



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

39

SOBRE

**"CUIDADOS A LA MUJER CON
ALTERACIONES NEOPLÁSICAS"**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

Marta Candelaria Ebergenyi Hernández

No. CUENTA 9368054-1

ASESORA

Lic. Margarita Cárdenas Jiménez

NOVIEMBRE DE 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION	
I. JUSTIFICACION	4
II. OBJETIVO	5
III. METODOLOGIA	5
IV. MARCO TEORICO	6
1. ANTECEDENTES HISTOICOS DE VIRGINIA HENDERSON	8
2-CONSEPTUALIZACION DE ENFERMERIA	10
a)- TEORIA	11
b)- MATAPARADIGMA	13
c)- PROCESO DE ENFERMERIA	15
3-CONCEPTO DE CUIDADO	
4-PROPUESTA TEÓRICA DE VIRGINIA HENDERSON	18
a)- ANTECEDENTES	18
b)- CONCEPTOS BÁSICOS DE VIRGINIA HENDERSON	18
1)- PERSONA	18
2)- SALUD	18
3)- ROL PROFECIONAL	18
4)- ENTORNO	18
5)- ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL P. A. E.	19
a)- HISTORIA	19
b)- ETAPAS	21
1)- VALORACIÓN	23
2)- DIAGNOSTICO	24
3)- PLANIFICACIÓN	26
4)- EJECUCIÓN	30
5)- EVALUACIÓN	32
c)- ETAPAS DE EVALUACIÓN	33

- OBJETIVO DEL PROCESO DE ENFERMERIA	34
- CARACTERISTICAS	37
- VENTAJAS	38
-PROCESO DE VIRGINIA HENDERSON	39
- POSTULADOS	39
-VALORES	40
7.- CARACTERÍSTICAS FÍSICAS Y PSICOLÓGICOS DE LA MUJER CON PROBLEMAS NEOPLASICOS	47
V- APLICACIÓN DEL PROCESO	47
1)- RESUMEN VALORATIVO	47
2)- JERARQUIZACION DE LAS NECESIDADES	52
3)-REGISTRO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	55
4)- EVALUACIÓN DEL LOGRO DE LOS OBJETIVOS	57
5)- PLAN DE CUIDADOS	64
6)- EVALUACIÓN	81
7)- PLAN DE ALTA	82
VI- CONCLUSION	83
VII- SUGERENCIA	85
- BIBLIOGRAFIA	86
- ANEXOS	88
- FORMATOS DE VALORACIÓN	
1)- FORMATO DE VALORACIÓN DIAGNOSTICA DE ENFERMERIA	89
2)- FORMATO DE VALORACION DIAGNOSTICA DE ENFERMERIA REALIZADO	105
3)- FORMATO DE PLAN INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	121
4) FORMATO DE PLAN DE INTERVENCION DE ENFERMERIA REALIZADA.	122

I.- JUSTIFICACIÓN.

Este proceso de atención de enfermería se realiza para favorecer los cuidados adecuados a las mujeres que presentan alteración neoplásica; para facilitar y proveer una atención integral de calidad y calidez, durante la estancia hospitalaria, este modelo será aplicado a otras mujeres con esta alteración para que tengan mayor satisfacción en sus necesidades Bio-Psico-Sociales, también para que se le brinde una orientación necesaria precisa y concisa del cuidado en el hogar.

Durante el desarrollo de las labores cotidianas y dentro de la institución hay que empoderarnos cada día más de los conocimientos de la enfermería y lograr obtener un desarrollo profesional excelente.

Por experiencia de trabajo anteriores, por la realización de un proyecto que fue presentado al ACNUR donde se obtuvieron beneficios económicos para la instalación de una clínica de displasia en la ciudad de Comitán y como un modelo de seguimiento a las mujeres con estas alteraciones neoplásicas de escasos recursos económicos, Lo cual motiva a realizar este proceso con el propósito de que sirva de modelo para el cuidado futuro de otras mujeres.

II.- OBJETIVO

Proporcionar cuidados integrales a la mujer con alteraciones neoplásicas a través del proceso de atención de enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson.

Específicos

Valorar las necesidades de salud de las señora con el propósito de jerarquizar sus necesidades

III.- METODOLOGÍA

El presente proceso de enfermería se aplicó a una señora joven en edad fértil, que presento una alteración neoplásica.

Previamente se realizó una investigación bibliográfica exhaustiva del proceso de enfermería y del modelo de Virginia Henderson que fue utilizado, constituyendo el marco que sustenta ambos aspectos.

Este proceso se lleva a cabo en el hospital regional " Dr. Rafael Pascasio Gamboa" en la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas del 12 al 17 de mayo del año 2000. de 14 a 18 hrs. Diarias, sumando un total de 24 hrs. en la realización de visitas de seguimiento se utilizaron en promedio 18 hrs.

Durante el tiempo que se efectuó el proceso de enfermería se estableció una comunicación estrecha, armoniosa y de mucha comprensión y paciencia con los familiares así como el personal que labora en dicho servicio con el objetivo de que conjuntamente se determinara tanto el plan de cuidados como la ejecución, evaluación y a la vez de que exista continuidad en los diferentes turnos de enfermería respecto al mismo proceso; esta comunicación se llevó a cabo de manera verbal y escrita registrada en la hoja de enfermería para que al día siguiente se pudiera hacer una evaluación al plan de cuidados y la ejecución del mismo, para ratificarlo y rectificarlo en las próximas horas.

II.- OBJETIVO

Proporcionar cuidados integrales a la mujer con alteraciones neoplásicas a través del proceso de atención de enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson.

Específicos

Valorar las necesidades de salud de las señora con el propósito de jerarquizar sus necesidades

III.- METODOLOGÍA

El presente proceso de enfermería se aplicó a una señora joven en edad fértil, que presento una alteración neoplásica.

Previamente se realizó una investigación bibliográfica exhaustiva del proceso de enfermería y del modelo de Virginia Henderson que fue utilizado, constituyendo el marco que sustenta ambos aspectos.

Este proceso se lleva acabo en el hospital regional " Dr. Rafael Pascasio Gamboa" en la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas del 12 al 17 de mayo del año 2000. de 14 a 18 hrs. Diarias, sumando un total de 24 hrs. en la realización de visitas de seguimiento se utilizaron en promedio 18 hrs.

Durante el tiempo que se efectuó el proceso de enfermería se estableció una comunicación estrecha, armoniosa y de mucha comprensión y paciencia con los familiares así como el personal que labora en dicho servicio con el objetivo de que conjuntamente se determinara tanto el plan de cuidados como la ejecución, evaluación y a la vez de que exista continuidad en los diferentes turnos de enfermería respecto al mismo proceso; esta comunicación se llevó acabo de manera verbal y escrita registrada en la hoja de enfermería para que al día siguiente se pudiera hacer una evaluación al plan de cuidados y la ejecución del mismo, para ratificarlo y rectificarlo en las próximas horas.

IV.- MARCO TEÓRICO

1.- Antecedentes históricos de enfermería

De acuerdo a los antecedentes se dice que las mujeres eran encargadas de prestar atención al enfermo en un lugar determinado.

La primera orden de enfermería fueron las hermanas Ernestina y se fundo en la edad media fue la primera que se creo al servicio del público.

Con la llegada de Florencia Nightingale, durante la guerra de Crimea (1854 – 1856), los esfuerzos de Florencia lograron que la enfermería se convirtiera definitivamente en una profesión respetada y se luchara por la limpieza y la comodidad de los hospitales, Nightingale, trabajó a favor de la educación del pueblo enseñándole a tomar medidas sanitarias.

En (1775 – 1783) una organización importante fue Norsesociety of Philadelphia, que ofrecía las mujeres la instrucción mínima de obstetricia necesaria para ayudar a las parturientas. En 1800 pusieron en marcha la escuela de enfermería con planes y programas de formación adecuada.

Isabel Hampton Robb, joven maestra de Canadá escribió el libro de texto básico que fue utilizado por todas las escuelas de enfermería de América.

En (1908) se fundó la nacional asociación Of Colored Gradiute Nurses; gracias a su grupo de enfermeras quienes opinaban que una organización podía llegar muy lejos .

En los años 20 Rockefeller, Suruey (committec of the st udr of Nursions Educación), propuso la separación de la escuela de enfermería y los hospitales y la adecuación a nivel universitario, en los años 40' se hizo hincapié a favor de las especialidades clínicas para los profesionales de las escuelas y universidades.

Los programas más avanzados desarrollaron especialidades en: administración, docencia, salud pública y supervisión.

Estas enfermeras son responsables del aumento de su conocimiento y competencia clínica y de la mejor en la calidad de los cuidados de enfermería y la calidad de organización del aprendizaje y la investigación (Mcphail 1971).

Desarrollo de la profesión

Una profesión requiere ciertos conocimientos destrezas y preparación especial. La vocación en el trabajo que se realiza regularmente es aquella tarea agradable que se le proporciona especialmente a una persona.

(Styles, 1983), explico que las organizaciones de enfermería deben realizar las siguientes funciones para preservar y desarrollar la profesión:

1.- Definición y regulación profesional mediante el establecimiento y cumplimiento de los criterios de educación y práctica para la enfermera general y especialista, esta regulación se llevó acabo en Estados Unidos y Canadá gracias a la licenciatura, la certificación y la recertificación.

El control se consiguió a través de la adopción de determinados códigos éticos y normas de conductas (Styles 1983), (1970) More y Roseblum identificaron 6 elementos:

- a) poseer una teoría sistemática
- b) ejercer autoridad dentro de su campo
- c) Mantener un alto prestigio
- d) Poseer un código ético
- e) Tener una cultura profesional
- f) Conseguir remuneraciones suficientes

Miller, por su parte sostiene que los elementos imprescindibles para alcanzar la profesionalidad de la enfermería son:

- 1.- Alcanzar un cuerpo de conocimiento dentro del ámbito universitario y una orientación científica en la graduación.
- 2.- Conseguir las competencias necesarias para resolver el diagnostico y tratamiento de las respuestas humanas frente a los problemas de salud potenciales y actuales delimitar y especificar totalmente las técnicas y

competencias. (Miller 1985).

En los años 50 el aumento de los fondos federales y al apoyo federal ayudaron a establecer centros de investigación de enfermería, en 1952, se fundo Nursing Rescarch, la primera revista para publicar los primeros hallazgos de estos estudios en los años 60, los estudios se dirigieron hacia la naturaleza y la veracidad de los conocimientos básicos en los que se apoyaba la práctica de la enfermería (Gorther 1980), durante los años 70 y 80 la investigación se aplicó ampliamente.

The ANA Comisión on Nursing Research, identifico las siguientes prioridades para la investigación de enfermería.

- 1.- Promover la salud y prevenir la enfermedad
- 2.- Disminuir el impacto negativo de los problemas de salud haciendo frente a las habilidades, productividad y satisfacción.
- 3.- Desarrollar estrategias para aportar unos cuidados de enfermería eficaces a grupos de alto riesgo
- 4.- Desarrollar sistemas económicamente equilibradas para el aporte del cuidado de enfermería.

Miller, establece que el grado que aspira una enfermera como profesional se refleja en 5 compromisos.

- 1.- Asesora, planea, realiza y evalúa la teoría la investigación y la práctica de enfermería.
- 2.- Acepta, apoya y mantiene la independencia de la teoría, la investigación y la práctica
- 3.- Comunica y difunde conocimientos teóricos prácticos y hallazgos de investigación al equipo de enfermería.
- 4.- Mantiene la orientación de la enfermería hacia el servicio de los demás, a los ojos del público.

Esta orientación diferencia en la enfermería de un trabajo que busca básicamente un beneficio.

- 5.- Cuida y apoya la organización profesional como la referencia principal.

Antecedentes de Virginia Henderson.

Virginia Henderson, nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos, vivió su infancia y adolescencia en Virginia, ya que su padre era abogado en Washington, D.C.

Durante la primera Guerra Mundial, Henderson desarrolló su interés por la Enfermería, y en 1918, ingreso en la Army School of Nursing de Washinton, D.C. Se graduó en 1921, aceptando el puesto de Enfermera en el Hanry Street Visitaing Nurse service de Nueva York.

En 1922, inicio su actividad como profesora de Enfermería en el Norfolk protestan hospital de Virginia, 5 años después ingreso a Taacher's College de la Universidad de Colombia, donde obtuvo los títulos de B.S. Y ,A. en formación de enfermería en el strong memorial.

Henderson tenia en su haber una larga carrera como autora a investigadora y reescribió la 4ª. Edición de la obra de Berhta Harmer, textbook of the principales and Practice of Nursing, La 2ª. Edición de este libro se publicó en 1955 y contenía la definición de Virginia Henderson sobre Enfermería.

“La única función de la Enfermería es asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recopilación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por si mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayuda recobrar su independecia de la forma más rápida posible. (Mariner, 1996).

La cristalización de sus ideas surge en una publicación de 1956, en el libro the nature of Nursing, en el define la función propia de la Enfermería de la siguiente forma.

2.- CONCEPTUALIZACION DE ENFERMERIA

1.- Conceptualización de Enfermería

Las diferentes teorías han definido a la Enfermería;

Florencia Neghtingale, en su obra citada *Notes on Nursing What it is and What it is not*. Que fue publicado en 1855.

Ella decía, que la esencia que la enfermera tiene que hacer es dejar al "paciente en las mejores condiciones posibles por que la naturaleza siga su curso"

1.- Taylor – ella acepto la definición de enfermería como: "La adaptación de la terapia prescrita y el tratamiento previo del individuo según sus necesidades físicas y psicológicas específicas" (1934). También dijo " la verdadera naturaleza de la enfermera, solo puede transmitirse a través de ideas, amor, simpatía, conocimientos, cultura, expresados mediante la práctica de procedimientos artísticos y relaciones humanas."

La teoría de Orlando de la Yale University School of Nursing. Cuando escribió *The Nursing-Patient Relationship*, y se dio a conocer. Definición provisional de enfermería la función principal de la enfermera es capacitar a los pacientes para utilizar las medidas sanitarias disponibles o preceptos el objetivo principal era la enseñanza y la investigación (1959). Doris Griston considera a la enfermería como : el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual la enfermera junto con la persona beneficiaria de estos cuidados , identifican metas comunes para realizar y mantener la salud.

Dorothea Orem . por su parte explica: son las acciones que tienen por objeto vencer o prevenir el desarrollo de limitaciones, en el autocuidado, o proporcionar un cuidado propio terapéutico a los individuos que son incapaces de hacerlo por si mismo.

Enfermería: es una profesión orientada a cuidar en contraste con otras disciplinas de salud orientadas a curar " tocarse" . enfermería " (Henderson 8:15)

- es una disciplina cuyo objeto de estudio es el cuidado a la salud de la persona sana o enferma, en su división integral con el propósito de que realice sus capacidades y potencialidades para la vida.
- Descansar durante el día por espacio de dos horas.
- No realizar tareas pesadas.

