

00921
141

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UNA ADULTA CON ALTERACIÓN EN LA AUTOESTIMA

Que para obtener el título de
Licenciada en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

María Luisa Ramírez Ortiz
No. de Cuenta: 098611793

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



COMISIÓN DE ASUNTOS ESCOLARES

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

Yucatán, Mérida, 2003





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.

DEDICATORIA

Hoy quiero agradecer a la primera persona
Quien me ha acompañado a lo largo de mi vida
y que en cada paso dado o por dar , ha impulsado
mis fuerzas cuando creo desvanecer. Doy gracias a
Dios por ser ese amigo siempre fiel.

Estoy profundamente agradecida
Contigo, por ser la única persona que me
apoyado siempre en mis deseos de superación
por ser un padre incomparable, un amigo incondicional
y un esposo excelente, hoy no tengo con que pagar todos
tus esfuerzos, la dedicación a tu familia y por que has tenido
que ser padre y madre al mismo tiempo, por todo eso y mas
es que te amo, y si me dieran a elegir en otra vida con quien
unir mi destino, diría tu nombre
a ti
ORLANDO

Gracias a la Lic. Aurora García Piña por la paciencia,
la dedicación profesionalismo, lo cual han hecho posible
este logro, gracias maestra, por ese apoyo incondicional,
Dios la bendiga siempre.

INDICE

1. Introducción	4
2. Justificación	5
3. Objetivos	6
3.1. Objetivo general	
3.2. Objetivo específico	
4. Metodología	7
5. Marco Teórico	9
5.1. Evolución histórica del cuidado enfermo	
5.2. Definición de enfermería	
5.3. Conceptos básicos del modelo d Virginia Hendersón	
5.4. Definición del proceso de enfermería y sus etapas	
5.5. Etapas del desarrollo del paciente adulto	
6. Presentación del caso clínico	22
6.1. Valoración de necesidades	
6.2. Conclusión diagnóstica	
6.3. Jerarquización diagnóstica de enfermería	
7. Plan de cuidado de enfermería	32
8. Conclusiones	44
9. Sugerencias	45
10. Referencias bibliografía	46
11. Anexos	47

1. INTRODUCCIÓN

El presente proceso de enfermería lleva consigo pensamientos, valores y conocimientos hacia una concepción global e integral de la salud del cliente.

Con el fin de abordar aquellas teorías con aplicaciones específicas para determinadas áreas del profesional de enfermería; es un método mediante el cual se consigue que enfermería como prestador de servicio pueda abarcar un campo completo de competencia para lograr dar respuestas al cliente.

Se aplica al modelo de Virginia Henderson al proceso de enfermería con la finalidad de darle una directriz al cuidado enfermero.

En el presente proceso se definen los objetivos general y específico que se persiguen; contemplan el por que la importancia de su elaboración para el profesional, basado en una metodología que al mismo tiempo abarca un marco teórico que entre otros temas señalan la evolución y definición de enfermería.

También contemplan las características psicológicas, culturales y sociales del adulto mayor que nos brindara mejor entendimiento a nuestro cliente adulto.

Así mismo presentara cada una de las etapas del proceso desde el caso clínico, una valoración de enfermería, que dará la pauta para el diagnóstico y jerarquización de los mismos, elaborando un plan de cuidados para llevarlos a la práctica clínica.

Finalmente una evaluación que obtendrá resultados esperando sea satisfactoria para el profesional como para el cliente.

2. JUSTIFICACIÓN :

Las dimensiones de la práctica han evolucionado en respuesta a los cambios científicos, tecnológicos, educativos, económicos y políticos experimentados en la sociedad.

El proceso de enfermería es el método por el cual se aplican los sistemas teóricos de la enfermería a la práctica real. Proporciona la base para cubrir las necesidades individuales del cliente, la familia, la familia y la comunidad; es decir es una metodología que nos ayuda a sistematizar el cuidado del enfermo.

El enfoque científico utilizado por todas las disciplinas profesionales, comprende la investigación rigurosa de un problema dentro de estructura teórica definida. En la actualidad la enfermería esta usando sistemas teóricos y modelos conceptuales para organizar el conocimiento, comprende el estado de salud del cliente y guía su ejercicio profesional.

Además de dar los conocimientos teóricos, el proceso de enfermería nos lleva por lo mas importante como profesional de la salud, a la practica la cual nos hace verdaderos prestadores de servicio de salud.

El proceso de enfermería permite un acercamiento mutuo de confianza e integración del profesional de la salud y el cliente.

3.- OBJETIVOS

3.1. Objetivo General:

Aplicar un proceso de atención de enfermería a una persona madura en el servicio de cirugía general del hospital Ohorán, con base al modelo de Virginia Herderson durante el mes de abril – mayo con la finalidad de brindar un cuidado holístico.

3.2. Objetivos específicos:

1.- Identificar necesidades de dependencia, construir diagnósticos de enfermería y elaborar un plan de cuidado.

2.- Aplicar todos los conocimientos científicos prácticos adquiridos durante la enseñanza como profesional de enfermería.

3.- Lograr una incorporación, sino total, parcial del cliente a su entorno y una vida cotidiana con una satisfacción que permita el seguimiento de su vida total.

4. METODOLOGÍA

1.- Se inicia este proceso de enfermería , a través de un seminario taller durante el periodo de abril a junio, el cual se divide en tres etapas:

- A) en la primera etapa del seminario se abordó un marco teórico de la enfermería , a través del tiempo, sus logros y sus futuras metas como profesión siempre a la vanguardia, reforzar conocimiento sobre conceptos, modelos y teorías de enfermería.
- B) durante la segunda etapa del seminario se analiza cada etapa del proceso de enfermería, de la siguiente manera:

Valoración

Se realiza entrevistas con la finalidad de obtener datos requeridos a través del interrogatorio directo e indirecto; a si mismo se hace la exploración física del cliente hospitalizado, a través de los medios de utilización del material como:

Estetoscopio, baumanometro, la bascula para medición de peso.

Esto nos permitió determinar signos y síntomas directos del cliente de forma certera.

Diagnóstico

En esta etapa del proceso se analizaron todos los datos adquiridos durante las valoraciones que finalmente nos llevaron a conocer las necesidades de nuestro cliente y determinar un diagnostico de enfermería.

De la misma manera a través de la convivencia con el cliente aprendimos a conocerlo, lo cual nos permitió corroborar datos adquiridos con anterioridad de manera certera, y determinar las necesidades con prioridad para nuestro cliente , y que realmente estén interfiriendo en el desarrollo de una vida plena y normal.

Planificación

En este paso del proceso analizamos con detenimiento las prioridades para los problemas diagnosticados, se fijaron resultados con el cliente para corregir, reducir al mínimo estos mismos.

Se escribieron las acciones de enfermería que conducirán a las consecuencias de los resultados propuestos, se registraron las acciones y resultados esperados en forma organizada en el plan de cuidados.

Ejecución

Esta etapa del proceso inicia y determina las acciones de enfermería con el fin de obtener los mejores resultados. Se comenzó a la realización de cada una de las actividades en conjunto con el cliente y al mismo tiempo con el familiar mas cercano como el esposo e hija.

Cabe mencionar que durante esta ejecución se dieron cuidados imprevistos y otros eliminados por el momento.

Evaluación

Se realiza una evaluación entre el siete de junio al catorce del mismo, para ser transcrito del quince al diecinueve de junio, que fácilmente fue entregado el 21 del mismo mes.

Durante este tiempo conocimos logros y otras acciones que no fueron totalmente satisfactorias, se transcribieron resultados y pudimos conocer la satisfacción de nuestro cliente.

- C) En la tercera etapa y ultima del seminario se dio la integración del trabajo teniendo en cuenta que a sido transcrito.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. Evolución Histórico del Cuidado Enfermero

A veces resulta difícil distinguir la enfermería de la medicina en este proceso evolutivo, pues las primeras etapas de ambas disciplinas están íntimamente ligadas. Aunque hay quienes opinan que la enfermería nació con Florencia Nightingale; en realidad es tan antigua como la medicina.

