



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

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

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

PRESENTA:

ESTHER GUADALUPE BECERRA VALDEZ

No. Cuenta: 400107118

Angelina Rivera M
DIRECTORA DE TESIS

LEO. ANGELINA RIVERA MONTIEL

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



SECRETARÍA DE ASUNTOS ESCOLARES



MÉXICO

2005

m. 345948



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

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

NOMBRE: Esther Guadalupe
Dejesa Valdez

FECHA: 27- JUNIO- 05

FIRMA: Esther Guadalupe Dejesa

A mi esposo Raúl e hijos Luis Fernando y Raúl Ernesto con todo mi amor, quienes siempre estuvieron brindándome su apoyo incondicional.

A la memoria de mi madre y del Sr. Jim Lynch que sé, nunca han dejado de estar de mi lado.

A todos los miembros de mi familia y amigos, que de alguna u otra manera ayudaron a que pudiera realizar mi trabajo.

Con especial agradecimiento a la L.E.O. Angelina Rivera Montiel que me guió hasta la culminación de mi trabajo.

INDICE

INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN

OBJETIVO

General	1
Específico	1

MARCO TEÓRICO

Cuidado

- Concepto del Cuidado 2
- Antecedentes del Cuidado 3
- Tipos del Cuidado 4
- Connotaciones del Cuidado 6

Enfermería

- Concepto de Enfermería 7
- Antecedentes Históricos 9
- Metaparadigma de Enfermería 12

Proceso Atención de Enfermería (P.A.E.)

- Concepto 14
- Antecedentes Históricos 16
- Etapas del Proceso de Atención de Enfermería 17

Modelo Conceptual de Virginia Henderson

- Antecedentes 34
- Principales Conceptos del Modelo 36
- Catorce Necesidades Fundamentales 37

PAE y Modelo Conceptual de Virginia Henderson

- Concepto según Virginia Herderson 42
- Etapas del Proceso de Atención de Enfermería 43

Características del Adulto Joven

- Adulto Joven 45
- Embarazo 49
- Descripción de la patología (problema de salud) 50

METODOLOGÍA	55
Descripción del Caso	55
Valoración	57
• Fuentes de Información	57
• Técnicas Utilizadas	57
• Instrumento de Registro	59
Diagnóstico	70
Planeación	78
Ejecución y Evaluación	90
CONCLUSIONES	91
BIBLIOGRAFÍAS	93
ANEXOS	96

INTRODUCCIÓN

La enfermería dentro de su historia ha evolucionado hasta en la definición de su concepto, antiguamente se derivaba de la palabra "infirmas" que provenía del término enfermedad, quedando catalogada la enfermera como la persona que cuidaba enfermos; de igual manera el término anglosajón "Nurse" que es como se le denomina a la enfermería, la cual proviene de palabras latinas como "nutriens" que significa alimentar y "nutrix" que quiere decir mujer que cría, actualmente Enfermería es considerada como una disciplina y una profesión cuyo núcleo central es el Cuidado de las personas sanas o enfermas.

Los cuidados que otorgan los integrantes de este gremio son de carácter profesional ya que cuentan con una base de conocimientos científicos, humanísticos, éticos, etc que le permiten ayudar a la persona.

Para tal efecto la enfermera se apoya en el Proceso de Atención de Enfermería, el cual es un método que favorece la toma de decisiones reflexivas, siendo indispensable para el ejercicio de la enfermería profesional.

Muestra de ello es el presente Estudio de Caso, el cual estuvo dirigido a una cliente adulta femenina del servicio de toco-quirúrgico del Hospital General de Mazatlán. Contó con dos ejes, uno metodológico sustentado en el PAE y otro conceptual centrado en el Modelo de Virginia Henderson.

Se utilizaron las 5 etapas del proceso de atención de enfermería que son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

El proyecto estuvo conformado por tres capítulos, el primero se refirió a los objetivos, el segundo a los elementos que conformaron el marco teórico y por último se describió la metodología.

JUSTIFICACIÓN

El presente estudio de caso tuvo dos propósitos fundamentales: el primero de ellos fué el de ayudar al cliente a satisfacer sus necesidades a través de la realización de cuidados profesionales, de igual manera se ayudó a recuperar y mantener su salud (independencia) y bienestar.

El segundo propósito fué el de evidenciar los elementos cognitivos, que desarrolló la enfermera durante su proceso de educación y formación.

Para fines prácticos y de titulación en este Estudio de Caso se utilizaron el modelo conceptual de Virginia Henderson y las 14 necesidades básicas del individuo el cual abarcó todos los componentes de asistencia en enfermería y cuyo único objetivo, fue ayudar a satisfacer sus propias necesidades.

I. OBJETIVOS

1.1 Objetivo General

Por medio del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y bajo la orientación del Modelo Conceptual de Virginia Henderson, se contribuirá a satisfacer las necesidades del Cliente.

1.2 Objetivos Específicos

1.2.1 A través de la valoración se construirá una base de datos que permita acceder a identificar las necesidades afectadas del cliente.

1.2.2 Se analizará la información obtenida para realizar los diagnósticos de enfermería apropiados a cada necesidad afectada.

1.2.3 Se identificará los factores y fuentes que obstruyen al cliente en la satisfacción de sus necesidades.

1.2.4 Con base a los diagnósticos establecidos, las fuentes y factores de dificultad, se propondrá las intervenciones independientes e interdependientes de enfermería, consideradas en las fuentes de ayuda expuestas por Virginia Henderson.

1.2.5 Se evaluará las acciones efectuadas en el logro de los objetivos fijados.

II. MARCO TEÓRICO

A continuación se presentan los elementos conceptuales que sustentan el estudio de caso.

2.1 Cuidado

La enfermería a través de su desarrollo histórico ha tenido diversas transformaciones y entre ellas están las de aspectos paradigmáticos, en este sentido la atención que por varios años se ha centrado en la enfermedad y la curación, en la actualidad gracias al desarrollo epistemológico y filosófico de esta profesión, se trata de ubicar en el cuidado de la persona, por tanto en este apartado se desarrollan conceptos relacionados con el cuidado.

2.1.1 Concepto

Al cuidado se le define de múltiples maneras, según nuestro diccionario simplemente es el esmero que se pone en la realización de algo.

Colliere, en su lectura define cuidar o el cuidado "como un acto de vida, ya que todas las actividades dedicadas al cuidado tienen como objetivo mantener y conservar la vida, permitir que esta se continúe y reproduzca";¹ se dice que cuidar es un acto individual porque se da a uno mismo, esto es en la edad adulta que es cuando se

¹ COLLIERE, Fracoise, M. Disquisiciones sobre la naturaleza de los cuidados, para comprender la naturaleza de los cuidados enfermería, En: Antología de Fundamentación Teórica para el cuidado ENE-UNAM, 2004. pp 33-37.

adquiere la autonomía del cuidado; se considera como un acto de reciprocidad porque se da de persona a persona; y también se define como un acto moral, porque al trabajar con personas se adquiere el compromiso de proporcionar el cuidado siempre y no sólo de manera circunstancial.

Los cuidados de enfermería forman parte del conjunto de las actividades de los cuidados, siendo estos determinados por la cultura y por las acciones de los pacientes. Los cuidados son un fenómeno universal que influye sobre la forma en que las personas piensan, se sienten y se comportan unas con otras. En enfermería, los cuidados se han estudiado desde una gran diversidad de perspectivas profesionales y éticas desde los tiempos de Florence Nightingale. Muchas escuelas de enfermería han desarrollado teorías sobre los cuidados, debido a su importancia no solo para la práctica de la profesión, sino también para la existencia de la humanidad.

2.1.2 Antecedentes Históricos

Fue en la antigüedad clásica cuando aparecieron los primeros grupos dedicados al cuidado, que aunque no gozaron de prestigio social puesto que eran actividades serviles propias de esclavos, ejercieron una actividad laboral concreta donde sólo se beneficiaron las clases sociales más desfavorecidas.

"El cuidado es considerado como una actividad ancestral, que va mas allá del mero cuidado de los enfermos, pues desde los orígenes del hombre, se ha visto reflejado

en los cuidados más elementales como son los de supervivencia, ya que del éxito de éstos dependería la perpetuación de la especie”.²

Es aquí donde la mujer adquiere un papel protagónico pues el arte de cuidar era algo innato en ella y se relacionaba con las labores propias del hogar, como eran el cuidado y la alimentación del esposo e hijos.

Por tal razón, dentro de la historia se quiere ver a la madre y esposa como prototipo de la primera enfermera, sin hacerla parte de un grupo ocupacional, ya que no hacía otra cosa más que cubrir una necesidad doméstica de subsistencia, no reconociéndosele socialmente capaz de ocupar una actividad intelectualmente productiva.

Es sin lugar a dudas la posición que ha ocupado la mujer en la sociedad a través de los tiempos lo que ha marcado el reconocimiento de la enfermera dentro de esa sociedad pues, “cuando la mujer-cuidadora incorpora el conocimiento al cuidado desinteresado, se hacen visible entonces los cuidados propios de enfermería,”³ marcando una clara distinción entre la medicina considerada como el arte de curar y la enfermería como el arte cuidar.

2.1.3 Tipos del Cuidado

Existen dos tipos de cuidado de naturaleza diferente: los cuidados de costumbres y habituales (CARE), los cuales están relacionados con las funciones de conservación

² SILES, M. José Luis, Historia de la Enfermería En: Antología de Fundamentación Teórica para el cuidado. ENEO-UNAM 2004 p.15.

³ Rev. Cubana Educ. Med. Superior Vol. 17 No. 3 Cd. De la Habana Julio – Septiembre 2003.

y de continuidad de la vida; y los cuidados de curación (CURE), éstos relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida.

Los cuidados de costumbres y habituales, o cuidados de conservación y mantenimiento de la vida, están basados en todo tipo de hábitos, de costumbres y de creencias; representan el tejido, la textura de la vida, aseguran su permanencia y duración.

CURE tiene por objeto limitar la enfermedad, luchar contra ella y atacar sus causas. Se dice que cuando CURE prevalece sobre CARE, se aniquilan progresivamente todas las fuerzas vivas de la persona, todo aquello que la hace ser y querer reaccionar, ya que se agotan las fuentes de energía vital sea de la naturaleza que sea, y esta aniquilación puede provocar un deterioro irreversible.

Los cuidados de curación han invadido progresivamente el campo de todas las prácticas curativas incluyendo las del personal de enfermería, haciendo de ésta un auxiliar, no del enfermo, sino del médico.

Los cuidados de enfermería tienen como objeto permitir a los usuarios de cuidados desarrollar la capacidad de vivir o esforzarse en compensar la alteración de las funciones lesionadas por la enfermedad, buscando la forma de suplir la disminución física, afectiva y social que conlleva esta última.

Es imposible prescribir la forma que garantice que una enfermera llegue a ser una profesional de los cuidados sanitarios. Los eruditos no están de acuerdo sobre si los cuidados pueden enseñarse o se trata más bien de una forma fundamental de estar

en el mundo. Para los que creen que los cuidados son una parte normal de su vida, los cuidados son el producto de la cultura, los valores, la experiencia y las relaciones con los demás. Las personas que no experimentan los cuidados en sus vidas, a menudo encuentran difícil ofrecerlos. Puesto que las enfermeras tratan con la salud y el malestar en su práctica diaria, crece su capacidad para ofrecer cuidados. Las enfermeras expertas entienden las diferencias y relaciones entre salud, malestar y enfermedad y son capaces de ver a sus clientes en su propio contexto, interpretar sus necesidades y ofrecer relaciones de cuidado que mejoran la salud del cliente.

2.1.4 Connotaciones del Cuidado

Muchas personas interpretan que los cuidados son un imperativo moral. En definitiva, el cuidado de otros seres humanos protege, refuerza y preserva la dignidad humana. Watson (1988) sugiere que los cuidados, como idea moral, proporcionan la posición desde la cual una persona interviene como enfermera. Esta posición es crítica para garantizar que las enfermeras apliquen estándares éticos de buena conducta, carácter y motivación

El cuidado puede ser intersubjetivo e interpersonal. Se dice que es intersubjetivo porque somos humanos y existe mezcla de sentimientos, emociones y creencias inherente. Es interpersonal porque se mantiene una relación de persona a persona.

Por lo tanto el cuidado adquiere 3 connotaciones que son: cuidar de si mismo, cuidar de otros y cuidar con otros.

2.2 Enfermería

Es una profesión dinámica y la práctica de esta ocupación se encuentra en constante cambio. La suposición de que la enfermería es un arte innato a cualquier mujer ha obstaculizado el desarrollo de un concepto de enfermería como profesión que cuenta con un conjunto organizado de conocimientos y requiere habilidades especializadas propias.

Para muchas personas no existe una definición exacta de la enfermería aún dentro de la profesión, esto motivado por el auge que ha tenido, según las condiciones de desarrollo socioeconómico de cada país y los acontecimientos históricos que lógicamente provocan un efecto en cualquier profesión.

2.2.1 Concepto

A continuación se proponen los siguientes conceptos de enfermería.

Enfermería: se ha definido desde hace mucho tiempo como una ciencia y un arte; sin embargo, enfermería como profesión es más que eso, es la mezcla de tres factores: arte, ciencia y espíritu de servicio desinteresado para una causa fundamental dedicada al cuidado de la salud y la enfermedad de los individuos, familia y comunidad.

Es **Ciencia**: porque los principios fundamentales del cuidado del individuo sano y/o enfermo dependen del conocimiento de las ciencias naturales y sociales que le permiten a la enfermera tener una comprensión más amplia del individuo.

Es **Arte**: porque la enfermera debe desarrollar una técnica experta en la realización de los diferentes procedimientos para proporcionar atención de calidad al paciente, considerando de manera general, que arte significa aptitud o habilidad para producir algo.

Es **Espíritu**: porque posee una calidad espiritual en la que su propósito fundamental es servir a la humanidad atendiendo las necesidades y/o problemas de salud de los seres humanos.

Según expertos en la materia, definen enfermería como: "La ciencia y el arte de proporcionar cuidados de predicción, prevención y tratamiento al individuo, familia y comunidad mediante el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales y potenciales así como la ejecución de acciones en colaboración para el diagnóstico y tratamiento de las respuestas fisiopatológicas."⁴

Esta definición no es novedosa ya que incluye conceptualizaciones de diversos especialistas de la enfermería y de ella se deriva el proceso enfermero.