Melleis por su parte las agrupa según su origen y la influencia paradigma que tuvieron:

Teorías basadas en las necesidades humanas: Veintiun problemas de enfermería (Abdellah), definición de enfermería (Henderson), Teoría del déficit del autocuidado (Orem).

Teoría basadas en las interacciones humanas: Enfermería psicodinámica (peplau), Melleis, Teoría de la respuesta profesional disciplinada (Orlando), Modelo de relación humano humano (Travelbee).

Teorías basadas en los resultados del cuidado de enfermería: Seres humanos unitarios (Rogars), Modelo de sistemas de conducta (Jonson), Cuatro principios de conservación (Levine), Modelo de adaptación (Roy).

Un modelo de atención, es la presentación esquemática de la realidad, permite la manipulación de los conceptos de una teoría antes de someterlos a la verificación en la práctica, son flexibles, se ajustan a una realidad específica, pueden surgir varios modelos sustentados en una teoría, los modelos pueden ser estudiados, comprobados y teorizados para construirse en una teoría; Susan Leddy, apunta que la importancia de los modelos para la práctica de enfermería radica en que somete a prueba a través de la investigación, las relaciones propuestas por el modelo efectúa un análisis descriptivos de los cambios del individuo y modifica el cuidado a través de la clasificación de la información que es útil durante el proceso de enfermería.

Definición de Enfermería:

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

Esta definición incorpora los cuatro conceptos del Metaparadigma de enfermería: persona, entorno, enfermería y salud.

(fawcett 1984)

Definición de Hatlarmer de 1922 comienza así:“ la enfermería se basa en las necesidades de la humanidad”.(Henderson, 1994.)

LOS CONCEPTOS BÁSICOS DE VIRGINIA HENDERSON

PERSONA

El concepto de persona es la representatividad para llevar a cabo los cuidados de enfermería.

Persona.- es definida como uno o más seres humanos y representa un todo único y complejo que se vislumbra como un ente biológico, físico, psicológico, social, económico y espirituale.

Entorno.- está siempre vinculado con la persona, y está definido como un mundo único de cada persona y esta relacionado con el medio ambiente físico socioeconómico y psicológico en el cual la persona se relaciona .Este entorno es individual para cada persona.

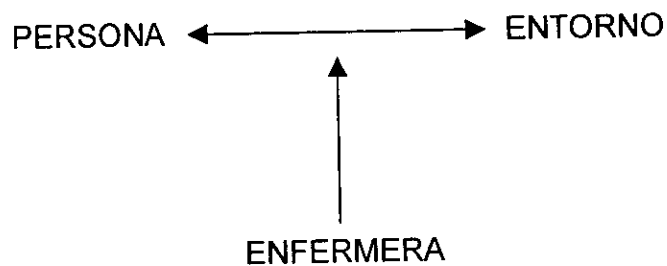
Enfermería se relaciona con personas en el contexto de su entorno.

Cuando se interviene como enfermeras profesionales hay que reconocer la existencia de este mundo único y entenderlo.

Es importante entender que la esencia de la Enfermería reside en nuestra habilidad de conectarnos o involucrarnos con las personas en el contexto de su mundo único.

Es esta forma de conexión y vinculación que la enfermera asiste a la persona a movilizar fuerzas para el proceso de salud.

Este vínculo interactivo entre persona y enfermera se da, es cuando los tres conceptos básicos del Metaparadigma de Enfermería se encuentran.



Las enfermeras se involucran con la persona en el contexto de su mundo único para lograr su salud.

SALUD.

Salud es definida como un estado de bienestar biológico, físico, psicológico, y socioeconómico estos aspectos de la salud forman una totalidad que constituyen el bienestar general de una persona o de una sociedad.

La definición de salud se puede dar individualmente o colectivamente, y no existe una definición única, universal de salud.

Una definición óptima incorpora las perspectivas y necesidades individuales (de la persona como también las colectivas (de la sociedad) , incluyendo el equipo de salud dentro de la sociedad. Es también importante entender que una misma persona puede definir la salud de una manera distinta de acuerdo a tiempos y circunstancias cambiantes.

Las enfermeras que entienden más la relación entre la persona y su entorno o mundo único, se conectan mejor y logran mejores resultados en asistir a personas a movilizar fuerzas para alcanzar un estado óptimo de salud.

Salud.- la salud representa calidad de vida.

La salud es necesaria para el funcionamiento humano.

La salud requiere independencia e interdependencias.

La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.

Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. (Marriner, 1996)

ENTORNO.

Los individuos son capaces de controlar su entorno pero la enfermedad puede intervenir en esta capacidad y limitarla.

La enfermera debe tener formación en materia de seguridad

Las enfermeras deben de proteger a los pacientes de las lesiones mecánicas

Las enfermeras deben reducir las posibilidades de lesión a través de recomendaciones para la construcción de edificios, adquisición de equipamiento y mantenimiento

Las enfermeras deben conocer los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.(Marriner, 1996)

Es ruptura entre el cuerpo y el espíritu, entre el hombre y su entorno apoderada en las sociedades occidentales, la multiplicación de las técnicas de investigación y de curación centradas en la enfermedad, han despejado poco a poco los interrogantes sobre las causas relacionadas con la forma de vida, las condiciones de vida o el deseo de existir.

Cada individuo tiene su propio entorno, su nicho ecológico de su grupo o etnia específico de cada persona,

Proceso de Enfermería

El término proceso de atención de enfermería (PEA) fue introducido por primera vez en 1975 por Hall; algunos enfermeras han descrito la ayuda de manera diferente del proceso.

Virginia Herdenson, en 1965, planteó que el proceso de enfermería era el mismo que el de las etapas del método científico.

El concepto Diagnóstico de enfermería se desarrolló en los años de 1950-1960, se aplicó a la identificación de los problemas y necesidades de las personas sanas o enfermas.

En 1973, Gabbie y Lavin de la Escuela de Enfermería de la Universidad de San Luis, fueron parte de la organización de la primera conferencia sobre clasificación de los Diagnósticos de Enfermería y se definió como: "La conclusión o juicio que tiene lugar como resultado de la valoración de enfermería" (bebbie y Lavin, 1975). A partir de entonces las conferencias vienen realizando cada 2 años (Kozier, 1996).

En 1982 el grupo de la conferencia aceptó el nombre de North American Nursing Diagnosis, Association (CANADA), reconociendo la participación y aportación de enfermeras canadienses.

Actualmente este grupo ha establecido y aceptado alrededor de 100 (cien) categorías diagnósticas (CANDA, 1990).

En 1982, el National Council of State Boards Nursing, definió y escribió cinco etapas del proceso de Enfermería; valoración, análisis, planificación, ejecución y evaluación.

En la literatura Española, los Diagnósticos de Enfermería tuvo su aparición en la década de los ochenta.

La asociación Española de Enfermería docente (AEEA), inició en 1988 una política de apoyo a la difusión del trabajo de la NANDA, Impartiendo una serie de temas por la profesora Carpenito, autora de varios libros y miembros de la NANDA; al mismo tiempo se llevaba a cabo un seminario de trabajo para la discusión y traducción del listado de la Taxonomía N/A (2)

Actualmente la AEED. Ha formado un nuevo grupo de trabajo tomando como base la tarea previa ha elaborado un documento que pretende:

- 1.- Dar a conocer el trabajo y funcionamiento de lo North American Nursing Diagnosis Assberati6n.
- 2.-Situat los diagn6sticos en el contexto en el que fueron concebidos dentro del proceso de atenci6n de Enfermeria.
- 3.- Aclarar la relaci6n existente entre los diagn6sticos de Enfermeria y los modelos de Enfermeria.
- 4.- Identificar los beneficios que pueden derivarse de su utilidad en los distintos 6mbitos de la profesi6n, asistencia, gesti6n e investigaci6n.

CUIDADO.

Cuidar es mantener la vida asegurado la satisfacci6n de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestaci6n.

Cuidar y vigilar representan un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por funci6n mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y reproducir la vida del grupo.

Cuidar es ante todo, un acto de vida, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir

que este de continuo y se reproduzca.

Los cuidados de costumbres y habilidades: **care** relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida.

Los cuidados de curación: **Cure** ** relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida.

Los cuidados de costumbre y habituales o cuidados de conservación y mantenimiento de la vida: **care** representan a todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida.

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

Existen también los cuidados de curación o tratamiento de la enfermedad: **cure**, garantizar la continuidad de la vida encuentro obstáculos o trabas, entre los principales son: la falta de recursos en energía alimenticia para mantener las funciones vitales. Esto fue el principal obstáculo de la vida durante miles de años, e incluso ahora para una gran parte de la población mundial.

Existen grupos sociales en las sociedades, a por sobrenutrición en los grupos que gozan de abundancia.

Los cuidados de curación tienen por objeto limitar la enfermedad, luchar contra ella y prevenir las causas. (Atteli. 1979)

4.- PROPUESTA TEORICA

En 1956 Virginia Henderson define que la función propia de la enfermera es "asistir al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por si mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia en la forma más rápida posible. (Fernández 1993))

A partir de esta definición, se observan conceptos y subconceptos del modelo Henderson tales como:

- **PERSONA**
- necesidades básicas

- **SALUD**
- Independencia
- Dependencia
- Causas de la dificultad o problema

- **ROLL PROFESIONAL**
- Cuidados básicos de enfermería
- Relación con el equipo de salud

- **ENTORNO**
- Factores ambientales
- Factores socioculturales

5.- PROCESO DE ENFERMERÍA (P.A.E.)

a) Antecedentes históricos:

El proceso de Enfermería (PE) es un método sistemático y racional de planificar y proporcionar cuidados de Enfermería, cuyo objetivo es identificar las necesidades de salud presentes y potencialidades de la persona, elaboración de planes para solucionar sus necesidades identificadas actuando en forma específica para resolverlas.

Se define como individuo: Persona, sana o enferma que requiere los cuidados o servicios de los que están recolectados y clasificados para proporcionarlos.

El termino personal, es aquella que realice los cuidados o servicios de salud y colabora para recuperar su propia salud.

Para desarrollar el PE. Deben de participar al menos dos seres. La Enfermera y la Persona y en algunas ocasiones se debe de involucrar a la familia y la comunidad. La Enfermera que, realizó el PE debe de poseer capacidades intelectuales, técnicas y de relación, tener durante la capacidad de comunicación, observación, expresión de interés, comprensión y apoyo y ser capaz de transmitir su sentir y convencer a las personas para llevar a cabo las acciones, Respetando la individualidad de cada ser.

El proceso de Enfermería consta de 5 etapas.

- Valoración
- Diagnostico
- Planificación
- Ejecución
- Evaluación

Valoración:- Consiste en seleccionar, verificar y organizar las datos de la persona (desde el punto de vista, física, emocional, social, económico y espiritual). Esto se realiza a través de la observación, comunicación y la entrevista, construyendo una base elemental para la integración de las demás etapas del proceso de Enfermería.

El Diagnostico de Enfermería es identificar, analizar y ordenar las necesidades prioritarias y reconocer sus potencialidades de la persona enferma o sana.

La planificación: La Enfermera establece las actividades de los cuidados específicos de cada Diagnostico, priorizando las necesidades, fundamentando, en los objetivos para su intervención.

La ejecución: Consiste en cumplir el plan de cuidados; durante está etapa, la enfermera continua recabando datos y valida par el plan realizado.

La Evaluación: Es la valoración de la respuesta de la señora en la atención y proporción de los cuidados.

Las 5 etapas de proceso de enfermería en enlazadas entre sí, cada una de las etapas debe de actualizarse continuamente de acuerdo a los cambios o situaciones indistintas que se presenten.

El proceso de Enfermería es dinámico que refleja el avance en las respuestas a la salud de la señora.

ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA:

- El sistema es abierto, flexible, normativo y dinámico
- Individualiza la atención a las necesidades pertinentes de cada persona
- Planeado
- Está dirigido hacia las metas
- Es flexible para identificar las necesidades particulares de la persona, la familia o la comunidad
- Permite ser creativos a la enfermera y ser resolutivo con la persona de acuerdo a las necesidades planeadas.
- Es interpersonal, requiriéndose que la Enfermera tenga una comunicación directa y persistente para encontrar las necesidades del cliente.
- Es cíclico, como las etapas guardan interrelación, no existe un principio o un final absoluto.
- Destaca el Feed Back, que conduce a la comprobación de las necesidades o la revisión del plan de cuidados.
- Es aplicable universalmente.

VALORACIÓN

La valoración es la primera etapa del proceso de enfermería; incluye la obtención de datos y la confirmación, lo cual es necesario para poder hacer un diagnóstico de enfermería y está presente en cada una de las fases del proceso. “La valoración es una parte de cada actividad que la enfermera hace para y con el paciente” (Stkinson y Murray, 1986). (6).

La valoración establece una serie de datos sobre la respuesta del cliente en todas las áreas de la vida diaria como la salud, preocupaciones biofísicas, emocionales, socioeconómicas, culturales y religiosas.

La obtención de datos es el proceso sistemático y continuo para obtener información sobre el nivel de salud del cliente. Al ser un proceso sistemático disminuye en gran medida la posibilidad de omitir datos significativos y por ser continuo permite la actualización, manifestando los cambios en el estado de salud del cliente.

En la valoración participan activamente el cliente y la enfermera; el cliente puede ser una persona, una familia o una comunidad.

Para construir una base de datos exactos y evitar una conclusión prematura, la enfermera tiene que confirmar las presunciones tomando en cuenta los aspectos físicos y emocional del paciente.

Los datos pueden ser objetivos y subjetivos. Los objetivos son aquellos que se pueden observar o verificar con criterios establecidos a través de los sentidos (signos), como por ejemplo la tensión arterial, la coloración de la piel, etc., los datos subjetivos son evidentes únicamente para la persona afectada (síntomas) y son obtenidos durante la realización de la historia de enfermería, al igual que la

información proporcionada por los familiares y otros profesionales. Los datos también pueden clasificarse en variables e invariables; los primeros son aquellos en los que la información obtenida no es constante, por ejemplo la tensión arterial puede variar de un día para otro; los datos invariables son aquellos que no cambian y un ejemplo de estos puede ser la fecha de nacimiento.

Los datos deben ser concisos y la enfermera tiene que resumir la información obtenida con un lenguaje científico correcto.

DIAGNOSTICO

El término de Diagnostico de Enfermería (DdE) apareció por primera vez en la literatura anglosajona al inicio de la década de los cincuenta; en ese entonces el proceso de enfermería contaba con cuatro etapas (valoración, planificación, ejecución y evaluación) y posteriormente se agregó el diagnostico.