A la enfermería se le ha denominado como la más antigua de la arte y la mas joven de las profesiones por lo cual ha atravesado numerosas etapas y ha formado parte de los movimientos sociales.

Durante los periodos en que la mujer estuvo rigurosamente confinada al hogar por imposiciones sociales y sus energías se dirigieron, exclusivamente a la vida familiar, la enfermería debió adoptar un carácter de Arte Domestico. La enfermería tiene su origen en el cuidado materno de los niños indefensos y tiene que haber coexistido con este tipo de cuidado desde los tiempos más remotos. El papel de la enfermería se fue ampliando paulatinamente, desde el de madre cuya función biológica incluía el amamantamiento d los recién nacidos y la crianza de los niños pequeños hasta otro de mucho mayor alcance. El cuidado de enfermos, ancianos, personas desvalidas o débiles y minusválidos, junto con la promoción de la salud se convirtió en un componente vital de la enfermería.

“Cuidado” también paso a abarcar el afecto, preocupación, solidaridad y responsabilidad a los necesitados.

Con el paso del tiempo se puso de manifiesto que el amor y la dedicación bastaban por si mismo para fomentar la salud o vencer la enfermedad. El desarrollo de la enfermería dependía de otros ingredientes esenciales: habilidad, experiencia y conocimientos. La destreza manual en la ejecución de procedimientos específicos, una realidad incluso entre las tribus primitivas.

Desde entonces enfermería se ha ido evolucionando a través de los tiempos, aunque todavía no ha alcanzado su plena madurez. Continua creciendo y desarrollándose a fin de concluir esferas más amplias del servicio de enfermería.

La enfermería: semilla de los primeros servicios comunitarios.

En los albores de su historia la enfermería puede considerarse como una forma embrionaria de servicio a la comunidad. En origen, este servicio se relaciono con un fuerte instinto de conservación y protección de la tribu y e sus miembros. El amor y el interés por la familia y la tribu se extendieron a los vecinos.

3.V.V.A.A. Conceptos de Enfermería. Curso de nivelación de ATS, Universidad Nacional de educación distancia, Madrid, 1993 p. 93.

El cuidado y los pueblos primitivos.

Algunas de las primeras ideas relacionadas con el tratamiento médico y cuidados de enfermería se adquieren mediante la observación a los animales.

Con el fin de aliviar los estragos de los males y las enfermedades.

El hombre primitivo tuvo que aprender o protegerse a sí mismo y encontrar medios de tratamiento y curación. Durante este periodo de la historia el hombre estaba más cerca de la naturaleza y se movía por el reino animal sin pena y temor.

La incorporación de la creencia en espíritus buenos y malos influye decisivamente en él desarrolló de las prácticas relacionadas con los tratamientos y remedios.

A medida que se fue desarrollando la casta de los curanderos se les unió otra clase de practicantes. Estos por lo general mujeres de la tribu, aplicaban los tratamientos, comprobaban las cualidades de los medicamentos y aprendían a tratar las heridas y bajar las fiebres.

Las sociedades primitivas sembraban la semilla de la higiene, el saneamiento y la salud pública, así como de la medicina, cirugía, psiquiatría, obstetricia, enfermería y otras ramas de las artes de la curación.

El cuidado y la civilización antigua

“Las creencias y mitos religiosos constituyeron los fundamentos de la práctica de las primeras civilizaciones. Así, a los líderes religiosos se les otorgó inicialmente la responsabilidad de la curación y tratamiento de los enfermos y heridos.”

Se cree que las sacerdotisas llevaban a cabo muchas de las funciones que hoy se reconocen como propias de las enfermeras.

El cuidado de enfermería y el mundo cristiano.

Al comienzo de la era cristiana el imperio Romano se extendía por la mayor parte de Europa.

La historia de la enfermería se convierte en una constante con el advenimiento del cristianismo. Los documentos precristianos sobre la enfermería son fragmentarios y dispersos; sin embargo, las referencias a esta disciplina desde los tiempos de los primeros trabajadores cristianos hasta la actualidad son continuas. La cortina de cristo del amor y a la fraternidad no solo transforma la sociedad sino que además dio lugar al desarrollo de la enfermería. La "enfermería organizada".

El cuidado en una etapa técnica

El desarrollo científico y tecnológico aplicado a la atención medica, que se produjo lentamente desde el renacimiento, tuvo el exponente mas claro en el siglo XIX.

El saber médico se enfoco hacia la persona como sujeto de la enfermedad. Se acrecentó la tecnología y alrededor de los enfermos fueron apareciendo instrumental y aparatos cada vez más complejos.

La aparición de la enfermera técnica y la separación de los poderes políticos y religioso permitieron el inicio e la enfermera en vías de profesionalización.

El cuidado de una etapa profesional

Desde ésta perspectiva, la atención a la salud supone la intervención de diferentes profesionales que integrados en un equipo multidisciplinar atienden en forma eficaz y autónoma los diferentes aspectos de la salud individual y colectiva.

Surgen enfermeras investigadoras que en el ámbito teórico y filosófico, describen la actuación diferenciada de la profesión, comienzan a emplearse métodos de trabajo científico, sustituyendo a los empíricos y las enseñanzas se incluyen en la universidad. En definitiva, se inicia la etapa de la enfermera profesional.

(1) Un colliere V M. F Soings Paris inter edition 1986.

5.2. Definición de enfermería

El desarrollo tecnológico ofrece un mundo nuevo de posibilidad y desafíos a nuestra profesión. Muchos factores han influenciado la profesión e la enfermería y su identificación a través de los años.

La profesión vive hoy un momento de oportunidades únicas.

Uno de los problemas que enfrentamos como profesión es que aun no podemos articular claramente que es este cuidado que enfermería define como una ciencia, un arte, y que es la enfermería profesional.

El punto inicial de esta discusión es la dificultad que tenemos en articular una definición, para dar un comienzo tratará de conceptualizar lo que es enfermería en general.

Enfermería:

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

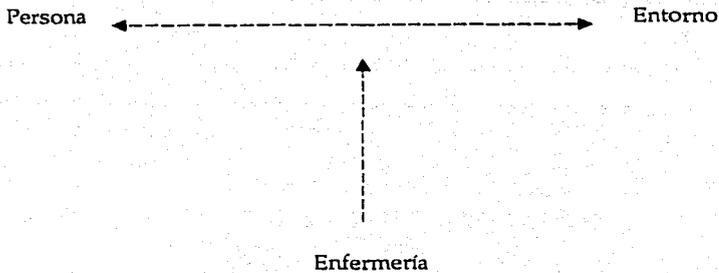
Enfermería incorpora los cuatro conceptos del meta paradigma como son , persona, entorno, enfermería y salud

Persona: Es definida como uno o más seres humanos. Pero representa un todo único complejo definido por la interrelación e interacción entre aspectos Biológicos, físicos u psicológicos, sociales, económicos y espirituales.

Entorno: Todo lo que habita su mundo interno y externo y que el mismo tiempo interactúa con su vida.

Enfermería: Arte, porque quiere que la enfermera perciba lo que significa una necesidad para el cliente que ella cuida y pueda brindarle su cuidado.

Salud: completo bienestar bio- Psicosocial de una persona, o una sociedad.



Aquí, enfermería es visto como un proceso activo hasta este momento a un no-conceptualizado en un todo. Por lo tanto como mencionamos con anterioridad esta definición incorpora los cuatro conceptos; por primera vez en 1984 (fawcett) entenderemos mejor esta definición.