Virginia Henderson nos ofrece su propio concepto y la define como: "la función singular de la enfermería de asistir al individuo sano o enfermo en la realización de

⁴ RODRÍGUEZ, S. Bertha O. Conceptualización de la Enfermería, Proceso Enfermero Ed. Cuellar, Guadalajara México pp. 19-20

las actividades que contribuyan a la conservación de su salud o a la recuperación (o a una muerte pacífica) y que el paciente llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios, y esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible.”⁵

2.2.2 Antecedentes Históricos

Aunque la enfermería como arte y ciencia es relativamente una práctica real, el espíritu de la enfermería ha existido desde los tiempos más remotos. Las mujeres de las tribus nómadas al satisfacer las necesidades de niños y ancianos estaban realizando deberes de enfermería.

La enfermería tuvo su origen formal en la edad media. En las cruzadas hubo personas dedicadas a la atención de enfermos y heridos. La mayor parte de tales cuidados se brindaban por miembros de órdenes religiosas, de lo cual resultó que se considerara a la enfermería como propia de religiosos. Tiempo después, surgieron grupos de seculares que ayudaron en tales servicios. Religiosos y seculares, bajo el liderazgo de cristianos, se organizaron de modo tal que se brindaba atención física y espiritual a los enfermos y pobres.

La civilización occidental cambió su actitud fundamentalmente centrada en la religión a partir de los inicios del siglo XVI. Se cerraron numerosos monasterios y conventos donde los religiosos brindaban cuidados de enfermería, por lo que se presentó una falta de personal que atendiera a los enfermos. A fin de satisfacer esta carencia, se condonó la sentencia de encarcelamiento a las mujeres que se dedicaran a la

⁵ GARCÍA, G. M. de Jesús Conceptos del Modelo de Enfermería de Virginia Henderson. El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. Ed. Progreso de México pp.8-15

enfermería. En aquel entonces, las mujeres de familias respetables no trabajaban fuera del hogar y era común que se considerara a las enfermeras como miembros poco deseables de la sociedad. Este es el origen de una actitud que se mantuvo durante largo tiempo, la de que "las personas de buena cuna no se dedican a la enfermería". Las características atribuidas a las enfermeras de entonces convergían a que eran veniales, borrachas y ladronas. Por otra parte, recibían un salario bajo, trabajaban largas jornadas y, como ya se dijo, eran personas no muy estimadas por la sociedad.

Las reformas sociales ocurridas desde mediados del siglo XVIII hasta inicios del siglo XIX modificaron la función de las enfermeras y de las mujeres en general. Se hicieron esfuerzos para capacitar a las enfermeras, aunque los programas respectivos fueron escasos e inadecuados. Se le atribuye a Florence Nightingale haber llevado a la enfermería al estatus que tiene en la actualidad.

Florence Nightingale nació en una familia de posición acomodada, tuvo una educación adecuada y viajó mucho. Ya siendo adulta le interesaron las reformas sociales y se rebeló contra sus antecedentes familiares. Tenía una mente sistemática, crítica, y un juicio agudo; se dedicó a la enfermería, no obstante la oposición de familiares y amigos.

Nightingale organizó grupos de enfermeras que cuidaran de los enfermos y heridos en Crimea. En el curso de este conflicto, contrajo una enfermedad que la dejó parcialmente inválida para el resto de sus días. Cuando regresó a Gran Bretaña después de la guerra, se dedicó a mejorar la condición social de la enfermera y a luchar para que se le brindara un plan de estudios formal. En 1859, escribió una obra en donde aparece el siguiente párrafo dirigido a sus estudiantes: "Casi se desconocen los elementos que constituyen los cuidados apropiados de enfermería,

tanto para personas sanas como enfermas. Las leyes que rigen la salud son las de la enfermería, que en realidad son lo mismo para los individuos sanos o enfermos". Tuvo muchas otras aportaciones a la enfermería, creyó que era un arte y una ciencia. Hizo énfasis en que la preparación de la enfermera debía centrarse en planes de estudios y no en el ejercicio de esta disciplina. Dijo que los planes de estudios deberían ser flexibles, y recalcó la empatía y la compasión como cualidades de la enfermera. Mencionó también que al paciente debía tratársele como un ser humano y no sólo como un organismo atacado por una enfermedad. Consideró que los programas de estudios deberían incluir teoría y práctica. Los conceptos sobre los programas de estudios de Florence Nightingale han llegado a ser conocidos como el Sistema Nightingale. En 1873, los Estados Unidos de Norteamérica adoptó este sistema para los programas de estudios de enfermería. Es probable que la mayor influencia sobre la enfermería actual sea la ejercida por la obra de Florence Nightingale.

A comienzos del siglo XX, las enfermeras se adiestraban en los hospitales bajo la tutela de médicos y otras enfermeras. Hubo varias tendencias que influyeron en la enfermería en los primeros años de tal siglo. En los hospitales se empezaron a separar a los pacientes en áreas especializadas según los diagnósticos, y las enfermeras se empezaron a especializar de igual manera. Se hizo énfasis en la salud comunitaria. Se aumentaron los requisitos de inscripción para los estudios de enfermería. La enfermería todavía funcionó con un adiestramiento a la manera de "de aprendices de oficio" en este periodo, pero se sentaron las bases para la autonomía en los programas de estudio y la práctica de enfermería.

Es probable que ningún acontecimiento haya influido en enfermería tanto como la Segunda Guerra Mundial. Este conflicto mostró la necesidad de aumentar el número de enfermeras. La explosión de conocimientos tecnológicos y médicos que se inició con dicha guerra, amplió las funciones de enfermería e hizo que éstos mejoraran

cuantitativa y cualitativamente. Se elevó el nivel académico de los programas de estudios. Comenzó la especialización de las enfermeras en áreas como las de pediatría, obstetricia, medicina general, cirugía, salud comunitaria y psiquiatría. La enfermería entró en un era de autonomía, especialización y aceptación social creciente.

En los últimos años, la enfermería profesional ha avanzado con decisión para convertirse en una disciplina científica. ha comenzado a crear y a someter a prueba sus propias bases teóricas; a fomentar el desarrollo académico de las personas que ejercen en el ámbito profesional; a aplicar su propia teoría a la práctica y a utilizar ésta para enriquecer aquella. Si bien, los progresos realizados para alcanzar el control sistematizado de su propia experiencia han sido lentos y aún no se ha logrado de forma definitiva, sí ha empezado a surgir una imagen clara del desarrollo científico que esta profesión debe alcanzar.

2.2.3 Metaparadigma de Enfermería

Se define como las grandes corrientes del pensamiento o maneras de ver y comprender el mundo. Se considera como el marco conceptual o filosófico más global de una disciplina o de una profesión, que describe las relaciones entre las ideas y valores principales y orienta la organización de los modelos y las teorías de una profesión.

Dentro del metaparadigma de enfermería se agrupan cuatro conceptos: persona, entorno, salud y enfermería.

Persona: se refiere al receptor de los cuidados enfermeros, que incluye los componentes físico, espiritual, psicológico y sociocultural y puede contemplar a un individuo, una familia o una comunidad.

Entorno: se refiere a todas las condiciones internas y externas, las circunstancias y las influencias que afectan a la persona.

Salud: se refiere al grado de bienestar o enfermedad experimentado por la persona.

Enfermería: se refiere a las actividades, características y atributos del individuo que proporciona el cuidado enfermero.

El metaparadigma de enfermería nos aporta la base fundamental de la enfermería; esta base teórica es la que provee a las enfermeras en su práctica clínica profesional con un entendimiento integral del ser humano. Por esto la vinculación afectiva con el paciente requiere basar la práctica clínica en el pensamiento teórico en enfermería.

El entendimiento profundo sobre el metaparadigma de enfermería se logra a través del proceso educativo y la práctica clínica. Éste provee a la enfermera con un marco conceptual para entender su rol frente al paciente; el conocimiento que la enfermera desarrolla durante el proceso de formación y a través de su trayectoria profesional, le permite aplicar este marco conceptual y lograr una vinculación afectiva con el paciente.

2.3 Proceso de Atención de Enfermería

El Proceso de Atención de Enfermería es un método que ayuda a las enfermeras a otorgar cuidados profesionales al cliente, familia y comunidad, por tanto en este capítulo se describirá como surge, que es y como son sus etapas; la unificación de criterios para la aplicación del mismo facilita a enfermeras, estudiantes y docentes una clara y práctica forma de aprenderlo, aplicarlo y enseñarlo.

2.3.1 Concepto

Alfaro (1993) define el proceso como "un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente". También se define como el método que aplica la base teórica al ejercicio de la profesión y sirve de guía para el trabajo práctico; permite organizar pensamientos, observaciones e interpretaciones; proporciona las bases para la investigación; contribuye a la promoción, prevención, mantenimiento y restauración de la salud de los individuos, la familia y la comunidad; exige del profesional capacidades consultivas, técnicas y personales para cubrir las necesidades afectadas; y permite sintetizar conocimientos técnicos y prácticos.

Los objetivos del proceso de atención de enfermería se encaminan a cambiar el modelo de actuación de la enfermería, de un modelo automático a uno responsable y profesional, que sea capaz de interpretar las necesidades inmediatas del paciente y prestarle ayuda calificada, lo que mejora la calidad de la atención de manera personalizada.

En su documento, Alfaro (1993) hace referencia a la delimitación del campo de acción específico de la enfermería y con ello se demuestra que la enfermera profesional realiza numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica, ya que el proceso enfermero complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en las respuestas humanas.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus propias características:

Es un **método** porque conlleva una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados.

Es **sistemático** por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro del resultado: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

Es **humanista** por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.

Es **intencionado** porque se centra en el logro de objetivos permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo, al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y el de la propia enfermera.

Es **dinámico** porque está sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del individuo.

Es **flexible** porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

Es **interactivo** porque requiere de la interrelación humano-humano con el o los usuarios, para acordar y lograr objetivos comunes.

Finalmente podemos decir que el proceso de atención de enfermería es un instrumento de enfermería para evaluar la eficacia de la intervención y así demostrar el interés de la enfermera.

2.3.2 Antecedentes Históricos

El proceso de enfermería evoluciona hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. Hall, en 1995, lo describió como un proceso distinto. Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenback (1963) desarrollaron un proceso de tres fases diferentes, que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los años 70, Blach (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases.

Para la Asociación Americana de Enfermería (A.N.A.) el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión; su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad.

Así en muchos países, la aplicación del proceso es un requisito para el ejercicio de la enfermería profesional; en el nuestro, cada día adquiere mayor relevancia en la formación del personal de enfermería y en su aplicación durante la práctica. Sin embargo todavía nos falta camino por recorrer en este terreno, el cual resulta desconocido para muchas compañeras aún en nuestros días.

En la práctica de enfermería, los papeles de las enfermeras son independientes, interdependientes y dependientes. El proceso de atención de enfermería amplía cada una de estas actividades en beneficio del paciente, ya que es el medio de que dispone la enfermera para demostrar su interés y responsabilidad sobre los pacientes.

2.3.3 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería

a) Valoración: es la primera etapa del proceso enfermero que nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad. Con la valoración se reúnen todas las piezas necesarias del rompecabezas correspondiente a respuestas humanas y fisiopatológicas con lo que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo.

La valoración que realiza la enfermera del cliente tiene que ser total e integradora por lo que debe seguir un enfoque holístico; es decir un modelo enfermero para la

identificación de respuestas humanas y la integración de elementos de un modelo médico para la identificación de respuestas fisiopatológicas.

La valoración por un modelo enfermero, puede derivarse de la aplicación de cualquier teoría de enfermería, de tal forma que se puede valorar al cliente siguiendo las catorce necesidades de Henderson, los cuatro principios de conservación de Levine, los subsistemas de Jhonson, los requisitos de autocuidado de Orem, etc., o bien optar por valorar siguiendo la perspectiva de las necesidades humanas, de los patrones funcionales de salud y los patrones de respuesta humana. Asimismo la valoración por un modelo médico, puede utilizar la metodología de exploración de cabeza a pies o por sistemas corporales.

Cabe hacer mención que la elección del modelo enfermero a utilizar depende de la preferencia a determinado enfoque o marco teórico: (Respuestas humanas, necesidades humanas, patrones funcionales de salud o alguna teoría de enfermería en específico); así de las características particulares de los clientes (niños, adultos, embarazadas, personas sanas o enfermas) y de las normas de la institución donde se labore.

La valoración como proceso continuo proporciona información valiosa del cliente, permitiéndonos emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de problemas reales y de riesgo, y de los recursos (capacidades) existentes para conservar y recuperar la salud.

Son tres pasos que se deben realizar en la etapa de valoración: recolección de la información, validación de la información y registro de la información.

1. Recolección de la información: da inicio desde el primer encuentro con el cliente, y continua en cada encuentro subsiguiente hasta que la persona sea dada de alta, por lo que es indispensable aprovechar cada momento en que se esté con el cliente y su familia para recolectar datos que nos permitan conocerlos.

Para obtener información se recurre tanto a fuentes directas como indirectas. Son fuentes directas primarias el usuario y su familia (ellos constituyen la principal fuente de información), los amigos y otros profesionales del área de la salud son fuentes directas secundarias porque aportan datos valiosos sobre el cliente y su familia. Las fuentes indirectas de información a las que también se debe recurrir son el expediente clínico y la bibliografía relevante.

Es indispensable contar con una guía durante la recolección de la información, para seguir una metodología específica durante la valoración, evitar omisiones y facilitar a la vez la agrupación de datos.

Esta guía debe considerar: datos biográficos del cliente o familia (ejemplo: nombre, sexo, edad, estado civil, ocupación, religión, etc); antecedentes personales y familiares de enfermedad (ejemplo: enfermedades anteriores de la familia, enfermedad actual, tratamiento medicamentoso, etc.); aspectos a valorar según el modelo enfermero que se vaya a utilizar (ejemplo: patrones de respuesta humana, patrones funcionales de salud, necesidades humanas, etc) y los datos para el examen físico.

La recolección de los datos del cliente puede ser general y específica (focalizada); así primero tendrá un conocimiento de todos los aspectos relacionados con el estado

de salud y una vez detectado un problema real o de riesgo centrar la valoración en un área específica.