El haber incluido el diagnostico en el proceso de enfermería ha hecho posible que los profesionistas de enfermería analicen y sinteticen los datos que se obtienen de la valoración, para que con ello, las actividades clínicas se enfoquen a la identificación y manejo de problemas y no al manejo de los síntomas como se hacía previamente; estas fueron las causas por las que en 1973 se llevó a cabo la Primera Conferencia Nacional para la clasificación de los Diagnósticos de Enfermería en los Estados Unidos Americanos; posteriormente en España (1988) se inicia una política de apoyo sobre ese tema.

En 1990 la NANDA, definió el diagnóstico de enfermería de la siguiente manera: "El diagnostico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas actuales o potenciales de salud / procesos de la vida. Los diagnósticos de enfermería aportan las bases para la selección de las actuaciones de enfermería, para conseguir los resultados por los que la enfermera es responsable" (Kozier, 1994).

El formular un diagnóstico y su proceso, requiere del conocimiento adquirido a través del estudio y la práctica, no se realiza espontáneamente, sino que implica unas fases sucesivas del proceso de enfermería.

La habilidad con que se elaboren los diagnósticos de enfermería dependen de la capacidad para ser metódico, sistemático, lógico y riguroso, para con ello, formular un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad, a los procesos vitales / problemas de salud reales o potenciales que proporciona la base para la selección de las intervenciones para lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable.

PLANIFICACIÓN

La planificación es la tercera etapa del proceso de enfermería y en este contexto se define como el proceso de diseñar las intervenciones de enfermería que son necesarias para prevenir, disminuir o eliminar los problemas de salud que fueron identificados durante el diagnóstico.

El proceso de planificación utiliza:

- a) Los datos obtenidos durante la valoración
- b) Los enunciados de los diagnósticos que presentan los problemas de salud (reales y potenciales).

COMPONENTES DE LA PLANIFICACIÓN

Tiene seis componentes:

- Establecer propiedades
- Fijar los objetivos del cliente y los criterios de resultado
- Planificar las estrategias
- Redactar las órdenes de enfermería
- Registrar el plan de cuidados
- Consulta.

Establecer prioridades

Se define como el proceso de establecer un orden preferencial para las estrategias: para poder llevar a cabo esto, requiere que la enfermera ordene los diagnósticos de enfermería por orden de preferencia; a este respecto, los diagnósticos se pueden agrupar según la prioridad el alta, media y baja; sin embargo, esto no significa que aquellos de alta propiedad se tenga que resolver antes de considerar otros, ya que se pueden resolver en forma parcial y terminarse posteriormente, de manera simultánea, con otro diagnóstico de menor prioridad; el utilizar un marco teórico o un modelo de enfermería facilita este proceso.

El fijar prioridades está influenciado por los siguientes elementos:

- La percepción de prioridades del propio cliente / paciente
- El plan general de tratamiento
- El estado general de salud del cliente
- La presencia del problema potenciales

En el primer caso se refiere a la recepción que el paciente tiene sobre su situación, lo cual significa que cuando la situación implica un determinado riesgo vital, la enfermera debe razonar, si es posible, con el paciente el orden de prioridades más acorde a su situación: cuando esto no es posible la enfermera es quien toma las decisiones; si no existe un riesgo vital el paciente es quien toma las decisiones sobre su cuidado y el orden en el mismo.

Tienen mayor prioridad los problemas que amenazan la vida como lo son la pérdida de las funciones respiratorias y cardíacas: los problemas que amenazan la salud generalmente tienen una prioridad media, mientras que las necesidades del crecimiento no son necesarias para sostener la vida. Las prioridades deben cambiar a medida que cambian los problemas y la terapia.

Fijar los objetivos del cliente y los criterios de resultados; los objetivos pueden reflejar restauración, mantenimiento y promoción de la salud y estos se establecen en términos de conducta deseada por el cliente y no de actividades de la enfermera.

Los objetivos del cliente son los cambios deseados después de la intervención de la enfermera y deben enunciarse con verbos como incrementar, disminuir, mejorar, desarrollar, etc.

Los propósitos de los objetivos del cliente son proporcionar una dirección para planificar las actividades de enfermería y que se cumplan los objetivos, así como establecer criterios de evaluación que midan la eficiencia de la intervención.

Los objetivos del cliente derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería, es decir, de la identificación de las respuestas del cliente, siendo los a corto plazo los que más se utilizan, debido a que una gran cantidad de tiempo de la enfermera se centra en necesidades inmediatas del cliente y por ende, pueden evaluar el

progreso del cliente; los objetivos a largo plazo son utilizados en clientes con problemas crónicos.

Los criterios de resultado son necesarios para especificar el resultado, estos son afirmaciones que describen las respuestas del cliente en forma específica. Observable y cuantificable y van a determinar si el objetivo se ha alcanzado o no; estos criterios tienen cuatro finalidades:

- Dirigir las actividades de enfermería
- Proporcionar tiempo para planificar las actividades
- Servir que significa su evolución hacia el logro del objetivo
- Hacer que la enfermera y el cliente sean capaces de determinar cuando se ha resuelto el problema.

- Corroborar que los objetivos y los criterios de resultado son compatibles con la terapia y el trabajo de otros profesionales.
- Asegurarse de que cada objetivo se deriva de un solo diagnóstico de enfermería
- Utilizar palabras que indiquen posibilidades de observación o cuantificación al enumerar criterio de resultados, evitando palabras vagas que requieran la interpretación del observador.

Planificar las estrategias.

Las estrategias de enfermería se planean de acuerdo al diagnóstico específico para lograr los objetivos del cliente y eliminar o reducir la causa del diagnóstico de enfermería, cuando éste potencial, la actuación debe centrarse en la reducción de los signos y síntomas.

La selección de estrategias de enfermería es un proceso de toma de decisiones e

implican acciones alternativas que tengan probabilidad de solucionar el problema del cliente. Tomando en consideración las consecuencias de cada una de ellas y para establecer esto, se requiere del conocimiento y la experiencia; al mismo tiempo, eligiendo una o más estrategias, siendo satisfactorias de tres a cinco para cada problema de salud, ya que más de ellas crea confusión.

Una vez que se han considerado las consecuencias de cada una de las alternativas, se elige una o más que se juzgen las más adecuadas y eficaces.

EJECUCIÓN

La ejecución también llamada actuación, consiste en llevar a cabo las estrategias de enfermería enumeradas en el plan de cuidados. Esta actuación, según Marriner (1983) implica llevar a cabo tanto las indicaciones médicas como las órdenes de enfermería.

Tipos de actividades de enfermería.

Para describir las actividades de enfermería, con frecuencia se utilizan las palabras dependiente, independiente y de colaboración.

Una actividad INDEPENDIENTE de enfermería es aquella que realiza la enfermera como resultado de su propio conocimiento y capacidad (Mundinger lo denomina "práctica autónoma de enfermería"). La enfermera determina que el cliente requiere ciertas actividades de enfermería y las lleva a cabo o las delega a otras enfermeras siendo ella responsable tanto de la decisión como de las actividades.

Bulecherck y McCloskey (1987), han identificado una taxonomía para las actuaciones de enfermería independiente. Una taxonomía es un grupo de

clasificaciones que se ordenan y arreglan basándose en un principio único o en un grupo coherente de principios (Bloom, 1956).

Las actividades **DEPENDIENTES** de enfermería son aquellas que se realizan bajo la indicación o supervisión de un médico y de acuerdo a las rutinas establecidas; este tipo de actividades están relacionadas generalmente con la enfermedad del cliente y es de suma importancia que la enfermera las lleve a cabo, además de que las acciones que realiza ésta están asociadas con la prescripción.

Las actividades de enfermería **EN COLABORACIÓN** son aquellas que se realizan conjuntamente con otros miembros del equipo de salud, como resultado de una decisión conjunta del equipo.

La ANA describe la colaboración como "una interrelación verdadera, donde el poder de ambas partes se valora por igual, donde se reconoce y acepta la diferenciación de las áreas de actividades y responsabilidades, aunque sean complementarias, se salvaguardan los intereses legítimos de cada parte y los objetivos se reconocen por ambos lados (ANA 1980.). Para que las actividades de colaboración sean efectivas, es necesario que las enfermeras tengan competencia clínica, confianza en sus conocimientos y capacidades y asumir la responsabilidad de sus actos.

El tiempo que la enfermera para en cada tipo de actividad depende del tipo de área clínica, el tipo de servicio y la posición específica de la enfermera.

PROCESO DE EJECUCIÓN

Se incluye la actuación de la valoración del cliente, la validación del plan de cuidados, la determinación de las necesidades de apoyo, la aplicación de las estrategias y la comunicación de las actividades de enfermería. La valoración de

La paciente y la validación del plan de cuidados son proceso que se llevan a cabo en forma continua a lo largo de toda la ejecución.

*** Actualización de la valoración del cliente.**

Después de haber realizado la valoración en la primera fase del proceso de enfermería, la revaloración en las siguientes fases enfocarse a las necesidades y/o respuestas del cliente; a través de este mecanismo, la enfermera puede darse cuenta si las estrategias planificadas son apropiadas o no en ese momento y puede requerirse un cambio de las mismas y de las prioridades.

Tanto las actividades independientes como las dependientes y en colaboración deben aplicarse una vez que se ha valorado al cliente. La profesional debe mantener una estrecha comunicación con el cliente para aliviar su ansiedad y revisar el plan de cuidados en forma apropiada.

*** Validación del plan de cuidados**

El plan de cuidados no es fijo, sino flexible, una vez recogidos los nuevos datos la enfermera compara el plan de cuidados existentes y juzga si es válido aún o es imprescindible ajustarlo tomando en cuenta nuevas condiciones.

- Determinación de las necesidades de apoyo

En muchas ocasiones, la enfermera quiere de apoyo para poner en práctica las estrategias. Generalmente se necesita de apoyo por varias razones: porque una sola persona no puede desarrollar una actividad, porque es necesario más de una persona para disminuir el estrés del cliente y cuando el profesional no cuenta con conocimientos o experiencia en el desarrollo de determinada práctica.

- Ejecución de las estrategias de enfermería

El llevar a cabo las estrategias ayuda al cliente al logro de los objetivos

La planificación de enfermería puede enfocarse a cualquiera de los cuatro campos: promoción, mantenimiento, recuperación de la salud y cuidado durante la muerte; en cada uno de estos campos se llevan a cabo actividades, dependientes y en colaboración.

Para ejecutar las estructuras de enfermería se debe considerar los siguiente:

- La individualidad del cliente
 - La necesidad del cliente de participación en su cuidado
 - La prevención de complicaciones
 - Mantenimiento de las defensas naturales
 - Proporcionar comodidad y apoyo al cliente
 - Desarrollo de las actividades de forma cuidadosa y exacta.
- Comunicación de las actividades de enfermería

Se deben comunicar en forma verbal y escrita una vez que se hayan llevado a cabo, ya que si se registran anticipadamente puede que la enfermera decida no llevarlas a cabo después de valorar nuevamente al cliente; también puede existir objeción por parte del cliente. En algunos casos, es importante notificar de inmediato la actividad realizada, lo cual protege al cliente de posibles errores.

Las enfermeras pueden realizar informes verbales a la hora del cambio de turno y cuando el paciente cambia de hospital o pasa al cuidado extrahospitalario.

CAPACIDADES NECESARIAS PARA LA EJECUCIÓN

Para desarrollar las actividades de enfermería, se necesitan tres tipos de capacidades: cognoscitiva, interpersonal y técnica o manual.

Las capacidades COGNOSCITIVAS (intelectuales) para la ejecución son la toma de decisiones, la resolución de los problemas, el pensamiento crítico y la creatividad.

Las capacidades INTERPERSONALES son todas las actividades que utiliza una persona para comunicarse con otra, ya sea verbal o no verbales. La eficacia de una actividad de enfermería, en gran medida, de la habilidad que tenga una enfermera para comunicarse con los demás.

Las capacidades MANUALES son aquellas que se realizan con las manos, muchas de ellas se denominan procedimientos o técnicas psicomotoras. Las capacidades técnicas requieren de un gran conocimiento por parte de la enfermera, incluyendo uno de los principios en los que se basan los pasos del procedimiento. Resulta especialmente importante el conocer los principios científicos en los que se basa un procedimiento, ya que esto es lo que permite adaptarlos sin riesgo cada cliente además, las capacidades técnicas requieren de destreza manual.

Cuando la enfermera realiza procedimientos que requieren habilidades técnicas, es imprescindible que valore al cliente antes, después y durante el procedimiento.

EVALUACIÓN:

Evaluar es juzgar o valorar. Dentro de enfermería consiste en valorar el grados en el que se han alcanzado los objetivos.

La evaluación es la quinta etapa del proceso de enfermería y es fundamental dentro del mismo, ya que de las conclusiones que se obtienen se determina si la intervención de enfermería debe terminarse, revisarse o cambiarse.

Constituye un proceso continuo y terminal. Continuo porque se realiza durante la ejecución, en donde la primera enfermera pregunta cómo reacciona el cliente ante su actuación; muchas veces la profesional se ve obligada a cambiar, ya que una vez que la enfermera ha concluido su plan de cuidados evalúa si se han cubierto o no los objetivos del cliente.

La evaluación es una actividad organizada que tiene una finalidad, a través de ella, la enfermera acepta la responsabilidad de sus actos, indican su interés en los resultados y demuestran el deseo de no perpetuar las actividades ineficaces; adoptando otras.

El proceso de evaluación consta de seis etapas:

- 1.- Identificar los criterios de resultado, que utilizará para determinar el grado de alcance de los objetivos.
- 2.- Recoger datos en relación con los criterios identificados y juzgar si los objetivos se han logrado.
- 3.- Relacionar las actividades de enfermería con los resultados
- 5.- Analizar el plan de cuidados de los clientes
- 6.- Modificar el plan de cuidados

1.- Identificación de los criterios de resultado.

Es utilizada para evaluar la respuesta del cliente a las acciones de enfermería. Los criterios tienen los propósitos: orientar la clase de datos de evaluación que se necesita obtener y proporcionar un estándar para esos datos.

Cuando los criterios están bien definidos son precisos y mensurables y orientan al siguiente paso del proceso de evaluación que es la recogida de datos.

2.- Recolección de datos:

Los datos se recogen de tal manera que se puedan obtener conclusiones sobre el grado de alcance de los objetivos. Los datos guardan relación con los criterios de resultado, obteniéndose a través de la observación, comunicación directa con el cliente o de los registros de otros profesionales de la salud. el registro de los datos debe ser exacto y conciso para facilitar la tercera etapa de evaluación.

3.- Cuantificación del logro de objetivos.