DEFINICIONES DE ENFERMERÍA SEGÚN IMPORTANTES TEÓRICOS

TEÓRICO	MODELO	DEFINICIONES DE ENFERMERÍA
Virginia Henderson	Necesidades básicas	Ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz), y podría llevar a cabo sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios
Myra Levne	Conservación	Una interacción humana cuyo objetivo es promover la integración de todas las personas, enfermas o sanas.
Dorothy Johnson	Sistema conductual	Una fuerza regulada externa que actúa para conservar la organización e integración de la conducta del cliente a un nivel óptico, en aquellas ocasiones en las que la conducta constituye una amenaza para la salud física o social, o en las que existe una enfermedad.
Martha Rogers	Seres humanos unitarios	Una ciencia con un conjunto organizado de conocimientos abstractos, a la que se ha llegado por la investigación científica y el análisis lógico; es un arte en el uso imaginativo y creativo del conjunto de conocimientos al servicio del ser humano.
Dorothea Orem	Auto cuidados	Una preocupación especial por las necesidades del individuo, para las actividades de auto cuidado y su prestación y tratamiento de forma continuada, para mantener la vida y la salud, recuperarse a sus efectos.
Imogene King	Sistemas de interacción	Un proceso de acción, reacción e interacción, por el cual cliente y profesional de enfermería comparten información sobre sus percepciones en la situación de enfermería, incluye la promoción de la salud, el mantenimiento y establecimiento de la salud, el cuidado del enfermo y del lesionado y la atención al moribundo.
Betty Newman	Sistemas	Se ocupa de mantener estable el sistema del cliente mediante la precisión en la valoración de los efectos y de los posibles efectos de los factores de estrés ambientales, y de ayudar a los ajustes de clientes necesarios para un nivel óptimo de bienestar.
Sister Callista Roy	Adaptación	Un sistema de conocimiento teórico que prescribe un proceso de análisis y acciones relacionados con la atención de la persona enferma o potencialmente enferma; es necesaria cuando el estrés no habitual o el debilitamiento de los mecanismos de afrontamiento hacen que los intentos normales de la persona para el afrontamiento sean ineficaces.

Adoptado con permiso de Fawcett: Análisis and Evolución of Conceptual Nursing Philadelphia; FA Davis, 1989.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

5.3 Conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson

Virginia Henderson vivió en una época donde la teoría de enfermería propiamente dicha no era motivo de especulación por lo tanto no fue su propósito elaborarla de alguna manera.

Su trabajo fue la preocupación que él causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera, preguntarse que es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud.

Le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia.

Se dio cuenta que los libros, que pretendían ser básicos para la información de las enfermeras, no definían de forma clara cual eran sus funciones y que sin este elemento primordial para ella.

Tras sus ideas y inquietudes establece una definición propia de la enfermera en la que dice; "La única función 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 en paz), y que podría llevar a cabo sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermería; cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas:

1. -Necesidad de oxidación
- 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 los 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

Las diferencias personales en la satisfacción de las 14 necesidades básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales inherentes a cada persona. Virginia Henderson, desde su filosofía humanista considera que todos las personas tiene determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales.

En este sentido buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener el estado optimo la propia salud.

El modelo de Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso de Atención:

1. En las **Etapas de valoración y diagnóstico**: sirve de guía en la recogida de datos y el análisis y síntesis de los mismos. En esta etapa se determina:
 - a) El grado de independencia/ dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
 - b) Las causas de la dificultad en tal satisfacción
 - c) La interrelación de unas necesidades con otras
 - d) La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

2. En las **Etapas de planificación y ejecución**: sirve para la formulación de objetivos de independencia sobre la base de las causas de dificultad detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo - siempre que sea posible - en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención (suplencia o ayuda) mas adecuado a la situación. Todos estos criterios serán los que guiaran la etapa de ejecución.

3. Finalmente, en la etapa de **Evaluación** ayuda a determinar los criterios que nos indicaran el logros de los objetivos y aquello que no fueron alcanzables.

5.4. Definición del proceso de enfermería y sus etapas

Proceso de enfermería

La ciencia de la enfermería se basa en un amplio sistema de teorías. El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de la enfermería, en el sentido que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.

En caso de que este bienestar no se pueda conseguir el proceso de enfermería debería contribuir a la calidad de vida del cliente, elevando al máximo sus recursos para su bienestar.

Tiene como su objetivo principal proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia y de la comunidad.

Consiste en una relación de interacción entre el cliente y el profesional de enfermería.

Organización del proceso de enfermería

El proceso de enfermería está organizado en cinco fases identificables.

- 1- Valoración
- 2- Diagnóstico
- 3- Planificación
- 4- Ejecución
- 5- Evaluación

Valoración

La valoración es la primera fase del Proceso de Enfermería. Sus actividades se centran en la obtención de información relacionada con el cliente, el sistema cliente/ familia o la comunidad, con el fin de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o repuestas humanas del cliente. Los datos se recogen de forma sistemática, utilizando la entrevista, la exploración física, los resultados de laboratorio y otras fuentes registradas en la historia de enfermería.

Diagnostico

Durante esta fase, se analizan e interpretan de forma crítica los datos reunidos durante la valoración. Se extraen conclusiones en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del cliente. Se identifican los diagnosticos de enfermería que proporcionan un foco central para el resto de las fases. Se diseña un plan de cuidados basados en el diagnostico de enfermería, que se ejecuta y se evalúa. Los diagnósticos de enfermería suponen un método eficaz de comunicación de los problemas del cliente.

Planificación

En la fase de planificación, se desarrollan estrategias para evitar, reducir al mínimo o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería. La fase de planificación consta de varias etapas:

- 1- Establecimiento de prioridades para los problemas diagnosticados.
- 2- Fijar resultados con el cliente para corregir, reducir al mínimo o evitar los problemas.
- 3- Escribir las actuaciones de enfermería que conducirán a la consecuencia de los resultados propuestos.
- 4- Registro de los diagnósticos de enfermería, de los resultados y de las actuaciones de enfermería de forma organizada en el plan de cuidados.

Ejecución

La ejecución es el inicio y terminación de las acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa de planificación. Consiste en la comunicación del plan a todos los que participan en la atención del cliente. Las actuaciones pueden ser llevadas a cabo por miembros del equipo de atención sanitaria, por el cliente, o por su familia. El plan de cuidados se utiliza como guía. El profesional de enfermería continuara recogiendo datos relacionados con la situación del cliente y su interacción como el entorno. La ejecución incluye también el registro de la atención al cliente en los documentos adecuados dentro de la historia de enfermería. Esta documentación verificará que el plan de cuidados se ha llevado a cabo y que se puede utilizar como instrumento para evaluar la eficacia del plan.

Evaluación

La última fase del Proceso de Enfermería es la evaluación. Se trata de un proceso continuo que determina la medida en que se han conseguido los objetivos de la atención. El profesional de enfermería evalúa el progreso del cliente, establece medidas correctoras si fuese necesario, y revisa el plan de cuidados de enfermería.

En este comentario, se ha separado el Proceso de Enfermería en cinco fases diferentes. En la práctica real, es posible que no siempre se termine una fase antes de pasar a la siguiente. Por ejemplo, si los datos de valoración preliminares determinan que el cliente presenta dificultades para respirar, es muy posible que tengan que suministrarle oxígeno antes de completar el resto de la valoración. Sin embargo, las fases del proceso están interrelacionadas y son interdependientes. Los datos de la evaluación ofrecen información para las fases de diagnóstico y de planificación. De forma similar, el plan de cuidados sirve de guía para la fase de ejecución y determinan los criterios para la evaluación.

Propiedades

El Proceso de Enfermería tiene propiedades: es intencionado, sistemático, dinámico, interactivo, flexible y tiene una base teórica. El Proceso de Enfermería se puede describir como *resuelto* porque va dirigido a un objetivo.

Finalmente, el Proceso de Enfermería tiene *una base teórica*. El proceso se ha ideado a partir de una amplia base de conocimientos, incluyendo ciencias y humanidades, y se pueden aplicar a cualquiera de los modelos teóricos de la enfermería.

5.5.- Etapa del desarrollo del cliente

El adulto

La edad adulta es la etapa en la cual las experiencias y situaciones que el individuo ha tenido en el proceso de desarrollo, le ayudan a cristalizar una serie de cambios que pueden proporcionarle estabilidad y seguridad, tanto física como emocional, de acuerdo con la forma como haya evolucionado en las etapas anteriores.

Características biopsicosociales y necesidades del adulto

Los individuos llegan a la edad adulta a los 20 años, después de pasar por la etapa de adolescencia. Esta etapa termina mas o menos entre los 60 y 65 años, cuando se inicia la etapa del adulto mayor o vejez.