Durante la valoración el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales. Los datos **subjetivos** son aquellos que el cliente nos refiere y que manifiestan una percepción de carácter individual (ejemplo: el dolor, el temor, la debilidad, la impotencia, etc.). Son datos **objetivos** la información que se puede observar y medir a través de los órganos de los sentidos (ejemplo: la frecuencia cardíaca, el color de piel, el peso y talla, la tensión arterial, la presencia de edema, etc). Los datos **históricos** se refieren a hechos del pasado y que se relacionan con la salud del usuario (ejemplo: antecedentes familiares y personales de enfermedad, conductas que se han tenido para el cuidado de la salud, hospitalizaciones, tratamientos médicos recibidos, etc.). Los datos **actuales** son hechos que suceden en el momento y que son el motivo de consulta u hospitalización (ejemplo: la hipertermia, la deshidratación, el sangrado, el insomnio, el alcoholismo, la ansiedad, etc).

Toda la información se recolecta por medio de la entrevista y del exámen físico, ambas se completan y clarifican mutuamente, en consecuencia se pueden realizar informa simultanea.

a) La entrevista es una labor compleja que requiere ante todo de habilidad en la comunicación y de la interrelación estrecha con el cliente. Tiene como finalidad: la obtención de la información necesaria para el diagnóstico y planeación de actividades, la iniciación de un ambiente terapéutico caracterizado por el diálogo, respeto y confianza y el establecimiento de objetivos comunes entre la enfermera (o) y el cliente.

Toda entrevista por más sencilla que sea debe tener una introducción, para saludar al cliente, proceder a presentarse y explicar la razón de la entrevista; también debe poseer un núcleo, caracterizado por el diálogo y por seguir la estructura de la guía de valoración (es recomendable un orden para evitar omisiones). Por último la entrevista debe presentar un cierre para informar al cliente sobre su término, agradecer la colaboración y establecer objetivos comunes.

El éxito de una entrevista depende de muchos factores, por consiguiente la enfermera (o) con poca experiencia debe pedir asesoría para lograr obtener información completa y veraz. Conforme exista mayor práctica en la entrevista, el profesional de la enfermería se hace competente, al reunir las capacidades (conocimientos, hábitos y actitudes) necesarios para llevarla a cabo con éxito.

b) El examen físico permite obtener una serie de datos para valorar el estado de salud de un individuo y determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería y médicas. Éste debe ser completo, sistemático y preciso, con un modelo por sistemas corporales o de cabeza a pies.

Para efectuar el examen físico se requieren cuatro técnicas principales: inspección, palpación, percusión y auscultación, además de la medición de las constantes vitales y de la somatometría.

Las enfermeras (os) colaboran con el médico durante el examen físico y muchas (os) consideran que es una actividad inherente a la medicina, por lo que suelen practicarlo solo en situaciones específicas y aisladas de acuerdo a las manifestaciones fisiopatológicas o a la terapéuticas médica que se este empleando.

Estas acciones son parte del exámen físico pero tienen el inconveniente de que se realizan en forma aislada y no consideran la totalidad del cliente. La enfermera (o) debe practicar el exámen físico integral, haciéndose necesarios los conocimientos habilidades y actitudes para tener éxito en esta actividad.

La **inspección** consiste en la valoración utilizando los sentidos de la vista, olfato y oído. Es un proceso activo en donde la enfermera debe saber que va a inspeccionar y el orden a seguir; con la inspección se puede valorar: la forma del cuerpo, expresiones faciales, características de la piel, movimientos realizados, olor y ruidos que emite al usuario, etc.

La **palpación** es el exámen del cuerpo utilizando el sentido del tacto, es decir la yemas de los dedos, ya que por su inervación las hace sensibles para determinar textura, temperatura, posición y tamaño de órganos, pulsos periféricos, etc. La palpación puede ser superficial (extensión de los dedos de la mano dominante en forma paralela a la superficie de la piel con presión suave en sentido circular) y profunda (intervienen las dos manos, la mano dominante para presionar y la otra para sujetar un órgano desde abajo). Para tener éxito en la palpación es necesario que el usuario se encuentre relajado, que las manos del explorador estén tibias e iniciar con la palpación superficial y en las zonas que no sean dolorosas.

La **percusión** es un método de valoración en el que la superficie del cuerpo es golpeada para producir sonidos o vibraciones, y se emplea para estimar el tamaño y la forma de órganos, la presencia de líquido, aire o algún sólido. La percusión puede ser directa al golpear el área que ha de percutir con las yemas de los dedos o indirecta cuando coloca contra la piel el dedo medio de la mano dominante y procede a golpear con la punta del dedo de la otra mano.

La **auscultación** es el proceso de escuchar sonidos producidos por el cuerpo, y sirve para valorar el funcionamiento de diversos órganos. Al igual que la percusión ésta puede ser directa cuando únicamente se emplea el sentido de la audición e indirecta empleando un estetoscopio.

Son aspectos imprescindibles del examen físico la medición de las constantes vitales (temperatura corporal, pulso / frecuencia cardiaca, respiración y tensión arterial), éstas deben ser valoradas en conjunto ya que reflejan el funcionamiento general del organismo, permitiéndonos detectar problemas de salud reales y de riesgo. La valoración de las constantes vitales debe considerar el estado de salud previo y actual del usuario y compararse con los estándares aceptados como normales, esta actividad de enfermería tiene que realizarse al ingreso del usuario, cuando éste presente cambios en su estado de salud, y antes y después de realizar cualquier acción de enfermería, por consiguiente jamás deben considerarse como una rutina.

Y por último, el examen físico incluye la somatometría (estatura, peso, perímetros y segmentos corporales), estos parámetros también nos permiten valorar en forma general el estado de salud del usuario, al identificar el crecimiento normal y anormal de las estructuras corporales; al mismo tiempo que sirven para calcular dosis de medicamentos por parte del médico.

En la recolección de la información la enfermera (o) también tiene que identificar los recursos del cliente, es decir las capacidades físicas, psicológicas y personales que son determinantes para las etapas de diagnóstico y planeación. Entre los recursos se pueden mencionar: el gozar de buena salud, la capacidad de adaptación, el ejercicio diario, alimentación acorde a requerimientos, la motivación para el cuidado de la salud, el ambiente familiar favorable para la conservación de la salud y el afrontamiento efectivo al estrés entre otros.

2. Validación de la información: una vez reunida la información del usuario tiene que ser valida para estar seguros de que los datos obtenidos sean los correctos. La validación evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la dirección equivocada y cometer errores al identificar los problemas.

Para la validación de datos es necesario: revalorar al cliente, solicitar a otra enfermera (o) que recolecte aquellos datos en los que no se esté seguro, comparar datos objetivos y subjetivos, consultar al cliente / familia y a otros integrantes del equipo sanitario.

La validación de los datos es de suma importancia porque si no se realiza es probable que en la etapa de diagnóstico se presenten dificultades para la agrupación e interpretación de la información.

3. Registro de la información: es el último paso de la etapa de valoración y consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el exámen físico.

Los objetivos que persigue el registro de la información son: favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria. Facilitar la prestación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería.

La comunicación verbal con el equipo sanitario es prioritaria al registro de la información, sobre todo si se tratan de datos que representan alteraciones o cambios

en el estado de salud, por permitir medidas oportunas para la prevención, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud.

Con respecto al registro de los datos, éste varía de un centro laboral a otro, pero el saber como y que anotar, es importante en extremo para el paciente y para protegerse a si misma de posibles demandas por mala práctica profesional.

b) Diagnóstico: es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una función intelectual compleja al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como de los recursos existentes (capacidades).

Para realizar esta etapa se requieren de cuatro pasos fundamentales:

1. Razonamiento diagnóstico.
2. Formulación de diagnóstico enfermeros y problemas interdependientes.
3. Validación.
4. Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

1. Razonamiento diagnóstico: es la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas. La enfermera durante razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico.

Algunos autores sugieren hacer una clasificación de los datos para dividir la información en clases concretas este paso es indispensable siempre y cuando

durante la valoración no se haya seguido un modelo enfermero para recolectar y organizar la información.

2. Formulación de diagnóstico enfermeros y problemas interdependientes: se requiere haber realizado la valoración y el razonamiento diagnóstico antes de iniciar con la formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes. También es preciso conocer las categorías diagnósticas de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (N.A.N.D.A.) y la estructura que deben tener los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes de acuerdo a sus características.

Diagnóstico enfermero: es un juicio clínico sobre la respuesta humana de una persona, familia o comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales y de riesgo, en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en forma independiente.

Para determinar cuando un proceso vital o un problema de salud debe ser considerado como diagnóstico enfermero, es necesario contestar dos preguntas:

1. ¿La enfermera tiene la autoridad para hacer el diagnóstico definitivo?
2. ¿La enfermera es la principal responsable de la predicción, prevención y tratamiento del problema?

En caso afirmativo sin lugar a dudas se trata de un diagnóstico enfermero, en caso negativo nos encontramos ante un problema interdependiente que solo podrá ser resuelto con la participación de todos los integrantes del equipo sanitario.

3. Validación: los diagnósticos enfermeros están dentro del ámbito independiente de la práctica profesional ya que se refieren a situaciones que la enfermera identifica, valida y trata independientemente, siendo ella la responsable del logro del resultado deseado por lo tanto, únicamente en los diagnósticos enfermeros deben utilizarse las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A.

Problema interdependiente: es un juicio clínico sobre la respuesta fisiopatológica del organismo a problemas de salud reales o de riesgo en donde la enfermera (o) es responsable de su predicción y tratamiento en colaboración con el equipo sanitario.

Los problemas interdependientes se relacionan con la patología, con la aplicación del tratamiento prescrito por el médico y con el control tanto de la respuesta a éste como de la evolución de la situación patológica, lo que los sitúa en el ámbito de la interdependencia con otro profesional, aunque nuestra atención siga centrada en el cliente.

En la redacción de los problemas interdependientes se utiliza terminología médica, por consiguiente no deben emplearse las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A.

4. Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes: ambos son juicios clínicos, el diagnóstico enfermero se centra en las respuestas humanas, que es el campo de acción específico de la enfermería, en donde la enfermera tiene la autoridad para la predicción, prevención y tratamiento en forma independiente; en cambio el problema interdependiente se centra en las respuestas fisiopatológicas, en donde el médico es el principal responsable, la enfermera y el resto de los integrantes del equipo sanitario colaboran en la predicción, prevención y tratamiento.

El diagnóstico enfermero real: describe la respuesta actual de una persona, una familia, o una comunidad y se apoya en la existencia de características definitorias, (datos objetivos y subjetivos). Además de tener factores relacionados.

El diagnóstico enfermero de riesgo (potencial): describe respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables, no existen características definitorias (datos objetivos y subjetivos), solo se apoya en los factores de riesgo (etiología).

Los diagnósticos enfermeros se estructuraron en base al formato P.E.S. y las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A.

c) Planeación: es la tercera etapa del proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, y que 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.

Los pasos para realizar la planeación son: establecer prioridades, elaborar objetivos, determinar acciones de enfermería y documentar el plan de cuidados.

Establecer prioridades: posterior a la valoración y etapa de diagnóstico se concluye con un número determinado de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, lo que hace indispensable la identificación de los problemas de salud en los cuales se debe centrar la atención, y realizar acciones inmediatas, porque representan una amenaza para la vida del cliente.

La priorización, siguiendo la jerarquía de las necesidades humanas de Maslow y Kalish, resulta fácil cuando la enfermera sigue el orden señalado por Alfaro:

Problemas que amenazan la vida e interfieren con las necesidades fisiológicas.

Problemas que interfieren con la seguridad y la protección.

Problemas que interfieren con el amor y la pertenencia.

Problemas que interfieren con la autoestima.

Problemas que interfieren con la capacidad para lograr objetivos personales.

Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenecen, lo que permite brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas. Es importante señalar que en la mayoría de las ocasiones los problemas interdependientes son prioritarios, sobre todo si el usuario se encuentra hospitalizado y grave; sin embargo, los diagnósticos enfermeros se pueden tratar en forma simultánea a los problemas interdependientes.

Elaborar objetivos: los objetivos son una parte indispensable dentro de la etapa de planeación, ya que con ellos usted mide el éxito de un plan determinado al valorar el logro de los resultados. También permiten dirigir las acciones de enfermería para dar soluciones a los problemas de salud encontrados, y son factores de motivación al generar numerosas acciones en las enfermeras.

Determinar acciones de enfermería: las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos, y están encaminadas a tratar los factores relacionados o de riesgo del problema de salud señalado en el diagnóstico enfermero o problema interdependiente. En la

determinación de dichas estrategias se emplea el pensamiento crítico, para analizar la situación problema mediante cuestionamiento que conducen a la selección de acciones de enfermería específica.

Documentar el plan de cuidados: los planes de cuidado de enfermería son documentos que contienen: el problema de salud encontrado (diagnóstico enfermero o problema interdependiente), objetivo, acciones de enfermería y evaluación. Existen dos tipos de planes de acuerdo a sus componentes: para diagnósticos enfermeros y para problemas interdependientes; la diferencia entre ambos es que uno se refiere a una respuesta humana (diagnóstico enfermero) y el otro a una respuesta fisiopatológica (problema interdependiente); ya que las funciones interdependientes de enfermería únicamente se incluyen en los planes de cuidados para problemas interdependientes.

Son características de los planes de cuidado:

La **individualidad**, es decir cada plan debe responder a problemas y factores relacionados / riesgo específicos, la **participación** del cliente, familia y comunidad en su elaboración; la **actualización** con respecto a los cambios del cliente y a los avances de la enfermería como disciplina científica; la **fundamentación** científica de las acciones con fines didácticos y ser **fuentes de comunicación** entre los profesionales de la enfermería.

d) **Ejecución:** es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados y esta enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados.

Los pasos de la ejecución son: preparación, intervención y documentación.

Preparación: antes de llevar a cabo un plan de cuidados se debe:

1. Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del cliente y que sean compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria, haciéndose necesaria la revaloración.
2. Analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarios para realizar las actividades planeadas, en caso de no ser así, es indispensable solicitar asesoría.
3. Tener en mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería.
4. Reunir el material y equipo necesario para llevar a cabo cada intervención.
5. Crear un ambiente confortable y seguro para el cliente durante la realización de cada actividad.
6. Delegar cuidados enfermeros que se apeguen a los cuatro puntos clave de la delegación: tarea correcta, persona correcta, comunicación correcta y evaluación correcta.