Consiste en comparar los datos recogidos con los criterios establecidos

Para evaluar el logro de objetivos, existen tres probables resultados:

- Se ha logrado el objetivo, la respuesta del cliente es la esperada
- El objetivo se ha alcanzado parcialmente, por ejemplo, se logró alcanzar el objetivo a corto plazo, no así de largo plazo.
- No se ha cubierto el objetivo

4.- Relación de las actividades de enfermería con los resultados del cliente

Esta etapa consiste en determinar si las actividades de enfermería tienen alguna relación con los resultados.

5.- Revisión del plan de cuidados de los clientes

La evaluación de los resultados la retroalimentación necesaria para determinar si

el plan de cuidados ha dado resultado, reduciendo o previniendo eficazmente los problemas del cliente, por lo tanto, la enfermera debe revisar todo el proceso de enfermería, independientemente si se cubrieron o no los objetivos.

Cuando los objetivos se han alcanzado se debe una de las siguientes alternativas:

- Si el problema diagnosticado ya se ha solucionado y la enfermera constata que se ha alcanzado el objetivo, se abandona el plan realizado para su logro.
- A pesar de haberse alcanzado el objetivo el problema persiste, por la enfermera debe continuar su actividad.

Cuando los objetivos no se han cubierto o se logran parcialmente la enfermera debe revisar la base de datos, los propios diagnósticos y las estrategias.

- Base de datos:- Debe revisarse para corroborar que es completa y correcta, ya que de lo contrario afectaría a las etapas siguientes del proceso de enfermería. En algunas ocasiones esta nueva información puede invalidar toda la base de datos, requiriéndose, por tanto, realizar nuevamente todo el proceso.
- Diagnósticos establecidos:_ Deben volverse a establecer diagnósticos si la base de datos era incompleta. Aunque la información sea la correcta, se deben revisar los diagnósticos para determinar si el problema no se identificó correctamente o no corresponde con los datos.
- Objetivos establecidos:- Se deben revisar los objetivos si el diagnostico no era el correcto apropiado; en caso de ser correcto, la enfermera debe corroborar si los objetivos son realistas o alcanzables y determinar si las prioridades han cambiado o no.

- Estrategias de enfermería:- La enfermera investiga si las estrategias elegidas fueron las más adecuadas y si guardan relación con los objetivos. Cuando los diagnósticos y objetivos son correctos, lo más lógico es que las estrategias elegidas no hayan sido la más apropiadas para cubrir los objetivos, sin embargo, antes de seleccionar otras, la enfermera debe constatar que se cumplieron las órdenes, ya que puede suceder que no se hayan llevado a cabo por el resto de los profesionales por no ser claros y razonables, tomando en consideración los recursos de que los que se disponían tanto de persona, económico y de equipo.

6.- Modificación del plan de cuidados.

Cuando existe la necesidad de cambiar el plan de cuidados, la enfermera debe llevar a cabo los siguientes pasos:

- Cambiar los datos de la columna de valoración para reflejar los nuevos hallazgos, poniendo fecha y resaltándolos de alguna manera, de tal forma que indiquen que son nuevos (por ejemplo con otro color, subrayándolos, etc).
- Revisar los diagnósticos, poniéndoles fecha a los nuevos.
- Hacer una revisión de las prioridades del cliente, los objetivos y los criterios de resultado, anotando la fecha.
- Establecer nuevas estrategias que sean acordes con los diagnósticos
- Cambiar los criterios de resultados, ajustándolos a los otros del plan de cuidados.

Características del diagnóstico de enfermería.

- Describe la respuesta de una persona ante un problema, una situación o una enfermedad
- Está enfocado al individuo
- Varía según cambian las respuestas del cliente.
- Orienta las actividades de enfermería independientes; planificación, ejecución y evaluación.

La organización de los datos.- Después de la obtención de los datos, estos necesitan ser clasificados en un marco útil para la enfermera y para quienes pueden tener acceso a ellos.

La comparación de los datos con los estándares.- La enfermera los compara con una gran variedad de estándares como son los signos vitales normales, resultados de laboratorio, tablas de crecimiento, etc., también utiliza conocimientos psicológicos, fisiológicos y sociales, así como su experiencia previa.

Agrupación de datos.- este proceso está influenciado por los conocimientos científicos previos de la enfermera, por su experiencia dentro de la profesión y por el concepto que se tenga de la enfermería. Con base en esto, la enfermera puede agrupar los datos por inducción y formar un patrón.

La agrupación de los datos incluye el hacer deducciones.- Una deducción es el juicio de la enfermera o la interpretación de las señales: estas deducciones se hacen a través del proceso de diagnóstico.

VENTAJAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Ventajas para el cliente

- **Calidad en el cuidado.-** La evaluación continua del proceso y la reconsideración de los cambios en las necesidades del usuario, aseguran una intervención de la enfermera apropiada de calidad.
- **Continuidad en el cuidado.-** Al tener el plan por escrito, permite que todas las personas implicadas en el cuidado tengan al mismo y se evita que la usuaria esté repitiendo información.
- **Participación del cliente en el cuidado de salud.-** Permite que el usuario desarrollen sus capacidades para su autocuidado y por tanto ayudan en el alcance de metas.

Ventajas para la enfermería

- **Satisfacción en el trabajo:-** Las actividades del profesional están basadas en una identificación correcta de los problemas del cliente, lo que permite planear acciones adecuadas, favoreciendo la coordinación y evita el trabajo por ensayo-error lo que conlleva a una satisfacción cuando se logran los objetivos.
- **Crecimiento profesional:-** Por medio de la evaluación, la enfermera va adquiriendo experiencia y capacidad respecto a los cuidados que son efectivos y los que tienen que adaptarse para cubrir las necesidades del cliente.
- **Evita acciones legales:-** Evita consecuencias legales adversas cuando aplica cuidados de enfermería previamente establecidos a través de todas las fases del proceso.

- Alcanzar los modelos de enfermería profesional:- El aprendizaje y la realización del proceso de enfermería sobre los cuidados de la usuaria, es un requisito básico para la aptitud de la enfermería profesional, por esto, el proceso de enfermería es un marco para la responsabilidad de las enfermedades.

POSTULADOS SOBRE LOS QUE SE BASA EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

- TODO SER HUMANO TIENDE HACIA LA INDEPENDENCIA Y LA DESEA.
- EL INDIVIDUO FORMA UN TODO QUE SE CARACTERIZA POR SUS NECESIDADES FUNDAMENTALES.
- CUANDO UNA NECESIDAD PERMANECE INSATISFECHA EL INDIVIDUO NO ESTA <<COMPLETO>>, <<ENTERO>>, <<INDEPENDIENTE>>,

VALORES QUE FUNDAMENTAN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

- LA ENFERMERA TIENE FUNCIONES QUE LE SON PROPIAS.
- CUANDO LA ENFERMERA USURPA LA FUNCIÓN DEL MEDICO, CEDE A SU VEZ SUS FUNCIONES PROPIAS A UN PERSONAL NO CUALIFICADO.
- LA SOCIEDAD ESPERA DE LA ENFERMERA UN SERVICIO ESPECIAL QUE NINGUN OTRO TRABAJADOR LE PUEDE PRESTAR.

LA PERSONA Y LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS

Cada persona es un ser humano único y complejo con componentes biológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas las cuales debe satisfacer para mantener su integridad física y psicológica y promover su desarrollo y crecimiento.

- 1.- Necesidad de oxigenación
- 2.- Necesidad de nutrición e hidratación
- 3.- Necesidad de eliminación
- 4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura
- 5.- Necesidad de descanso y sueño
- 6.- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas
- 7.- Necesidad de termorregulación
- 8.- Necesidad de higiene y protección de la piel
- 9.- Necesidad de evitar peligros
- 10.- Necesidad de comunicarse
- 11.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores
- 12.- Necesidad de trabajar y realizarse
- 13.- Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas

14.- Necesidad de aprendizaje.

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, sin embargo, cada persona las va a satisfacer de diferente manera dependiendo de los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, así como por la estrecha relación entre las diferentes necesidades, ya que alguna alteración de cualquiera de ellas da origen también a modificaciones en las restantes, por lo tanto, deben interrelacionarse entre cada una de ellas para poder valorar el estado del individuo en su totalidad.

LA SALUD, INDEPENDENCIA / DEPENDENCIA Y CAUSA DE LA DIFICULTAD

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

DEPENDENCIA.- Puede considerarse desde dos aspectos. Por un lado, al ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado, puede suceder que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para satisfacer las necesidades.

Los criterios de independencia como los de dependencia, deben considerarse de acuerdo a los componentes específicos de cada persona (biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales).

personales o del entorno CAUSAS DE LA DIFICULTAD O PROBLEMA.- Son los obstáculos o limitaciones, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades, estas se agrupan en tres posibilidades:

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

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

Falta de voluntad.- Incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

Es importante señalar que estas tres causas o alguna de ellas, puede originar una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente, lo cual debe tomarse en cuenta para la planificación de las intervenciones de enfermería. (Henderson, 1996)

ROL PROFESIONAL. CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERIA Y LA RELACIÓN CON EL EQUIPO DE SALUD.

Los cuidados básicos se conceptualizan como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificando en la persona. Henderson dice..." éste es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación.

Los cuidados básicos están en estrecha relación con las necesidades básicas. Henderson afirma "... los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes, sin embargo, varían

constantemente porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades. En otras palabras, la enfermería se compone de los mismos elementos identificables, pero se han de adaptar a las modalidades y a la idiosincrasia de cada persona". De esto, surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.

Henderson también analiza a la enfermera como parte del equipo multidisciplinario en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitar sufrimiento en la hora de la muerte. Ningún miembro del grupo debe exigir del otro actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia.

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

ENTORNO.

Al analizar el contenido del modelo de Henderson, se puede observar que esta menciona en unas ocasiones de manera implícita y en otras de forma explícita, lo importante que resultan los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, factores ambientales) para las necesidades y planificar los cuidados.

El modelo de Henderson, puede ser aplicable a todas las etapas del proceso de Enfermería.

En las etapas de VALORACIÓN Y DIAGNOSTICO, sirve de guía en la recolección

de datos y en el análisis y síntesis de los mismos; en esta etapa se va a determinar el grado de independencia / dependencia para satisfacer las 14 necesidades y la interrelación entre estas, así como la definición de los problemas y la relación que existe con las causas de dificultad identificadas.

A continuación se presenta una estructura analógica de diagnóstico del modelo Henderson y la NANDA.

MODELO HENDERSON

NANDA

Definición del problema de dependencia

Etiqueta diagnóstica de la NANDA

Datos de dependencia

Características de definitorias
mayores y menores

Causas de la dificultad (fuerza,
conocimiento, voluntad)

Factores relacionados/contribuyente

En las etapas de PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN, el modelo se utiliza para formular objetivos de dependencia, con base a las causas de dificultad encontradas, en la elección de la forma de intervención y en la determinación de las actividades de enfermería. Henderson afirma que "si el paciente no comprende ni acepta el programa tratado con él, ni coopera con su desarrollo, se perderán gran parte de los esfuerzos del equipo.(Fernández, 1993)

Siguiendo el modelo de Henderson, los objetivos deberán fijarse como metas a alcanzar por el paciente en términos de niveles de independencia, en relación con sus condiciones particulares como persona.

En el caso de detectar un problema interdependiente, los objetivos se describen como metas a alcanzar por las enfermedades, encaminados a informar signos y síntomas de complicaciones potenciales de dichos problemas y en llevar

acabo acciones preventivas ante dichos problemas (rol interdependiente).

R. Alfaro (1992) suscribe: Los problemas interdependientes no se escriben en el plan de cuidados de enfermería a menos que sean inusuales o complejos, ya que las actuaciones de enfermería ante los mismos generalmente están ya contempladas en las normas, procedimientos o estándares del hospital o bien en las órdenes médica. (Fernández, 1993)

Después de haber formulado los objetivos, se debe decidir si el modo de intervención que se va a planificar debe ir encaminado a la ayuda o suplencia total o parcial, es decir, si las acciones sólo las realizará la enfermera o bien en conjunto con el cliente y/o la familia; estas actividades irán encaminadas a reforzar, aumentar, sustituir, añadir o completar la fuerza, voluntad, conocimientos que hacen falta al cliente.

En la etapa de EVALUACIÓN, el modelo nos ayuda a determinar los niveles de independencia mantenidas y/o alcanzados, ya que Henderson señala que nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia para satisfacer sus propias necesidades lo más pronto posible, de acuerdo a sus propias necesidades y recursos.

La evaluación varía en función del modelo elegido, ya que las actividades que se planifican están en relación directa al modo de suplencia que se elegido y a la causa de la dificultad: esto es lo que se evalúa en el modelo de Henderson.

VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BASICAS

Esta guía de las 14 necesidades básicas pretende ayudar a la identificación de las manifestaciones de independencia y dependencia en la satisfacción de las mismas. Consiste en una serie de indicadores a observar de manera directa o indirecta al igual que una serie de preguntas que en términos generales deberían hacerse para valorar cada necesidad.

Adecuándolas según la persona y su situación.

Existen algunos aspectos que deben ser comentados de manera especial.

- Lo referente al aparato circulatorio se ha incluido en la "necesidad de oxigenación"
- El dolor se ha considerado en la "necesidad de reposo y sueño"
- Lo referente al auto concepto y autoestima están incluidos en la "necesidad de evitar peligros"
- Respecto a los patrones de sexualidad de la persona, se han incluido en la "necesidad de comunicarse"
- Lo relativo a los aspectos de interdependencia del ser humano están contenidos en la "necesidad de comunicarse":
- Los mecanismos de afrontamiento de la persona se contemplan en todas y cada una de las necesidades.
- La ansiedad / estrés se influyen en todas las necesidades, al preguntar cómo influencia su estado de ánimo en la satisfacción de las distintas necesidades.

Existen factores que influyen la satisfacción de las necesidades de manera personal. Por una parte están las biofisiológicas que hacen referencia a las condiciones genéticas de la persona y al funcionamiento de sus aparatos, sistemas u órganos, de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y estado general de salud. los factores psicológicos hacen referencia a sentimientos, pensamientos, emociones, inteligencia, memoria, psicomotricidad, estado de conciencia, sensopercepción y habilidades individuales y de relación (estrategias o habilidades de afrontamiento) por último, los aspectos socioculturales que hacen referencia al entorno físico de la persona de la parte (próximo o más lejano) y los aspectos socioculturales que están influenciando a la persona. El entorno físico próximo está considerándose como la casa, el sitio de trabajo y el más lejano se refiere a la comunidad en donde vive la persona (clima, orografía, contaminación, etc.).