Concepto

Edad adulta es la etapa en la cual los individuos han adquirido todo su crecimiento físico, un gran desenvolvimiento social y emocional, un grado mayor de desarrollo, de auto realización, de confianza en sí mismo, en su capacidad de tomar decisiones, gozando de mas independencia y manteniendo intimidad consigo mismo y con otras personas.

Clasificación

Esta etapa es de larga duración, y se subdivide en etapa de adulto (a), joven y etapa de adulto (a) maduro; se distinguen aspectos y características especiales.

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

Existe una gran y buena evidencia de que a lo largo de la vida se operan cambios sistemáticos en el SNC y en general en todo el organismo, como se ha descrito.

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

Respecto a la talla y al peso, han adquirido la talla y el peso que mantendrán durante una parte de esta etapa, casi hasta los 45 años, después de los cuales comienza a aumentar el peso hasta los 60 años. En relación con la talla tiene en un

crecimiento continuo y acelerando hasta los 20 años permaneciendo constante a la edad adulta de ahora.

El peso del cerebro disminuye paulatinamente con la edad; alcanza su máxima disminución a medida que aumenta los años.

Visión: Se caracteriza por el aumento acelerado hasta los 20 años y se mantiene estable hasta los 30, a los 40 años empieza una declinación de la agudeza visual, sensibilidad a la luz, visión periférica, también ocurre ciertos Cambios en la capacidad de los colores.

Audición: Tiene un rápido desarrollo hasta la edad de 10- 14 años, seguido de Una declinación gradual durante otras etapas.

Vigor físico: Hay rápido aumento hasta los 20 años, después permanece Constante hasta los 30 años y seguido por un descenso.

Necesidades básicas

En la edad adulta como en cualquiera de las etapas los individuos continúan con las mismas necesidades básicas, acrecentándose aquellas que se consideran propias de la etapa.

Por lo mencionado con anterioridad concluimos que el ser humano llega a una potensibilidad mayor de conducta dirigida organizada y responsable a la edad adulta de su vida.

6. CASO CLINICO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre:	M.
Edad:	50 años
Sexo:	femenino
Estado civil:	casada
Religión:	católica
Ocupación:	ama de casa
Cual es su objetivo de salud:	mejorar para integrarse a su vida familiar
Hospitalizaciones previas :	ninguna
Motivo de ingreso:	presencia de dolor abdominal
Esta tomando medicamentos:	si
Signos vitales:	temp. 36.5° c pulso: 80 resp. 20 x t. a. 120/80mmHgF
Familia No de miembros:	esta integrada por 11 personas
Con quien vive:	Esposo y 2 hijos
Problemas de relación con la familia:	Ninguno

Doña M. Femenina de 50 años de edad casada con 9 hijos 7 de ellos casados con vida propia y los dos menores viven con ella. Su religión es la católica, termino hasta el segundo grado de primaria, su idioma es el mayo, es de una clase socioeconómica baja, se alimenta de acuerdo a sus posibilidades, habita en una casa construida de mampostería de dos piezas.

El día 29 de marzo presenta ligero dolor abdominal en el franco superior derecho, el cual sede sin importancia que para el día primero y dos de abril este se agudiza ocasionando que doña magdalena acuda a su clínica progresiva de su comunidad, donde siempre recibe servicio.

El mismo día 2 de abril es enviada a l hospital H'oran para su valoración por la especialidad de cirugía general, el cual decide su intervención quirúrgica.

A partir de la valoración de enfermería refiero algunos datos.

Durante sus primeros días de pos- operada se observa abdomen ligeramente distendido por poca deambulaci3n, campos pulmonares en funci3n normal, buena movilidad de miembros interiores, herida quir3rgica sin compromisos aparentemente.

Durante 24 horas se mantuvo con penrose el cual drene liquido serosanguinolento en cantidad m3nima, presenta temperatura corporal de 37.7° C , ha tolerado bien la dieta posterior al ayuno, al momento que se encuentra con tratamiento medicamentoso (analg3sicos y antibi3ticos).

He enfatizado en dar un plan de atenci3n enfocado en orientar, ense1ar algunas t3cnicas espec3ficas para llevar el auto cuidado.

6.1. Valoración de las Necesidades

1. Necesidades de respiración:

A la exploración física se consulta una respiración de ritmo norma, sin presencia de ruidos de compromiso cardiopulmonar, con una frecuencia de 22x^{no}. Se observa buena tegumentación y coloración de l piel normal, refiere que ocasionalmente se le presenta cuadro gripal, acudiendo con su medico familiar para recibir tratamientos por lo cual mejora su estado de salud, niega alguna adicción como el fumar.

2. Necesidades de comer y beber:

Se observa a la exploración piezas dentarias completas con presencia de caries importantes y 2 molares en maxilar superior derecho totalmente obturadas. Ella tiene una talla de 1.56 cm. y su peso es 58 Kg. Nos refiere que no le es posible comer una variedad de alimentos como carnes, verduras y frutas lo cual ocasionalmente ingiere a la falta de recursos económicos.

Habitualmente ingiere el desayuno a las 7 am compuesto de pan dulce, café, huevo y tortilla.

El almuerzo se hace entre las 13y 14 hrs. del día compuesto casi siempre de frijoles, tomate, huevo, tortillas, Chile y refresco de fruta de temporada según los recursos económico.

La cena casi siempre es entre los 20 y 21 hrs. Compuestas de pan francés con la comida del almuerzo.

Al momento se encuentra en ayuno por cirugía..

3.- Necesidades de eliminación:

A la interrogatorio de doña Magdalena se observa una buena hidratación y tegumentación.

Nos refiere que hace del baño dos veces al día todos los días de características considerables La diuresis es de aproximadamente 5 veces al día , color ámbar transparente. Esto lo realiza al ras del piso y aire libre debido a la falta de servicio sanitario. Suda con mucha frecuencia realizando sus actividades cotidianas por el día; se le retiro la menstruación desde hace dos años sin consecuencia alguna.

Actualmente buena eliminación, cuenta con penrose en el sitio cerca de la incisión quirúrgica con salida de líquido serosanguinolento.

4.- Necesidades de moverse y mantener una postura adecuada:

Podemos observar que doña Magdalena camina con ayuda de su hijo, des pues de convencimiento de la importancia de caminar pasadas las dos horas de reposo indicado, mantenía poca voluntad debido al dolor intenso que refería ocasionarle; en la cama realiza cambios de posición con poca frecuencia, lo que le ocasiona cansancio y entumecimiento.

Antes de su intervención realizaba sus actividades propias del hogar hasta el troteo de sus propias tortillas.

5.-Necesidades de dormir y descansar:

A la exploración física se observa un semblante de cansancio, somnolencia y palidez, hay cierta intranquilidad e incomodidad.

Nos refiere que habitualmente en el hogar duerme aproximadamente nueve horas diarias, se levanta por la mañana a las 7 am para volver a descansar a las 21 hrs; ocasionalmente cuando se siente muy cansada hace una siesta de 1 hora al medio día.

Desde el día de su ingreso no ha podido descansar lo suficiente; nos comenta que le molesta la luz y el ruido del hospital, e igual manera se siente incomoda por la cama, esto le ocasiona imposibilidad de conciliar el sueño.

Por el momento duerme poco en intermedios y tiene deseos intensos de regresar a casa.

6.-Necesidad de vestirse y desvestirse:

Pudimos constatar en la exploración y observación que no necesita ayuda para vestirse y desvestirse; utiliza ropa limpia, nos comenta que igual en el domicilio. Ella hace sus baños todos los días y lavado de cabello con agua y jabón, en tiempos de mucho calor el baño lo hace 2 veces por día.

No cuenta con mucha ropa, debido a sus recursos económicos, por lo que viste de una forma humilde.

7.-Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales:

A la valoración pudimos constatar una temperatura de 36° C.

La cliente refiere no sentir frío aún durante la noche en el hospital. Ella se arropa de acuerdo a los cambios de temperatura, adaptándose adecuadamente.

8. Necesidades de mantener la higiene y protección de los tegumentos:

Observamos en la cliente una apariencia limpia corporal, ropa adecuada, de aspecto limpio.

