están en un estado de ligera tensión. La buena alineación necesita una fuerza muscular mínima y mantiene un apoyo adecuado para la estructura y órganos internos del cuerpo.

Una buena postura mejora la salud y le da una buena presencia a nuestro cuerpo. La práctica de los mecanismos corporales cuando estamos en estado de reposo o de actividad, estando de pie, sentados o acostados.

5.- Dormir y descansar

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

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

6.-Vestirse y desvestirse

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

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

7.- Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales

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

8.- Estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos

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

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

9.- Evitar los peligros

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

Son causados de un considerable porcentaje de pérdidas humanas, de invalidez y disminución de las horas de trabajo efectivas de personas en edad productiva, lo que afecta a la economía familiar.

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

10.- Comunicarse con sus semejantes

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

El poderse comunicar positivamente con las demás personas y recibir información de los demás, es de suma importancia para la conservación de la salud, en todas las etapas de la vida, por que la comunicación es un medio para satisfacer las necesidades básicas.

11.- Actuar según sus creencias y valores

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

12.- Ocuparse para realizarse

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

13.- Recrearse

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

Atender la necesidad de recreación de los pacientes, en algunas circunstancias, como por ejemplo: cuando se atienden enfermos delicados o graves, o en hospitales que se atienden solo padecimientos agudos, no es responsabilidad inmediata de la enfermera, ya que se le da prioridad a la atención crítica. Pero al pasar el periodo agudo de la enfermedad, es conveniente que se empiece a dar alguna terapia ocupacional, recreativas a los pacientes.

14.- aprender

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

El cambio de conocimientos sobre el cuidado de salud., solo conduce al descuido y a la enfermedad. Con demasiada frecuencia podemos ver que el paciente

pediátrico y el adulto, ya están en un estado avanzado de enfermedad cuando empiezan a recibir la atención médica.”²⁷

2.5.- Proceso de Atención de Enfermería y Modelo Conceptual de Virginia Henderson.

A continuación se hace una vinculación conceptual entre el PAE y el modelo conceptual de Virginia Henderson, ya que el modelo se convierte en una guía para la práctica.

2.5.1.-Concepto

“Virginia Henderson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud (concepto que la autora equipara con la satisfacción por uno/ a mismo / a, en base a sus propias capacidades, de las 14 necesidades básicas).

Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como “falta de fuerza” “falta de conocimiento” “falta de voluntad.

Como hemos dicho anteriormente, el modo de satisfacer las propias necesidades así como la forma en que cada uno manifiesta que esta necesidad está satisfecha

²⁷ IDEM (disco).

es totalmente individual. Por ello, los niveles de independencia es la satisfacción de las necesidades también son específicas y únicas para cada individuo.”²⁸

2.5.2.- Etapas del PAE.

A través del Modelo de Virginia Henderson se valoran cinco etapas de las cuales se presentan a continuación.

Etapa de Valoración:

“la valoración es el primer paso en el proceso de enfermería. La valoración se considera un proceso organizado, sistematizado y deliberado en la obtención de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de la persona/familia o la comunidad.

La valoración es la primera fase del proceso de enfermería, sus actividades se centran en la obtención de información relacionada con la persona/familia o la comunidad con el fin de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas. Los datos se recolectan de forma sistemática, utilizando la entrevista, la exploración física, los resultados de laboratorio y otras fuentes registradas en la historia de enfermería (Patricia W.lyer).

La valoración es el primer paso de la identificación del problema cuando se reúne información para asegurar de lo que se dispone de (todas las piezas necesarias del rompecabezas) que le permitan formarse una idea clara del estado del cliente(Rosalinda Alfaro-LeFevre).

²⁸ Fernández. Op.cit.pp.264.

Para la etapa de valoración se sugieren las siguientes actividades:

1.- identificar los diferentes tipos de datos:

-subjetivos: el "síntoma" es un dato subjetivo porque no se ve ni se palpa, como es el dolor, prurito.... Siempre lo refiere la persona.

-objetivos: el "signo" que es un dato objetivo porque se ve, se siente o se huele, como es la tos, edema, signos vitales....puede medirse en cifras. Lo verifica la enfermera.

La valoración es una fase fundamental ya que todos los demás pasos en el proceso dependen de la precisión y la confiabilidad de los datos obtenidos.²⁹

"Se hace reuniendo toda la información necesaria para determinar el estado de salud del paciente, mediante una historia de enfermería que abarca las 14 necesidades básicas del paciente.

Etapa de Diagnostico:

Se examina el grado de independencia del paciente o su familia, (sus necesidades y capacidades). En cada una de las necesidades básicas y los problemas de salud reales o potenciales.

"es un juicio clínico respecto a las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud o a procesos vitales reales o potenciales. El diagnostico de enfermería proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería, con el fin de alcanzar los resultados que son responsabilidad de la enfermera.

²⁹García Ma. Aurora. Op. Cit. (disco).

Debemos entender el diagnóstico de enfermería, de forma general, como un juicio acerca del problema de un cliente, al que se llega mediante procesos deductivos a partir de los datos recogidos. La índole del problema es tal que puede mitigarse mediante la intervención enfermera.

...el diagnosticar debe entenderse como una función establecida e independiente propia del profesional de enfermería. Se requiere una gran capacidad y conocimientos previos para captar los problemas del paciente y emitir juicios inteligentes; por lo tanto el diagnóstico enfermero preciso constituye una de las claves para la práctica eficaz la intervención enfermera, por lo que todos los profesionales de enfermería deben de estar capacitados”.³⁰

Etapa de Planeación:

Se desarrolla un plan de acción, con el paciente y su familia, que incluirá las actividades siguientes: determinar prioridades, de determinar objetivos, actividades de enfermería y actividades del paciente y familia que ayudaran a lograr los objetivos que ambos han establecido.

“La planeación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados.

Durante la fase de planeación se elaboran los objetivos, lo que será capaz de hacer el cliente como objetivo de las acciones de enfermería, y las intervenciones

³⁰IDEM. (disco).

de enfermería, que describen la forma en el que el profesional de enfermería debe actuar para ayudar al cliente a conseguir los objetivos.

Para su elaboración hemos de tener en cuenta en primer lugar la elección de un modelo Teórico considerado por sus postulados el más adecuado para determinar las directrices de la intervención enfermera, (en este caso se eligió el modelo de Virginia Henderson). En segundo lugar, consideramos el diagnóstico de enfermería, esto es, el juicio emitido sobre el estado de salud del cliente.

Por último, se hace necesario comenzar a decidir acerca de que es lo que se pretende conseguir. (Hernández Conesa Juana).³¹

Etapas de ejecución:

Se realizan las actividades prescritas durante la fase de planificación se determinan las intervenciones del paciente o de su familia en el plan de cuidados y se identifican nuevos problemas o avances.

“La etapa de ejecución de los cuidados constituye el momento de la realización del plan de intervención. En esta fase, los actores son múltiples. En primer lugar, se encuentra la persona que lleva a cabo las acciones planeadas para el. Por ejemplo, hace ejercicios, se dosifica sus medicamentos, elige alimentos o responde a estímulos diferentes. Esta también la enfermera que supervisa estas acciones. Anima, informa, enseña, manifiestan su empatía, aporta su ayuda y proceda todo tipo de cuidados destinados al cliente.

³¹ IDEM. (disco)

Sin embargo ella no actúa sola sino que forma parte de un equipo de cuidados de enfermería, que desarrolla un trabajo importante, asegurando la complementariedad y la eficacia de las actividades profesionales. También se pueden encontrar miembros de la familia del cliente, que, en algunas circunstancias, colaboran en los cuidados (Phaneuf).

Juana Hernández Conesa. Nos refiere que la ejecución supone la puesta en marcha del plan de cuidados de enfermería para conseguir los objetivos concretos que se han propuesto. Se ejecutan intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema del cliente. Por tanto podemos señalar que se trata de la etapa del proceso de enfermería orientada hacia la acción directa, en la cual el profesional de enfermería es responsable la puesta en práctica del plan de cuidados que se elaboró previamente.”³²

Etapa de Evaluación:

Se decide si el plan ha sido efectivo o si es necesario hacer algún cambio. La evaluación se hace en base a los objetivos propuestos.”³³

“se trata de un proceso continuo que determina la medida en que se han conseguido los objetivos de la atención. El profesional de enfermería evalúa el progreso del cliente, establece medidas correctoras si fuese necesario, y revisa el plan de cuidados de enfermería. (Patricia W.lyer).

Consiste en emitir un juicio sobre el trabajo de la enfermera en relación con los resultados obtenidos. Se trata, en realidad, en un interrogatorio y una reflexión que

³² IDEM. (disco)

³³ García Ma. De Jesús. Op.cit.pp.23-24.

se hace sobre el conjunto de acciones y orientaciones decididas para la enfermera (Phaneuf).