7.- CARACTERÍSTICAS FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS DE LA MUJER CON PROBLEMA NEOPLÁSICO

Se le aplicó este proceso a la señora María Jiménez Estrada que es originaria de Chilón Chiapas; del municipio de Ocosingo y nació el 1ro. de abril de 1966, estado civil casada, tiene 5 hijos, no toma no fuma, habla el idioma zental Señora de escasos recursos económicos y analfabeta.

Casa habitación de adobe con teja de barro.

V. APLICACIÓN DEL PROCESO

1.- Resumen Valorativo

Se le solicitó en forma verbal el procedimiento y se le explicó detalladamente y accedió en forma tranquila y gentil y me proporcionó 2 horas durante 2 semanas para la realización de esta valoración dando juicio el inicio el día 12 de Junio del año en curso a las 16:00 Hrs.

A continuación se da a conocer el resumen valorativo obtenido a través de la información proporcionada por la señora María Jiménez Estrada, y su esposo ya que la señora no habla Castilla y domina el idioma tzental y el esposo es el intérprete de ella. A través de la entrevista la señora María Jiménez Estrada dijo ser originaria de Chilón Chiapas del Municipio de Ocosingo y nació el 1ro. de Abril de 1966 durante la infancia le fueron aplicadas sus vacunas.

Inicia su vida sexual a los 16 años con su esposo siendo éste su único compañero sexual, con el procrearon 7 hijos de los cuales 5 viven y 2 murieron después de haber nacido, su menstruación tiene ciclos normales de 28 X 3. dijo también que

7.- CARACTERÍSTICAS FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS DE LA MUJER CON PROBLEMA NEOPLÁSICO

Se le aplicó este proceso a la señora María Jiménez Estrada que es originaria de Chilón Chiapas; del municipio de Ocosingo y nació el 1ro. de abril de 1966, estado civil casada, tiene 5 hijos, no toma no fuma, habla el idioma zental Señora de escasos recursos económicos y analfabeta.

Casa habitación de adobe con teja de barro.

V. APLICACIÓN DEL PROCESO

1.- Resumen Valorativo

Se le solicitó en forma verbal el procedimiento y se le explicó detalladamente y accedió en forma tranquila y gentil y me proporcionó 2 horas durante 2 semanas para la realización de esta valoración dando juicio el inicio el día 12 de Junio del año en curso a las 16:00 Hrs.

A continuación se da a conocer el resumen valorativo obtenido a través de la información proporcionada por la señora María Jiménez Estrada, y su esposo ya que la señora no habla Castilla y domina el idioma tzental y el esposo es el intérprete de ella. A través de la entrevista la señora María Jiménez Estrada dijo ser originaria de Chilón Chiapas del Municipio de Ocosingo y nació el 1ro. de Abril de 1966 durante la infancia le fueron aplicadas sus vacunas.

Inicia su vida sexual a los 16 años con su esposo siendo éste su único compañero sexual, con el procrearon 7 hijos de los cuales 5 viven y 2 murieron después de haber nacido, su menstruación tiene ciclos normales de 28 X 3. dijo también que

no asistió a la escuela por tener muchos hermanos y por no haber dinero suficiente.

No toma, no fuma. Siguiendo la temática del formato se realizó la entrevista en forma clara, tratando de entablar una comunicación formal y apegada a su idiosincrasia; proporcionándole confianza durante la conversación y así tener la información fidedigna de parte de ella y su esposo.

Estos datos fueron corroborados a través de la observación directa durante la valoración y después de la identificación de las 14 necesidades.

1.- Necesidad de oxigenación.

Al investigar sobre sus necesidades humanas nos dijo que presenta dificultad al respirar cuando realizaba mucho trabajo y se procedió a la toma de los signos vitales.

Temp.. 36°C. pulso 80X' Resp. 19 X' T/A 100/60

Los signos vitales se encontraron dentro de las cifras normales, también se le tomo talla 160W peso de 56 Kgs. Dentro de los límites normales para su complexión.

Los demás signos vitales no manifestaron alteración, menciona que no padece otros problemas respiratorios y comenta que en su casa nadie fuma.

2.- Necesidad de Nutrición e Hidratación:

En relación a la alimentación, nos mencionó que su dieta es a base de verduras como son: Acelgas, espinacas, berros, zanahorias, rábanos, lechuga , frijoles, y una vez por semana carne de pollo o de res, también consume frutas, limones , naranja, melón, piña y sandia, pozol de maíz y tortilla, ya que no tienen mucho dinero para comprar otros alimentos.

Al preguntarle que ha comido estos últimos 3 días , respondió: Huevos, frijoles, tortilla y siempre desayuna, come y cena con su esposo y sus hijos.

Se observó la turgencia de su piel y es de textura suave, sus mucosas resacas,

sus uñas mal cortadas, su cabello es largo bien implantado abundante, ligeramente reseco. Su funcionamiento muscular y esquelético se observa bien integrado, es de constitución delgada.

Sus encías tienen buena coloración y tiene falta de piezas dentales(1 canino y 2 molares inferiores) no presenta caries dental.

Tiene piel seca con signo de lienzo húmedo.

3.- Necesidad de eliminación:

se le pregunta de sus hábitos intestinales refiere que hace una (evacuación) al día, y bien normales en regular cantidad y que cuando tiene dolor se evacua y orina, dice que cuando esta muy preocupada no puede (evacuar)

Al observar su abdomen se observa ligeramente globoso blando deprecible, pero en flanco derecho es doloroso a la palpación y es de consistencia dura.

Al palpar la vejiga urinaria se encuentra con globo vesical.

4.- Necesidad de termorregulación:

Comenta que en la ciudad de Tuxtla Gtz, es parecido al de su lugar de origen y es de clima cálido. Dice que su casa es hecha de adobe con teja de barro y es una sola habitación y una cocina hecha de varas de maíz.

Al preguntarle si usa prendas de vestir de acuerdo al clima nos dijo que cuando hace calor utiliza prendas de vestir ligeras y cuando hay frío su reboso.

- no cuenta con servicios de urbanización.
- Dice que cuando le viene el dolor se pone fría

5.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura.

Al preguntarle cual era su trabajo nos contestó que ella es la que realiza las actividades propias del hogar como: lavar traste, lavar ropa, barrer y hacer comida y en algunas ocasiones se va a lavar al río que esta cerca de su casa. Últimamente se cansaba mas rápido, rara vez descansa por que todavía tiene niños chiquitos.

Al preguntarle si realiza ejercicio que le sirvan para mejorar su postura dijo que no le daba tiempo.

6.- Necesidad de descanso y sueño:

Dice que su horario de descanso es en la noche cuando llega su esposo y le da de cenar, se levanta a las 5 de la mañana, no acostumbra a dormir la siesta. Al observar a la señora se detectó somnolienta y adormitada durante la entrevista. El esposo es el interprete de la señora, la señora se muestra reactiva a estímulos.

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

Menciona que le gusta vestirse de acuerdo como se visten las mujeres de su comunidad y salir los domingos y llevar su rebozo negro. Se le preguntó sobre sus creencias religiosas y dijo ser de la religión Pentecostés y que acude los domingos y jueves a reuniones.

8.- Necesidad de Higiene y protección en la piel:

Está acostumbrada a bañarse en el río junto con la demás mujeres, que acuden al río , acostumbra a lavar su cabello con barro, se observa sus uñas con mal corte y sus pies sucios, piel seca con signo de liendo y se limpia los dientes con carbón cuando no hay pasta dental.

Transpira un olor propio de las características de una neoplasia en proceso.

9.- Necesidad de evitar peligros.

La familia a la que pertenece la señora esta formada por el esposo y cinco niños de los cuales acuden a la escuela de acuerdo a su edad. Comenta la señora que anteriormente su esposo sufrió un accidente de quemaduras al tratar de apagar el fuego en la milpa.

En algunos casos en que se han lastimado o cortado alguna parte del cuerpo acuden a la clínica del I.M.S.S.

10.- Necesidad de comunicación.

Doña María vive con sus hijos y dice que ellos lo quieren mucho y se siente apoyada por ellos.

Dice que su familia es muy unida y que no tienen problemas, pero que no tienen mucho dinero.

Comenta que sus hijos hablan los 2 idiomas (Castilla y tzeltal) y eso le agrada ya que ella todavía no lo domina.

También al observarla muestra una audición y visión adecuadas.

11.- Necesidad de vivir según creencias y valores:

Doña María dice pertenecer a la religión de Pentecostés y que acude a la iglesia dos veces por semana y son los días jueves y domingo y en algunas ocasiones realizan paseos fuera de su comunidad donde se reúnen un numero muy grande de personas.

Le gusta orar sola en la iglesia, pero como no se leer dice “ tengo que tener otra persona que lea y lo traduzca y así lo puedo entender”

12.- Necesidad de trabajar y realizarse

Menciona que le gustaría aprender a realizar algún trabajo para poder tener mas dinero por sus hijos por que están en le escuela y siempre piden para realizar sus tareas“ pero en su comunidad no hay fuentes de trabajo”

13.- Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Al respecto menciona:

“Solo cuando voy a la iglesia participo en juegos de grupo y me siento muy contenta por eso no falta”.

14.- Necesidad de aprendizaje.

Quisiera aprender un trabajo fácil y en mi casa para poder ganar un dinero para ayudar a mis hijos ya que el dinero que lleva mi esposo ya no nos alcanza pues los niños están creciendo y estudiando.

JERARQUIZACION DE LAS NECESIDADES (NANDA)

1. Necesidad de oxigenación.

- Datos de dependencia: permeabilidad de las vías aéreas y automatismo respiratorio.
- Datos de dependencia, insuficiencia respiratoria esporádica regularmente cuando se presenta el dolor.

Falta de fuerza.

2. Necesidad de nutrición e hidratación.

- Datos de independencia.- permeabilidad de las vías urinarias.
- Dependencia: refiere tener dolor cuando realiza algún esfuerzo y refiere que se orina sin poder controlarlo.

Falta de fuerza.

3. Necesidad de hidratarse

Datos de independencia. los nutrientes necesarios para su control Hidro-electrolito.

Datos de dependencia.-Proporcionar líquidos para su hidratación y dieta balanceada

Falta de fuerza.

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.

- Independencia.
- Dependencia: debilidad muscular a falta de programación de un patrón de ejercicios, respiratorios y musculoesquelético.

Falta de fuerza.

5. Necesidad de termorregulación.

- Independiente
- Dependiente: cuando se agudiza el dolor le da frío y se siente mal, necesita abrigarse.

Falta de conocimiento.

6. Necesidad de comunicarse

- Independiente
- Dependiente: como no habla castilla es necesario que este un familiar o un interprete para la comunicación o necesite decir algo.

Falta de conocimiento.

7. Necesidad de vivir según sus creencias y valores

- Independiente
- Dependiente: que su esposo le lea textos bíblicos u otra literatura para ayudarle en su alimentación espiritual.

Falta de conocimiento.

8. Necesidad de aprendizaje.

- Independiente
- Dependiente: por que no habla castilla y ella necesita otra persona como interprete.

Falta de conocimiento.

9. Necesidad de descanso y sueño.

- Independencia.
- Dependencia: "me preocupa mis hijos que estén solitos y que vayan a la escuela y a veces no me deja dormir la preocupación.

Falta de voluntad.

10. Necesidad de higiene y protección de la piel.

- Independiente.
- Dependiente: piel reseca con signo de lienzo húmedo, necesidad e incluir abundantes líquidos fraccionados.
- Evitar los movimientos bruscos dónde esta la venoclisis.

Falta de fuerza.

11. Necesidad de trabajar y realizarse.

- Independiente: realizar trabajos propios del hogar aunque le gustaria aprender una actividad para realizarla y le proporcione un ingreso económico.
- Dependiente.

Falta de voluntad.

12. Necesidad de jugar y participar en actividades.

- Independiente: por que asiste a reuniones con su grupo religioso dos veces por semana (jueves y domingo).
- Dependiente

Falta de fuerza.

13. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.

- Independiente: le gusta la ropa que utiliza en su comunidad y su reboso.

- Dependiente: utiliza la ropa que le dan en el Hospital "no me gusta porque algunas batas son muy grandes y otras muy chiquitas.

14. Necesidad de evitar peligros.

- Independiente: procurar deambular acompañada después de la quimioterapia se queda en su cama.

En algunas ocasiones se moviliza en silla de ruedas.

- Dependiente.

Falta de fuerza.

2.- REGISTRO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA.

De las necesidades que se detectaron en la señora en edad fértil quedan parcialmente resueltas las siguientes necesidades de las cuales se planean acciones para que la paciente y su familia puedan realizar en el hospital.

Diagnostico de Enfermería.

Necesidad de Oxigenación.

Objetivo: Proporcionar un patrón de ejercicio respiratorio para conseguir su déficit respiratorio.

Interacción.

- Ejercicios respiratorios y relajados por las mañanas
- Respirar profundamente y exhalar
- Caminar dentro del hospital, en compañía de su familia

Diagnostico de Enfermería

Necesidad de hidratarse

Objetivo: Proporcionar los nutrientes necesarios para su control Hidro-electrolito.

Interacción.

Proporcionar líquidos para su hidratación y dieta balanceada

Necesidad de eliminación.

Objetivo: Proporcionar cuidados para controlar sus necesidades fisiológicas

Interacción.

Cambio frecuente de ropa y cuidados de sonda foley

Necesidad de moverse y mantener una buena postura.

Objetivo: Cambios constantes de posición para evitar escaras y proporcionar comodidad.

Interacción.

Cambio De posición cada 3 horas

Necesidad de Aprendizaje

Objetivo: Proporcionar los conocimientos necesarios para mejorar la comunicación.

Tener un intérprete o un familiar en el hospital.

Interacciones.

- Realizar diálogos cortos en el idioma castellano y tzeltal

Diagnostico de enfermería

Necesidad de oxigenación y sueño

Objetivo: Proporcionar descansos cortos durante el día

Diagnostico de Enfermeria.-

Necesidad de higiene y protección.

Objetivo.-

Proporcionarle un ambiente de higiene y agradable.

Interacción.-

Baño diario asistido.

Higiene personal asistida (lavarse los dientes, corte de uñas, peinarse y cambiarse de ropa)

Aplicación de aceite vegetal en todo el cuerpo.

Diagnosticos de Enfermeria.

Necesidad de jugar y participar en actividades.

Objetivos.-

Procurar llevar a la señora a un centro recreativo, religioso los días específicos.

Interacción.-

Llevar a la señora en sus reuniones religiosas los días (jueves y domingos) para su entendimiento y darle ayuda espiritual.

Diagnostico de Enfermeria.-

Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.

Objetivos.-

Proporcionar la vestimenta adecuada de acuerdo a su idiosincrasia y cultura social.

Interacción.-

Vestir de acuerdo a su costumbre de su comunidad de manera que se sienta a gusto y su estado de animo cambie.