En cuanto a la higiene bucal se observa caries importante y dos molares con obturación completa, la piel con un aspecto reseco, menciona que su economía no le permite comprarse cremas para su hidratación.

Su baño corporal lo realiza todos los días, con lavado de cabello cada 2 días con agua y jabón por falta de shampoo; su ropa la cambia todos los días.

Durante su estancia en el hospital se baña por las mañanas, hay poca costumbre en el aseo bucal después de los alimentos.

9. Necesidad de evitar los peligros:

Doña Magdalena nos comenta que se siente bien de acerado a su salud, nos platica que cuando presenta alguna molestia le da poca importancia y hasta ahora no había pasado a más, no mantiene ningún habito de tabaco, alcohol o drogas, ella considera su alimentación suficiente aunque no es así.

Platicando con ella nos refiere una exposición constante cerca del fuego ya que realiza sus tortillas en leña.

En cuanto a su atención médica como cuidados de la mujer actualmente se realizo sus pruebas de detección oportuna de cáncer de mama (D. O. C. M. A.), y detección oportuna de cáncer cervicúterino(D. O. C.), nos comenta de tener poco conocimiento del como cuidar su herida quirúrgica para evitar probables infecciones.

10. Necesidad de comunicarse:

Doña Magdalena nos refiere poder expresar sus sentimientos a sus hijos con quienes se comunica frecuentemente pues su idioma es la maya motivo por el cual hay dificultad al interrogarla. Sostiene relaciones positivas con sus vecinos con quienes platica en ocasiones, refiere no tener problemas con estos.

Muestra cierta reserva cuando se le pregunta por su esposo, menciona que aunque a veces ingiere bebidas alcohólicas y la arremete física y verbalmente ella procura no discutir para evitar agrandar el problema; existe poca comunicación con él por la educación cultural que ha recibido desde pequeña la hace actuar de ese modo.

En cuanto a su capacidad para sentir , satisfacción en su relación sexual, nos comenta que al inicio de su matrimonio no la encontraba, por el temor a su pareja, nunca lo comunico y siempre fue sumisa a él.

Actualmente ésta actividad ha disminuido y es esporádica

11. Vivir según las creencias y valores:

Acostumbra ir a misa los domingos y participa en las actividades propias de su religión, situación que se ha visto alterada temporalmente debido a su enfermedad.

12. Necesidad de trabajar y realizarse:

Tiene un trabajo no remunerado, solamente en los quehaceres del hogar puesto que no sabe leer ni escribir y las actividades que tenía que realizar para cuidar a sus hijos cuando eran pequeños, le absorbían demasiado tiempo. Actualmente por su edad y su cultura no considera en sus planes el trabajo.

Refiere que ella es quien toma las decisiones cuando existen problemas de cualquier índole respetándose la resolución que halla elegido, acude a su marido en busca de apoyo cuando siente no poder tomar decisión sola, pero esto es en contadas ocasiones.

13. Necesidades de participar en actividades recreativas:

Afirma que una de sus fuentes de distracción es ver televisión (la última ocasión que lo hizo fue el 13 de septiembre un día antes de ingresar al hospital), ir a misa, al parque, visitar a familiares y vecinos. Tiene poco tiempo para dedicarle a las actividades recreativas, cuenta con pocos recursos para ocuparse en lo que le gustaría realizar la costurera.

14. Necesidad de aprendizaje:

Doña Magdalena nos comenta, que no siente la necesidad de conocer más acerca de las situaciones de la vida, en relación con su patología refiere que "con lo que sabe le es suficiente", desconoce los procedimientos que debe llevar para su recuperación y auto cuidado en casa, siéndole este indiferente.

Ella piensa que la responsabilidad de su salud recae en el médico y en la enfermera, tiene muy poca conciencia de ser ella quien también debe participar.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

6.2 Conclusión del dx de enfermería

Necesidades	Grado de dependencia (D, PD, I)	Datos	Fuente de dificultad (F, V, C)	Prioridad	DX. de enfermería
<p>trición e ratación</p> <p>verse y ntener buena tura</p>	<p>D</p> <p>PD</p>	<p>Palidez tegumentaria</p> <p>Piel reseca cifras bajas en hemoglobina.</p> <p>Dolor a la deambulaci3n.</p> <p>Poca habilidad por Herida Quir3rgica</p> <p>Temor y desconfianza por la Herida Quir3rgica.</p> <p>Debilidad muscular por reposo en cama.</p>	<p>F/ C</p> <p>F</p>	<p>1</p> <p>3</p>	<p>Desequilibrio nutricional relacionado con la ingesta inferior a los requerimientos corporales. Manifestado por cifras bajas de hemoglobina.</p> <p>Dificultad de la movilidad f3sica, relacionada con herida quir3rgica manifestado por dolor.</p>
<p>cansancio y no.</p>	<p>D</p>	<p>Poca reactividad por ayuno prolongado.</p> <p>Somnolencia. P3rpados ojerosos.</p> <p>Expresi3n de cansancio. Refiere no conciliar el sueo por la noche.</p>	<p>V</p>	<p>2</p>	<p>Alteraci3n del patr3n del sueo relacionado con el ambiente hospitalario manifestado por cansancio e insomnio.</p>

Necesidades	Grado de dependencia (D, PD, I)	Datos	Fuente de dificultad F. V. C	Prioridad	DX. de enfermería
Higiene y protección de la piel	PD	Caries dental	C	6	Déficit del auto cuidado personal relacionada con la falta de higiene bucal manifestado por caries dental y encías inflamadas.
		Piezas dentarias dañadas.			
		Masa residual entre encías.	V		
		Glúteos y partes dorsales con coloración enrojecida.	C/ V	4	
		Poca movilidad por el temor.			Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con falta de movilidad.
		D	Una sola posición por varias horas.		
		Rechazo al cambio de su oposito de su herida.	C	5	Alto riesgo de infección relacionada con la falta de interés al conocimiento del cuidado de la herida quirúrgica.
		Herida Qx sucia posterior al baño.			
		Herida descubierta sin avisar.			

- (I) Independiente
- (D) Dependiente
- (DP) Parcialmente dependiente

- (F) Falta de fuerza
- (V) Falta de voluntad
- (C) Falta de conocimiento

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

cesidades	Grado de dependencia	Datos	Fuente de dificultad F. V. C	Prioridad	DX. de enfermería
cesidad nunicarse.	D	Idioma propio el maya. Poca comunicación entre el personal. Poca expresión de su sentir. Dificultad para la comprensión del español. Angustia por la falta de comprensión.	C	7	Deterioro de la comunicación verbal relacionado con una barrera idiomática manifestado por incapacidad para comprender el castellano.
	D	Timidez al platicar de su esposo. Se observa cierto resentimiento por su esposo. En interrogatorio poco disfrute sexual. Mal trato por su esposo como pareja. Falta de ética moral y una autoestima. Analfabetismo.	C	8	Manifestación de aislamiento social relacionado con la forma de ser.
cesidad rendizaje		Desconoce de actividades Para cuidar de su salud. Estilo de vida y forma de ser.	V	9	Disfusión sexual relacionada con la autoridad del esposo para tener contactos sexuales, manifestado por insatisfacción y rechazo.
				10	Déficit de interés para el conocimiento de la cultura general, relacionado con estilo de vida manifestado por conformidad.

**TESIS CON
PALLA DE ORIGEN**

6.3. Jerarquización diagnóstica de enfermería

- 1.- Desequilibrio nutricional relacionado con la ingesta inferior de los requerimientos corporales, manifestado por cifras bajas de hemoglobina.
- 2.- Alteraciones del patrón del sueño relacionado con el ambiente hospitalario manifestado por cansancio e insomnio.
- 3.- Dificultad de la movilidad física relacionada con la herida quirúrgica manifestado por dolor.
- 4.- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionada con la falta de movilidad.
- 5.- Alto riesgo de infección relacionado con la falta de interés al conocimiento de cuidado de la herida quirúrgica.
- 6.- Déficit del auto cuidado personal relacionado con la falta de higiene bucal manifestado por caries dental y encías inflamadas.
- 7.- Deterioro de la comunicación verbal relacionado con una barrera idiomática manifestado por incapacidad para comprender el castellano.
- 8.- Manifestaciones de aislamiento social relacionado con la forma de ser.
- 9.- Disfunción sexual relacionada con la autoridad del esposo para tener contacto sexual manifestando insatisfacción sexual.
- 10.- Déficit de interés para el conocimiento de la cultura en general, relacionado con el estilo de vida, manifestado por conformidad.