Intervención: posterior a la fase de preparación puede llevarse a cabo las intervenciones de enfermería independientes e interdependientes planeada, que incluyen: la valoración; la prestación de cuidados para conseguir los objetivos; la educación del cliente, familia y comunidad y la comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria. Es fundamental considerar las capacidades físicas, psicológicas y personales del cliente durante la ejecución de las acciones de enfermería, para lograr su participación e independencia.

En cada intervención de enfermería, usted es tan responsable de los resultados emocionales como de los resultados físicos, por lo que es necesario actuar siempre

con pleno conocimiento de los principios y razones, observando atentamente la respuesta del cliente y familia.

Documentación: es el registro que realiza la enfermera en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente del cliente y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud.

Son propósitos de los registros de enfermería: mantener informados a otros profesionales del área de la salud sobre datos de valoración del cliente, cuidados proporcionados y las respuestas del cliente / familia; ser base para la evaluación investigación y mejora de la calidad de los cuidados, respaldar legalmente las actuaciones de la enfermera y servir para estimar el pago de los servicios prestados.

Existe gran diversidad en los registros de enfermería por obedecer a requisitos particulares de cada unidad de atención para el cuidado de la salud; sin embargo, éstos deben reunir ciertas características universales como son: fecha y hora; datos de valoración, intervenciones de enfermería; resultados obtenidos y nombre / firma de la enfermera. Asimismo las notas deben ser concisas, claras, completas, legibles, relevantes y oportunas.

e) **Evaluación:** es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda práctica de enfermería; la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución.

La aplicación del proceso enfermero se evalúa con las siguientes preguntas:

¿La valoración estuvo completa y la información fue validada?

¿El razonamiento diagnóstico fue correcto?

¿La formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes fue acertada?

¿Los planes de cuidados dieron solución al problema y etiología de los problemas señalados?

¿Las acciones de enfermería realizadas permitieron el logro de los objetivos?

La evaluación en el proceso enfermero es útil para determinar el logro de los objetivos; identificar las variables que afectan, decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado, por consiguiente es necesario la valoración del cliente, familia y comunidad para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivos.

Cuando los resultados no son los esperados o simplemente no hay una respuesta satisfactoria, la enfermera debe revisar cada una de las etapas del proceso, detectar posibles fallas y proceder a corregirlas. Para el desarrollo de esta actividad la enfermera y el paciente deben determinar el progreso o la falta de progreso hacia la realización de sus metas en forma conjunta; identificando obstáculos y estrategias.

La evaluación es compleja; sin embargo al emplear la metodología del proceso enfermero se facilita por ser sistemática y continua, ya que brinda una base cognoscitiva para la práctica autónoma de la enfermería y requiere de la interrelación con el cliente y su familia.

2.4 Modelo Conceptual de Virginia Henderson

El modelo de Virginia Henderson ha sido seleccionado como el más aplicable a la práctica, útil en nuestro medio y que además se le pueden hacer las adaptaciones necesarias para ser aceptado y puesto en práctica por las enfermeras clínicas. Este modelo está sustentado en las necesidades básicas del ser humano.

2.4.1 Antecedentes

Virginia Henderson fue una enfermera norteamericana. Nació en 1897, desarrolló su interés por la enfermería durante la Primera Guerra Mundial. En 1918 ingresó a la escuela de la Armada en Washington D. C., graduándose tres años más tarde.

Inició su trabajo profesional como enfermera visitadora y como docente de enfermería. Cinco años después regresó a la Universidad donde obtuvo el grado de maestro en arte con especialización en docencia de enfermería. Después de trabajar un año como supervisora de clínica, volvió a la universidad para trabajar como profesora, impartiendo cursos sobre el proceso analítico, por el período de 1930 – 1948.

Se dió a conocer en nuestra Patria por los años 60's, al revisar el libro de Bertha Harmer que se publicó en español con el nombre de Tratado de Enfermería Teórica y Práctica y que sirvió de libro de texto o de consulta en muchas escuela de enfermeras.

El modelo de enfermería de Virginia Henderson ha sido clasificado por las teoristas, en el grupo de la Enfermería Humanística, por que considera a la profesión de enfermería como un arte y una ciencia.

Virginia Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de enfermería ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación; lo que a ella la llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera, cuestionándose sobre lo que debían hacer las enfermeras que no podían hacer otros profesionales de la salud.

Henderson mostraba insatisfacción por el modelo medicalizado que se llevaba en aquella época, pues se veía claramente la ausencia de una identidad profesional propia; se dio cuenta que los libros que eran básicos para la formación de enfermeras no definían de forma clara cuáles eran sus funciones y que sin este elemento primordial no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión.

En las últimas décadas se ha notado entre el gremio de enfermería, (ya sea entre los docentes que trabajan en facultades y escuelas de enfermería de las universidades, como entre el personal que trabaja en servicio, en los hospitales de diversas instituciones de salud), un gran interés por el estudio, la comprensión y la aplicación de modelos conceptuales de enfermería.

Virginia Henderson falleció el 19 de marzo de 1996, a la edad de 99 años. Nos deja su obra como una gran contribución a la enfermería y el recuerdo de una gran enfermera y una gran mujer.

2.4.2 Principales Conceptos del Modelo

Con base en la definición de enfermería se extraen conceptos básicos del Modelo de Virginia Henderson:

Enfermería: Henderson definió enfermería en términos funcionales. La única función de la enfermera consiste en ayudar al enfermo o sano a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda, sin contar con la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible.

Salud: no dio una definición propia de salud, pero en sus escritos comparó la salud con la independencia. La organización mundial de la salud interpreta a la salud como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería.

Entorno: tampoco en este caso dió Henderson una definición propia de entorno; se apoyó en la que define al entorno como el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan la vida y el desarrollo de un organismo.

Persona (Cliente): Henderson pensaba en el paciente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables. Así, contempla al paciente y a su familia como una unidad.

Necesidades: en la obra de Henderson no aparece ninguna definición concreta de necesidad; si bien se señalan en ella 14 necesidades básicas del paciente que abarcan todos los componentes de la asistencia en enfermería.

Independencia: capacidad de la persona para satisfacer por sí mismo sus necesidades fundamentales, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Dependencia: puede ser considerada en una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por un lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Fuentes de dificultad: son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades: falta de fuerza, falta de conocimientos y falta de voluntad.

Dimensión: es el soporte de todos los componentes de la persona, formada por varios sistemas y compuestos a su vez por subsistemas.

2.4.3 Catorce Necesidades Fundamentales

Considerando a la enfermera como la mayor autoridad en los cuidados físicos de enfermería, Virginia Henderson ubica estos cuidados en 14 componentes o

necesidades fundamentales del cliente que cubren todas las posibles funciones de enfermería.

Entendiéndose por necesidad todo aquello de lo que no se puede prescindir o como la falta de lo necesario para vivir.

1. Necesidad de oxigenación

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 en el acto de la respiración se realiza a dos niveles: 1) Entre el organismo y el medio ambiente y 2) al interior del organismo, entre las células de los tejidos y la sangre (respiración tisular).

2. Necesidad de nutrición e hidratación

Nutrición: Conjunto de procesos implicados en la ingesta de nutrientes y en su utilización y asimilación para el funcionamiento del propio organismo y para el mantenimiento de la salud.

Hidratación: Proceso químico por el que se incorpora agua sin romper el resto de las moléculas.

3. Necesidad de eliminación

Eliminación intestinal: Es la salida de desechos corporales del intestino.

Eliminación urinaria: Volumen total de orina excretada diariamente, se considera normal una frecuencia de 5 o más micciones por día que no debe ser menor de 500 ml., ni mayor de 3,000 ml., en 24 horas.

4. Necesidad de moverse y mantener buena postura

El sistema circulatorio está formado por una red de vasos sanguíneos, arterias y venas que transportan sangre desde el corazón a los tejidos del cuerpo y en forma inversa de los tejidos al corazón. El ejercicio físico ayuda a mantener un corazón saludable porque hace que aumente la circulación coronaria y que las fibras del miocardio se contraigan con mayor fuerza para aumentar el gasto cardíaco.

5. Necesidad de descanso y sueño

El descanso físico y mental son necesidades básicas del ser humano; cada persona necesita cubrir 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 sueño es un estado de inconsciencia del que se puede sacar a una persona por medio de estímulos apropiados. El sueño se caracteriza por una mínima actividad física, ayuda a recuperar la energía perdida durante las actividades cotidianas y el tratamiento físico y mental del día.

6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

La forma de vestir y de acicalarse son parte de la personalidad de un individuo, es un rasgo particular que lo hace ser diferente a los demás. La forma de vestir es parte de la cultura en que vivimos y nos hemos desarrollado. Los rasgos culturales son más 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, las personas de la ciudad, sobre todo las de nivel económico alto, visten según las normas sociales y cambian según las estaciones del año y la moda. Respecto al arreglo personal, éste es más completo y complicado.

7. Necesidad de termorregulación

La temperatura corporal es el grado de calor que mantiene el organismo en un momento dado. 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. Necesidad de higiene y protección de la piel

La higiene corporal es una de las formas más sencillas de conservar la salud física y proporcionar bienestar. Es conveniente que consideremos nuestro organismo como un delicado mecanismo de precisión, que se debe conservar con el máximo cuidado para que responda plenamente a nuestros requerimientos.

La piel se extiende por toda la superficie corporal y su epitelio se continua con el epitelio de los orificios externos de las vías digestiva, respiratoria y genitourinaria.

9. Necesidad de evitar peligros

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

10. Necesidad de comunicarse

La comunicación es un proceso 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.

11. Necesidad de vivir según creencias y valores

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

El término religión significa las relaciones que el hombre tiene con su creador, el culto que se tributa a la divinidad.

Valores es aquello que conviene a la persona humana, los valores se encuentran depositados en los seres o cosas y se nos presentan como cualidades de las mismas.

12. Necesidad de trabajar y realizarse

Trabajar es una necesidad básica del ser humano, es una forma de auto-expresión importante a través del 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 esté de acuerdo con la valoración, capacidades, aptitudes, intereses y carácter de la persona que lo realiza; de lo contrario, se convierte en algo desagradable que la persona trata de evitar.

13. Necesidad de jugar/participar en actividades recreativas

Atender la necesidad de recreación de los pacientes, en algunas circunstancias, (como por ejemplo, cuando se atienden enfermos delicados o graves o en hospitales en que se atienden sólo padecimientos agudos), no es responsabilidad inmediata de la enfermera, ya que 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 o recreativa a los pacientes.

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

14. Necesidad de aprendizaje

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.

Cuando se conocen las medidas para promover la salud y proteger el organismo de enfermedades, y se ponen en práctica durante toda la vida, los resultados son una existencia gozosa y productiva.

2.5 Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.) y Modelo Conceptual de Virginia Henderson

A continuación se hace una vinculación conceptual entre PAE y el Modelo Conceptual de Virginia Henderson; el primero se refiere a como la enfermera identifica la ayuda que requiere el cliente y el segundo es una guía que permite centrar la practica de enfermería.

2.5.1 Concepto según Virginia Henderson

El proceso de atención de enfermería es el medio por el cual las enfermeras proporcionan asistencia a los clientes que por falta de fuerza, falta de voluntad o falta de conocimientos no son capaces de satisfacer sus necesidades básicas.

Por lo tanto el modelo de Virginia Henderson es perfectamente aplicable a todas y cada una de las etapas del proceso de atención de enfermería.

2.5.2 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería

a) Valoración: Henderson no hace referencia directa pero puede ser inferida de su descripción de las 14 necesidades básicas e implica su uso para determinar las necesidades no satisfechas y la necesidad de ayuda. Recoge los datos sobre cada necesidad básica.

b) Diagnóstico: Se formuló muchos años después de la publicación de la definición de Henderson y, por tanto, no es tratada por ella.

Puede inferirse del análisis de los datos recogidos sobre las 14 necesidades; si una persona no puede satisfacer una necesidad específica, la enfermera identificará el problema y formulará un diagnóstico enfermero.

c) Planeación: forma parte de todo cuidado enfermero efectivo, debiendo incluir un plan de cuidados de enfermería por escrito ya que esto fuerza a la enfermera a pensar en las necesidades del cliente.

Implica formular y poner al día un plan basado en las necesidades del cliente y del plan prescrito por el médico.

Con base al diagnóstico de enfermería y las fuentes de dificultad se selecciona el rol de enfermería el cual según Virginia Henderson pueden ser:

Ayuda: la enfermera da apoyo al paciente para recuperar su independencia.

Suplencia: en su estado de enfermedad grave, la enfermera puede considerarse como un sustituto de lo que le hace falta al paciente para sentirse "completo" o independiente.

Acompañamiento: como compañera y orientadora, la enfermera imparte educación sobre la salud al paciente y la familia, formulan el plan de cuidados, lo ejecutan y lo evalúan.

d) Ejecución: implica realizar actividades que el paciente no puede llevar a cabo de forma independiente o que están recogidas en el plan del médico ayudando al cliente a satisfacer las 14 necesidades básicas.

Depende de la relación enfermero-cliente lo que permite a la enfermera una mejor comprensión de las necesidades del cliente y lleva a cabo medidas para satisfacer dichas necesidades.

e) Evaluación: valora la velocidad o el grado en que el cliente realiza de forma independiente actividades necesarias para satisfacer sus necesidades básicas.

Implica la observación y la documentación de los cambios en el funcionamiento del cliente. Supone la comparación del funcionamiento de la persona antes y después de recibir el cuidado enfermero.

2.6 Características del Adulto Joven

A continuación se describen las características del adulto joven las cuales se identifican con el cliente de nuestro Estudio de Caso.

2.6.1 Adulto Joven

Los individuos llegan a la edad adulta a los 20 años después de pasar la etapa de la adolescencia, esta etapa termina más o menos entre los 60 y 65 años, que es cuando inicia la etapa del adulto mayor o vejez.

Concepto: edad adulta es la etapa en la cual los individuos han adquirido todo su crecimiento físico, un gran desenvolvimiento social y emocional, un grado mayor de desarrollo, de autorrealización, de confianza en si mismo, en su capacidad de tomar decisiones, gozando de más independencia y manteniendo intimidad consigo mismo y con otras personas.

La edad adulta es de larga duración y se subdivide en etapa de adulto joven y etapa de adulto maduro, cada uno tiene aspecto y características especiales. El adulto joven abarca las edades comprendidas entre los 20 a 40 años y su inicio depende de aspectos socioculturales, ambientales y familiares.