- **EVALUACIÓN DE LOGRO DE LOS OBJETIVOS.**

EVALUACIÓN.

De las necesidades que se detectan en la señora en edad fértil quedan parcialmente resueltas las siguientes necesidades de las cuales se plantean ocasiones para que la paciente y su familia pueden realizar en su hogar.

DIAGNOSTICO 1

- Alteración disminución, de la oxigenación, relacionado con dolor intenso abdominal, manifestado por la disminución de la respiración, sacies dolorosas, hipotermia.

OBJETIVO:

- Proporcionar una oxigenación adecuada cuando la usuaria lo requiera.

EVALUACIÓN:

- Se logro un 100% del objetivo, con la aplicación de las puntas nasales para proporcionar oxigeno, con la programación de los ejercicios respiratorios, se logra reducir la aplicación de oxigeno y con los analgésicos con horario

indicado se le disminuyo el dolor.

DIAGNOSTICO NO. 2

- Alteración de la Nutrición relacionada por una inadecuada alimentación, manifestada por perdida de peso.
- Deterioro de la masticación relacionada por falta de piezas dentales manifestado por una masticación lenta
- Deterioro de la integridad constancia relacionada con la falta de líquidos manifestado por: Resequedad y signos de lienzo húmedo.

OBJETIVO:

- Proporcionar los nutrientes y líquidos según las necesidades básicas del organismo.
- Proporcionar una dieta blanda para facilitar su masticación.

EVALUACIÓN:

- Se logra un objetivo del 100% porque la señora coopero y acepto su dieta con gusto, ingirió sus líquidos de acuerdo a sus necesidades fisiológicas.

DIAGNOSTICO No. 3

- Incontinencia urinaria relacionado con la ocupación por una masa abdominal, manifestado por falta de incontinencia del esfínter anal y vesical.

OBJETIVO:

- Proporcionar cuidados para controlar sus necesidades fisiológicas y vigilar el número de características de la diuresis y evacuación.
- Brindar comodidad y confort a la paciente
- Vigilar diariamente la ingesta de líquido

EVALUACIÓN:

- Se obtuvo un resultado excelente con la aplicación de la sonda Foley para llegar un mejor control de líquidos, la aplicación del pañal facilitó su comodidad de higiene y se proporcionó cambios de posición.

DIAGNOSTICO No. 4

- Deterioro de la movilidad física relacionado con la disminución de los movimientos de las articulaciones manifestado por movimientos lentos y dolorosos.

OBJETIVOS:

- Por medio del patrón de ejercicios lograr mayor movilidad en músculo y articulación.

EVALUACIÓN:

- Se logró un 80% de su movilidad física, al tener los ejercicios de relajación

muscular y se logro la tonicidad de sus músculos.

DIAGNOSTICO No. 5

- Alteración del patrón del sueño relacionado con la sobre carga sensorial manifestado por insomnio.

OBJETIVO:

- Proporcionar un ambiente adecuado, o agradable durante su estancia hospitalaria.

EVALUACIÓN:

- Con los cuidados de enfermería, los ejercicios programados y proporcionarle un té caliente antes de dormir se logro un sueño profundo y la recuperación de su ciclo de sueño normal.

DIAGNOSTICO No. 6

- Incapacidad para mantener su aspecto a un nivel satisfactorio, relacionado con la falta de costumbre, manifestado por la incomodidad e inconformidad de la bata hospitalaria

OBJETIVO:

- Respetar las costumbres y hábitos de la señora.

EVALUACIÓN:

- Después de dar orientación a la normatividad del hospital la señora y sus

familiares cooperaron con agrado.

DIAGNOSTICO No. 7

- Alteración de la temperatura corporal relacionado con un deterioro por un proceso neoplásico, manifestado por sensación de frío temperatura baja y piel fría.

OBJETIVO:

- Contribuir a la recuperación de su temperatura corporal a través del calor seco.

EVALUACIÓN:

- Se logro un 90% de su recuperación de la temperatura normal corporal y se mantuvo una estabilidad.

DIAGNOSTICO No. 8

- Deterioro de la integridad cutánea de la mano izquierda relacionado con laceración de la piel manifestado por, enrojecimiento, edema, extravasación de líquidos y equimosis.

OBJETIVO:

- Disminuir el edema de extravasación de líquidos y equimosis
- Mantener en buen estado la piel de la señora.
- Proporcionar cuidados para que mejore el deterioro de la piel.

EVALUACIÓN:

- Se logra un 100% en la recuperación del deterioro de la integridad cutánea con los cuidados y la cooperación de la señora y su esposo.

DIAGNOSTICO No. 9

- Alteración de su equilibrio relacionado con la aplicación de la quimioterapia manifestado por visión borrosa

OBJETIVO:

- Lograr restablecer su equilibrio lo más pronto posible

EVALUACIÓN:

- Se logra un 80% de este diagnostico y se le proporciona líquidos orales antes de la aplicación de la quimioterapia.

DIAGNOSTICO No. 10

- Dificultad de la comunicación verbal manifestado y relacionado por tener otro idioma manifestado por incomprensión del castellano.

OBJETIVO:

- Establecer una relación armoniosa de comunicación con su familiar

EVALUACIÓN:

- Se logra un 90% de comunicación entre el esposo y el personal que estuvo durante su tratamiento de la señora y el esposo coopero con los cuidados

específicos que se proporcionaron

DIAGNOSTICO No. 11

- Sufrimiento espiritual humano relacionado con la separación de lazos culturales y religiosos manifestado por tristeza y el sentirse sola.

OBJETIVO:

- Ayudar a la señora en frente esos momentos. Es mas importante su estado de salud.
- Proporcionarle la Biblia y revistas espirituales

EVALUACIÓN:

- Se logro el 50% porque la señora es analfabeta y necesita de un interprete para comprender la lectura.

PLAN DE CUIDADOS

- Alteración disminución, de la oxigenación, relacionado con dolor intenso abdominal, manifestado por la disminución de la respiración, sacies dolorosas, hipotermia.

OBJETIVO:

- Proporcionar una oxigenación adecuada cuando la usuaria lo requiera.

CRITERIOS DE RESULTADO:

- La paciente demostrara una disminución y/o eliminación del dolor.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- Planear junto con la nutriologa una dieta rica en hierro y proteínas, incluir alimentos en calidad.
- Anotar ingesta de líquidos.
- Sugerir que la dieta sea de consistencia blanda.
- Ofrecer líquidos fraccionados durante el día, registrando la cantidad.
- Lubricación de la piel con aceite vegetal.

CRITERIOS DE RESULTADO:

- Se dará una dieta balanceada rica en hierro y proteínas
- La señora mantendrá su peso según peso y talla
- Ingerirá una dieta blanda fraccionada, masticando y deglutiendo despacio
- Conservará una piel íntima e hidratada.

EVALUACIÓN:

1.- Con la aplicación de Oxígeno se estabilizó la paciente y posteriormente se le retiró

DIAGNOSTICO NO. 2

- Alteración de la Nutrición relacionada por una inadecuada alimentación, manifestada por pérdida de peso.
- Deterioro de la masticación relacionada por falta de piezas dentales manifestado por una masticación lenta
- Deterioro de la integridad constancia relacionada con la falta de líquidos manifestado por: Resequedad y signos de lienzo húmedo.

OBJETIVO:

- Proporcionar los nutrientes y líquidos según las necesidades básicas del organismo.
- Proporcionar una dieta blanda para facilitar su masticación.

EVALUACIÓN

- Ingerirá sus alimentos fraccionados, se le proporcionara una dieta con los alimentos que acostumbra comer en su casa. (dieta blanda). Para facilitar la deglución.
- Se dará masaje con aceite en todo el cuerpo.

DIAGNOSTICO No. 3

- Incontinencia urinaria relacionado con la ocupación por una masa abdominal, manifestado por falta de incontinencia del esfínter anal y vesical.

OBJETIVO:

- Proporcionar cuidados para controlar sus necesidades fisiológicas y vigilar el número de características de la diuresis y evacuación.
- Brindar comodidad y confort a la paciente
- Vigilar diariamente la ingesta de liquido

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- Se explicó a la señora y al familiar el procedimiento . Para la tranquilidad de la usuaria y sus familiares
- Aplicación de sonda foley
- Aplicación de Pañales

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- Aplicación de sonda foley con cuidado de la misma, vigilar permeabilidad, anotando cantidad.
- Colocar un pañal desechable grande para su seguridad, protección e higiene
- Llevar un control de líquidos diarios
- Aplicación de analgésicos indicados

CRITERIOS DE RESULTADOS:

- A través de la aplicación de la sonda foley, la señora controlara su esfínter vesical.
- Mediante los cambios de posición la enferma se relajara y conciliara el sueño

EVALUACIÓN

- Con la sonda foley la señora controlara su esfínter vesical.
- Se aplicara un pañal desechable grande en caso de una evacuación, se pueda prever la higiene de la paciente y de la ropa de cama.
- Con los cambios de posición frecuente se relajara la paciente.
- Aplicación de analgésicos.

DIAGNOSTICO No. 4

- Deterioro de la movilidad física relacionado con la disminución de los movimientos de las articulaciones manifestado por movimientos lentos y dolorosos.

OBJETIVOS:

- Por medio del patrón de ejercicios lograr mayor movilidad en músculo y articulación.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Programar un esquema de ejercicios y masajes para lograr la tonicidad de los músculos y las articulaciones.
- Se le ayuda a la comodidad de sus necesidades fisiológicas.

CRITERIOS DE OBSERVACIÓN

- La señora a través de los ejercicios programados aumentara sus movimientos articulares y lograra la tonicidad muscular.

EVALUACIÓN

- Al realizar los ejercicios respiratorios y los masajes por las tardes la señora lograra un relajamiento muscular y así podrá descansar más tiempo.

DIAGNOSTICO No. 5

- Alteración del patrón del sueño relacionado con la sobre carga sensorial manifestado por insomnio.

OBJETIVO:

- Proporcionar un ambiente adecuado, o agradable durante su estancia hospitalaria.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA:

- Evitar los ruidos, exceso de luz y ventilación.
- A pagar la luz durante la noche, cerrar las ventanas.
- Evitar corrientes de aire respetar el sueño, obligar a la paciente

CRITERIOS DE RESULTADO:

- Restablecer su ciclo normal de sueño
- Conciliar el sueño fisiológico a través de los cuidados de enfermería establecidos

EVALUACIÓN:

- Al conciliar el sueño la paciente, se cerro la ventana, se corrieron las cortinas y se apago la luz para evitar los ruidos y pudiera descansar la paciente.
- Se agrego la paciente con ropa ligera porque hacia calor

DIAGNOSTICO No. 6

- Incapacidad para mantener su aspecto a un nivel satisfactorio, relacionado con la falta de costumbre, manifestado por la incomodidad e inconformidad de la bata hospitalaria

OBJETIVO:

- Respetar las costumbres y hábitos de la señora.

INTERVENCIÓN DE NEFERMERÍA:

- Dar una orientación convincente y decirle que es parte de la disciplina ó norma hospitalaria.

CRITERIOS DE RESULTADO:

- La señora aceptará con gusto una bata adecuada a su complexión

EVALUACIÓN:

- A pesar de su inconformidad acepto la bata, se busca que sea adecuada para ella.

DIAGNOSTICO No. 7

- Alteración de la temperatura corporal relacionado con un deterioro por un

proceso neoplásico, manifestado por sensación de frío temperatura baja y piel fría.

OBJETIVO:

- Contribuir a la recuperación de su temperatura corporal a través del calor seco.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- * Tomar signos vitales
- Abrigar a la paciente, se proporciona un cobertor.
- Colocar una lámpara de chicote para proporcionar calor local.
- Dar un té caliente

CRITERIOS DE RESULTADO:

- La enfermera conservará una temperatura corporal normal

EVALUACIÓN:

- Aceptó el procedimiento y cooperó, hasta recuperar su temperatura normal.

DIAGNOSTICO No. 8

- Deterioro de la integridad cutánea de la mano izquierda relacionado con laceración de la piel manifestado por, enrojecimiento, edema, extravasación de líquidos y equimosis.

OBJETIVO:

- Disminuir el edema de extravasación de líquidos y equimosis
- Mantener en buen estado la piel de la señora.
- Proporcionar cuidados para que mejore el deterioro de la piel.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- Evitar movimientos bruscos
- Diluir los medicamentos que se aplican por vía parenteral
- Aplicación de compresas frías y calientes
- Masajes
- Aplicación de miel
- Vendaje de la mano izquierda

CRITERIOS DE RESULTADO:

- Se disminuirá el edema
- La piel se recuperará su integridad y quedará en buenas condiciones

EVALUACIÓN:

- Aceptaron el cuidado donde esta colocada la venoclisis.
- * Evitaron los movimientos bruscos de la mano.

DIAGNOSTICO No. 9

- Alteración de su equilibrio relacionado con la aplicación de la quimioterapia manifestado por visión borrosa

OBJETIVO:

- Lograr restablecer su equilibrio lo más pronto posible

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- Ayudar a la paciente a ingerir abundantes líquidos, previos a la quimioterapia.

- Asistirle a la señora durante la quimioterapia
- Sugerir que la quimioterapia se aplique por la tarde

CRITERIOS DE EVALUACIÓN:

- Con la ingesta de líquidos previo a la quimioterapia tendrá una eliminación más rápida del medicamento

EVALUACIÓN:

- Después de la quimioterapia la señora elimino más diuresis.
- Los familiares ven con agrado los cuidados que se le proporcionan.
- Se le pide al esposo que este más tiempo con ella.

DIAGNOSTICO No. 10

- Dificultad de la comunicación verbal manifestado y relacionado por tener otro idioma manifestado por incomprensión del castellano.

OBJETIVO:

- Establecer una relación armoniosa de comunicación con su familiar

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- Solicitar ayuda del esposo para que sirva de interprete entre la enfermera y la señora.

- Mantener una comunicación estrecha con la enferma.
- A través de la ayuda del esposo se le indicará la señora sobre los cuidados que debe de realizar dentro del hospital.

CRITERIOS DE RESULTADO:

- Se mantendrá una comunicación satisfactoria con la enfermera.

EVALUACIÓN:

- Aprendió algunas palabras en castilla, y contesta por medio de la mímica.

DIAGNOSTICO No. 11

- Sufrimiento espiritual humano relacionado con la separación de lazos culturales y religiosos manifestado por tristeza y el sentirse sola.

OBJETIVO:

- Ayudar a la señora en frente esos momentos. Es mas importante su estado de salud.
- Proporcionarle la Biblia y revistas espirituales

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- Que el esposo le lea un texto bíblico diariamente por las tardes.
- Platicar con la señora sobre temas religiosos.