7.- PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Diagnóstico de enfermería 1:

Desequilibrio nutricional relacionado con la ingesta inferior de los requerimientos corporales, manifestado por cifras bajas de hemoglobina.

Objetivo:

Durante su estancia en el hospital Magdalena, conocerá los grupos de alimentos. Evaluar este conocimiento en una semana

Actividades de enfermería:

1.- Fomentar la educación nutricional en relación a:

- a) conocimientos sobre el funcionamiento del aparato digestivo(metabolización)
- b) conocer alimentos nutritivos.
- c) Conocer que tipo de vitaminas y minerales posee cada alimento.

- Ofrecer una dieta equilibrada durante su estancia hospitalaria.

- A través de una platica de orientación conocerá las posibles causas de desnutrición. poseen

- Poseer conocimientos sobre tipos fuentes de alimentos nutritivos de un bajo costo.

Fundamentación científica

La educación nutricional de la disponibilidad de alimentos, nutrición y de las técnicas culinarias:

- El organismo humano es omnívoro
- En el aparato digestivo se realizan procesos mecánicos Y químicos.
- Los procesos digestivos y químicos incluyen la Convención de sustancias complejas y sencillas.

Los nutrimentos o Principios energéticos

función energética, reguladora y plástica según su naturaleza química.

Evaluación

Posteriormente a la segunda sesión de enseñanza la cliente indentifica alimentos que consumirá de acuerdo a su economía y de proporción nutricional equilibrada.

Diagnóstico de enfermería 2

Alteración del patrón del sueño relacionado con un ambiente Hospitalario, manifestado por cansancio e insomnio.

Objetivo:

Que en menos e 24 hrs la paciente concilie un sueño reparador durante su estancia hospitalaria.

Actividades de enfermería

- Disminuir los estímulos ambientales reduciendo actividades causantes de ruido y ansiedad.
- Ofrecer un baño de agua tibia antes de dormir.
- Explicar la rutina del hospital y la importancia del reposo.
- Satisfacer las necesidades fisiológicas de la paciente antes de dormir.

Fundamentación

- Un ambiente de silencio, una temperatura agradable, un mínimo de claridad hace un espacio propicio para conciliar el descanso y sueño.
- El baño corporal con agua tibia favorece la relajación y crea un estado emocional de descanso.
- Existen horarios de medicamentos que deberán ser administrados con puntualidad.
- Realizar nuestras necesidades fisiológicas y entre ellas una higiene de preparación antes de dormir, permite un descanso profundo sin interrupción.

Evaluación

La cliente duerme de manera profunda de 23:00 a 6:30 hrs, manifestando una sensación de descanso y relajación. Expresa tranquilidad y control al cumplir con sus hábitos de higiene.

Diagnóstico de enfermería 3

Dificultad de la movilidad física relacionada con herida quirúrgica manifestado por dolor

Objetivo

Posteriormente a las 24 hrs de pos-operada la cliente caminará deambulará y desde entonces los seguirá haciendo periódicamente de manera independiente o con ayuda.

Actividades de enfermería.

- Durante la primera de ambulación se asistirá a la paciente .
- Orientar a la paciente de la importancia de deambular.
- Ofrecer cambios de posición frecuente en cama.
- Permitir que la paciente deambule de manera independiente.
- Vigilar la ingesta de dieta por ayuno antes de la deambulacion.

Fundamentación Científica

- Posterior a un largo tiempo en cama, el ponerse de pie provoca un desequilibrio, los músculos retoman movilidad, la circulación genera más presión.
- La de ambulación posterior a una cirugía permite el intercambio de gases del organismo.
- Los cambios de posición favorecen a un retorno venoso distribuido por todas las partes del cuerpo.
- Los cambios de posición frecuente pueden evitar la atrofia de un músculo.
- La movilización total del organismo, los proporciona la deambulacion total de manera independiente.
- La de ambulación como toda actividad física provoca un consumo de energías propias del cuerpo.

- Un ayuno durante varias horas disminuye la glucosa en sangre portador importante de energía.

Evaluación

La paciente pudo ponerse de pie y de ambular con ayuda , que posteriormente realizo de una manera independiente; como al igual que realiza sus cambios de posición en cama .

Diagnóstico de enfermería 6

Déficit del cuidado personal, relacionado con la falta de higiene bucal, manifestado por caries dental y encías inflamadas.

Objetivo

Posterior a la sesión de enseñanza la cliente valorara la importancia del aseo bucal y favorecerá hábitos higiénicos..

Actividades de enfermería

- Fomentar el cepillado dental. por lo menos 3 veces al día después de las comidas.
- Pedir al familiar apoyo económico para el cepillo dental de la paciente y proporcionar pasta dental.
- Platificar sobre la importancia de atenderse con el dentista en la brevedad posible.
- Realizar con la paciente la técnica del cepillo dental.
- Utilizar el hilo dental en las partes muy unidas entre piezas dentarias.

Fundamentación Científica

- Los residuos acumulados entre las piezas dentarias provocan descomposición, ocasionando deterioro del esmalte dentario que sirve como protector.
- El aseo bucal por lo menos después del desayuno y almuerzo ayuda a la eliminación de desechos alimentarios.
- En la edad adulta, nuestro organismo comienza a sufrir cambios de descomposición y degeneración, por lo que es importante acudir al médico para chequearse.
- Un mal cepillado propicia la ulceración de las encías y una mala higiene bucal.

Evaluación

Durante su estancia hospitalaria, la cliente se cepillo después de cada comida, pidió que la vea un dentista, realizo una técnica de cepillado correcto y se observa interés por el cuidado de su dentadura.

Diagnóstico de enfermería 4

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con la falta de movilidad.

Objetivo

Durante y después de su estancia hospitalaria la paciente mantendrá una piel libre de ulceraciones mejorara su autonomía en un 90 %.

Actividade enfermería

- Orientar sobre la técnica del baño en la regadera.
- Lubricación de la piel.
- Asistir a la paciente para la deambulación periódicamente.
- Facilitar su autonomía permitiéndole realizar sus actividades.

Fundamentación Científica

- El baño corporal mantiene la piel libre de gérmenes capaces de cerrar poros y producir infección.
- Las actividades de limpieza fomenta la autonomía en la paciente.
- Los pliegues en una mala técnica de tendido de cama podría producir laceración a la piel del cuerpo.
- La movilidad fuera de coma ayuda a una mejor circulación y conservación de buen llenado capilar.
- La autonomía nos ayuda a estar en actividad constante lo cual produce una satisfacción personal de recuperación.

Evaluación

La cliente deambuló por el pasillo aumentando su distancia poco a poco hasta lograr su autonomía, adoptándose al entorno en un 85 %; a si mismo se observa una piel integra sin signos de alteración alguna, con una piel lubricada.

Diagnóstico de enfermería 5

Alto riesgo de infección posterior a su egreso a domicilio, relacionado por la falta de conocimientos e interés para el cuidado de la herida quirúrgica.

Objetivo

Que durante su estancia hospitalaria y posterior la cliente tenga integridad normal de la piel alrededor de la herida y el penrose sin manifestaciones de infección.

Actividades de enfermería

- Administrar antibiótico.
- Indicado por el médico
- Ampicilina 1gr /i. v/ 6 hrs.

- Dar cuidado del penrose, cambio de apósito de la herida.

- Observar la herida en cada cambio de apósito, en busca de signos de infección.

- Explicarle la manera del cuidado de su herida al egreso a su domicilio.

Fundamentación Científica

- Existen sustancias químicas procesadas con el fin de destruir, apaciguar o evitar la proliferación de determinados gérmenes, bacterias, virus causantes de procesos infecciosos al organismo.

- La humedad favorece el crecimiento bacteriano.