El adulto maduro va de los 40 a los 65 años y se le considera la etapa de la conciliación con la realidad práctica, en la cual el individuo es capaz de controlar sus emociones, de afrontar problemas y frustraciones sin esfuerzos indebidos.

Los individuos en la etapa adulta en cuanto a crecimiento físico, han madurado en todos los sentidos; el tamaño de los huesos, masa muscular, el depósito de grasa en los tejidos blandos, en la anchura de los hombros en los varones y en la amplitud de las caderas en las mujeres.

Las necesidades básicas del adulto son las siguientes: nutrición, educación, trabajo, recreación, estímulo, seguridad y sentimientos de pertenencia, independencia, sueño y reposo, sexualidad y ejercicio. Los adultos jóvenes atraviesan por varias situaciones, tales como soltería, noviazgo, matrimonio, nacimiento de hijos, divorcio y separación.

A continuación se mencionan tres de las necesidades del adulto joven.

Nutrición: los adultos deben consumir una dieta balanceada, baja en grasa, y condimentos y harinas porque la actividad física y el metabolismo van disminuyendo conforme avanza la edad.

Elementos básicos en la mujer: proteínas: 58 g, calorías: 2100, hierro: 15 mg (aumentar 5mg durante los bimestres 2 y 3 del embarazo), calcio: 800 mg., sodio: 0.8-1.3 mg., vitamina A: 5000 UI., Vitamina C: 70 mg., tiamina: 1.2 - 1.3 MG.

Recreación: a través de toda la vida de los individuos, la recreación desempeña un papel importante, es una necesidad tan importante como la nutrición; los adultos requieren del juego tanto como los niños, la mente y el cuerpo necesitan un cambio periódico de aire, de ambiente agradable; los adultos necesitan ocasionalmente hacer algo gracioso y no compulsivo; algo de juego debería hacer parte del programa

de la vida diaria, ya que puede prevenir sentimiento de cansancio y frustración en el trabajo. Cada año, los individuos deben tomar vacaciones. Es importante cultivar algunas aficiones, como practicar algún deporte, caminar, hacer reuniones sociales, pertenecer a grupos de acuerdo a intereses comunes, lo cual le produce satisfacción, le ayuda alejarse por un momento de sus responsabilidades, le proporciona descanso físico y mental, tan necesario para él y ella que se encuentran en una etapa de productividad, además les da estabilidad social.

Sueño y reposo: los adultos necesitan dormir como mínimo de 8 a 10 horas diarias. El sueño debe ser en un ambiente tranquilo, cómodo, a fin de proporcionar el descanso y el reposo requerido, tanto físico como psíquico. No sólo el sueño es un reparador de la energía gastada, sino también un cambio de actividad que sea grata, en el momento en que él o ella se encuentren cansados o tensos.

Durante esta época el hombre y la mujer adquieren el bagaje cultural para su plena autonomía personal, también van adquiriendo una independencia económica y tienen mayor capacidad de convivencia con otros pensando, actuando y reaccionando en forma menos egoísta, impulsiva, mas reflexiva y serena.

Los dos sexos están realizando con mayor frecuencia el mismo trabajo compartiendo responsabilidades. En el campo político y económico, la mujer está desempeñando un papel significativo, algunas veces compartiendo poder con el hombre.

Sin embargo sigue siendo difícil para la mujer el acceso al mundo del trabajo. Un título en manos de la mujer tiene menos valor que para el hombre, la mujer para obtener un trabajo tiene que demostrar mayores méritos.

La decisión de engendrar una nueva vida, de tener un hijo, es una de las responsabilidades más importantes que asumen los individuos porque está contribuyendo a que se perpetúe la humanidad. El embarazo es un estado normal al cual está expuesta toda mujer fértil el cual comienza en el momento de la concepción y termina con el parto o el aborto.

Existen algunas alteraciones emocionales, que sumadas a los múltiples cambios fisiológicos del embarazo, también lo caracterizan. Ciertas mujeres multíparas reconocen el comienzo del embarazo por la aparición de cambios en su personalidad. A menudo se presentan variaciones en el estado anímico, como depresión temporal, inestabilidad emocional, con crisis de llanto sin motivo evidente, e irritabilidad; para otras, en cambio, éste es el mejor momento de su vida. Las nulíparas generalmente se sienten excesivamente temerosas, aunque entusiasmadas; ésta ansiedad es natural, pues se presenta ante ellas una situación desconocida.

Durante el embarazo, no sólo el útero y los tejidos circundantes están sometidos a un incremento funcional, sino también todo el conjunto de los órganos de la embarazada. Aparecen una serie de signos y síntomas cuya intensidad y adaptación varía notablemente, según las peculiares características psicofisiológicas de la gestante.

Antes de concebir un (a) hijo (a), la pareja debe preocuparse por engendrarlo (a) a partir de un estado de salud satisfactorio, y después de su nacimiento mantener a menudo un control para que el (la) hijo (a) que acaba de nacer crezca saludablemente.

Los padres, al transmitir su carga genética en el momento de la concepción, dan el primer paso del largo camino de la vida del nuevo ser por la cual deben velar bajo múltiples aspectos, como son proporcionarle una nutrición, higiene y atenciones apropiadas; mantenerlo (a) bajo control pediátrico eficaz, integrando al (la) niño (a) adecuadamente en su status socioeconómico, y procurando conocerle suficientemente para darle todo lo que necesita y de la forma más conveniente para su bienestar. El logro de la salud mental en el niño o niña se concibe en el seno de la vida familiar y social.

2.6.2 Embarazo

Embarazo: gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno; abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por los periodos embrionario y fetal. Dura unos 266 días (38 semanas) a partir de la fecundación, pero en clínica se toma como fecha de partida el día de comienzo de la última menstruación y se considera que se prolonga durante 280 días (40 semanas, 10 meses lunares y nueve meses y un tercio del calendario). La fecha estimada del parto (FEP) se calcula así aunque la mujer tenga ciclos irregulares Si la mujer está segura de que el coito sólo ha ocurrido una vez durante el mes de la concepción y recuerda la fecha, se puede calcular la FEP sumando 266 días a la fecha del coito. El embarazo empieza aproximadamente en el momento de la ovulación, la cual suele producirse unos 14 días antes del comienzo de la siguiente menstruación. De los millones de espermios eyaculados, miles alcanzan el óvulo en el extremo de la trompa, pero sólo uno penetra en él y lo fecunda, fundiéndose los por núcleos masculino y femenino El cigoto, entidad unitaria desde el punto de vista genético, comienza a dividirse al mismo tiempo que emigra hacia la cavidad uterina, en cuya pared se implanta. La placenta es el órgano encargado del intercambio maternofetal de nutrientes y productos de desecho, pero las sangres de la madre y el

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

2.6.3 Descripción de la patología (problema de salud)

Es importante aclarar que se está haciendo referencia al nombre de la patología para ver como ésta afecta las necesidades de la cliente, ya que las intervenciones de enfermería estuvieron enfocadas a satisfacer sus necesidades afectadas.

Parto prematuro: la duración media de la gestación en el humano, oscila alrededor de 40 semanas lunares completas o sea 280 días, contados desde el primer día de la última menstruación. Se denomina embarazo a término, a la gestación que se halla entre la semana 38 y la semana 42 de amenorrea. De acuerdo con lo anterior una cronopatía gravídica será el parto prematuro que se presenta antes de la semana 37 o 38 según el autor que se consulte. El embarazo prolongado es aquel que tiene una duración de más de 42 semanas lunares completas.

Se considera que parto prematuro es el nacimiento del producto antes de la semana 37 y cuando el feto alcanza menos de 2 500 g de peso al nacer y también se dice que un prematuro es un producto con una edad gestacional mayor de 20 semanas y menor de 37, que tiene un peso al nacer, mayor de 500 g pero menor de 2 500 g.

Esta cronopatía del embarazo es especialmente importante debido a que a ella se deben más de 50% de las muertes perinatales, siendo también muy importante la morbilidad que afecta al recién nacido prematuro. Su frecuencia se encuentra en un promedio de 4 a 15%.

En este consenso, hay que separar los productos de bajo peso al nacer por un retraso en el crecimiento intrauterino, de los productos que realmente son prematuros. Ambos tienen una alta morbimortalidad, pero el pronóstico de los genuinamente prematuros por edad y por peso es 3 a 5 veces más sombrío.

Etiología: dado que hasta el momento se desconocen exactamente las causas desencadenantes del trabajo de parto normal a término, tampoco puede saberse con exactitud las causas del parto prematuro.

A propósito de las causas que determinan el inicio del trabajo de parto normal, cabe señalar la importancia que actualmente tienen las membranas fetales y la decidua uterina. Se sabe que antes del trabajo de parto hay una acumulación de los precursores de las prostaglandinas como los glicerofosfolípidos en los sitios señalados. La producción de la progesterona por la placenta, estabiliza la fosfolipasa α_2 lisosómica que es una enzima necesaria para la siguiente etapa en la formación de las prostaglandinas, pero al disminuir la producción de progesterona placentaria o aparecer diversos tipos de tensión física, tales como hiperosmolaridad o estiramiento miometrial, ocasionarán que los lisosomas liberen fosfolipasa α_2 y a su vez esta enzima facilitará la conversión de los glicerofosfolípidos en ácido araquidónico, precursor obligado de las prostaglandinas y que estas fosfolipasas α_2 también se pueden elevar en las infecciones intrauterinas perinatales.

Concordante con lo anterior, existen pruebas que muestran la disminución en la producción de progesterona por la placenta, al disminuir el bloqueo que ejercía sobre la actividad miometrial, va a permitir que se inicie el trabajo de parto.

Por otro lado, se ha visto que en el feto que tiene sufrimiento fetal, el meconio del líquido amniótico tiene un mayor contenido de oxitocina y que en general, la reducción del flujo sanguíneo uteroplacentario se acompaña de un aumento de la actividad uterina, mientras que la mejoría de dicho flujo fomenta la relajación uterina y se piensa que la alteración de ese flujo sanguíneo uterino, puede ser el factor común que va a culminar en el trabajo de parto prematuro en aquellos casos de preeclampsia-eclampsia, cardiopatía hipertensiva, embarazo múltiple, estados de hiponutrición y tabaquismo intenso.

Por lo anterior y a pesar de no conocerse a 100% la etiopatogenia del parto prematuro, si se conocen factores etiológicos bien determinados que pueden ser prevenidos tratados oportunamente, dentro de una adecuada y eficiente vigilancia prenatal. Estos factores pueden ser de alto, mediano o bajo riesgo y pueden encuadrarse de la siguiente manera.

Factores de alto riesgo

Antecedentes de partos prematuros. Este antecedente eleva la frecuencia de parto prematuro en el embarazo actual, hasta en 18%.

Gestación múltiple.

Intervención quirúrgica abdominal.

Polihidramnios y oligohidramnios severos.

Antecedentes de abortos en el segundo trimestre.

Infección bacteriana sistémica aguda.

Enfermedad hipertensiva aguda del embarazo.

Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

Diabetes mellitus no controlada.

Factores con riesgo alto o intermedio

Inserción baja de placenta.

Metrorragia después de la semana 16.

Biopsia cervical en cono.

Malformaciones y tumores uterinos, incompetencia istmicocervical.

Infecciones renales, de vías urinarias, o ambas.

Edad inferior a 16 años.

Isoinmunización maternofoetal a grupo o factor Rh.

Alcoholismo y tabaquismo positivo, se ha visto que la hipoxemia materna condiciona placentas pequeñas, desprendimientos placentarios y rupturas prematuras de membranas. Esto también acontece en las tomadoras de café y en las toxicómanas .

Factores con bajo riesgo

Todos estos factores aumentan ligeramente el riesgo de trabajo de parto prematuro:

Estado socioeconómico bajo.

Edad de 16 a 20 años o mayor de 40.

Estatura inferior a 1.50 m.

Intervalo menor de dos años entre gestación y gestación.

Abortos repetidos en el primer trimestre.

Trabajo extenuante.

Fibromas uterinos.

Presentación pélvica después de la semana 30.

Enfermedad cardiovascular o renal crónica.

Falta de atención prenatal, viajes, embarazo no deseado.

Anemia, con hemoglobina menor de 11 g.

Amenaza de parto prematuro

Se considera como tal la presencia de actividad uterina aumentada en frecuencia intensidad y duración, acompañada de modificaciones cervicales mínimas antes de la semana 37.

Los datos clínicos necesarios para el diagnóstico de la amenaza de parto prematuro, comprenden: la corroboración de la edad gravídica pretérmino por amenorrea o por ultrasonografía. La presencia de contracciones uterinas irregulares en intensidad, pero con una frecuencia mayor de seis en una hora perceptibles por el obstetra. Sintomáticamente, cólicos semejantes a los menstruales, lumbalgias rítmicas, expulsión de moco claro o sanguinolento, sangrado genital en manchas, sensación de pesantez pélvica, cólicos intestinales con diarrea o no y modificaciones cervicales mínimas (borramiento o inicio de dilatación en el orificio interno).

III. METODOLOGÍA

El presente Estudio de Caso se realizó respetando dos ejes, uno metodológico y otro conceptual. El eje metodológico estuvo centrado en el proceso de atención de enfermería (PAE) para el cual se consideraron 5 etapas; el eje conceptual que se empleó fue el modelo conceptual de Virginia Henderson.

3.1 Descripción del Caso

Para realizar el siguiente estudio de caso, se eligió una cliente adulto joven femenino, con alteración de sus necesidades la cual estuvo hospitalizada en el área de gineco-obstetricia del Hospital General de Mazatlán Sinaloa, siendo su ingreso a la Institución el día 6 de septiembre de 2004, con el diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro; siendo referida posteriormente al servicio de toco-quirúrgica el día 11 de septiembre del mismo año, fecha en que se realizó el estudio. Es importante aclarar que aunque se refiere el nombre de la patología, el estudio de caso se centró en la persona / cliente, por lo tanto las intervenciones de enfermería estuvieron enfocadas a satisfacer sus necesidades afectadas dependiendo del grado de dependencia del cliente (total o parcialmente).