CRITERIOS DE RESULTADO:

- A la señora se le disminuirá su tristeza.
- Se mantendrá animada durante su estancia hospitalaria

EVALUACIÓN:

- Acepto con agrado la compañía de su esposo y recupero el animo.
- Se siente segura con la compañía del esposo.

Registro de Cuidados de Enfermería

Resumen de Mayo 12, 2000 de 14:00 a 18:00 hrs.

Temp.	Pulso	Resp.	T/A	Líquidos	Pérdidas	Observaciones
--------------	--------------	--------------	------------	-----------------	-----------------	----------------------

36°C	70	20	100/70	150 mL. 500 ml. sangre	Diuresis 300 ml.	Aplicación de puntas nasales para proporcionar oxígeno (intermitente)
peso	62 k			700 ml. dieta		Puño percusión masaje en la espalda con alcohol
talla	1.64					Dieta fraccionada, ingiere despacio sus líquidos.
						Colocación de pañal desechable.
						Cambios de posición.
18:30					200	
Total				1350	500	

Registro de Cuidados de Enfermería

Resumen de Mayo 13 2000. de 14:00 a 18:00 hrs.

Tem.	Pulso	Resp.	T/A	Líquidos	Pérdidas	Observaciones
------	-------	-------	-----	----------	----------	---------------

36°C	70	20	110/70	800 ml. 300 ml. Quimioterapia	600	Paciente fem. que no el dolor a las 16:00 hrs e inicia su Quimioterapia a las 17 Hrs. Después de la Quimioterapia queda somnolienta y muy deprimida. Se aplica oxigenoterapias su venoclisis permeable se irrita fácilmente con los medicamentos Se abriga a la paciente.
Peso	62.100					
Talla	1.64					
				300 ml.	18:00 hrs.	
36°C	68	18	100/60			Aplicación de compresas de agua fría. Posteriormente vendaje compresivo.
					18:00 hrs.	Masaje con alcohol y aceite natural para su relajación.
					600	
				1400		

Registro de cuidados de enfermería

Resumen del día 14 Mayo 2000 de 14 a 18 hrs.

Temp.	Pulso	Resp.	T/A	Líquidos	Pérdidas	Observaciones
36°C	71	19	100/60	850 ml.		Cambio de sonido faby
Peso						Dinámica de ejercicio respiratorios
						Masaje en miembros inferiores con aceite vegetal.
						Ejercitación de los M.L.
						Cambios De posición se le pide al esposo que colabore en la ejecución de los ejercicios resp. Y los movimientos de los miembros inferiores.
18 hrs.					300 ml.	Se apaga la luz y se abre la ventana por la ventilación.
Total				850	300	

Registro de cuidados de enfermería

Resumen del día 14, 2000. de 14:00 a 16:00 hrs.

Temp.	Pulso	Resp.	T/A	Líquidos	Pérdidas	Observaciones
36° C	71	19	100/70	200 ml.		Toma de signos vitales
Peso						Se evito los excesos de luz y ventilación por la fuerte lluvia.
				800 ml.		Baño de pie con agua tibia conjuntamente con un masaje. Presento dolor a las 16:30 se le proporciono un té caliente. Aplicación de calor por medio de una lámpara de chicote. Aplicación de medicamentos lentamente.
				1000	350	

Registro de los cuidados de enfermería

Resumen del día

Temp.	Pulso	Resp.	T/A	Líquidos	Pérdida	Observaciones
36°C	70	20	100/70	900 ml.	350	<p>Toma de signos vitales se observa disminución del edema de M.S.D.</p> <p>Paseos en silla de rueda Reunión en la sala de video</p> <p>Aprende a decir no y si</p> <p>El poso le lee textos bíblicos durante media hora.</p>
Peso						

1.- EVALUACIÓN.

Para la realización del proceso de atención de Enfermería aplicado a una señora con proceso Neoplásico fue necesario consultar diferentes Bibliografías. Las cuales hicieron posible la culminación de la aplicación de los cuidados de acuerdo a sus necesidades jerarquizadas.

En cuanto a la recopilación de datos, fue satisfactoria, debido a que obtuve la información directa del paciente y así como de su esposo que fungió como interprete.

Para la integración de la información y aplicación de los cuidados de Enfermería programados de acuerdo a sus necesidades clasificadas y jerarquizadas.

La señora fue dada de alta llevando consigo una programación específica de acuerdo a los cuidados necesarios y para la potencialización de sus necesidades y su regulación dietética de acuerdo a sus posibilidades económicas.

PLAN DE ALTA

Los cuidados de acuerdo a los objetivos que se planearon y se van a realizar a través de los familiares.

- Parcialmente dependiente:- Se describirán muy detalladamente en el plan de alta
- Necesidad de aprendizaje:- ¿Cómo es dependiente de la familia se propuso una programación de enseñanza de 6 meses para que sea más entendible el diálogo con su familia y otras personas con el idioma castellano y no solo hablar el zental.
- Necesidad de oxigenación se diseño un patrón de ejercicios respiratorio y relajación por las mañanas. Respirar profundamente y exhalar.

Caminar en un lugar cerca de su casa, en compañía de algún familiar.

- Necesidad de descanso y sueño.

Se recomendó a los familiares que la señora debe de descansar durante el día cada 3 hrs.

- No realizar tareas pesadas.
- Necesidad de higiene y protección

Baño diario asistido

Higiene personal asistida (lavarse los dientes, corte de uñas, peinarse y cambiarse de ropa)

Aplicación de aceite vegetal en todo el cuerpo después del baño.

- Necesidad de jugar y participar en actividades.

Llevarla a sus reuniones con el grupo religioso 2 veces por semana. (jueves y domingo)

- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.

Vestirla de acuerdo a su costumbre de su comunidad amenera que se sienta a gusto y su estado de animo cambie.

VI. CONCLUSIONES.

PLAN DE ALTA

Los cuidados de acuerdo a los objetivos que se planearon y se van a realizar a través de los familiares.

- Parcialmente dependiente:- Se describirán muy detalladamente en el plan de alta
- Necesidad de aprendizaje:- ¿Cómo es dependiente de la familia se propuso una programación de enseñanza de 6 meses para que sea más entendible el diálogo con su familia y otras personas con el idioma castellano y no solo hablar el zental.
- Necesidad de oxigenación se diseño un patrón de ejercicios respiratorio y relajación por las mañanas. Respirar profundamente y exhalar.

Caminar en un lugar cerca de su casa, en compañía de algún familiar.

- Necesidad de descanso y sueño.

Se recomendó a los familiares que la señora debe de descansar durante el día cada 3 hrs.

- No realizar tareas pesadas.
- Necesidad de higiene y protección

Baño diario asistido

Higiene personal asistida (lavarse los dientes, corte de uñas, peinarse y cambiarse de ropa)

Aplicación de aceite vegetal en todo el cuerpo después del baño.

- Necesidad de jugar y participar en actividades.

Llevarla a sus reuniones con el grupo religioso 2 veces por semana. (jueves y domingo)

- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.

Vestirla de acuerdo a su costumbre de su comunidad amañera que se sienta a gusto y su estado de animo cambie.

VI. CONCLUSIONES.

Actualmente la evolución de las diferentes disciplinas nos obligan a mantener una visión mas técnica y científica, de acuerdo a los momento que se vive y las necesidades que se presenta.

Una de ellas es nuestra profesión con la realización del proceso de enfermería basado en una teoría la cual permite la delimitación propia del quehacer del ser, por lo que es conveniente que las profesiones conozcan, profundicen en los conocimientos técnicos, teóricos, y metodológicos que sustenten las practicas y les permitan reconocer al ser humano en una dimensión holistica que se traduzca en cuidado integral.

Tener los cocimientos teóricos de los conceptos fundamentales de enfermería como son: Persona, Entorno, Enfermería, Salud y Rol Profesional, son las bases científicas que plantea Virginia Henderson, estos conceptos resultan complejos trabajar con ellos dado la poca habilidad y la poca familiaridad que tenemos de ellos. Pero puede ser el principio para el desarrollo de investigaciones futuras.

El proceso de enfermería es una fundamentación teórica, nos permite una reflexión y análisis de cada etapa. Y nos exige la consulta del caso a tratar y nos interrelaciona con otras personas y con otras disciplinas.

El desconocimiento de esta nueva faceta de mi profesión, de llevar a un nivel teórico y metodológico para ejercer la profesión me hizo tener grandes experiencias que me impulsaron a la búsqueda de información. Me doy cuenta de que necesito tener mas conocimientos de los avances de mi profesión y así darle un lugar y el valor que le corresponden para seguir avanzando en la investigación.

Pude constatar que hay una diferencia muy grande en la forma en que se concibe

y desarrolla el proceso como lo aprendí anteriormente y en el que desarrolle ahora ya que el interior se caracterizaba por tener un enfoque medico, curativo basados en síntomas y signos el interés se centraba en el desarrollo amplio de un marco teórico, la valoración tendía a orientarse hacia la historia clínica-medica, había ausencia de diagnostico de enfermería, el plan de cuidados se basaba en signos y síntomas y tratamiento medico y poco se valoraba los avances del individuo en función de los cuidados, ahora bien con el proceso que realice me permitió realizar una valoración específicamente de enfermería de acuerdo a las necesidades de la señora Maria Estrada, se establecieron los diagnósticos de enfermería, se planeo y se realizo los cuidados, también se valoro los avances periódicos de los cuidados independientes y específicos de enfermería.

Al realizar este proceso, medí cuenta que no es muy fácil, que una enfermera que no habla en idioma tzental tenga facilidad de comunicación ya que sus familiares tenían la necesidad de salir y no había quien pudiera realizar las funciones de interprete.

Ahora entiendo que mientras no haya enfermera bilingües, seguirán los indígenas sin tener la debida atención y comunicación social.

VII. SUGERENCIAS

- Es necesario impulsar la investigación para utilizar el modelo de Virginia Henderson acorde a las necesidades de nuestro país.
- En la formación profesional dedicarle mas tiempo teórico y practico el proceso de enfermería y que se contemple como una materia a nivel nacional.
- Es necesario actualizar las instituciones de formación educativas de enfermería sobre el desarrollo, difusión y aplicación del proceso para que el personal de enfermería cada vez haga conciencia de su profesión y no asuma roles de otras disciplinas.
- El personal docente de las instituciones educativas cuando se lleven reuniones de trabajo para la revisión y aplicación del proceso en el sector salud.

HENDERSON, A. Virginia. **L naturaleza de la enfermería**, México Interamericana, Mc Graw-Hill 1994.

HENDERSON, Virginia. **la naturaleza de la enfermería**. Edit. Interamericana España. 1994.

HENDERSON VIRGINIA Y NITE, GLADIS, **Enfermería, teoría y práctica**. Tercera edición. La pensa Medica Mexicana S.A. México, 1987.

KOZIER, Bárbara, et, al. **Introducción a la enfermería**, en op. Cit.

KOZIER,...., en **Marco Conceptual y teorías de enfermería**, en op. Cit.

LUIS RODRIGO, MATERESA, **Diagnóstico de enfermería de la NANAN** en definiciones y clasificaciones, 1992-1993 edit, Mosby. Doyma Libros.

MARRINER. ANN **Modelos y teorías de enfermería**, Madrid, Doyma, 1996.

PHANEUT MARGOT. Las necesidades fundamentales, según el enfoque de Virginia Herdenson en, **cuidado de enfermería. El proceso de atención de enfermería**. T. Carlos Ma. López González y julia López Ruiz, Edit. Mc Graw-Hill, Madrid, 1993.

SOLIS GUZMAN CAROLINA, Orozco tagle Amanda. **Programa académico de servicio social y de titulación**, Escuela Nacional de Enfermería y obstétrica, Universidad Nal. Autónoma de México, 1997.

ANEXOS

- 1) Formato de valoración
- 2) Formato de valoración diagnóstica de enfermería
- 3) Formato de valoración diagnóstica de enfermería realizado.
- 4) Formato de plan de intervención de enfermería
- 5) Formato de plan de intervención de enfermería realizado.
- 6) Registro de actividades
- 7) Plan de seguimiento del cuidado a domicilio

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____

Talla: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Ocupación: _____ Escolaridad: _____ Fecha de
Valoración: _____
Procedencia: _____ Residencia: _____ Fuente de información:

Fiabilidad (1-4): _____ Miembro de la familia/persona significativa:

Estado Civil: _____ Cultura: _____ Religión: _____
Nivel socioeconómico: _____ Idioma: _____
Lugar que ocupa en la Familia: _____

OXIGENACIÓN

SUBJETIVO:

Disnea debido a: _____ Tos Productiva: _____
Dolor asociado con la respiración: _____ Fumador: _____
Desde cuando fuma: _____ Estado de
conciencia: _____
Cuantos cigarrillos al día/varía la cantidad según el estado
emocional: _____
Historia de la enfermedad
infecciosa: _____
Tiene conocimiento de una respiración correcta: _____ Que tipo de puro fumaba:

Registro de signos vitales y características:

Coloración de piel / lechos ungueales / peribucal:

Circulación del entorno
venoso:

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

SUBJETIVO

Dieta habitual (tipo): _____ Número de comidas diarias: _____
Trastorno digestivo: _____ Patrón de ejercicio: _____
Problemas de la masticación y deglución: _____
Duración para tomar los alimentos: _____ Horario de comidas: _____

OBJETIVO.

Turgencia de la piel: _____
Membranas mucosas hidratadas / secas: _____
Características de uñas / cabello: _____
Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____
Aspecto de los dientes y encías: _____
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____
Con quién como: _____
Utensilios de cocina: _____

ELIMINACIÓN

SUBJETIVO.

Hábitos intestinales:

Características de las heces y orina:

Dolor al defecar / orinar:

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación:

OBJETIVO:

Abdomen / características:

Ruidos intestinales:

Palpación de la vejiga urinaria:

Patrón de
ejercicios:

TERMORREGULACIÓN

SUBJETIVO.

Adaptabilidad	a	los	cambios	de	temperatura:
<hr/>					
<hr/>					
<hr/>					
Temperatura	ambiental	que	le	guste:	
<hr/>					
<hr/>					
<hr/>					

OBJETIVO.

Características	de	la	piel:
<hr/>			
Transpiración:			
Condiciones	del	entorno	físico:
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
Otros:			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			

MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

SUBJETIVO.

Capacidad	física	cotidiana:
Actividades	en el tiempo	libre:
Hábitos	de	descanso:
Hábitos	de	trabajo:
Peso		corporal:

OBJETIVO.

Estado	del sistema	músculo	esqueletico	/	fuerza:

Capacidad	muscular	tono	/	resistencia	/ flexibilidad:

Posturas:					
Ayuda	para	la	de	ambulación:	

Dolor	con	el	movimiento:		
Presencia	de				temblores:
Estado de conciencia: _____					Estado emocional:

Otros: _____					

DESCANSO Y SUEÑO

SUBJETIVO.

Horario de descanso: _____	Horario de sueño: _____
Horas de descanso: _____	Horas de sueño: _____
Siesta: _____	Ayudas: _____
Temperatura ambiental que le guste: _____	¿Padece de insomnio?: _____
A que considera que se deba: _____	
¿Se siente descansado al levantarse? _____	

OBJETIVO.

Estado mental: ansiedad / estrés / lenguaje: _____	
Orejas: _____ Atención : _____	
Concentración: _____	
Cefaleas: _____ Respuesta a estímulos: _____	

Otros: _____	

USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

SUBJETIVO.

¿Influye su estado de ánimo para la selección de prendas de vestir?

Sus autoestima es determinante en su modo de vestir?

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría:

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario?

OBJETIVO

Viste de acuerdo a la edad: _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

Vestuario incompleto: _____ Sucio: _____ Inadecuado: _____

Otros:

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

SUBJETIVO

Frecuencia	de	aseo:
Momento	preferido para el	baño:
Cuántas veces se lava los dientes al día:		
Aseo de manos antes y después de comer: _____ Después de eliminar: _____		
Tiene creencias personales o religiosas que limiten su hábito higiénicos: _____		
Otros: _____		

OBJETIVO.

Aspecto general: _____	O corporal: _____
Halitosis: _____	Estado del cuerpo cabelludo: _____
Tipo de baño: _____	Almacenamiento de agua: _____
Lesiones dérmicas, que tipo: _____	

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

SUBJETIVO.

Qué miembros componen su familia de pertenencia:

Cómo reacciona ante una situación de urgencia:

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?

En el hogar _____ En el trabajo:

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados?

Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida:

OBJETIVO.

Condiciones del ambiente en su hogar:

En el trabajo:

Otros:

NECESIDADES DE COMUNICARSE

SUBJETIVO.

Estado civil: _____	Años de viudo: _____	Vive con: _____
Preocupaciones _____	/	estrés: _____
Otras _____ personas _____	que _____	puedan _____
Rol _____	en _____	la _____
familiar: _____		estructura _____
Comunica sus problemas _____	debido a la enfermedad _____	/ estado: _____
Cuanto _____	tiempo _____	pasa _____
		sola: _____
Frecuencia de los diferentes _____	contactos _____	sociales _____
trabajo: _____		en el _____

OBJETIVO.

Habla _____	claro: _____
Dificultad _____	en _____
	la _____
	visión: _____
Comunicación verbal / no verbal con la familia / con otras personas significativas: _____	

Otros: _____	

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

SUBJETIVO.

Creencia		religiosa:
¿Su creencia religiosa le genera conflictos		personales?
Principales valores	en su	familia:
Principales valores		personales:
¿Es congruente su forma de pensar y su forma de vivir?		

OBJETIVO.

Hábitos	específicos de vestir	(grupo social religioso):
¿Permite	el	contacto físico?:
¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?:		

Otros:		

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

SUBJETIVO.

Trabaja actualmente: _____ Tiempo de trabajo: _____ Riesgos: _____
Cuánto tiempo le dedica al trabajo:

Está satisfecho con su trabajo: _____
¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o su familia?

¿Está satisfecho con el rol familiar que juega?

OBJETIVO.

Estado emocional / calmado / ansioso / enfadado / retraído / temeroso / irritable /
inquieto / eufórico:

Otros:

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

SUBJETIVO.

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre:

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?:

¿Existen recursos en su comodidad para la creación?:

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?:

OBJETIVO.

Integridad del sistema neuromuscular:

¿Rechaza las actividades recreativas?:

¿Su estado de ánimo es apático / aburrido / participativo?:

Otros:

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

SUBJETIVO.

Nivel de educación: Escolaridad analfabeta Problemas de aprendizaje: Si por su idioma

Limitaciones cognitivas: No entiende el castellano

Tipo: _____

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

¿Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo?:

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?:

Otros:

OBJETIVO.

Estado	del	sistema	nervioso:	
Órganos	de	los	sentidos:	
Estado	emocional	/	ansiedad /	dolor:
Memoria			reciente:	
Memoria			remota:	
Otras			manifestaciones:	

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Maria Jiménez Estrada Edad: 34 Peso: 53
Talla: 160 Fecha de Nacimiento: 1-IV-64 Sexo: Fem.
Ocupación: Oficios del Hogar Escolaridad: Ninguna Fecha de Valoración: 12-
Junio-00
Procedencia: Chilón Residencia: Ocosingo Fuente de información:

Fiabilidad (1-4): _____ Miembro de la familia/persona significativa:
Esposo
Estado Civil: Casada Cultura: Indígena Religión: Pentecostés
Nivel socioeconómico: Bajo Idioma: Zental
Lugar que ocupa en la Familia: 2°

OXIGENACIÓN

SUBJETIVO:

Disnea debido a: _____ Tos Productiva: No

Dolor asociado con la respiración: No Fumador: No

Desde cuando fuma: No Estado de conciencia:

Cuantos cigarrillos al día/varía la cantidad según el estado emocional: _____

Historia de la enfermedad

infecciosa: _____

Tiene conocimiento de una respiración correcta: SI Que tipo de puro fumaba:

NO

Registro de signos vitales y características: Temp.=36 Pulso -80 -Resp. 20

T/A 100/60

Coloración de piel / lechos ungueales / peribucal: Piel pálida y resequeadad con signo de lienso humedo.

Circulación del entorno

venoso: _____

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

SUBJETIVO

Dieta habitual (tipo): verduras y frijol, tortillas, frutas, rara ves carne Número de comidas diarias: 3
Trastorno digestivo: _____ Patrón de ejercicio: NO
Problemas de la masticación y deglución: Mastica lento por falta de piezas dentales 2 caninos, 2 maxilar inferior.
Duración para tomar los alimentos: 30 minutos Horario de comidas: 8:00 13:00 20:00

OBJETIVO.

Turgencia de la piel: Piel reseca con signo de lienzo húmedo.
Membranas mucosas hidratadas / secas: Secas
Características de uñas / cabello: Uñas reflejan regular llenado capilar, bien implantado y reseco
Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Músculo esquelético debilidad al facellarme
Aspecto de los dientes y encías: Falta de piezas dentales
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización:

Con quién como: con sus hijos y cena con el esposo
Utensilios de cocina: Platos, vasos, cuchara algunos de barro y de peltre.

ELIMINACIÓN

SUBJETIVO.

Hábitos intestinales: 1 Evacuación al día
Características de las heces y orina: Normales y orina, varias veces y poco
Dolor al defecar / orinar: Si al haber dolor orino y evacua
Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: "Cuando estoy triste me da miedo siento que va a salir más orina y popo junto con sangre"

OBJETIVO:

Abdomen / características: Blando depresible a la palpación pero en flanco derecho a la palpación dolor con palpación de consistencia resistente.

Ruidos intestinales:

Normales

Palpación de la vejiga urinaria: Resistente con globo vesical

Patrón de ejercicios: _____

TERMORREGULACIÓN

SUBJETIVO.

Aptabilidad a los cambios de temperatura: Si es igual el clima de su comunidad
Ejercicio, tipo, frecuencia: acerca agua en algunas ocasiones

Temperatura ambiental que le guste: si me gusta

OBJETIVO.

Características de la piel: piel seca con pliego de lienzo húmedo
Transpiración: Mal oliente por el proceso neoplásico
Condiciones del entorno físico: Buena ventilación en una cama cómoda limpia con
ventanas y cortinas, a su alrededor existen áreas verdes con buena iluminación.

Otros: _____

MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

SUBJETIVO.

Capacidad física cotidiana: realizo los oficios del hogar
Actividades en el tiempo libre: Lavar ropa, hacer comida, limpiar la casa
Hábitos de descanso: No tengo sólo en la noche
Hábitos de trabajo: todo el día
Peso corporal: 53 kilos

OBJETIVO.

Estado del sistema músculo esquelético / fuerza: debilidad muscular por falta de del proceso neoplásico
Capacidad muscular tono / resistencia / flexibilidad: Si tiene capacidad muscular por realizar sus tareas.
Posturas: Buena postura
Ayuda para la de ambulación: Si porque se marca, por la debilidad debido a la pérdida de sangre y el dolor que es muy fuerte.
Dolor con el movimiento: En algunas ocasiones
Presencia de temblores: NO
Estado de conciencia: Conciente Estado emocional: Triste
Otros: alertas

DESCANSO Y SUEÑO

SUBJETIVO.

Horario de descanso: <u>Por las noches</u>	Horario de sueño: <u>8 hrs.</u>
Horas de descanso: <u>21:00</u> <u>5 A.M.</u>	Horas de sueño: _____
Siesta: <u>NO</u>	Ayudas: <u>Si, papá y su Mamá</u>
Temperatura ambiental que le guste: <u>Si calor</u>	¿Padece de insomnio?: <u>SI</u>
A que considera que se deba: <u>por que deajo a sus hijos y están chiquitos y van a la escuela</u>	
¿Se siente descansado al levantarse? <u>A veces.</u>	

OBJETIVO.

Estado mental: <u>ansiedad / estrés / lenguaje:</u>
Orejas: <u>Bien implantada</u> Atención : <u>Buena</u>
Concentración: _____
Cefaleas: <u>a veces</u> Respuesta a estímulos: <u>SI</u>
_____ Otros: _____

USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

SUBJETIVO.

¿Influye su estado de ánimo para la selección de prendas de vestir?

SI _____

Sus autoestima es determinante en su modo de vestir?

SI _____

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría?

NO _____

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario?

NO _____

OBJETIVO

Viste de acuerdo a la edad: Si edad y costumbre cultural

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: SI requiere ayuda por su debilidad

Vestuario incompleto: NO Sucio: NO Inadecuado: _____

Otros:

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

SUBJETIVO

Frecuencia de aseo: Baño diario
Momento preferido para el baño: al medio día
Cuántas veces se lava los dientes al día: Se limpia con carbón 1 vez al día
Aseo de manos antes y después de comer: SI Después de eliminar: SI
Tiene creencias personales o religiosas que limiten su hábito higiénicos: NO
Otros:

OBJETIVO.

Aspecto general: Refleja debilidad muscular O corporal: Características de las neoplásias
Halitosis: SI Estado del cuerpo cabelludo: Bien
Tipo de baño: Regadera Almacenamiento de agua: NO
Lesiones dérmicas, que tipo: Inflamación, Edema, Rubor, Calor en la mano derecha

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

SUBJETIVO.

Qué miembros componen su familia de pertenencia: Esposo y 5 hijos
Cómo reacciona ante una situación de urgencia: Afligida
¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? SI
En el hogar También En el trabajo:

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados? NO
Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida: 18 a reuniones en la Iglesia
2 veces por semana.

OBJETIVO.

Condiciones del ambiente en su hogar: Casa limpia y el patio también
En el trabajo:

Otros: tengo muchas plantas que se le riega agua cuando no llueve

NECESIDADES DE COMUNICARSE

SUBJETIVO.

Estado civil: Casada Años de viudo: _____ Vive con: esposo e hijos
Preocupaciones / estrés: Si
Otras personas que puedan ayudar: Su mamá y sus familiares
Rol _____ en _____ la _____ estructura familiar: _____
Comunica sus problemas debido a la enfermedad / estado: _____
si _____
Cuanto tiempo pasa sola: 3 horas diarias
Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: _____

OBJETIVO.

Habla claro: (NO) Habla el idioma zental
Dificultad en la visión: en algunas ocasiones después de la quinoterapia
Comunicación verbal / no verbal con la familia / con otras personas significativas: Si pero que hablen zental, siempre necesita un interprete cuando quiere decir algo; y se le ha enseñado algo de mímica.
Otros:

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

SUBJETIVO.

Creencia religiosa: SI Jehová
¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales? NO, tranquilidad
Principales valores en su familia: Amor a dios, la unión familiar
Principales valores personales: La fidelidad al esposo
¿Es congruente su forma de pensar y su forma de vivir?
SI

OBJETIVO.

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): Llevar su ropa autóctona y su rebozo
¿Permite el contacto físico?: SI
¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?: Su Biblia aunque necesita que alguien se lo traduzca.
Otros:

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

SUBJETIVO.

Trabaja actualmente: NO Tiempo de trabajo: NO Riesgos: NO
Cuánto tiempo le dedica al trabajo: en su casa y son 10 hrs.
Está satisfecho con su trabajo: SI
¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o su familia? NO

¿Está satisfecho con el rol familiar que juega? SI

OBJETIVO.

Estado emocional / calmado / ansioso / enfadado / retraído / temeroso / irritable / inquieto / eufórico: Refleja inquietud y temerosa por haber dejado solo a sus hijos pues es la
Otros: primera vez que la internan en un hospital tanto tiempo y esta muy lejos de su casa.

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

SUBJETIVO.

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Va a su iglesia
¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?: NO
¿Existen recursos en su comodidad para la creación?: Si reuniones y juego y las ferias
¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?: NO

OBJETIVO.

Integridad del sistema neuromuscular: SI
¿Rechaza las actividades recreativas?: NO
¿Su estado de ánimo es apático / aburrido / participativo?: Participativo
Otros:

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

SUBJETIVO.

Nivel de educación: Escolaridad analfabeta Problemas de aprendizaje: Si por su idioma

Limitaciones cognitivas: No entiende el castellano

Tipo: _____

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad?:
SI _____

¿Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo?:
SI _____

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?:
SI _____

Otros:

OBJETIVO.

Estado del sistema nervioso: <u>Dice estar nerviosa por que no tienen dinero para su medicina</u>	
Órganos de los sentidos: <u>Auditiva, olfativa, visión, después de la aplicación de la Quimioterapia</u>	
Estado emocional / ansiedad / dolor: <u>También cuando siente dolor le da miedo</u>	
Memoria	reciente:
<u>SI</u>	
Memoria	remota:
Otras	manifestaciones:

Registro de Cuidados de Enfermería

Resumen de Mayo 12, 2000 de 14:00 a 18:00 hrs.

Temp.	Pulso	Resp.	T/A	Líquidos	Pérdidas	Observaciones

Registro de Cuidados de Enfermería

Resumen de Mayo 12, 2000 de 14:00 a 18:00 hrs.

Temp.	Pulso	Resp.	T/A	Líquidos	Pérdidas	Observaciones
36°C	70	20	100/70	150 mL. 500 ml. sangre	Diuresis 301 ml.	Aplicación de puntas nasales para proporcionar oxígeno (intermitente)
peso	62 k			700 ml. dieta		Puño percusión masaje en la espalda con alcohol
talla	1.64					Dieta fraccionada, ingiere despacio sus líquidos.
						Colocación de pañal desechable.
						Cambios de posición.
18:30					200	
Total				1350	500	