- Un objeto sucio contamina a un estéril.

- La presencia de orina, material fecal, líquidos gástricos o intestinales en heridas, requiere que la piel circundante se proteja de irritaciones.

- Una herida con una coloración enrojecida, con salida constante entre los puntos de cierre de líquido sero sanguinolento es un signo de un probable proceso infeccioso.

- La continuidad del auto cuidado es importante para una reincorporación total.
- Una recuperación total no finaliza al egreso del hospital, si no de un determinado tiempo de cuidado.

Evaluación

Se disminuyó el riesgo de contaminar la incisión, obteniendo una herida quirúrgica limpia en proceso de cicatrización, el penrose fue retirado, se observa que el cliente, realiza sus cuidados propios de limpieza a incisión quirúrgica.

Diagnóstico de enfermería 7 y 8

7.- Deterioro de la comunicación verbal, relacionado con una barrera idiomática manifestada por una incapacidad para comprender y hablar el castellano.

8.- Manifestaciones de aislamiento social, relacionado con la forma de ser

Objetivo

La cliente durante su estancia hospitalaria sentirá confianza para comunicarse con el personal que labora en el hospital y con sus compañeros de cuarto separado, se le proporcionara medios de comunicación para su desenvolvimiento.

Actividades de enfermería

- Motivar a expresar lo que siente.
- Tener mas cercanía hacia la paciente tratarla en forma positiva.
- Utilizar el tacto para brindar confianza y bienestar al cliente.
- Escuchar con atención e interés cuando ella platica.
- Relacionarla con sus compañeros de cuarto.
- Fomentar la responsabilidad del esposo por ella.
- Involucrar al esposo en los cuidados de la cliente.

Fundamentación Científica

- El expresar los sentimientos nos brinda seguridad y un grado de convivencia con las demás.
- La confianza que existe entre el cliente y el profesional de la salud vuelve eficaz el tratamiento.
- Una comunicación mutua y constante brinda confianza.
- Cuando nos prestan atención nos sentimos importantes y correspondidos, por los demás.
- La información permite el proceso enseñanza aprendizaje

Evaluación

La cliente se sintió en un ambiente de confianza logrando una relación cordial, con el personal medico y paramédico al igual con compañeros de la misma habitación.

Diagnóstico de enfermería 9 y 10

9.- Disfunción sexual, relacionado con la autoridad del esposo para tener contactos sexuales, manifestado por insatisfacción y rechazo.

10.- Déficit de interés por el conocimiento de la cultura en general, relacionado con el estilo de vida , manifestado por conformidad.

Objetivo

Posterior a su egreso tendrá conocimientos sobre sexualidad, el rol de ser mujer y su valoración como persona; que le ayudarán al dialogo con su pareja, tratando de mejorar a su relación, se vera motivada para aprender y buscar información tratando de mejorar su cultura.

Acciones de enfermería

- Realizar pláticas de la sexualidad.
- Explicarle la importancia de la comunicación de pareja.
- Dialogar sobre el significado de ser mujer y se respetada como tal.
- Orientar sobre cuidados para la salud.
- Platicar con ella sobre sucesos recientes de importancia.
- Fomentar la motivación para aprender a leer.
- Fomentar la responsabilidad del esposo por ella.

Involucrar al esposo en los cuidados del cliente

Fundamentación Científica

- Una educación sexual es de vital importancia para adaptarse al rol que nos corresponde como hombres o mujeres.
- Expresar lo que sentimos a nuestra pareja hace que la relación mutua sea de dialogo y comprensión.
- La dignidad humana debe ser respetado por todos y entre todos.
- Un cuerpo y una mente sana brinda una vida plena.
- Estar actualizados nos ayuda a prevenir y cuidarnos física y mentalmente.

- Se dice que nunca es tarde para aprender cuando hay deseos de hacerlo.
- Cuando nos prestan atención y nos brindan cuidado nos sentimos protegidos.
- Compartir una responsabilidad proporciona seguridad .

Evaluación

No se consiguió la comprensión total del objetivo , debido a la idea de la cultura y poco entendimiento sobre roles como personas, insistió en una mentalidad de que el hombre es el más importante para todo , por lo que para ella su satisfacción y someterse a el es su propia voluntad .

Nos refiere que se siente bien dentro de lo que cabe y no muestra interés por cambiarlo.

CONCLUSIONES

El proceso de enfermería, es un término que se aplica a un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, las familias las comunidades, o ambos . Implica pormenorizar el uso de métodos científicos para la identificación de las necesidades de salud del cliente, familia o de la comunidad, así como se utiliza para escoger aquellas que se pueden cubrir con mayor eficacia al proporcionar cuidados de enfermería, incluyen también la planificación y una evaluación de todo esto.

El trabajo que actualmente desarrolla enfermería desde el punto de vista intelectual, se encuentra carente de una visión holística que permita mantener estándares de calidad óptimos y asegurar la provisión de cuidados

Después de haber incursionado en el conocimiento en la teoría Virginia Henderson y de haber utilizado de forma practica en la atención de un adulto; Puedo deducir que el resultado fue benéfico tanto para el cliente como para mí como profesional.

La forma de desarrollar el proceso de enfermería fue la adecuada, teniendo como apoyo importante todas las herramientas que favoreció a mi comprensión.

A si mismo aprovecho este espacio para hacer mención sobre la modificación del título del presente trabajo, ya que durante las practica se ha considerado necesidades de mayor importancia que el diagnostico propio en si (colecistectomia)

Aun cuando en la jerarquización de los diagnósticos no fue reflejada; Cabe mencionar que fue durante la practica y proceso de la evaluación cundo se dio un interés de la modificación del título.

9.- SUGERENCIA

En mi primera experiencia, es poco lo que pudiera sugerir, ya que para mi todo se dio a su tiempo y de forma comprensible, gracias al excelente asesoramiento que recibo por parte de nuestro instructor.

La única sugerencia es que se haga más difusión de este medio para la obtención del título , en la escuela de enfermería, ya que brinda una experiencia única y de gran aportación de conocimiento como profesional del área de la salud.

10.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- ATKINSON, M. Guía clínica para la planeación de cuidados, Interamericanos Mc Graw- Hill.
- 2.- BRUNNER, Enfermería de la Esperanza 7º edición México 1994, Interamericana. Mc Graw- Hill Pp 231- 242.
- 3.- KOZIER Bárbara etc, al Introducción a la enfermería: Carlos J. Bermejo Ceja y otros, cuarta edición, Editorial Iberoamericano Mc Graw-Hill., Madrid 1993 Pag. 2-22.
- 4.- CARPENTINO, L. J. Planes de cuidado y documentación en enfermería. Diagnóstico de enfermería y problemas asociados Interamericana, Mc Graw- Hill, Pp .
- 5.- DUGAS. B.W. Tratado de enfermería práctica, Madrid 1986, Interamericana Pp 210-218.
- 6.- HENDERSÓN V: T . Nite G . Principles and practice of nursing. Sexta ed. Macmillan, publishigco. Nueva York pag. 2119,1978.
- 7.- IYER . P.W . Proceso y diagnóstico de enfermería México, 1997 Interamericana Mc Graw- Hill. Pp. 217-222.

ANEXOS

HERRAMIENTA DE TRABAJO

Questionario de valoración de enfermería

1. Oxigenación

Estilo de vida sedentaria. Si.

Realiza sus actividades cotidianas sin fatigarse: si.

Patrón respiratorio, ritmo, regularidad, profundidad: Normal

Secreciones, tos, aleteo nasal, dolor asociado a la respiración: No presenta.

Cuantos cigarrillos fuma al día, desde cuando: No fuma.

Antecedentes de enfermedades cardiorrespiratorias, dolor precocidad, asma, taquicardia, hipertensión, anemia, varices. No refiere.

2. Nutrición e hidratación

Se alimenta solo: Si.

Horario y número de comidas habituales: 3 veces al día, 7:00 hrs., desayuno, 12:00 hrs. almuerzo, 19:00 hrs. cena.

Cantidad y tipo de líquidos que ingiere al día: Agua, aproximadamente de 5 vasos de agua al día (1500ml), refresco embotellados ocasionalmente.