Es un proceso concurrente y terminal. Es concurrente porque la enfermera normalmente practica evaluaciones durante la fase de intervención del proceso. Es terminal porque la enfermera evalúa si se satisficieron o no los objetivos del cliente una vez completada la actividad de enfermería. Es una actividad intencionada y organizada. Por medio de ella la enfermera se responsabiliza de sus acciones, refleja su interés en los resultados de estas y muestra su intención de no perpetuar sus acciones ineficaces, si no adoptar otras más eficaces (Dossier).

Actividad intelectual que contempla las otras etapas del proceso, pues indica el grado en que el diagnóstico y la intervención enfermera correspondientes han sido correctas. En este sentido, y como objetivo de esta actividad, el profesional de enfermería determina si el plan de cuidados es adecuado, realista, actual o si necesita revisión. Si el cliente no ha conseguido los objetivos, se dedicará a la resolución del problema para determinar como revisar el plan de cuidados.(Juana Hernández Conesa). " ³⁴

2.6.- CARACTERISTICAS DE LA MUJER DURANTE EL PUERPERIO.

"El puerperio fisiológico es la etapa del estado gravidopuerperal que comprende desde que termina el alumbramiento hasta que la involución genital del organismo materno se completa.

Este periodo dura de 6 a 8 semanas y es el tiempo en que el organismo materno emplea en regresar a las condiciones pregestacionales, es decir, todas aquellas

³⁴ García Ma. Aurora. Op. Cit. (disco).

modificaciones que se presentaron en el embarazo y en el parto van a desaparecer. Por tanto, la comprensión de este tema será más accesible, si se recuerdan aquellas manifestaciones gravidicas. Las modificaciones del puerperio se dividirán en modificaciones generales y modificaciones locales.

Modificaciones Generales

Las modificaciones generales son todas aquellas modificaciones anatomofuncionales que se presentan en el organismo de la mujer púérpera, exceptuando el aparato genital. En lo que se refiere al metabolismo, en los primeros días del puerperio existe una elevación del nitrógeno sanguíneo por la gran destrucción de tejidos que se presenta en el área genital, con el consiguiente aumento del catabolismo y elevación del nitrógeno.

La mujer púérpera, sobre todo la que esta amamantando, presenta una disminución de las grasas sanguíneas, ya que ellas intervienen en la composición de materna leche materna.

Los hidratos de carbono, están aumentados en los dos primeros días del puerperio pero luego rápidamente, recuperan sus niveles sanguíneos normales.

El parto, la mujer púérpera sufre una pérdida de peso de 4 a 4.5 Kg. En los días posteriores sigue perdiendo peso paulatinamente, pero raras veces recuperan su peso pre-gravídico, ya que desafortunadamente y sobre todo en nuestro medio, la mujer siempre se queda con unos kilogramos adicionales que al irse sumando en cada embarazo (por falta de ejercicio, exceso de alimentación, dieta mal balanceada, etc.) hace que al final de su vida reproductiva, la mayoría queden con 10 a 15 kilogramos de sobrepeso, en relación con el peso que tenían antes de sus embarazos. Desde luego, que esta pérdida de peso que sufre la mujer púérpera, es tanto de peso somático como de líquido extracelular, es decir, va desapareciendo la hidremia circulatoria.

En general, la temperatura de la mujer puérpera es de 36.5 a 37 °C; es decir, una temperatura normal. Pero en las primeras 24 h del puerperio se puede presentar una elevación térmica hasta 38 °C que es transitoria y que se explica por la resorción de tejidos necrosados y el almacenamiento de catabólicos en el organismo.

En la piel de la mujer puérpera, las primeras horas del puerperio, se aprecia una diaforesis marcada, que le sirve al organismo a eliminar en parte, la hidremia circulatoria, que tenía durante el embarazo. Más adelante, va a disminuir la hiperpigmentación que la mujer presentaba en algunas partes de su organismo, como la cara, los pezones, los genitales externos, las cicatrices, etc. Inclusive las "cuarteaduras" de mamas y abdomen van a ir perdiendo su color morado y en el transcurso del tiempo serán blanco nacaradas y así quedarán permanentemente.

En el sistema muscular, en las primeras horas del puerperio, la mujer se aprecia con una gran laxitud, en una especie de reposo compensador; esta cansada, agotada por el gran esfuerzo que realizó en el parto. Su pared abdominal está flácida e inclusive, puede llegar a presentar una diástasis o separación de los músculos rectos abdominales, que es persistente.

A nivel de las articulaciones, sobre todo en las pélvicas, va ir retrocediendo lentamente el reblandecimiento gravídico, sin embargo, la mujer puede quejarse de cierto dolor en el pubis, por el traumatismo del parto.

En el aparato cardiovascular, el corazón rápidamente retoma su posición normal y se rectifica la posición de la punta del corazón. En las primeras 24 h puede presentarse bradicardia y bradisfigmia, que son fisiológicas y de naturaleza neurovegetativa por predominio del parasimpático. A este vagotonismo parece contribuir la descompresión brusca que sufren los plexos nerviosos y vasculares del abdomen, y el gran flujo de sangre que existe hacia esos plexos abdominales, de tal manera que la sangre fluye súbitamente en gran cantidad y de esta manera

circula en menor cantidad por la víscera cardiaca y por el resto de los territorios periféricos del sistema circulatorio.

En los vasos venosos, disminuye la insuficiencia venosa, la intensidad de las várices, pero lo que no disminuyen son las hemorroides; por el contrario, se inflaman y desarrollan más en el puerperio, no por problema vascular, sino por el traumatismo que sufrieron estos plexos venosos durante el parto; por los esfuerzos de pujo, por el paso de la cabeza por el piso perineal, por alguna lesión o traumatismo obstétrico, etc.

En el aparato respiratorio, no se aprecian alteraciones de importancia, pero subjetivamente la paciente se siente más aliviada para llevar a cabo sus movimientos respiratorios, sobre todo ahora que el útero desocupado ya no ejerce presión sobre los campos pulmonares.

En el aparato digestivo y debido a los componentes musculares de la fibra lisa, existe cierta hipotonía muscular, sobre todo en el intestino grueso y en el intestino delgado; esto ocasiona un retardo en el tránsito intestinal con estasis de materia fecal y fenómenos de estreñimiento, que en algunas ocasiones, se puede prolongar por los fenómenos psíquicos y dolorosos, que dejaron en la paciente los traumatismos del parto en esa región.

En la sangre, en 1 o 2 semanas, disminuye la hidremia circulatoria que la paciente presentaba durante el embarazo y sin embargo, persiste la leucocitosis fisiológica característica con predominio de neutrofilos.

Los riñones siguen utilizando su reserva renal durante los 8 a 14 días siguientes, con una diuresis diaria de 1500 2000 ml. En 24 h. Además, la hipotonía vesical residual ocasiona cierta retención urinaria, de tal manera que la primera micción, generalmente se presenta de 12 a 24 h después del parto.

A nivel del sistema endocrino, cabe señalar que al final del embarazo, se presentó una caída brusca de estrógenos y de progesterona y entonces la hipófisis se ve liberada de la acción inhibitoria de los estrógenos, empieza a funcionar normalmente y a secretar una mayor cantidad de prolactina y esto va a determinar, después del parto, la aparición de la secreción láctea en las glándulas mamarias, que necesariamente tuvieron que ser estimuladas con estrógenos y progesterona durante la gestación.

La secreción láctea se instala en un lapso de 48 a 72 h y puede producir hipertermia local en las mamas, congestión, aumento de volumen y dolor. La leche materna tiene una composición aproximada de 88% de agua, 6% de lactosa o hidratos de carbono, 4% de grasas y 2% de proteínas. La cantidad de leche secretada va aumentando conforme avanza la lactancia; pues al sexto mes la mujer ya produce de 1 a 1.5 L en 24 h. Al séptimo mes 1.5 a 2 L y al octavo mes 2 a 2.5 L de leche en 24 h.

La glándula tiroides también involuciona, más o menos rápidamente, decrece su hiperfuncionamiento y por tanto su producción.

Modificaciones locales

Las modificaciones locales son las que se presentan en el aparato genital y se describirán a continuación:

UTERO: El útero pos parto generalmente tiene una longitud de 19 cm. una anchura de 12 cm. y un peso aproximado de 2 Kg. Tiene una consistencia de músculo contraído, con periodos de relajación y contracción, con su fondo situado a la altura y a la derecha de la cicatriz umbilical, pues el cuerpo uterino no se puede equilibrar sobre los cuerpos vertebrales.

La cavidad uterina es prácticamente virtual, pues las paredes del útero están adosadas una contra otra y en la cara interna uterina se puede apreciar la zona de inserción placentaria de alrededor de 8 a 10 cm. de diámetro, que se presenta como una herida anfractuosa, con algunos vasos abiertos y otros ocluidos por coágulos. Por cierto que la cantidad de sangre que mana de estos vasos depende, sobre todo, de la contracción uterina; entre más contraído esté el útero, menos sangre dejará escapar, entre mas prolongado sea el tiempo de relajación uterina, mayor será la cantidad de sangre que pierda la mujer.

Ya en esta primera etapa del puerperio, se empieza a notar una gran afluencia de leucocitos, que van a tapizar la cara interna del útero, sobre todo a nivel de la zona de inserción placentaria y van a constituir la llamada, barrera fisiológica leucocitaria antiinfecciosa, que va a proteger a la mujer de las severas posibilidades de infección uterina en el puerperio. Por ejemplo, la vagina es una cavidad séptica y el escurrimiento sanguíneo procede del útero, tiene un PH alcalino que favorece el desarrollo y la virulencia de los gérmenes ascendentes, que fácilmente se convierten en patógenos y que al infectar el útero, van a producir endometritis o parametritis puerperal.

El escurrimiento que procede de la cavidad uterina después del parto, recibe el nombre de loquios y tienen características particulares, según los días transcurridos del puerperio: en los 2 a 4 primeros días son francamente hemáticos, enriquecidos en leucocitos, están constituidos por sangre, secreciones y restos necroticos de la decidua, fundamentalmente de la zona de inserción placentaria y tiene un olor sui generis. En los 5 a 6 días siguientes son ceromáticos y en los últimos 6 a 7 días son serosos.

Cabe mencionar que aparentemente la duración de los loquios en las mujeres lactando es mas breve, por la cicatrización del endometrio es mas rápida y se lleva a cabo a expensas de los restos de la capa esponjosa, de donde se repara el

epitelio de la capa compacta con el epitelio glandular y se calcula que esta reparación tarda de 3 a 4 semanas.

Por lo que se refiere a la duración del tamaño del útero, esta se puede apreciar por la identificación de la altura del fondo uterino, que disminuirá a razón de 2 cm. por día, lográndose la reducción total en aproximadamente 6 a 8 semanas, mediante la destrucción en el tamaño y grosor de algunas otras. La reducción en el volumen uterino y el descenso del fondo uterino.

Desde el punto de vista clínico, el puerperio se puede dividir en tres periodos, que son: posparto inmediato, puerperio inmediato, puerperio tardío o de recuperación. El periodo del posparto inmediato, el útero continua en fases de contracción y relajación alternas, hasta que alcanza un estado de contracción, fija, permanentemente e irreversible, constituyéndose así el globo de seguridad de pinard.

Este periodo puede durar 1, 2,3 y a veces hasta 24 horas y durante el, se puede presentar la peligrosa hipotonía o atonia uterina posparto pues los vasos sanguíneos abiertos en la zona de inserción placentaria, solamente se cierran con la contracción. Pero si el útero esta relajado por mas tiempo de lo normal, los vasos sanguíneos permanecen abiertos y la paciente seguirá sangrando y estas hemorragias son tan peligrosas, que en pocos minutos pueden matar a la mujer, por tanto, en este periodo es imperativo la vigilancia estrecha, del sangrado y tono uterino.

Clínicamente se observa a la paciente reposando, discretamente pálida y diaforesis, por el gran esfuerzo que acaba de realizar, tiene cierta laxitud muscular y puede presentar un escalofrío fisiológico transitorio, probablemente ocasionado por la resorción súbita de los elementos proteicos procedentes de los tejidos necroticos del útero. También puede ser por el gran flujo de sangre que hay desde los territorios periféricos, a los plexos vasculares abdominales que quedan

descomprimidos después del parto. Este escalofrío fisiológico generalmente se resuelve con la administración de una bebida caliente con un poco de alcohol.

En esta etapa del puerperio, pueden infectarse las heridas abiertas y expuestas a la agresión bacteriana, puede haber problemas con el estreñimiento intestinal o con el retraso de la primera micción. En esta etapa, cuando el útero está reduciendo su tamaño, cuando se pueden presentar los llamados entuertos, que son cólicos hipogástricos, producidos por las contracciones uterinas dolorosas, esporádicas y necesarias para expulsar los coágulos o loquios retenidos dentro de la cavidad uterina. Normalmente en este tiempo los loquios son ceromáticos.

Es también en esta etapa, cuando ocurre la instalación de la secreción Láctea. Al segundo, tercero o cuarto día del parto viene la fluxión mamaria, el crecimiento de los senos, el dolor, la congestión sanguínea y linfática, la congestión Láctea, el aumento de la temperatura local y el establecimiento de la secreción de leche y esta producción va a ser tanto mayor sea la frecuencia e intensidad, con que efectúe el recién nacido, la succión sobre el pezón."³⁵

III.- METODOLOGIA.

Para la realización del estudio de caso se consideran dos ejes, uno metodológico y otro conceptual.

El eje metodológico está concentrado en el proceso de atención de enfermería el cual para fines de este trabajo se considerará en 5 etapas y el eje conceptual será el modelo de Virginia Henderson.

³⁵ Rocio del Carmen Guillen Velásquez, Adelina Montoya Martínez, Sofía Elena Pérez Zamano. "Crecimiento y desarrollo" ENEO- UNAM. México. DF. 2004. pp.183-188.

3.1.- Descripción del estudio de caso.

“Para realizar el presente estudio de caso se eligió a un cliente, adulta, la cual se encuentra hospitalizada en el área de gineco-o obstetricia la cual ingreso el día 29 de agosto del 2004 a las 8:00 horas programada para intervención quirúrgica (cesárea) y hasta el día 31 de agosto se egreso a su domicilio por mejoría.

Es importante aclarar que aunque se refiere al nombre de la patología, el estudio de caso se centro en la persona – cliente; por lo tanto las intervenciones de enfermería, es ayudar a satisfacer sus necesidades afectadas, dependiendo del grado de dependencia (total o parcialmente).

Para tal efecto se solicito el consentimiento informado del cliente; ya que el cuidado tiene implicaciones éticas. (Anexo 1). ya que el cuidado esta sustentado en 4 principios:

- a) **Autonomía.-** Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Como este tipo se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.
- b) **Confidencialidad.-** Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar confianza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las persona. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimientos y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda alas personas y a la comunidad.

- c) **Beneficencia y no maleficencia.**- Se extiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.”³⁶

El estudio, se realizo durante el tiempo de su hospitalización que fue de 72 horas.

3.2.-Valoración

La valoración permite crear una base de datos con relación al cliente para la cual se utilizan, fuentes técnicas e instrumentos los cuales a continuación se presentan:

3.2.1.-Fuentes de información

Para la valoración se tuvieron como fuente de información (directas e indirectas con fuentes primarias y fuentes secundarias: expediente clínico, hojas de registro de enfermería, otros profesionales, familiares y la literatura.

Las técnicas utilizadas para obtener información fueron:

³⁶ Cruzada Nacional por la Calidad; Código de Ética para las enfermeras y los enfermeros en México; Secretaria de salud y subsecretaria de innovación y calidad. México D.F. Diciembre del 2001, p p-11-21.

3.2.2.- Técnicas para la obtención de datos

a) **Entrevista.**-“Es un contacto interpersonal que tiene por objeto recopilar datos verbalmente, la cual se realizo de manera abierta. Anexo 2.

28 de agosto del 2004.

1.- ¿Cual es su nombre? L.M. J.R.

2.- ¿Que edad tiene? 22 años.

3.- ¿Dónde vive? Ponce Rosario, Sinaloa.

4.- ¿Cuántos hijos tiene? Dos con este que acaba de nacer.

5.- ¿Es casada? Si.

6.- ¿A que se dedica? Al hogar.

7.-¿A tenido algún aborto anteriormente y cuantos? Si, dos.

8.-¿A padecido de alguna enfermedad? No, nada más tos, gripe.

9.- ¿Algún familiar tiene alguna enfermedad ejemplo: hipertensión, diabetes mellitas etc.? Si mi mama y mi abuelos son diabéticos.

10-¿Tiene buena relación con sus familiares? Si.

12.-¿Durante su embarazo acudió a control prenatal? Si, aquí mismo.

13.-¿Se ha realizado el papanicolao, cada cuando? Si, cada año.

14.-¿Cada cuando realiza su baño y cambio de ropa? Diario.

15.- ¿Cuenta con animales en su hogar, cuantos y de que tipo son? Si, un perro.

b) **Método clínico.-** Es una serie de pasos que permite la obtención de datos subjetivos y objetivos con relación a la salud y enfermedad del cliente, a través de la inspección, palpación, auscultación y percusión, los datos obtenidos fueron registrados en la historia clínica la cual se presenta mas adelante; en el rubro de instrumentos.

Inspección: Es el método que aporta datos por medio de la vista, puede ser simple o directa, cuando se usa solo la vista. Es instrumental o directa cuando se auxilia de algún aparato especial, por ejemplo el endoscopio.

Palpación: proporciona datos por medio del tacto, puede ser mono manual bimanual, digital, llamada también tacto, cuando se realiza en cavidades (vagina, boca).

Percusión: procedimiento exploratorio que consiste en golpear metódicamente la región examinada para producir fenómenos acústicos.

Es simple cuando se realiza con el solo golpe de los dedos, la mas común es la digito-digital en ella el dedo de una mano golpea sobre los dedos de la otra mano. Que están en contacto directo con la superficie corporal explorada. Los sonidos pueden ser: claros, mates, submates y timpanitos. Los ruidos pueden ser de resonancia, metálicos, anóricos y de olla rajada.

Auscultación: Es el método de exploración que proporciona datos por medio del oído a través del aparato como el estetoscopio."³⁷

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

³⁷ Garcia Ma. De Jesús. Op. Cit. Pp.46.

c) **Observación.**-Es un proceso de piezas mínimas de información o de claves conseguida por el uso de los sentidos (vista, tacto, oído, olfato y gusto) estos sentidos son utilizados en diversas formas para observar al paciente: 1.- las características generales de la apariencia y actividad física, 2.- el contenido y el proceso de las interacciones y 3.- el ambiente. Cada sentido se describe en relación a estas tres categorías.

Los datos obtenidos de la observación se registraron en dichos instrumentos como son: hoja de enfermería, Historia clínica etc.

Exploración física.-Es un método general para la recolección de datos se inicia desde el momento desde que la estudiante de enfermería tiene su primer contacto con el paciente, utilizando la observación y en menor proporción el interrogatorio,

se recomienda llevar un orden, iniciando desde la cabeza, hasta las extremidades, incluye primero una inspección general o aspecto exterior del paciente.”³⁸

3.2.3.- Instrumentos para el registro de la información

Para registrar de los datos obtenidos se utilizaron diversos instrumentos como son hoja de enfermería, (Anexo 3). historia clínica, (Anexo 4). y hoja de valoración de necesidades, (Anexo 5.)

³⁸IDEM. pp.46-51.

Es importante mencionar que por motivos legales no se presentan las hojas de enfermería ya que forma parte del expediente clínico.

a) **Historia clínica.**-Es una serie de pasos, en forma ordenada, para obtener la recopilación suficiente de los datos.

HISTORIA CLINICA

Nombre: L.M.J.R. **Edad:** 22 años. **Sexo:** femenino.
Estado civil: casada. **Lugar de procedencia:** Ponce Rosario Sinaloa.
Religión: Católica. **Escolaridad:** secundaria terminada.
Peso: 60 kilogramos. **Talla:** 1.58cm.

Situación económica: regular, la familia esta compuesta por tres miembros, (esposo, esposa e hijo).

Contribución al sostenimiento de la familia: Depende económicamente del sueldo de su esposo.

Material en la que esta construida la vivienda: Habita en casa construida a base material, piso de cemento, cuenta con agua potable, luz eléctrica, no cuenta con servicio de drenaje.

Condiciones higiénicas del hogar y áreas adyacentes (flora y fauna): condiciones regulares de higiene; la casa se encuentra con diversas plantas y árboles encontradas alrededor de ella, fauna (positivo) perro 1.

Tipo de zona donde se encuentra:

El hogar: Se encuentra en una zona rural, donde cuentan con algunos de los servicios necesarios; contando con camión, pasajero.

Hábitos higiénicos: Bueno , baño y cambio de ropa diario, niega tabaquismo y alcoholismo.

Antecedentes heredo familiares: Madre de 38 años de edad diabética, Padre de 48 años de edad. Patologías negadas. Abuelo materno; diabético.

Antecedentes Médicos: Inmunización completa a su edad.

Antecedentes Personales Patológicos: Alergias (negado), Traumatismo (negado), Gesta (4), Para (0), Abortos (2), Cesárea (1), hace cuatro años por presentar el producto en posición pélvica.

Fecha y diagnostico de ingreso: 28 de agosto del 2004;

Diagnostico: Embarazo a termino mas cesárea previa.

Estado de salud físico: Conciente, tranquila, cooperadora al interrogatorio exploración física, buena coloración de piel y tegumentos, cardiopulmonar con ruidos de tono e intensidad normales, tórax, mamas integras, simétricas, abdomen voluminoso con presencia de producto único vivo, resto de exploración física sin alteraciones que comentar.

Estado Emocional: La cliente se encuentra en estado emocional bueno.

Examen de Laboratorio y Gabinete: Ultrasonidos, laboratorios: Grupo y RH (O negativo), Hemoglobina de (11.5), HIV (negativo), V.D.R.L. (negativo), EGO (ligeramente turbio).

Tratamiento Establecido por la Institución:

- ✓ Ayuno.
- ✓ Solución hatman de 1000 ml. Para 8 horas.
- ✓ Tricotomia abdominal.
- ✓ Vendaje de miembros inferiores.
- ✓ Signos vitales por turno y cuidados generales de enfermería.
- ✓ Reportar cualquier eventualidad.
- ✓ Pasar al quirófano al solicitarla.

Evolución del paciente con días de estancia intra-hospitalaria: Paciente femenino, de 22 años de edad conciente tranquila, recibiendo tratamiento indicado proporcionándoles los cuidados de enfermería de acuerdo a sus necesidades, el cual a dado buen resultado con excepción de referir un poco de enrojecimiento en el área de la herida quirúrgica la cual ya fue valorada, y tratada.

Nota de evolución: Paciente de 22 años; post- operada de cesárea; asintomático, conciente, tranquila, orientada, eutermica, normo hidratada, con ligera palidez de piel y tegumentos, abdomen ligeramente aumentado por útero, depréciale, ligeramente doloroso por la presencia de herida quirúrgica, cerviz posterior blando, deshisciente, cerrado, guante explorador con sangrado por la presencia de loquios.

Plan de alta: Egresar el día 30 de agosto del 2004.

Es dada de alta por mejoría con cita a ginecología, en siete días, para retiro de puntos. Con tratamiento para continuar en casa:

- ✓ Ampicilina 500 miligramos vía oral cada 6 horas por siete días.
- ✓ Ketorolaco 1 tableta vía oral en caso de dolor.
- ✓ Curación de herida quirúrgica diaria.
- ✓ Baño y cambio de ropa diario.
- ✓ Cita abierta en caso de presentar alguna complicación.

Para el registro de la información se realizo en diversos instrumentos:

b) Valoración de necesidades.- Para llevar a cabo la valoración de las necesidades será conveniente utilizar ciertos instrumentos para recabar así los datos suficientes.

HOJA DE VALORACION DE LA ENFERMERA

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: L.M.J.R. Edad: 22 años. Peso: 60Kgs. Talla: 1.58cm.
Fecha de Nac.: 8 de enero de 1982. Sexo: femenino Ocupación: ama de casa
Escolaridad: secundaria Fecha de admisión: 28 de agosto del 2004
Hora: 8hrs Procedencia: Ponce el Rosario Sinaloa.,
Fuente de información: el cliente Fiabilidad (1-4): 1
Miembro de la familia/persona significativa: madre y esposa

VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS.

1.- NECESIDAD DE OXIGENACION

SUBJETIVO:

Disnea debido a: desesperación Tos productiva/seca: no Dolor
cuantos asociado

Con la respiración: aumentada fumador: no Desde cuando
fuma/ cigarros al día/ varía la cantidad según se estado emocional: no

OBJETIVO:

Registro de signos vitales y características: Pulso 82x' respiración 28x' rítmica
T/A 110/60 Temperatura 35.5°c

Tos productiva/seca: no Estado de conciencia: conciente

Coloración de la piel / lechos ungueales / peri bucal: ligeramente pálido

Circulación del retorno venoso: buen retorno, no hay presencia de varices

Otros: _____

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION

SUBJETIVO:

Dieta habitual (tipo): balanceada incluye carnes fruta, verduras y leguminosas

Número de comidas diarias: 3 Trastornos digestivos: no

Intolerancias alimentarias / Alergias: niega alergias

Problemas de la masticación y deglución: no

Patrón de ejercicio: camina por las tardes.

OBJETIVO:

Turgencia de la piel: bien hidratada

Membranas mucosas hidratadas /secas: bien hidratadas

Características de uñas / cabello: uñas no quebradizas y cabello normal, con brillo.

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: normal

Aspectos de los dientes y encías: dientes con una tonalidad de color beige y encías rojas.

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: cuenta con una herida quirúrgica en el

Área del abdominal, con un tiempo de 48 horas.

Otros: _____

NECESIDAD DE ELIMINACION

SUBJETIVO:

Hábitos intestinales: evacua una vez al día características de las heces, orina y menstruación: las evacuaciones son de consistencia blanda y color café, su de menstruación se le presenta normalmente cada mes.

Historia de hemorragias / enfermedades renales, otros: no Uso de laxantes: no

Hemorroides: no Dolor al defecar / menstruar / orinar: en algunas ocasiones presenta cólico cuando se presenta su periodo menstrual. Como influyen las

emociones en sus patrones de eliminación: refiere no tener ningún problema por el momento.

OBJETIVO:

Abdomen características: blando, un poco voluminoso por la alteración de tamaño del útero por presentar solamente 48 horas posteriores a la cesárea.

Ruidos intestinales: normales. Palpación de la vejiga urinaria: sin presencia del globo vesical ya que cuenta con sonda foley y se encuentra en perfectas condiciones.

Otros: _____.

NECESIDAD DE TERMORREGULACION

SUBJETIVO:

Adaptabilidad de los cambios de temperatura: Es muy sensible a los cambio de temperatura extremosos.

Ejercicio / tipo y frecuencia: tres veces a la semana.

Temperatura ambiental que le es agradable: 32 ° C.

OBJETIVO:

Características de la piel: ligeramente pálida. Transpiración: aumenta con el ejercicio fisico. Condiciones del entorno fisico: aire acondicionado.

Otros: _____.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

SUBJETIVO:

Capacidad fisica cotidiana: se mueve con un poco de dificultad por la presencia de la herida quirúrgica.

Actividades en el tiempo libre: convivencia con su familia en casa.

Hábitos de descanso: descansa por las tardes después de atender a su familia.

Hábitos de trabajo: solamente se dedica a las labores de su hogar.

OBJETIVO:

Estado del sistema músculo esquelético. Fuerza: miembros inferiores sin patología aparente Capacidad muscular. Tono / resistencia / flexibilidad:

Mantener, en buenas condiciones ya que por el momento no presenta ninguna alteración presentando una fuerza normal, en sus miembros inferiores, con capacidad muscular buena, y cuenta con buen tono, resistencia y flexibilidad.

Posturas: Al momento de levantarse y empezar a caminar toma una postura ligeramente encorvada. (Por la presencia de la herida quirúrgica)

Necesidad de ayuda para la deambulación: requiere de ayuda para deambular.

Dolor al movimiento: si Presencia de temblores: no

Estado de conciencia: conciente Estado emocional aparentemente tranquilo

Otros: _____

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

SUBJETIVO:

Hora de descanso: cuando no hay dolor Horario de sueño: por las noches

Horas de descanso: si no tiene dolor descansa hasta tres horas.

Horas de sueño: de siete a ocho Siesta: en el transcurso de la tarde Ayudas. aplicación de analgésico. Insomnio: no Debido a: dolor

Descanso al levantarse: si

OBJETIVO:

Estado mental. Ansiedad / estrés / lenguaje: manifiesta preocupación por su la presencia de la herida ya presenta un poco de enrojecimiento. Atención: si

Bostezos: poco Concentración: si

Apatía: no Cefaleas: no Respuestas a estímulos: si

Otros: _____

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

SUBJETIVO:

Influye el estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: no.

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: no.

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: no por que no influye la manera de vestirme.

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: no.

OBJETIVO:

Viste de acuerdo a su edad: si.

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Buena capacidad lo realiza sola sin la ayuda de los demás.

Vestido

incompleto: no.

Sucio: no.

Inadecuado: no.

Otros:

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

SUBJETIVO:

Frecuencia del baño: diario.

Momento preferido para el baño: por las tardes.

Cuantas veces se lava los dientes al día: tres veces al día.

Aseo de manos antes y después de comer: si Después de eliminar: si lo realiza de esta forma.

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

OBJETIVOS:

Aspecto general: Aparenta buen aspecto personal.

Olor corporal: no hay presencia de mal olor. Halitosis: no.

Estado del cuero cabelludo: bien plantado.

Lesiones dérmicas Tipo: si, herida quirúrgica abdominal.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

SUBJETIVO:

Que miembros componen la familia de pertenencia: madre, padre, e hijos (2)

Como reacciona ante situación de urgencia: nerviosa.

Conoce las medidas de prevención de accidentes: Algunas.

Hogar: evitar dejar las colas de las cazuelas hacia fuera cuando estoy cocinando.

Trabajo: no trabaja.

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: si papanicolao cada año.

Familiares: mi mama lleva tratamiento para la diabetes.

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: no se considera que se presenten con tanta frecuencia.

OBJETIVO:

Deformidades congénitas: no.

Condiciones del ambiente en su hogar: buenas.

Trabajo: no trabaja.

Otros:

NECESIDAD DE COMUNICARSE

SUBJETIVO

Estado civil: casada. Años de relación: 6 años. Vive con: su esposo e hijos.

Preocupaciones / estrés: Si cuando mi esposo sale a trabajar. Familia: esposo.

Otras personas que puedan ayudar: no.

Rol en estructura familiar:

Comunica problemas debido a la enfermedad / estado: si. Cuanto tiempo pasa solo: siempre estoy con mi hijo, y mi esposo cuando descansa. Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: Cada semana, visita a sus padres.

OBJETIVO:

Habla claro: si. Confusa: no.

Dificultad. Visión: no. Audición: no.

Comunicación verbal / no verbal con la familia / con otras personas significativas:
si tiene buena comunicación con su esposo y otros familiares.

Otros:

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORAS

SUBJETIVO:

Creencia religiosa: Si.

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: no.

Principales valores en la familia: Su salud.

Principales valores personales: mi familia.

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

OBJETIVO:

Hábitos específicos de vestido. (Grupo social religioso): no, católico.

Permite el contacto físico: si.

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: si, la virgen de Guadalupe y otros.

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

SUBJETIVO:

Trabaja actualmente: no. Tipo de trabajo: solamente se dedica a su casa.

Riesgos: Cuánto tiempo se dedica al trabajo:

Estas satisfecho con su trabajo: Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y /o las de su familia:

Está satisfecho(a) con el rol familiar que juega:

OBJETIVO:

Estado emocional / calmado / ansioso / enfadado / temeroso / irritable / inquieto / eufórico: Se considera que es bueno.

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

SUBJETIVO

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: solamente lleva a su hijo a la placita que se encuentra en el lugar.

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de ésta necesidad: no.

Recursos en su comunidad para la recreación: no lo hay.

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: no, solamente el día de la virgen asistiendo al festejo.

OBJETIVO:

Integridad del sistema neuromuscular: si cuenta con esto.

Rechazo a las actividades recreativas: no.

Estado de ánimo: Apático / aburrido / participativo: siempre me ha gustado participar.

Otros:

NECESIDAD DE APRENCIZAJE

SUBJETIVO:

Nivel de educación: Secundaria terminada.

Problemas de aprendizaje: no.

Limitaciones cognitivas: Tipo:

Preferencias: leer / escribir: ambas cosas.

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

Sabe como utilizar esas fuentes de apoyo: No.

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: si.

OBJETIVO:

Estado del sistema nervioso: en buenas condiciones.

Órganos de los sentidos: cuenta con buen funcionamiento de todos sus sentidos.

Estado emocional: ansiedad, dolor: tranquila.

Memoria reciente: Buena.

Memoria remota: Buena en algunas ocasiones no siempre se le olvidan.

Otras manifestaciones:

3.3.-Diagnostico de Enfermería

Para la elaboración del diagnostico de enfermería la información se organizo y se clasifico en necesidades identificando en cual es de manera dependiente e independiente el cual se presenta en siguiente formato.

Sin embargo para fines de este trabajo se presenta el análisis de las siguientes necesidades de las cuales son:

a) CUADRO DE ANÁLISIS

Para el análisis de la información se utilizaron los siguientes formatos

NECESIDAD	INDEPENDIENTE	TOTALMENTE DEPENDIENTE	PARCIALMENTE DEPENDIENTE
1.- Oxigenación.			&
2.- Nutrición e hidratación.			
3.- Eliminar los desechos corporales.			
4.- Moverse y mantener una			

<p>mantener una buena postura.</p> <p>5.- Dormir y descansar, evita el dolor y la ansiedad.</p> <p>6.- Poder seleccionar ropas apropiadas, vestirse y desvestirse.</p> <p>7.-Conservar la temperatura corporal en limites normales.</p> <p>8.- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.</p> <p>9.- Seguridad para mantener la salud y la vida.</p> <p>10.- Comunicarse con otros para expresar</p>			<p>&</p> <p>&</p> <p>&</p>
--	--	--	--

<p>emociones, necesidades, temores u opiniones.</p> <p>11.- Vivir según valores y creencias.</p> <p>12.- Trabajar de manera que exista un sentido de logro.</p> <p>13.- Jugar y participar en actividades recreativas.</p> <p>14.- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y ala salud, y hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles.</p>			
--	--	--	--

Ya obtenidos los datos se organizaron y clasificaron en necesidades, considerando las dimensiones señaladas por Virginia Henderson:

- a) **Biológicas.**- Son necesidades de alimento, abrigo, descanso, descanso; como requisito indispensable para mantener la vida.

- b) **Sociológicas.**- 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.

- c) **Psicológicas.**- Están relacionadas con el autoestima; confianza en si mismo, independencia, logro, conocimiento. La estima y el respeto de los demás, basados en una capacidad real.

- d) **Cultural.**- Corresponden a lo que se denomina autorrealización. Crecimiento, desarrollo, actualización. El hombre desea realizar en toda su plenitud sus potenciales como ser humano.

De todas las necesidades que se identificaron, solamente trabajé 4 de ellas y solamente se encuentran en el análisis de las necesidades. Por tiempos en cuanto a metas se presentaron estas necesidades para fin de titulación, y en cuanto a las otras necesidades si se atendieron.

HOJA PARA EL ANALISIS DE DIMENSIONES

INICIALES DEL CLIENTE: L.M.J.R

FECHA: 28 de Agosto del 2004.

NECESIDAD AFECTADA OXIGENACION.

BIOLOGICA	PSICOLOGICA	SOCIAL	CULTURAL
- Dificultad respiratoria leve. - Ausencia de cianosis. - Inquietud. - Frecuencia respiratoria de: 28 por minuto.	Refiere desesperación por percibir dificultad para respirar. Facie de angustia.		

&	F. FUERZA
&	F. VOLUNTAD
&	F. DE CONOCIMIENTOS

&	TOTALMENTE DEPENDIENTE
&	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

HOJA PARA EL ANALISIS DE LAS DIMENSIONES

INICIALES DEL CLIENTE: L.M.J.R. FECHA: 28 de agosto del 2004.

NECESIDAD AFECTADA: Conservar la temperatura corporal en límites normales.

BIOLOGICA	PSICOLOGICA	SOCIAL	CULTURAL
<p>- Hipertermia de: 35.5 grados centígrados.</p> <p>- Escalofríos con Frecuencia.</p> <p>- Temblor corporal.</p>	<p>Presenta sensibilidad extrema a los cambios de temperatura, al frío o al calor.</p>	<p>Debido a la temperatura de la sala quirúrgica.</p> <p>Ropa inadecuada.</p>	<p>Sobreprotección, a los cambios de clima, proporcionados por los padres, en la etapa de su niñez.</p>

&	F. FUERZA
	F. VOLUNTAD
	F. DE CONOCIMIENTOS

	TOTALMENTE DEPENDIENTE
&	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

HOJA PARA EL ANALISIS DE LAS DIMENSIONES

INICIALES DEL CLIENTE: LMJR
 Agosto del 2004.

FECHA: 29 de

NECESIDAD AFECTADA: DORMIR Y DESCANSAR
ADECUADAMENTE.

BIOLOGICA	PSICOLOGICA	SOCIAL	CULTURAL
- El cliente expresa verbalmente, tener dolor. - Facie de dolor. - Tensión física: puños cerrados Facie tensa. - Negación a la palpación. -Evita movimiento para evitar dolor.	Alteración emocional. Irritabilidad por la necesidad de querer dormir. Dificultad de hacerlo ante la presencia de dolor. Inquietud.		Su patrón normal de sueño se caracteriza por 8 horas, en un ambiente tranquilo.

&	F. FUERZA
	F. VOLUNTAD
	F. DE CONOCIMIENTOS

	TOTALMENTE DEPENDIENTE
&	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

HOJA PARA EL ANALISIS DE LAS DIMENSIONES

INICIALES DEL CLIENTE: LMJR FECHA: 29 de agosto del 2004.

NECESIDAD AFECTADA: SEGURIDAD PARA MANTENER LA SALD Y LA VIDA.

BIOLOGICA	PSICOLOGICA	SOCIOLOGICA	CULTURAL
- Enrojecimiento de herida quirúrgica. - Inflamación. - Bordes afrontados. - Calor local alrededor de la herida.	Preocupación por el cuidado de herida quirúrgica, de posibles infecciones. Desconoce medidas de cuidados de la herida quirúrgica, que debe seguir en su hogar.	24 horas posteriores. Debido ala manipulación de la herida quirúrgica.	

	F. FUERZA
	F. VOLUNTAD
&	F. DE CONOCIMIENTOS

	TOTALMENTE DEPENDIENTE
&	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

Con base a esta reflexión de los datos obtenidos se establecerán los diagnósticos y el rol de enfermería.

3.4.- PLANEACION:

Ya viendo identificado las necesidades , los problemas, que la afectan, las fuentes y la causas de dificultad así como los diagnósticos de enfermería, se procedió a elaborar el plan de atención eligiendo el rol de ayuda después de haber identificado el grado de dependencia del cliente desde la perspectiva de Virginia Henderson se hará la forma de ayuda y acompañamiento., suplencia y educación seleccionando las intervenciones de tipo independiente, interdependiente para la elaboración del plan de atención se considerara un objetivo y los criterios de evaluación así como las metas.

El tipo de intervenciones que se planearon son:

a) **Independientes:**

"son aquellas en que la enfermera está capacitada para atender y están incluidas en el campo del diagnóstico y tratamiento de enfermería.

b) **Dependientes:**

son las actividades que la enfermera desarrolla de acuerdo con las órdenes médicas.

PLAN DE ATENCION

NOMBRE: L.M.J.R. **FECHA:** 28 Agosto del 2004. **NECESIDAD:**

OXIGENACION.

TIPO DE DEPENDENCIA: PD. **DX. DE ENFERMERIA:** Alteración de la oxigenación relacionada con la presencia de dificultad respiratoria leve, manifestado por inquietud, ausencia de cianosis.

OBJETIVO: Ayudar al cliente a establecer su estado respiratorio para mejorar su salud.

ROL DE ENFERMERIA: Ayuda y acompañamiento.

META	CRITERIOS DE EVALUACION	INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
5-10 min.	Disminuye dificultad respiratoria, Y facie de angustia.	10:15. Se le coloca catéter nasal, 3litros por minuto. Se coloca en posición semifowler. Se le explica ala cliente que mejorara con esta intervención.	El aporte de oxigeno por puntas nasales, es un método de administración de oxigeno a bajas concentraciones (22 a 30 %) a un flujo de 2 a 5 litros por min.	10:30. Después de la administración de oxigeno por catéter nasal; mejoro su estado respiratorio y desaparece signo de angustia.

	TOTALMENTE DEPENDIENTE
&	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

&	ROL DE AYUDA
&	ROL DE SUPLENCIA
&	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

	INTERV. INDEPENDIENTE	(I D)
	INTERV. DEPENDIENTE	(I D)
	INTERV. INTERDEPENDIENTE	(I D)

PLAN DE ATENCION

NOMBRE: L.M.J.R. **FECHA:** 28 de agosto del 2004.

NECESIDAD: CONSERVAR LA TEMPERATURA EN LÍMITES NORMALES.

TIPO DE DEPENDENCIA: PD.

DX. DE ENFERMERIA: Alteración de la temperatura corporal relacionado con la presencia de escalofríos frecuentes manifestados, por las bajas temperatura de la sala de quirófano.

OBJETIVO: Ayudar al cliente a recuperar su estado de temperatura corporal a cifras normales.

META	CRITERIOS DE EVALUACION	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
10-15 min.	Disminuye temblor corporal. Escalofríos. El cliente expresa su estabilidad corporal.	10:20. Se le asigna unidad en área hospitalaria, en donde se le coloca ropa abrigadora (cobertor) para estabilizar su estado corporal a cifras normales. Se mantienen ventanas cerradas momentáneamente para evitar vientos fríos. Lámpara de chicote. Se le vigila temperatura, hasta estabilizar. (Hoja de curva térmica).	La hipotermia es debida a la baja temperatura corporal por debajo de lo normal debido: Por la depresión del sistema nervioso central por efectos del medicamentos. Exposición prolongada a temperatura ambiental muy fria sin protección adecuada.	10:40. Sede hipotermia, tomando a los 20 minutos, cifras normales; de 36.5 grados c. La cliente expresa sentirse muco mejor.

	TOTALMENTE DEPENDIENTE
	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

&	ROL DE AYUDA
	ROL DE SUPLENCIA
	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

INTERV. INDEPENDIENTE	(I ID)
INTERV. DEPENDIENTE	(ID)
INTERV. INTERDEPENDIENTE	(ITD)

PLAN DE ATENCION

NOMBRE: L.M.J.R. **FECHA:** 28 de Agosto del 2004. **NECESIDAD:**
DORMIR Y DESCANSAR ADECUADAMENTE. **TIPO DE DEPENDENCIA:**
P.D DX. DE ENFERMERIA: Deterioro del patrón de sueño, relacionado con la presencia de dolor, manifestado por facie de dolor, tensión física, puños cerrados, facies tensas, negación a la palpación, tensión muscular abdominal y evita movimiento por evitar dolor.
OBJETIVO: Ayudar al cliente a disminuir el dolor para lograr su descanso adecuado, y así mejorar su estado de salud.

META	CRITERIO DE EVALUACION	INTERVENCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
5-10 min.	<p>- El cliente refiere verbalmente la disminución del dolor.</p> <p>- Desaparece facie de dolor.</p> <p>- No existe presencia de: inquietud e ansiedad.</p>	<p>13:10.</p> <p>Administración y ministracion de medicamentos como analgésicos.</p> <p>Ketorolaco 30mg i.v cada 8 horas diluido en 20 mililitros de solución fisiológica.</p> <p>Diclofenaco 70 mg. i.m. cada 12 horas.</p> <p>Colocar vendaje compresivo.</p> <p>Vigilar sonda foley tenga buen funcionamiento.</p>	<p>El dolor es uno de los problemas, que con mayor frecuencia impiden a los enfermos la tranquilidad para descansar.</p> <p>Ketorolaco:</p> <p>Diclofenaco:</p> <p>Antiinflamatorio, antirreumático de concentraciones prolongadas, con acción analgésica, se absorbe en duodeno alcanzando concentraciones plasmáticas importantes.</p> <p>Sonda foley, es utilizada con la finalidad de mejorar la irrigación urinaria y evitar se acumule la misma, evitando así posibles molestias.</p>	<p>13:20.</p> <p>Posterior a la ministracion de analgésicos disminuyo el dolor, esto fue expresado verbalmente por el cliente.</p>

TOTALMENTE
 DEPENDIENTE
 PARCIALMENTE
 DEPENDIENTE

&

ROL DE AYUDA
 ROL DE SUPLENCIA
 ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

INTERV. INDEPENDIENTE (IID)
 INTERV. DEPENDIENTE (ID)
 INTERV. INTERDEPENDIENTE (ITD)

PLAN DE ATENCION

NOMBRE: L.M.J.R. **FECHA:** 29 de Agosto del 2004.
NECESIDAD: SEGURIDAD PARA MANTENER LA SALUD Y LA VIDA.

TIPO DE DEPENDENCIA: P.D.

DX. DE ENFERMERIA: Alteración de la seguridad, respuesta ala percepción de una amenaza que se reconoce recientemente como un peligro, relacionado con la presencian de la herida quirúrgica, manifestado por, enrojecimiento, inflamación, bordes afrontados, calor local alrededor de la herida.

OBJETIVO: Ayudar al cliente a establecer, su confianza para mantener nuevamente su seguridad.

META	CRITERIO DE EVALUACION	INTERVENCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
24 horas.	Desaparece notablemente la inflamación y enrojecimiento del área quirúrgica.	<p>Limpieza de la herida quirúrgica y área que la rodea, con antisépticos:</p> <p>Secar herida, colocar aposito estéril y aplicar vendaje compresivo.</p> <p>Administración y ministracion de: Diclofenaco 70 mg. i.m. cada 12 horas.</p> <p>Antibiótico: Cefotaxima 1 gramo i.v. cada 8 horas.</p>	<p>Es la perdida de la continuidad de tejidos blandos causados por objetos cortantes.</p> <p>Antiinflamatorio, antirreumático de concentraciones prolongadas, con acción analgésica, se absorbe en duodeno alcanzando concentraciones plasmáticas importantes.</p> <p>Antibiótico de amplio espectro, indicado en el tratamiento de infecciones graves por gérmenes Gram. Positivo. Es el grupo de la cefalosporinas de tercera generación para administración parenteral.</p>	Posteriormente de dar los cuidados necesarios a herida quirúrgica, el cliente expresa verbalmente sentirse segura, por haber desaparecido los signos anteriores.

TOTALMENTE
DEPENDIENTE
PARCIALMENTE
DEPENDIENTE

&

ROL DE AYUDA
ROL DE SUPLENCIA
ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

INTERV. INDEPENDIENTE (I ID)
INTERV. DEPENDIENTE (ID)
INTERV. INTERDEPENDIENTE (I ITD)

3.5.- Ejecución y Evaluación:

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

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

Se consideran los objetivos, metas y criterios de evaluación establecida en la etapa de planeación y para ver el avance que ha tenido la ayuda para su independencia total.

IV.-CONCLUSION:

En el presente estudio de caso realizado, se dividió en tres fases, la primera fase fueron los objetivos, los cuales se lograron alcanzar por medio del eje metodológico del cual es el PAE, que consiste de cinco etapas de las cuales mencionare a continuación: Valoración, Diagnostico, Planeacion, Ejecución y Evaluación, los cuales se desarrollaron a través de una serie de pasos, guiados por un segundo eje conceptual de Virginia Henderson basado en sus catorce necesidades.

De acuerdo a los objetivos planteados, se lograron muchas de las metas, ya que a través de los diversos instrumentos que utilice, me fueron de gran ayuda, incluyendo la participación de mi cliente; y los diversos documentos y libros otorgados por la ENEO-UNAM. Ya que pude lograr documentarme a cerca de mi estudio y demás.

También le agradezco infinitamente a la persona que nos otorgo la accesoria, por la cual lo hizo de manera excelente, y nos pudo guiar de manera clara; a través de esto he logrado realizar mi trabajo.

El desarrollo de este estudio es una muestra mas que el profesional de enfermería, lucha por la superación y que estos conocimientos, no solo se quedan impresos en este trabajo sino que será trasmitido al resto del personal, para que se unan a la lucha de poner en alto al gremio de enfermería.

Y a la vez brindar atención más integral basada en la Fundamentacion científica.

SUGERENCIAS.

Una de mis principales sugerencias es que el personal profesional de enfermería que labora en esta institución se actualice a cerca del PAE.

Que el personal de enfermería empiece a manejar los planes de cuidados, que lo sientan que forman parte de nuestra rutina.

Realizar manuales guías del PAE.

Realizar programas para mantener al profesional de enfermería, informado.

V. BIBLIOGRAFIA

ENEO-UNAM. Antología de Fundamentación teórica para el cuidado. Compilación: Pacheco A. Ana Laura, García Piña Ma. Aurora, Rodríguez Jiménez Sofía. México D.F. 2004. P.423.

ENEO-UNAM. Antología de Teorías y Modelos para la Atención de Enfermería, Bernal López Beatriz, Téllez Ortiz Sara Esther, García Piña Aurora México. D.F.1998. P. 313.

ENEO-UNAM. Crecimiento y Desarrollo. Compilación: Roció del Carmen Guillen Velasco, Adelina Montoya Martínez, Sofía Elena Pérez Z. México, D.F. 2004. P. 427.

ENCICLOPEDIA DE LA ENFERMERIA, Diagnósticos de Enfermería.,Volumen 6 Alburquerque Eulalia, De Andrés José, Codina Marcel Ma. Asunción, Lozano Vives Ma. Dolores, Sánchez Carmen. España.961-1145.

ENEO-UNAM El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson, 1ra. Edición, García González Ma. de Jesús. México. D.F. 1997 P. 324.

El proceso de Enfermería, "valoración, Planificación, Implementación y Evaluación, Primera Edición, H. Yura, M.B. Walsh. México D.F. 1982, P.222.

Salud, cruzada Nacional por la Calidad de salud, Código de Ética para las Enfermeras y los Enfermeros, México. D.F. Diciembre, 2001.P-27.

MC. GRAW-HILL Interamericana, Teorías y Modelos de Enfermería; Ruby L. Wesley, Segunda Adicción, México D.F.1997. P-175.

NANDA, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación, Ma. Teresa Luis Rodrigo, Edición en español 2003, Madrid España, P.261.

ENEO-UNAM Teorías y Modelos para la Práctica de Enfermería, Beatriz Bernal López, Sara Esther Téllez, Aurora García Piña. México D.F. 1998. P. 314.

ANEXO 1.- Guía de consentimiento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CASO

Yo L.M.J.R. de 22 años de edad.

Con domicilio: En Ponce,

colonia: _____

En la Ciudad de: Rosario Estado: Sinaloa

DECLARO QUE:

La pasante de enfermería Rosalinda Guadalupe Arias Espinoza.

solicita mi autorización para realizar un estudio de caso sobre mi persona. Para llevar a cabo su Titulación de Licenciada en enfermería Y obstetricia de la Escuela Nacional de Enfermería Y Obstetricia.

ME EXPLICO QUE:

El estudio de caso, es el estudio de una persona en particular a la cual se le realiza una entrevista (interrogatorio) y exploración física para obtener información y poder detectar necesidades afectadas respecto a la salud en esa persona y se elabora un plan de cuidados de enfermería para favorecer su pronta recuperación.

1. Mi nombre no aparecerá, solamente mis iniciales.
2. El estudio requerirá de dos o más entrevistas.
3. En caso de ser necesario se le entrevistará a mi madre y a mi esposo.
4. De ser necesario habrá una visita a mi domicilio particular.
5. Verá mi expediente clínico como un auxiliar para recopilar datos (indicaciones médicas, registros de enfermería, estudios de laboratorio).
6. Tengo el derecho de reservarme algunas respuestas.
7. Se requiere de una exploración física (revisión) para obtener más datos.
8. Confidencialidad.
9. Llevará por titulo estudio de caso de un joven con alteración de sus necesidades.

Mi estudio lo mandará a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y a la Universidad Nacional Autónoma de México; donde realizará su examen profesional ante un jurado, el cual se basará sobre mi estudio.

Tengo derecho a negarme a la realización del estudio a pesar de haber dado mi autorización, si es así automáticamente se suspenderá. No habrá represalias sobre mi persona por tal negativa.

VENTAJAS

Se detectaran las principales necesidades afectadas a las cuales se le brindaran los cuidados necesarios y se brindara una atención de calidad.

Por tal motivo autorizo a la pasante de enfermería Rosalinda Guadalupe Arias Espinoza. Que realice su trabajo, estudio de caso sobre mi persona. Ante lo cual presento mi firma.

L.M.J.R.

Mazatlán Sinaloa Septiembre del 2004.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Anexo 2.- Guía de preguntas para la entrevista.

- 1.- ¿Cual es su nombre? _____.
- 2.- ¿Que edad tiene? _____.
- 3.- ¿Dónde vive? _____.
- 4.- ¿Cuántos hijos tiene? _____.
- 5.- ¿Es casada? _____.
- 6.- ¿A que se dedica? _____.
- 7.- ¿A tenido algún aborto anteriormente y cuantos? _____.
- 8.- ¿A padecido de alguna enfermedad? _____.
- 9.- ¿Algún familiar tiene alguna enfermedad ejemplo: hipertensión, diabetes mellitas etc.? _____.
- 10.- ¿Tiene buena relación con sus familiares? _____.
- 12.- ¿Durante su embarazo acudió a control prenatal? _____.
- 13.- ¿Se ha realizado el papanicolao, cada cuando? _____.
- 14.- ¿Cada cuando realiza su baño y cambio de ropa? _____.
- 15.- ¿Cuenta con animales en su hogar, cuantos y de que tipo son? _____.

Anexo. 4.- Historia Clínica.

HISTORIA CLINICA

Nombre _____ Edad: _____ Sexo _____ Estado civil: _____ Lugar
de procedencia: _____ -

Religión: _____ Escolaridad : _____ .:

Peso: _____ Talla: _____ -

Situación económica: _____ .

Contribución al sostenimiento de la familia: _____ .

Material en la que esta construida la vivienda: _____ .

Condiciones higiénicas del hogar y áreas adyacentes (flora y fauna): _____ .

Tipo de zona donde se encuentra: _____ .

Hábitos higiénicos: _____ .

Antecedentes heredo familiares: _____ .

Antecedentes Médicos: _____ .

Antecedentes Personales Patológicos: _____ .

Fecha y diagnostico de ingreso: _____ .

Estado de salud físico: _____ .

Estado Emocional: _____ .

Examen de Laboratorio y Gabinete: _____ .

Tratamiento Establecido por la Institución: _____ .

Evolución del paciente con días de estancia intra-hospitalaria: _____ .

Nota de evolución: _____ .

Plan de alta: _____ .

Anexo. 5.- Hoja de necesidades.

HOJA DE VALORACION DE NECESIDADES

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____ -

Fecha de Nac.: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____

Escolaridad: _____ Fecha de admisión: _____

Hora: _____ Procedencia: _____

Fuente de información: _____ Fiabilidad (1-4): _____

Miembro de la familia/persona significativa: _____

NECESIDAD DE OXIGENACION

. SUBJETIVO:

Disnea debido a: _____ Tos productiva/seca: _____ Dolor cuantos asociado _____

Con la respiración: _____ fumador: _____ Desde cuando fuma/ cigarros al día/ varía la cantidad según se estado emocional: _____

. OBJETIVO:

Registro de signos vitales y características:

Tos productiva/seca: _____ Estado de conciencia: _____

Coloración de la piel / lechos ungueales / peri bucal: _____

Circulación del retorno venoso: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION

. SUBJETIVO:

Dieta habitual (tipo): _____

Número de comidas diarias: ____ Trastornos digestivos: _____.

Intolerancias alimentarias / Alergias: _____.

Problemas de la masticación y deglución: _____.

Patrón de ejercicio: _____.

. OBJETIVO:

Turgencia de la piel: _____.

Membranas mucosas hidratadas /secas: _____.

Características de uñas / cabello:
_____.

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____.

Aspectos de los dientes y encías: dientes con una tonalidad de color beige y encías rojas.

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____.

Otros: _____.

NECESIDAD DE ELIMINACION

. SUBJETIVO

Hábitos intestinales: _____ características de las heces, orina y menstruación:

Historia de hemorragias / enfermedades renales, otros: ____ Uso de laxantes:

Hemorroides: _____ Dolor al defecar / menstruar / orinar:

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: _____.

. OBJETIVO

Abdomen características: _____ Ruidos intestinales: __Palpación de la vejiga urinaria: _____.

Otros: _____.

NECESIDAD DE TERMORREGULACION

. SUBJETIVO

Adaptabilidad de los cambios de temperatura: _____.

Ejercicio / tipo y frecuencia: _____.

Temperatura ambiental que le es agradable: _____.

. OBJETIVO

Características de la piel: _____ Transpiración: _____ Condiciones del entorno físico: _____.

Otros: _____.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

. SUBJETIVO:

Capacidad física cotidiana: _____.

Actividades en el tiempo libre: _____.

Hábitos de descanso: _____.

Hábitos de trabajo: _____.

. OBJETIVO

Estado del sistema músculo esquelético. Fuerza: miembros inferiores sin patología aparente Capacidad muscular. Tono / resistencia / flexibilidad:

_____.

Posturas:

_____.

Necesidad de ayuda para la deambulación: _____ Dolor al movimiento:

Presencia de temblores: _____.

Estado de conciencia: _____ Estado emocional: _____.

Otros: _____.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

. SUBJETIVO

Hora de descanso: _____ Horario de sueño: _____

Horas de descanso: _____

Horas de sueño: de siete a ocho Siesta: en el transcurso de la tarde Ayudas: _____

Insomnio: _____ Debido a: _____

Descanso al levantarse: _____

. OBJETIVO

Estado mental. Ansiedad / estrés / lenguaje: _____ Atención: _____

Bostezos: _____ Concentración: _____

Apatía: _____ Cefaleas: _____ Respuestas a estímulos: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

. SUBJETIVO

Influye el estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: _____

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: _____

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: _____

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: _____

. OBJETIVO

Viste de acuerdo a su edad: _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

Vestido
incompleto: _____ Sucio: _____ Inadecuado: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

. SUBJETIVO

Frecuencia del baño: _____

Momento preferido para el baño: _____

Cuántas veces se lava los dientes al día: _____

Rol en estructura familiar:

Comunica problemas debido a la enfermedad / estado: _____ Cuanto tiempo pasa solo: _____ Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: _____

. OBJETIVO

Habla claro: _____ Confusa: _____

Dificultad. Visión: Audición: _____

Comunicación verbal / no verbal con la familia / con otras personas significativas: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORAS

. SUBJETIVO

Creencia religiosa: _____

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: _____

Principales valores en la familia: _____

Principales valores personales: _____

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

. OBJETIVO

Hábitos específicos de vestido. (Grupo social religioso): _____

Permite el contacto físico: _____

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

. SUBJETIVO

Trabaja actualmente: _____ Tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____ Cuánto tiempo se dedica al trabajo: _____

Estas satisfecho con su trabajo:_____Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y /o las de su familia:_____.

Está satisfecho(a) con el rol familiar que juega:_____.

. OBJETIVO

Estado emocional / calmado / ansioso / enfadado / temeroso / irritable / inquieto / eufórico: _____.

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

. SUBJETIVO

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre:_____.

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de ésta necesidad:_____.

Recursos en su comunidad para la recreación:_____.

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa:_____.

. OBJETIVO

Integridad del sistema neuromuscular:_____.

Rechazo a las actividades recreativas: _____Estado de ánimo: Apático / aburrido / participativo:_____.

Otros:_____.

NECESIDAD DE APRENCIZAJE

. SUBJETIVO:

Nivel de educación:_____.

Problemas de aprendizaje:_____.

Limitaciones cognitivas:_____ Tipo:_____.

Preferencias: leer / escribir:_____.

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

Sabe como utilizar esas fuentes de apoyo:_____.

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: _____.

Otros: _____.

. OBJETIVO

Estado del sistema nervioso: _____.

Órganos de los sentidos: _____.

Estado emocional: ansiedad, dolor: _____.

Memoria reciente: _____.

Memoria remota: _____.

Otras manifestaciones: _____.

Anexo. 6.- Análisis de Dimensiones.

HOJA PARA EL ANALISIS DE DIMENSIONES

INICIALES DEL CLIENTE: _____ FECHA: _____

NECESIDAD AFECTADA: _____

BIOLOGICA	PSICOLOGICA	SOCIAL	CULTURAL

	F. FUERZA
	F. VOLUNTAD
	F. DE CONOCIMIENTOS

	TOTALMENTE DEPENDIENTE
	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

Anexo. 7.- Plan de Atención.

PLAN DE ATENCION

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____ **NECESIDAD:**

TIPO DE DEPENDENCIA: _____ **DX. DE ENFERMERIA:**

OBJETIVO:

ROL DE ENFERMERIA:

META	CRITERIOS DE EVALUACION	INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION

TOTALMENTE
 DEPENDIENTE
 PARCIALMENTE
 DEPENDIENTE

ROL DE AYUDA
 ROL DE SUPLENCIA
 ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

INTERV. INDEPENDIENTE (IID)
 INTERV. DEPENDIENTE (ID)
 INTERV. INTERDEPENDIENTE (ITD)

Anexo. 8.

CUADRO DE ANÁLISIS

NECESIDAD	INDEPENDIENTE	TOTALMENTE DEPENDIENTE	PARCIALMENTE DEPENDIENTE