Para tal efecto se solicitó el consentimiento informado del cliente, ya que el cuidado tiene implicaciones éticas sustentadas en 4 principios: (Anexo 1).

a) **Autonomía:** significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este

principio 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 enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

c) Beneficencia: se entiende como la obligación de hacer el bien.

d) No maleficencia: principio ético que obliga a impedir el daño y eliminar la situaciones perjudiciales. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

Si al aplicar estos principios no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales; para la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad; esto tiene una aplicación individual y social. El estudio se realizó durante el tiempo que la cliente permaneció hospitalizada en el área de toco-quirúrgica que fue de 48 horas, dándole seguimiento en el servicio de gineco-obstetricia y posteriormente en su domicilio.

3.2 Valoración

La finalidad de la valoración fue el integrar una base de datos con relación al cliente, se recurrió a las fuentes, técnica e instrumentos de información que a continuación se describen.

3.2.1 Fuentes de Información

Son la base del proceso que consiste en la reunión deliberada y sistemática de datos procedentes de una gran variedad de fuentes. Dentro de esta etapa se tuvieron fuentes de información directa e indirecta: al cliente como fuente primaria; y el expediente clínico, familiares, otros profesionales, hojas de registro de enfermería y literatura, como fuente secundaria.

3.2.2 Las técnicas utilizadas fueron: entrevista, método clínico y observación.

a) Entrevista: es una labor compleja que requiere ante todo habilidad en la comunicación y la interrelación estrecha con el usuario. Tiene como finalidad la obtención de la información necesaria para el diagnóstico y planeación de actividades, la iniciación de un ambiente terapéutico caracterizado por el dialogo, respeto y confianza y el establecimiento de objetivos comunes entre la enfermera y el usuario.

Entrevista.

La presente entrevista se realizó a la cliente A.P.M.N. que se encontraba hospitalizada en el área de toco-quirúrgica el día 11 de septiembre de 2004, bajo el consentimiento informado y previa notificación sobre el estudio de caso a realizar, donde se respetó el anonimato.

Posterior a la presentación personal y explicación sobre el estudio de caso a realizar se da inicio a la entrevista con la cliente, la cual se encuentra en la cama # 2 de la sala de toco-quirúrgica en reposo absoluto y posición decúbito lateral izquierdo manifestando facies de dolor y de angustia.

Enfermera: ¿Cómo y cuándo inició su padecimiento?

Cliente: empezó hace 1 semana con dolor en la cadera y el vientre.

Enfermera: ¿Cómo te sientes actualmente?

Cliente: tengo cólicos todavía y estoy preocupada por la salud de mi bebe.

Enfermera: ¿Conoces tu tratamiento dentro del hospital?

Cliente: si, el médico me explicó que debo permanecer en reposo y que se me aplicarán medicamentos para que desaparezca el dolor. Pero de todos modos estoy muy preocupada por lo que le pueda pasar a mi bebé pues el año pasado falleció mi otro bebé.

Enfermera: debes tranquilizarte y pensar que todo va a salir bien, pues eso te va ayudar mucho y nos va ayudar a nosotros también.

Cliente: voy hacer todo lo posible por cooperar.

Es necesario aclarar que la cliente cursaba su sexto día de internamiento intrahospitalario, donde había mantenido una actividad uterina muy irregular, por lo que se canalizó a este servicio para vigilancia estrecha.

Los datos obtenidos y las necesidades alteradas se confirmaron con la exploración física y la guía de valoración de necesidades.

Se realizaron dos entrevistas más para verificar su mejoría, una fué en el servicio de gineco-obstetricia y la otra durante una visita domiciliaria.

b) Método clínico: fue utilizado para valorar necesidades en su dimensión biológica, utilizando la inspección, palpación, percusión y auscultación.

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

c) Observación: acción por medio de la cual se puede obtener información que el usuario no expresa verbalmente.

los datos obtenidos de la observación se registraron en diversos instrumentos, como hoja de enfermería y partograma.

3.2.3 Instrumentos de Registro

Para la información se utilizaron hoja de enfermería, historia clínica y hoja de valoración de necesidades.

Es importante mencionar que no se presenten en los registros de enfermería ya que son documentos legales para lo cual se necesitaría el consentimiento del cliente y de la institución. Se incluyen formatos (Anexo 2)

a) Historia clínica y exploración física.

Historia Clínica

Ficha de identificación:

Nombre: A.P.M.N.

Edad: 20 años.

Sexo: femenino.

Estado civil: unión libre.

Lugar de residencia: Mazatlán, Sin.

Ocupación: ama de casa.

Religión: católica.

Escolaridad: segundo de secundaria.

Fecha de ingreso: 6 - IX - 2004

AHF

Abuelo materno finado por cardiopatía, abuela materna viva con D.M., abuelo paterno finado por cáncer pulmonar, abuela paterna viva con D.M., padres vivos aparentemente sanos, hermanos 4 vivos, aparentemente sanos, esposo vivo aparentemente sano, 1 hijo vivo y 1 hijo finado al día de nacido hace 10 meses.

APNP

Tabaquismo, alcoholismo y toxicomanías negativas, habita en casa de material con todos los servicios intradomiciliarios, zoonosis (-) buenos hábitos higiénico dietéticos.

APP

Enfermedades propias de la infancia (varicela, paperas) hospitalizaciones (+) última hace una semana x A.P.P. intervenciones quirúrgicas (+) por cesárea, transfusiones sanguíneas (+) niega traumatismo y alergias, IVU y vaginitis actualmente con tratamiento. crónico-degenerativas (-).

AGO

Menarca 11 años con un ritmo de 30x4 regular, eumenorreica, IVSA 15 años con 2 parejas sexuales aparentemente sanos. G:3 P:1 C:1 A:0 FUR: 3-II-04 FPP: 10-XI-04. niega DOC. MPF (-). CPN (+), MVI (+) fecha de la cesárea Nov. 2003 por motivo de presentar S.F.A.

PA

Inicia su padecimiento hace 12 horas con dolor abdominal tipo cólico en hipogástrico, el cual se irradió a región lumbosacra. refiere pérdida de líquido transvaginal el cual corresponde a leucorrea. Niega sintomatología urinaria, actualmente cursa con tratamiento para leucorrea e infección de vías urinarias: Tx. Ampicilina 1gr.V.O. c/6 horas, vagitrol ovulos 1 c/24 hrs.

EF

Signos vitales: F.C. 87x' FR 20x' T/A 100/60 TEMP. 36.6 °c.

Se encuentra paciente conciente tranquila, cooperadora, con buena coloración piel y tegumentos, mucosa bien hidratada, cara y cuello sin compromiso, tórax troncolíneo, con mamas gestácicas, abdomen blando, depresible, globoso a expensas de útero gestante, con F.U. 24 cm., PUVI longitudinal cefálico, con dorso a la izquierda. Al tacto vaginal: cervix cerrado, posterior a la salida del guante explorador presencia de secreción blanquecina ligeramente fétida, sin evidencia de STV. Extremidades superiores e inferiores íntegras y simétricas, sin edema.

Exámenes laboratorios:

Biometría hemática

hemoglobina 9.29, hematocrito 28.9, T. protombina 108" -100", TPT. 24, GPO "A"
Rh (+).

Inmunología

V.D.RL. Negativo, Proteína "C" Reactiva: Negativa.

Química sanguínea

Glucosa: 98 mg.

Impresión diagnóstica

Emb. 31 SDG + APP

Plan

Se ingresa para útero-inhibición y monitoreo de F.C.F.

Tratamiento:

Sol. Gluc. 5% 300 ml. C/R pasar en 30'

Sol. Gluc. 5% 500 ml. + 5 amp. de orciprenalina pasar 10 gotas. x'

Butilhiocina 1 amp. I.V. c/6 hrs.

Ayuno hasta nueva orden

Vig. activ. uterina y F.C.F.

Signos vitales

colocación de apósito testigo

reposo absoluto y posición decúbito lateral izquierda.

Exploración Física: forma parte del proceso de recopilación de datos que tiene lugar durante la valoración y para la cual se utilizan técnicas explorativas fundamentales como: inspección, palpación, percusión y auscultación

Signos vitales y Somatometría

P.A.100/60, pulso 87x', resp. 20x', temperatura 36.6°C., peso 78 kilos y talla 1.67.

Hábitos exteriores

Edad aparente a la cronológica, complexión robusta, bien orientada en tiempo y espacio, cooperadora, con facies de dolor.

Piel

Tez morena clara, de textura tersa, con buena hidratación.

Cabeza

Forma normal, tamaño de acuerdo a su edad, sin cicatrices, no se observan depresiones, ni mesas, ni zonas dolorosas.

Cabello

Cabello con buena implantación, de textura suave, color castaño claro, largo y ondulado.

Ojos, cejas y párpados

Ojos sin compromiso, cejas semipobladas, párpados sin edema.

Oídos

Pabellones bien implantados, flexibles, tamaño y coloración normal.

Oído medio: membrana timpánica normal.

Nariz

Nariz de tamaño regular, se observa ligera desviación en tabique nasal, no epistaxis ni secreciones.

Cavidad bucal

Labios íntegros, sonrosados, con dentadura completa, se observan molares con amalgamas, sin alitosis y lengua íntegra sin frenillo.

Cuello

Cuello simétrico, sin limitación al movimiento, no había presencias de masas, ni ganglios inflamados, tiroides normal, pulso carotídeo presente.

Tórax y pulmones

Tórax simétrico, hombros alineados, con movimientos respiratorios normales, campos pulmonares bien ventilados sin soplos.

Mamas

Mamas simétricas, sin presencia de masas ni retracción del pezón, actualmente mamas gestácicas debido a embarazo.

Cardiovascular

Ruidos cardiacos rítmicos de buen de tono e intensidad.

Abdomen

Globo a expensas de útero gestante, con presencia de estrías y cicatriz de cesárea anterior, con disminución del peristaltismo intestinal.

Genitourinario

Labios mayores, labios menores y meato urinario sin compromiso, útero gestante (F.U. 24 centímetros) cervix posterior y grueso, con presencia de secreción (leucorrea).

Extremidades superiores e inferiores

Normales sin alteración aparente, con buena coordinación de movimiento.

Neurológico

Sin compromiso.

Nota: esta exploración física de la cliente se realizó durante su estancia en el área de toco-quirúrgico.

b) Hoja de valoración de necesidades

Guía de valoración de la enfermera

Características Personales

Nombre A. P. M. N. Edad 20 Sexo femenino
Estado civil unión libre Religión católica
Escolaridad segundo de secundaria Ocupación ama de casa
Cuál es su objetivo de salud. Restablecer al máximo la independencia del cliente.
Hospitalizaciones previas. Hace una semana por amenaza de parto prematuro.
Motivo de ingreso. A. P. P.
Esta tomando medicamentos. sí
Signos vitales. Temp. 36°C Pulso 74x' Resp. 20x' Ten 100/60 Art.
Familia No. de miembros. 8 con quién vive Padres, hermanos, esposo.
Problemas de relación con la familia. Sí No X Por qué

1. Necesidad de oxigenación

Actualmente la paciente refiere llevar una vida sedentaria debido a su embarazo, solo realiza sus actividades cotidianas dentro del hogar, no presentando fatiga, ni dificultad al respirar a la realización de éstas, sin antecedentes de enfermedades cardiorespiratorios, niega tabaquismo.

2. Necesidad de nutrición e hidratación

Se alimenta sola. en número de 3 a 4 comidas al día, normalmente lo hace en cantidades moderadas y comida variada (carne, frutas y verduras), incrementando la cantidad de éstas en últimas fechas relacionándolo con el embarazo por lo que ha tenido aumento de peso considerable. Refiere poca ingesta de agua en el día, presencia de náusea y vómito al inicio del embarazo, peso actual 78 kgs., talla 1.67.

3. Necesidad de eliminación

Refiere la paciente estreñimiento durante el embarazo, presentado una evacuación cada 48 horas con dolor al defecar (bolas) notando que su problema se ha acentuado durante su permanencia en el hospital, no haciendo uso de ningún tipo de laxante y/o supositorios.

Eliminación urinaria en número de 6 veces en 24 horas. Presento IVU, lo que le ocasionaba ardor al orinar. A la fecha color y olor característicos, no refiere problemas en el control de la eliminación, el ardor ha disminuido conforme ha llevado a su tratamiento.

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura

Refiere vida sedentaria, sus actividades son las propias del hogar, como pasatiempo ver televisión acostada en su cama. Actualmente se encuentra limitada en sus actividades físicas pues se encuentra en reposo absoluto debido a su problema de salud.

5. Necesidad de descanso y sueño

Normalmente duerme 8 horas diarias por la noche, con 1 hora de siesta después de la comida. actualmente en su permanencia en el hospital refiere dificultad para conciliar el sueño llegando al insomnio, debido al dolor y a la preocupación que siente por su bebe. Cuando está en casa consigue relajarse viendo televisión y con masaje en cabeza y cuello, nunca ha usado ningún tipo de medicamento para dormir.

6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

Con buenos hábitos higiénicos, viste de acuerdo a su edad, embarazo y medio ambiente, refiere no necesitar ayuda para vestirse y desvestirse.

7. Necesidad de termorregulación

Su temperatura corporal se mantiene dentro de los límites normales.

8. Necesidad de higiene y protección de la piel

Con buenos hábitos higiénicos, baño general diario, aseo de dientes tres veces al día, usa aceite de bebé en su abdomen para evitar estrías, con pigmentación de la piel en ciertas áreas del cuerpo, con una cicatriz en abdomen por cesárea anterior, mucosa oral íntegra y bien hidratada.

9. Necesidad de evitar los peligros

Refiere no consumir drogas, alcohol, tabaco, café, ocasionalmente toma refresco de cola. Cuenta con servicios médicos para su atención (Hospital General), si se ha realizado revisión de sus mamas, aunque no lo hace con frecuencia; no considera que haya peligros para su seguridad dentro del hogar.

10. Necesidad de comunicarse

Expresa sus sentimientos fácilmente, mantiene buena relación con su familia, teniendo ciertas fricciones con un hermano sin llegar a afectar la relación familiar, conservando la confianza y respeto ante todo. No tiene limitaciones físicas que le impidan esta comunicación.

11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Practica la religión católica, la que considera como balance espiritual, acude a la iglesia 2 veces por semana en especial los domingos, tiene fe en sus creencias religiosas, creando cierto conflicto interno al vivir en unión libre con su pareja.

12. Necesidad de trabajar y realizarse

No realiza ninguna actividad laboral que le remunere un ingreso económico, depende totalmente de su pareja, aunque manifiesta el deseo de poder trabajar a futuro, entre sus planes está estudiar cultura de belleza.

13. Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas

Solo se dedica a las labores domésticas, como único pasatiempo es ver televisión, tiene la inquietud de hacer otras cosas pero no sabe que, aún cuando tiene tiempo disponible, últimamente su problema de salud es el que le impide realizar sus actividades habituales.

14. Necesidad de aprendizaje

Tiene el conocimiento de su problema de salud, pero piensa que no es suficiente y esto le ocasiona conflicto emocional pues teme perder a su bebé.

Ya obtenidos los datos se organizaron y clasificaron las necesidades considerando las dimensiones señaladas por Virginia Henderson: biológicas, sociológico, psicológico y cultural.

Lo anterior se realizó para identificar las fuentes de dificultad, que no son otra cosa que los obstáculos o limitaciones personales o del entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Estas fuentes de dificultad se denominan a continuación:

a) Falta de fuerza: interpretamos por fuerza, no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para

llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

b) Falta de conocimientos: es lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

c) Falta de voluntad: entendida como la incapacidad o limitación de la persona para comprometerse con una decisión adecuada a la situación, y en ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades y de esta manera conocer el grado de dependencia, que puede ser total o parcial.

3.3 Diagnóstico de enfermería

Para la integración de los diagnósticos de enfermería se tuvo que organizar y clasificar la información en necesidades con sus respectivas dimensiones lo cual facilitó el análisis para conocer tanto las fuentes de dificultad como los problemas que le afectaban, utilizando los formatos que más adelante se presentan.

Los tipos de diagnóstico que se estructuraron fueron real y potencial. Entendiéndose por diagnóstico real como la respuesta actual de una persona, una familia o una comunidad y se apoya en la existencia de características definitorias (datos objetivos y subjetivos) además de tener factores relacionados. Diagnóstico potencial son las respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona,

familia o comunidad vulnerables, no existen características definitorias (datos objetivos y subjetivos), solo de apoyo a los factores de riesgo (ecología).

La estructura de los diagnósticos fué con base al formato P.E.S.

P. Problema: es la respuesta del cliente a las alteraciones por los procesos vitales.

E. Etiología: describe los factores fisiológicos de situaciones de maduración causantes del problema o influyentes en su desarrollo y pueden ser la conducta del cliente, factores ambientales o una interacción de ambos.

S. Signos y síntomas: son características definitorias que se refieren a un conjunto de indicaciones derivadas de la valoración e indicativas de problema de salud.

Esto considera las etiquetas diagnósticas de la N.A.N.D.A. las cuales tienen coherencia teórica con el Modelo Conceptual de Virginia Henderson ya que fueron trabajadas con base a las necesidades. Es importante señalar que se hizo un análisis de las 14 necesidades valoradas en el cual se señala la independencia o el grado de dependencia el cual se presenta a continuación.

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

No.	NECESIDAD	I	TD	PD
1	Oxigenación.	x		
2	Nutrición e hidratación.	x		
3	Eliminación			x
4	Moverse y mantener una buena postura.			x
5	Descanso y sueño.			x
6	Uso de prendas de vestir adecuadas.	x		
7	Termorregulación.	x		
8	Higiene y protección de la piel.	x		
9	Evitar peligros.			x
10	Comunicarse.	x		
11	Vivir según las creencias y valores.	x		
12	Trabajar y realizarse.	x		
13	Jugar y participar en actividades recreativas.			x
14	Aprendizaje			x

I: INDEPENDIENTE

TD: TOTALMENTE DEPENDIENTE

PD: PARCIALMENTE DEPENDIENTE

De estas 14 necesidades fundamentales valoradas se identificó dependencia en 6 necesidades, las cuales fueron: eliminación, moverse y mantener buena postura, descanso y sueño, evitar peligros, jugar y participar en actividades recreativas y aprendizaje.

Para fines de titulación y por cuestiones de tiempo solo se presenta el análisis de 4 necesidades: descanso y sueño, moverse y mantener buena postura, eliminación (intestinal) jugar y participar en actividades recreativas.

GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES

DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL CLIENTE : A. P. M. N. 12 / 09 / 04

NECESIDAD AFECTADA: Descano y sueño

BIOLOGICA	PSICOLOGICA	SOCIAL	CULTURAL
Dolor obstétrico (embarazo 31 S.D.G. + A.P.P.) Facies de dolor. Cansancio postural. Limitación al movimiento. Insomnio.	Angustia por el bienestar del bebé. Estrés por la limitación al movimiento.	Ambiente poco familiar. Rutina hospitalaria (realización de procedimientos terapéuticos). <ul style="list-style-type: none"> • Vig. F.C.F. • Vig. Activ. Uterina. • Vig. Pérdidas vaginales. Distractores que no permiten reposo y sueño. <ul style="list-style-type: none"> • Clientes en trabajo de parto. 	Alteración de sus costumbres y posturas. <ul style="list-style-type: none"> • Hora de sueño. • Posición al dormir. • Ambiente de confort.

<input checked="" type="checkbox"/>	F. FUERZA
<input type="checkbox"/>	F. VOLUNTAD
<input type="checkbox"/>	F. DE CONOCIMIENTOS

<input type="checkbox"/>	TOTALMENTE DEPENDIENTE
<input checked="" type="checkbox"/>	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Dolor relacionado a factores lesivos: actividad uterina, manifestado por expresión verbal y facies de dolor.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración del patrón del sueño relacionado con interrupciones del sueño manifestado por cansancio postural, insomnio y limitación al movimiento.

GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES

DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL CLIENTE : A. P. M. N. 12 / 09 / 04

NECESIDAD AFECTADA: Moverse y mantener una buena postura

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
Actividad uterina (Embarazo 31 SDG + A.P.P.) Cansancio postural. Limitación al movimiento. Expresión verbal.	Temor a la pérdida del producto.	No desarrollo de su rol habitual.	Estilo de vida sedentario. Reposo absoluto.

<input checked="checked" type="checkbox"/>	F. FUERZA
<input type="checkbox"/>	F. VOLUNTAD
<input type="checkbox"/>	F. DE CONOCIMIENTOS.

<input type="checkbox"/>	TOTALMENTE DEPENDIENTE
<input checked="checked" type="checkbox"/>	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la movilidad física relacionado con actividad uterina manifestado por cansancio postural, limitación al movimiento y expresión verbal.

GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES

DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL CLIENTE : A. P. M. N. FECHA: 12 / 09 / 04

NECESIDAD AFECTADA: Eliminación (Intestinal)

BIOLOGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
Frecuencia con que elimina las heces, 1 c/48 hrs. Presencia de heces duras. Dolor al defecar. Peristalsis disminuida.	Estrés por la estancia hospitalaria. Temor al dolor anticipado en el momento de la evacuación.	Modificaciones en su rutina diaria . <ul style="list-style-type: none"> • Horario para ir al baño. • Tipo de dieta. • Limitación al movimiento. Falta de intimidad. <ul style="list-style-type: none"> • Sala de toco compartida con 6 clientes 	Cambios en su estilo de vida y el desconocimiento de medidas para solucionar su problema. <ul style="list-style-type: none"> • Uso del cómodo. • Tiempo necesario para la eliminación intestinal.

- | | |
|---|---------------------|
| x | F. FUERZA |
| | F. VOLUNTAD |
| x | F. DE CONOCIMIENTOS |

- | | |
|---|--------------------------|
| | TOTALMENTE DEPENDIENTE |
| x | PARCIALMENTE DEPENDIENTE |

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de la eliminación Intestinal: estreñimiento, relacionado con reposo en cama y dieta baja en líquidos manifestado por presencia de evacuaciones duras, dolor al defecar y peristalsis disminuida.

3.4 Planeación

Una vez identificados los problemas del cliente y establecido los diagnósticos de enfermería se prepara un proceso de atención y se establecen los resultados esperados (objetivos) que no son otra cosa que cambios proyectados en el estado de salud del paciente, situación clínica o en su conducta como resultado de las intervenciones.

Con base al diagnóstico de enfermería y las fuentes de dificultad se seleccionó el rol de enfermería el cual según Virginia Henderson pueden ser:

a) Ayuda: la enfermera da apoyo al paciente para recuperar su independencia.

b) Suplencia: en su estado de enfermedad grave, la enfermera puede considerarse como un sustituto de lo que le hace falta al paciente para sentirse "completo" o independiente.

c) Acompañamiento: como compañera y orientadora, la enfermera imparte educación sobre la salud al paciente y la familia, formulan el plan de cuidados, lo ejecutan y lo evalúan.

ayudando al cliente a través de intervenciones de enfermería independientes, dependientes e interdependientes:

a) **Independientes:** son aquellas actividades que se encuentran en el campo de acción específico de enfermería, por lo tanto no requieren de prescripción médica.

b) **Dependientes:** son actividades delegadas por el médico y que la enfermera realiza siguiendo un protocolo de atención.

c) **Interdependientes:** son aquellas que se realizan en colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario, quedando incluida en este rubro la prescripción médica.

En el formato de Plan de Atención se incluyó el objetivo, metas, criterios de evaluación o de resultado y la fundamentación de las intervenciones de enfermería:

A continuación se presentan los planes de atención.

PLAN DE ATENCIÓN

INICIALES DEL CLIENTE : _____ A. P. M. N. _____ FECHA: _____ 12 / 09 / 04 _____

NECESIDAD AFECTADA: _____ Descanso y sueño _____ DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Dolor relacionado a factores lesivos: actividad uterina, manifestado por expresión verbal y facies de dolor.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración del patrón del sueño relacionado con interrupciones del sueño manifestado por cansancio postural, insomnio y limitación al movimiento.

OBJETIVO: Disminuir el dolor y proporcionar un ambiente que favorezca el sueño.

	TOTALMENTE DEPENDIENTE
X	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

X	ROL DE AYUDA
	ROL DE SUPLENCIA
	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

NECESIDAD AFECTADA:

Descanso y sueño

HOJA No:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Dolor relacionado a factores lesivos: actividad uterina, manifestado por expresión verbal y facies de dolor.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alleración del patrón del sueño relacionado con interrupciones del sueño manifestado por cansancio postural, insomnio y limitación al movimiento.

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Disminuir el dolor y que el cliente duerma por lo menos 4 horas continuas.	Disminuir el dolor y en consecuencia la actividad uterina Ambiente hospitalario adecuado. Sueño de 2 a 4 horas continuas.	Apoyo psicológico (I.I.) Administración y ministración de analgésicos, butilhiocina 1 amp. I.V. c/6 horas. (I. D.) Administración y ministración de utero inhibidores sol. Gluc. 5 % 500ml + 5 amp. De orciprenalina pasar 10 gotas x' (I.D.)	El bienestar emocional comprende un estado libre de tensiones, de estrés o de ansiedad lo que da como resultado un rápida mejoría física. Analgésico antiespasmódico que actúa a nivel del músculo liso del útero inhibiendo el espasmo (dolor) Beta mimético que actúa a nivel de los receptores beta del músculo uterino provocando relajación del mismo.	Durante la estancia del cliente en el servicio de toco-quirúrgico, no se logró el objetivo planeado, pero en su seguimiento al servicio de gineco-obstetricia la cliente refiere haber disminuido el dolor y por consecuencia la actividad uterina lo que le ha permitido poder dormir y descansar durante la noche.

I.I.	INTERV. INDEPENDIENTE
I.D.	INTERV. DEPENDIENTE
I. ITD.	INTERV. INTERDEPENDIENTE

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
		<p>Evitar procedimientos terapéuticos innecesarios (I.I.)</p> <p>Proporcionar técnica de relajación. (I.I.)</p> <p>Proporcionar cambios de posición. (I.I.)</p> <p>Ambiente de confort. (I.I.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • No ruidos. • Luz tenue. 	<p>La comprensión del procedimiento disminuye la calma y la ansiedad.</p> <p>La relajación ayuda al organismo a obtener una ausencia de tensión o activación en los 3 niveles de respuesta del mismo: fisiológico, conductual y cognitivo.</p> <p>La actividad muscular tiene efectos sobre las funciones del organismo tales como: respiración, circulación y eliminación. El tono muscular es un estado constante de contracción ligera y una propiedad de todos los músculos, el tono muscular se mantiene con el movimiento y el ejercicio.</p> <p>El ruido, la luz y el calor son estímulos molestos y dolorosos.</p>	

I.I.	INTERV. INDEPENDIENTE
I.D.	INTERV. DEPENDIENTE
I. ITD.	INTERV. INTERDEPENDIENTE

PLAN DE ATENCIÓN

INICIALES DEL CLIENTE : A . P . M . N . FECHA: 12 / 09 / 04

NECESIDAD AFECTADA: Moverse y mantener una buena postura DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la movilidad física relacionado con actividad uterina, manifestado por cansancio postural, limitación al movimiento y expresión verbal.

OBJETIVO: Que el cliente conserve la capacidad de movimiento al inhibirse la actividad uterina.

	TOTALMENTE DEPENDIENTE
X	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

X	ROL DE AYUDA
	ROL DE SUPLENCIA
	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

NECESIDAD AFECTADA: Moverse y mantener una buena postura HOJA No: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la movilidad física relacionado con actividad uterina, manifestado por cansancio postural, limitación al movimiento y expresión verbal

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
3 –7 días.	Que realice ejercicios pasivos dentro de sus limitaciones 15' diarios.	<p>Apoyo psicológico. (I.I.)</p> <p>Dar movilización parcial en cama mientras esté en reposo absoluto. (I.I.)</p> <p>Indicarle una posición adecuada. (I.I.)</p>	<p>El bienestar emocional comprende un estado libre de tensiones, de estrés o de ansiedad lo que da como resultado un rápida mejoría física.</p> <p>El tono muscular se mantiene con el movimiento y el ejercicio.</p> <p>La postura correcta mantiene el equilibrio entre los grupos de músculos antagonistas y solo se requiere de un mínimo de esfuerzo para mantener el cuerpo en alineación adecuada, proporciona además, comodidad al paciente y evita los malos efectos del reposo en cama.</p>	Durante la estancia de la cliente en el servicio de toco quirúrgico no se logró este objetivo pero en su seguimiento en su domicilio la cliente refiere caminar 30' diarios.