Preferencias o desagradados. No refiere alguno en especial.

Patrones de aumento/ Pérdida de peso. No.

Suplementos de la alimentación. Ninguno

Conocimiento de factores que favorecen la digestión. No refiere.

Anorexia, náuseas vómito, indigestión, hiperacidez. No refiere.

Medidas para purificar el agua, hierve, desinfecta, garrafón etc. Ingiera agua de la llave sin llevar a cabo algún tipo de purificación.

Revisión. Peso. 56 kg. Talla: 1.56 cm.

Boca: Mucosas húmedas y sonrosadas.

Lengua: hidratación.

3. Eliminación

Frecuencia y cantidad en 24 hrs.

Heces: Evacuación dos veces al día. Color café. Consistencia: de características pastosas.

Orina: De 7 a 8 veces al día, de color claro, sin algún tipo de alteración.

Ayudas. Líquidos, alimentos, medicamentos, enemas. No refiere.

Intestino: dolor, diarrea, flatulencia, heridas, estomas. Penrose en herida quirúrgica.

Genitales: erupciones e irritaciones peri anales, lesiones, secreción anormal. No refiere .

4. Moverse y mantener una buena postura

Patrones de actividad y ejercicio, en casa, en el trabajo y en el tiempo libre: No práctica ningún tipo de ejercicio, realiza actividades propias de ama de casa.

Medidas higiénicas para moverse y tener una buena postura (ejercicios activos y pasivos para mejorar tono muscular, uso de mobiliario y calzado adecuado): No realiza.

Limitaciones en la deambulación de articulaciones. Defectos óseos: Presenta dolor articular sin limitación en sus actividades.

Revisión: capacidad funcional, mano dominante, utilización de brazos, piernas y manos, fuerzas, presión, marcha, utilización de aparatos: Miembros superiores e inferiores funcionales, dominio en miembro superior derecho.

5. Descanso y sueño

Patrones de reposo, sueño, horas en la noche, siesta. Duerme 9 horas, en algunas ocasiones refiere que al medio día duerme de una a dos horas cuando se siente muy cansada.

Alteraciones por estados emocionales. No presenta.

Uso de reductores de tensión. No refiere uso alguno.

Facilitares del sueño, masaje, relajación, música, lectura, medicamentos. De ningún tipo.

6. Uso de prendas de vestir adecuadas

Distingue relaciones entre higiene personal y salud: Si

Necesita ayuda para vestirse o desvestirse: No.

Hábitos sobre la higiene personal y del vestido: se baña y cambia a diario.

Tiene los recursos económicos para vestir ropa limpia que conserve el calor: No, pero refiere que aún teniendo ropa escasa, lava todos los días para cambiarse.

7. Termorregulación

Se protege en los cambios de temperatura ambiente: Si.

Sensibilidad extrema al frío o al calor: Si.

Que valor da a la comida, ropa, y manejo adecuado en el control de la temperatura.

A otras medidas físicas. A) Refiere que para mantener la temperatura es importante el uso de ropa adecuada al clima. B) El menú de la comida es de acuerdo a su comodidad.

8. Higiene y protección de la piel.

Dientes: Higiene bucal inadecuada con lavado de dientes una vez al día.

Manos: Se lava las manos veces que sea necesario.

Baño diario: Se baña diario y cambio de ropa.

Piel: Piel integra a excepción de la herida quirúrgica, de aspecto reseco.

Uso de algún producto específico, colonia, crema etc: Solamente usa talco en pecho y axila.

Hemorragia, cicatrices, masas, prurito, edema. No presenta.

9. Evitar peligros

Prácticas que afectan la seguridad personal: hábitos, drogas, alcohol, tabaco, café, bebidas con cola, nivel de consumo: Café diariamente y refresco embotellado (coca cola).

Recursos de salud. Acude a I. M. S. S. Solidaridad

Prácticas de salud. Asiste al programa "PROGRESA".

Manejo de estrés / ansiedad, técnicas de relajación. Ninguno

Auto examen de mama. Acudió a institución de salud para el examen de mama.

Hogar, características que constituyen peligros para la seguridad: piso, escaleras, aislamiento. No refiere.

Entorno físico. Vecindario, presencia de peligros ambientales: Casa habitación de paja con techo de paja, cocina con leña, fecalismo al ras del suelo.

10. Necesidad de comunicarse

Facilita para expresar sus sentimientos y pensamientos: Refiere tener facilidad para expresar sus sentimientos a sus hijos.

Relaciones con la familia y con otras personas: Refiere tener buenas relaciones con su esposa, hijos, familia y vecinos.

Utilización de mecanismos de defensa, (agresividad, desplazamiento, etc.) No refiere.

Limitaciones físicas que interfieren a la comunicación. Ninguna.

Contactos sociales frecuentes y satisfactorios. Familiares y vecinos.

Facilitadores de la relación: Confianza, receptividad, empatía, disponibilidad. Es una persona con disponibilidad para platicar y colaborar.

11. Vivir según creencias y valores

Ritos que deben practicar de acuerdo a su religión: Va a la iglesia y participar en todas las actividades propias de la religión.

Frecuencia de algún servicio religioso. Acude los domingos.

Valores que ha integrado en su estilo de vida. Morales y religiosos.

En qué medida sus valores se han alterado por su situación actual de salud. Que no puede acudir a la iglesia, pero no lesiona sus valores espirituales porque es temporal.

Creencias religiosas significativas en este momento. Sus creencias giran en torno a Dios.

12. Necesidad de trabajar y realizarse

Historia laboral, tipo de trabajo, duración. Nunca ha trabajado.

El trabajo le provoca satisfacción o conflicto. No.

La enfermedad. Que tipo de problemas le han traído. Ninguno

Psicológicos, económicos, laborales, otros. Ninguno.

Auto concepto positivo / negativo de sí mismo. Refiere que no desea trabajar.

Capacidad de decisión y de resolver problemas. Ella decide hacer cuando se presenta algún problema.

Problemas en: olfato, gusto, tacto, memoria, orientación. Ninguno.

13. Participar en actividades recreativas

Intereses, pasatiempos y actividades recreativas que desarrolla en su tiempo libre. Ver la televisión, ir a misa, al parque, visitar a familiares y vecinos.
La última vez que participo en actividades de este tipo: antes de ser ingresada.
El uso de su tiempo libre le proporciona satisfacción. Si
Dispone de recursos para dedicarse a cosas que le interesan. No.
La distribución de su tiempo es equilibrada entre el trabajo y la recreación. No, muy pocas veces dispone de tiempo para la recreación.

14. Necesidad de aprendizaje

Conocimientos sobre el desarrollo del ser humano en su ciclo vital. No tiene conocimientos.
Conocimientos sobre si mismo, sus necesidades básicas, su estado de salud actual, su tratamiento y auto cuidado que necesita. No conoce todos sus auto cuidados.
Desearía incrementar sus conocimientos sobre aspectos relativos a su salud enfermedad. Nos refiere: "con lo que sé me es suficiente".
Técnicas de autocontrol emocional, cambios necesarios en sus hábitos de vida. No refiere.
Situación que alteran la capacidad de aprendizaje, ansiedad, dolor, pensamientos, sentimientos, angustia. Falta de interés e indiferencia.

15. Necesidad de sexualidad y reproducción

Demuestra comodidad con la propiedad identidad sexual. Si
Capacidad para gozar y controlar la propia conducta sexual y reproductividad de acuerdo con una ética y social. No tiene la suficiente capacidad.
Superación del miedo, de los sentimientos de culpa y de otros factores psicológicos que inhiben la respuesta sexual y deterioran las relaciones sexuales. Se resigna a acceder a los deseos de su esposo.
Presencia de enfermedad que dificultan las funciones sexuales y reproductivas. No

Mujer

Menstruación, tipo: Nula Flujo: No presenta
Historia de embarazo. Gesta: 9 Abortos: 0 Cesáreas: 0
Medidas de control de natalidad: Ninguna.
Examen de Papanicolaou. Hace 6 meses.
Otros problemas. Ninguno, dejó de menstruar hace 4 años.