I.I.	INTERV. INDEPENDIENTE
I.D.	INTERV. DEPENDIENTE
I. ITD.	INTERV. INTERDEPENDIENTE

PLAN DE ATENCIÓN

INICIALES DEL CLIENTE : A. P. M. N. FECHA: 12 / 09 / 04

NECESIDAD AFECTADA: Eliminación (Intestinal) DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de la eliminación
Intestinal: estreñimiento, relacionado con reposo en cama y dieta baja en líquidos manifestado por presencia de evacuaciones
duras, dolor al defecar y peristalsis disminuida.

OBJETIVO: Que el cliente recupere la función intestinal.

	TOTALMENTE DEPENDIENTE
X	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

X	ROL DE AYUDA
	ROL DE SUPLENCIA
	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de la eliminación Intestinal: estreñimiento, relacionado con reposo en cama y dieta baja en líquidos manifestado por presencia de evacuaciones duras, dolor al defecar y peristalsis disminuida.

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
3 – 7 días.	<p>Presencia de heces blandas 1 c/24 hrs.</p> <p>Sensación de bienestar al momento de la evacuación.</p> <p>Peristalsis intestinal normal</p>	<p>Proporcionar un ambiente adecuado al momento de la evacuación (I.I.)</p> <p>Informar al cliente sobre la importancia de mejorar sus hábitos higiénicos- dietéticos durante el embarazo tomando en cuenta sus recursos económicos y respetando sus gustos alimenticios. (I.I.)</p> <p>Dar movilización parcial en cama (I. I.)</p>	<p>Un ambiente adecuado ayuda al organismo a desechar los residuos acumulados durante el catabolismo de los alimentos.</p> <p>Cada persona tiene un patrón único de eliminación fecal. Al valorar la eliminación fecal se debe tomar en cuenta varios puntos: edad, dieta, estilo de vida, ejercicio.</p> <p>Ayuda a mantener el tono muscular. La actividad estimula el peristaltismo y de esta forma facilita el movimiento del quimo a lo largo de colon.</p>	<p>Se espera que al egreso hospitalario la cliente tenga la información necesaria que le ayude a recuperar la función de eliminación intestinal.</p>

I.I.	INTERV. INDEPENDIENTE
I.D.	INTERV. DEPENDIENTE
I. ITD.	INTERV. INTERDEPENDIENTE

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Ateración de la eliminación Intestinal: estreñimiento, relacionado con reposo en cama y dieta baja en líquidos manifestado por presencia de evacuaciones duras, dolor al defecar y peristalsis disminuida

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
			<p>El uso de laxantes, masaje y deambulaci3n se encuentran contraindicados en esta cliente por el alto riesgo de aumentar la actividad uterina.</p>	

I.I.	INTERV. INDEPENDIENTE
I.D.	INTERV. DEPENDIENTE
I. ITD.	INTERV. INTERDEPENDIENTE

PLAN DE ATENCIÓN

INICIALES DEL CLIENTE : A. P. M. N FECHA: 12 / 09 / 04

NECESIDAD AFECTADA: Jugar y participar en actividades recreativas. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit de actividades recreativas, relacionado con el reposo en cama y la limitación al movimiento manifestado por aburrimiento y ocio.

OBJETIVO: Que la cliente participe en actividades recreativas.

	TOTALMENTE DEPENDIENTE
X	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

X	ROL DE AYUDA
	ROL DE SUPLENCIA
	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

NECESIDAD AFECTADA: Jugar y participar en actividades recreativas. HOJA No: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit de actividades recreativas, relacionado con el reposo en cama y la limitación al movimiento manifestado por aburrimiento y ocio.

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
De 1 –3 días.	Participe en actividades recreativas dentro y fuera del hospital.	<p>Informar a la cliente de actividades recreativas y ocupacionales que no implican mucho movimiento, ni riesgo para la salud y que estén acordes con sus gustos, capacidades y recursos. (I.I.)</p> <p>Investigar con la trabajadora social acerca de actividades recreativas permitidas en el hospital. (I.I.)</p>	<p>La recreación es una necesidad básica para todo ser humano en cualquier etapa de la vida.</p> <p>El apoyo en un equipo multidisciplinario de salud ofrece mejores perspectivas al cliente.</p>	Que la cliente sepa que actividades puede realizar que le permitan olvidar su problema de salud y hacer más agradable su estancia dentro y fuera del hospital.

I.I.	INTERV. INDEPENDIENTE
I.D.	INTERV. DEPENDIENTE
I. ITD.	INTERV. INTERDEPENDIENTE

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 sino también experiencia y habilidades desarrolladas.

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

CONCLUSIONES

En la actualidad las Teorías y Modelos nos sirven como guía para la realización de nuestra práctica diaria de enfermería, cada una con sus limitaciones y enfoque muy particular generan conocimientos que apoyados en un método que no es otro que el Proceso de Atención de Enfermería, integran la base de la enfermería profesional.

La aplicación del PAE es una realidad ya, se ha convertido en parte vital del quehacer diario de la enfermera ya que nos permite llevar a cabo un proceso de reflexión para la toma de decisiones, también permite implementar y poner en práctica un plan de cuidados mediante el cual se da al cliente un trato más personalizado, desarrollando habilidades como la entrevista y la exploración física.

El contenido de este trabajo fué estructurado teniendo como base el modelo conceptual de Virginia Henderson que se sustenta en las 14 necesidades básicas del ser humano el cual fundamenta la orientación general para proporcionar un cuidado individual e integral. Su aplicación permite identificar las necesidades alteradas y su grado de dependencia.

La realización de este estudio fué un trabajo arduo, ya que se tuvo que vencer las dificultades no tanto para el acceso al cliente sino para el acceso a la información. Se tuvo que luchar con el gremio mismo ante la resistencia a la aplicación del proceso y de un modelo, pese a que algunos de ellos son conocidos y llevados a la práctica en la actualidad.

Es aquí donde el papel de las herramientas tecnológicas se vuelve imprescindible. De manera general, los estudios profesionales requieren de una óptima gestión del tiempo y los recursos. El uso de internet facilitó significativamente, no obstante las condiciones anteriormente mencionadas, la búsqueda de información y la comunicación con otros profesionales; así mismo la utilización de procesadores de texto, hoja de cálculo y aplicación para el manejo de gráficos hicieron posible la creación, edición y compartición de este documento bajos los estándares solicitados por la E. N. E. O.

Se espera en un futuro no muy lejano que el mayor número de enfermeras acepte y ponga en práctica la aplicación del Proceso y Modelos de enfermería comprometiéndonos como gremio y lo que es más importante comprometiéndonos con el cliente mismo.

Finalmente se espera que la aplicación del P.A.E. y el Modelo de Virginia Henderson en el Estudio de Caso cumpla con los requerimientos parcial o total para la obtención del título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia de forma satisfactoria.

BIBLIOGRAFÍAS

ENEO-UNAM. MÉXICO. Antología. "Docencia en Enfermería". México 2004. P. 299.

ENEO-UNAM. MÉXICO. Antología. "Fundamentación Teórica para el Cuidado". México. 2004 P. 423.

ENEO-UNAM. MÉXICO. Antología. "Sociedad, Salud y Enfermería". México. 2003 P. 313.

ENEO-UNAM. MÉXICO. Antología. "Teorías y Modelos para la Atención de Enfermería". México. 2002 P. 331.

ENEO-UNAM. MÉXICO. Antología. "Crecimiento y desarrollo". Tomo II, México, 2000 P. 314.

GARCÍA, GONZALEZ. Ma. de Jesús. "El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson" Editorial Progreso de México. ENEO-UNAM. MÉXICO. D. F. 1997 P. 321.

L. J. CARPENITO. "Manual de Diagnóstico de Enfermería". Ed. McGraw-Hill Interamerica. 5ta. Ed. México 1995 P. 638.

LEDEZMA, P. Ma. del Carmen "Fundamentos de Enfermería", Ed. Limusa, 1ra Ed. México. D. F., 1999. P. 369.

MARRINER Ann. et. al. "Modelos y Teorías de Enfermería" Ed. Mosby-Doyma. 3ra. ed. Madrid España. 1997. P. 600.

RODRÍGUEZ, S. Bertha Alicia. "Proceso Enfermero", Aplicación Actual. Ed. Cuellar. 2da. Ed. Guadalajara, Jal. 2001. P 277.

WESLEY, R. L. "Teorías y Modelos de enfermería" Ed. McGraw-Hill. Interamericana, 2da. Ed. México 1997. P. 180.

ANEXO

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

El (la) que suscribe A. P. M. N. .

Por medio del presente **DECLARO** que he sido debidamente informado(a) por mi enfermera el C. **ESTHER GUADALUPE BECERRA VALDEZ**.

Quien me ha explicado todo sobre la aplicación del Proceso de Enfermería, Valoración de Necesidades e intervenciones de enfermería.

Por lo que los acepto con toda la libertad y con pleno conocimiento y **NO** tengo inconveniente para que se realicen en mi persona los procedimientos que éticamente estén encaminados a mejorar la salud.

Firma de consentimiento

Mazatlán, Sinaloa 12 de Septiembre de 2004

ANEXO 2 **HOSPITAL GENERAL "DR. MARTINIANO CARVAJAL"**
HOJA DE ENFERMERÍA DEL ÁREA QUIRÚRGICA

1/2

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____ FECHA _____
 DX. PRE-OPERATORIO _____
 CIRUGÍA REALIZADA _____
 CIRUJANO _____ AYUDANTE _____ ANESTESIOLOGO _____
 TIPO DE ANESTESIA _____ ENF. RECUP. O LABOR _____
 ENF. INSTRUMENTISTA _____ ENF. CIRCULAT _____
 NO DE SALA _____ H. INICIO DE ANESTESIA _____ H. O. CIRUGÍA _____ T.C. _____
 ALERGIA DEL PACIENTE A _____
 MOTIVO DE SUSPENSIÓN DE CIRUGÍA _____

SIGNOS VITALES					KARDEX			
HORA	T.A.	F.C.	RESP.	TEMP.	HORA	MEDIC. Y SOLUC.	DOSIS	VIA

CUENTA TEXTIL		HORA RELEVO		SONDA	
	CANTIDAD	INTRUMENTISTA		ORGANO O BIOPSIA	
GASAS		CIRCULANTE		EST. PATOLOGÍA: SI ___ NO ___	
COMPRESAS		VERIFICACIÓN TEXTIL		ESTUDIOS R.X. LABORATORIO	
OTROS		GASAS:		REALIZADOS:	
COMPLETA	SI _____ NO _____	COMPRESAS:		PENDIENTES A REALIZAR:	
		OTROS		PENDIENTES RECABAR:	

R/N _____ EDAD _____ SEXO _____ H.N. _____
 PESO _____ PC _____ PT _____ PA _____ TALLA _____ PIE _____ TAMIZ _____

NOTAS DE ENFERMERÍA

PRE-OPERATORIO O PRE-PARTO	TRANS-OPERATORIO O TRANS-PARTO	POST-OPERATORIO O POST-PARTO

RECUPERACIÓN:
 TRASLADO A _____ HORA _____
 ESTADO DE CONCIENCIA _____ TA _____ FC _____ RESP _____ TEMP _____
 ENF. ENTREGA _____ ENF. RECIBE _____

HOSPITAL GENERAL DE MAZATLÁN "DR. MARTINIANO CARVAJAL"
HOJA DE ATENCIÓN DEL PARTO

1/1

NOMBRE _____	NO. EXPEDIENTE _____
EDAD _____	FECHA _____

ANTECEDENTES								VILANCIA PRENATAL	
GESTAS	PARTOS	CESÁREAS	ABORTOS	F.U.R.	SEMANAS DE GESTACIÓN	GPO. SANG. Y RH			
							SI		
							NO		

DIA MES AÑO

DATOS IMPORTANTES DE LA GESTACIÓN ACTUAL

DATOS CLÍNICOS AL INGRESO

HOJA DE INGRESO _____

INICIACIÓN CONTRACCIONES: CON DOLOR _____ CONTRACCIONES EN 10 MINS _____ TONO _____

HEMORRAGIA _____ EDEMA _____

RESPIRACION _____ TEMP _____ PULSO _____ TA _____

FOCO FETAL Y ALTURA DEL ÚTERO	DILATACIÓN Y POSICIÓN	ALTURA DE LA PRESENTACIÓN

MOVIMIENTOS FETALES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> LATIDO FETALES _____ X MIN _____ BOLSA <input type="checkbox"/> INTEGRAL <input type="checkbox"/> ROLA <input type="checkbox"/> RUPTURA <input type="checkbox"/> EXP <input type="checkbox"/> ART <input type="checkbox"/> HORA DE RUPTURA _____	CUELLO UTERINO DILATACIÓN _____ CM BORRAMIENTO _____ % POSICIÓN _____ CONSISTENCIA _____	LÍQUIDO AMNIÓTICO ASPECTO NORMAL <input type="checkbox"/> HEMORRÁGICO <input type="checkbox"/> MECONIAL <input type="checkbox"/>
--	---	--

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

EVOLUCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

2/2

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

HORA	RESP.	TEMP.	PULSO	TA	CONTRA-DICCIONES		LATIDOS FETALES	POSICIÓN Y VARIEDAD	ALTURA PRESENTACIÓN	CUELLO UTERINO		RUPTURA DE LA MEMBRANA	
					X10'	TONO				BORRAMIENTO	DILATACIÓN	ESP	ART

INDICACIONES:

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

HORA	RESP.	TEMP.	PULSO	TA	CONTRA-DICCIONES		LATIDOS FETALES	POSICIÓN Y VARIEDAD	ALTURA PRESENTACIÓN	CUELLO UTERINO		RUPTURA DE LA MEMBRANA	
					X10'	TONO				BORRAMIENTO	DILATACIÓN	ESP	ART

INDICACIONES:

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

HORA	RESP.	TEMP.	PULSO	TA	CONTRA-DICCIONES		LATIDOS FETALES	POSICIÓN Y VARIEDAD	ALTURA PRESENTACIÓN	CUELLO UTERINO		RUPTURA DE LA MEMBRANA	
					X10'	TONO				BORRAMIENTO	DILATACIÓN	ESP	ART

INDICACIONES:

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

HORA	RESP.	TEMP.	PULSO	TA	CONTRA-DICCIONES		LATIDOS FETALES	POSICIÓN Y VARIEDAD	ALTURA PRESENTACIÓN	CUELLO UTERINO		RUPTURA DE LA MEMBRANA	
					X10'	TONO				BORRAMIENTO	DILATACIÓN	ESP	ART

INDICACIONES:

OBSERVACIONES

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO
