

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

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UN
PACIENTE POSOPERADO DE COLECISTECTOMIA**

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

PRESENTA

**LILIA ALEJANDRA GONZÁLEZ SANTANA
NÚM. DE Cta.: 9367610-0**

ASESORA ACADÉMICA



MTRA. ROCÍO DEL CARMEN GUILLÉN VELASCO

MÉXICO, D. F ABRIL 2004

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

ÍNDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTOS	3
INTRODUCCIÓN	4
1.OBJETIVOS	6
2. MARCO TEÓRICO	
2.1 Conceptualización de enfermería	7
2.2 Definición y etapas del Proceso de enfermería	10
2.3 Modelo conceptual de enfermería	24
2.4 Modelo de Virginia Henderson	26
2.6 Molestias posoperatorias	35
2.6 Complicaciones posoperatorias	37
3. METODOLOGÍA DEL TRABAJO	43
4. APLICACIÓN DEL PROCESO	
4.1 Presentación del caso del caso	45
4.2 Valoración de enfermería	47
4.3 Diagnóstico de enfermería	48
4.4 Planeación de enfermería	50
4.5 Ejecución de enfermería	54
4.6 Evaluación	54
5. CONCLUSIONES	58
6. SUGERENCIAS	60
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
8. ANEXOS	63

AGRADECIMIENTOS

A Dios por su amor y su grandeza que tiene hacia mí.

A mi madre por darme la vida y darme la oportunidad de ser lo que soy.

A mi esposo David por apoyarme a cumplir mis objetivos trazados.

A mis hijos, Jesús, Zeltzin y Rubí por la paciencia que me brindan en él tiempo de ausencia.

A la maestra Roció Guillén por dirigirme en la realización del presente trabajo.

INTRODUCCIÓN

El proceso de enfermería es un método que abarca lo procedimental, lo actitudinal, lo intelectual y no-solo la planificación sistematizada del cuidado teniendo como objetivo construir una estructura donde se individualice las necesidades del paciente, familia y comunidad utilizando el pensamiento crítico al realizar el cuidado.

Las instituciones de segundo nivel cuentan con los servicios básicos de pediatría, cirugía general, medicina interna, ginecología y obstetricia, donde se ha observado que la práctica profesional que el personal de enfermería realiza es solamente siguiendo ordenes medicas, de manera automática y cotidiana y en ciertas ocasiones sin tener fundamentación de lo que se realiza, olvidando el rol de enfermería, aun mas el paciente solo se atiende en el área biofisiológica olvidando lo psicológico, lo social y espiritual, ultimando que el presente trabajo intenta realizar un instrumento en un paciente posoperado de colesistectomia en donde se utilice el proceso de enfermería como tal utilizando el modelo de Virginia Henderson buscando integrar en un documento los cuidados que son posibles y pertinentes para el paciente que ha sido sometido a una cirugía.

El presente trabajo pretende mostrar la práctica de enfermería aplicando los conocimientos básicos disciplinarios basándose en el modelo de cuidado de Virginia Henderson y sus catorce necesidades..

1. OBJETIVOS

General

Aplicar el modelo de Virginia Henderson y sus catorce necesidades al proceso de enfermería en una persona posoperada

Específicos

- 1.- Identificar las necesidades dependientes para proporcionar cuidados de enfermería personalizados
2. - Realizar un análisis de la formación y práctica profesional
3. - Presentar el examen profesional para titulación.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 CONCEPTUALIZACION DE ENFERMERÍA

Para conceptualizar a enfermería debemos saber que es enfermería para poder definirla, desmarcarnos de la influencia médica y tener un juicio crítico evitando a sí que se nos identifique como solo una serie de actividades.

(Pacheco 2002.) Menciona que el concepto de enfermería es corto y no se sabe definir porque no se tiene un conocimiento de los conceptos de enfermería (persona, entorno, salud), la práctica profesional carece de un marco conceptual, las necesidades que se identifican son solo las biológicas y físicas careciendo de la habilidad para atender las necesidades psicológicas, sociales y espirituales evitando que a la persona se le tome cuenta como un ser integral con las necesidades mencionadas anteriormente.

Para conceptualizar a enfermería se debe retomar el rol de enfermería, basar la práctica profesional sobre conceptos del metaparadigma de enfermería y enmarcarlo en un marco conceptual específico logrando así el objetivo principal de enfermería, dar cuidados integrales al paciente y lograr la conceptualización de enfermería.

Enfermería está orientada a cuidar, entonces se dice que el cuidado es la esencia de la práctica de enfermería en donde cuidar no solo es satisfacer

las necesidades biológicas y físicas o realizar las rutinas de un servicio, abarca el conocimiento profundo de la persona y su entorno derivando de ahí las acciones a realizar, siendo esta la esencia del cuidado.(Anderson 1999)

El cuidado de enfermería debe girar entorno a los cuatro elementos fundamentales del metaparadigma: cuidado, salud, persona y entorno. Cuidar significa atender, vigilar, velar, asistir, preservar, al enfocar los conceptos anteriores al metaparadigma se logra el objetivo del cuidado el conocimiento total de la persona, además que el conocimiento del profesional se desarrolla incitando a la investigación y crecer como personas, (Guillén 2002) comenta en la lectura conjeturas del cuidado que al llegar a conocer al otro te encuentras tu mismo, considerando lo anterior es cierto porque te pones en el lugar del otro, Henderson dice hay que meterse en la piel del paciente para que se logre reconocer a la persona con una diversidad de cultura e ideología, logrando así el conocimiento de las personas y hacia uno mismo.

La definición de los elementos del metaparadigma son diversos dependiendo del autor consultado, a continuación se mencionaran un concepto de cada uno de ellos tomando en consideración los conceptos revisados.

Enfermería es una profesión práctica enfocada al cuidado de pacientes, familia o comunidad, no solo en la enfermedad si no también en la salud, en lo que respecta a la promoción, y educación y rehabilitación.

Salud se puede definir de muchas maneras como: una cualidad de la vida, es el equilibrio, la sensación de bienestar o comodidad, ser independiente es decir tener la habilidad para satisfacer las necesidades por uno mismo.

La salud tiene dos elementos importantes que se interaccionan: La persona y el entorno, la salud entonces es el equilibrio o la armonía entre los dos componentes.

La persona la definimos como un ser humano, una familia o comunidad, que representa a un todo único y complejo que tiene necesidades las cuales son el punto en las que giran los cuidados de enfermería.

Persona es un organismo integrado con capacidades biológicas, con capacidades pensantes y de sentido.

El entorno es el medio en que la persona desarrolla su actividad: hogar, trabajo, escuela, hospital y siempre está vinculado con la persona, la cual se tiene control sobre el y hasta cierto punto puede ser manipulado, también puede definirse como el mundo único de cada persona, una de las funciones básicas de enfermería es reconocer ese mundo del paciente para que de ahí

partan los cuidados de enfermería y sean individualizados según las necesidades que el paciente tenga como dependientes.

Al tener claro las partes del metaparadigma de enfermería se le al profesional un marco conceptual y al mismo tiempo se identifica el rol y desarrolla su conocimiento cognitivo, intelectual y práctico, teniendo lo anterior se le puede dar un concepto definido a enfermería.

2.2 PROCESO DE ENFERMERÍA

El proceso de Enfermería según la OMS es: "Un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud así como la jerarquización, la planificación para cubrir las necesidades, la administración de los cuidados y evaluación de los resultados. Es una estrategia para la solución de problemas basados en una reflexión". (Guillen 2002.) Es un proceso continuo e integrado por sus diferentes etapas o fases ordenadas de manera lógica que tiene como objetivo fundamental la adecuada planificación y ejecución de los oportunos cuidados orientados al bienestar de paciente.

El proceso de enfermería implica una actuación constante y a todos los niveles (primario, secundario, terciario) para determinar y cubrir los requerimientos del paciente no solo una dimensión física o biológica sino también una perspectiva, psicológica, social cultural y espiritual.(Enciclopedia 1997).

Iyer (1997) menciona que el proceso tiene las siguientes características:

- Es intencionado porque va dirigido a un objetivo
- Es sistemático porque utiliza un enfoque organizado en la práctica favoreciendo la calidad del cuidado.
- Es dinámico porque tiene cambios frecuentes en las variables respuestas del paciente.
- Es interactivo porque enfermería se relaciona con el propio paciente, familia, y otros profesionales de salud.
- Es flexible ya que puede modificarse o adaptarse dependiendo del paciente, familia o comunidad.
- Tiene una base teórica porque enfermería posee conocimientos amplios incluyendo las ciencias y humanidades, además que puede aplicarse a cualquier modelo de cuidado.

El proceso exige una amplia base de conocimientos tanto de anatomía, fisiología, química, nutrición, psicología y sociología para valorar el estado integral del paciente diagnosticando las respuestas y permitiendo los cuidados individualizados.

También requiere habilidades para utilizarlo que están relacionadas con habilidades de conocimientos que pueden ser técnicos que abarcan los conocimientos referidas al uso del material y equipo (estetoscopio, termómetro), realización de procedimientos (administración de medicamentos, aplicación de enemas.), Y las habilidades interpersonales se basa en la capacidad de comunicación facilitando el desarrollo de relaciones positivas entre enfermería y el paciente y a si identificar las necesidades y problemas que refiera, al mismo tiempo determinar prioridades.

La utilización del proceso trae consecuencias para el profesional, el paciente y hacia la enfermera misma.

En lo que se refiere hacia la profesión es en el aspecto que enfermería define su rol hacia el paciente y a los demás profesionales de salud a través de la utilización de las etapas del proceso, indicando que el campo de enfermería es mas que solo la ejecución de cuidados; las consecuencias están dirigidas hacia la calidad de atención, evaluación de la practica, actualización de conocimientos, a la ética de las decisiones que se toman, a la colobaración con el resto del personal de salud, a la investigación y utilización de recursos.

Las consecuencias para el paciente son la participación activa del propio paciente en las etapas del proceso, porque en la evaluación proporciona datos las cuales permiten la valoración y realizar el diagnostico de

enfermería, ayuda en su ejecución y proporciona antecedentes para la evaluación, también participa en la continuación de los cuidados.

Las consecuencias que se refieren hacia el personal son: Aumenta la satisfacción por el trabajo y potencializa el desarrollo profesional favoreciendo el desarrollo de las capacidades cognitiva, técnica e interpersonal.

El personal de enfermería al utilizar el proceso adquiere características especiales que le ayudan en su práctica profesional. Se vuelve más lógico ya que para conseguir resultados positivos debe determinar la situación obteniendo la información que requiere.

Se torna competente por que adquiere y actualiza sus conocimientos que incluyen los fundamentos para la resolución de problemas y la toma de decisiones, debe ser capaz de analizar los datos y la relación que existen entre ellos, desarrollar conclusiones validas y realizar juicios en beneficio del paciente.

Presenta flexibilidad porque es capaz de manipular las alternativas y soluciones que pueda tener para la solución de problemas que presenta el paciente.

Se revierte creativo utilizando la imaginación, es curioso y todo esto para mejorar la practica obteniendo datos, diagnosticar y realizando cuidados.

Es iniciativo al moldear conductas positivas sirviendo como un recurso de estimulación hacia el paciente.

Se vuelve experto en la comunicación eficaz desarrollando la habilidad interpersonal que facilita la obtención de información y optimiza el resultado de los cuidados.

Las etapas del proceso son cinco: valoración, diagnostico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación; las cuales se desarrollaran a continuación.

Valoración

Es la etapa inicial del proceso de la cual depende el desarrollo de las etapas siguientes porque ofrece una base sólida para la prestación de unos cuidados individualizados, se puede definir como el proceso organizado y sistematizado de la recolección de datos para analizar el estado de salud del paciente.

En la recolección de datos se obtienen cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales.

Los datos subjetivos son las percepciones, sentimientos, ideas sobre si mismos sobre su estado de salud del paciente, es decir es la perspectiva individual de una situación, por ejemplo el dolor, la debilidad, nauseas, la información dada por los familiares se caracteriza por ser subjetiva porque se basa en la opinión de cada uno.(Yyer1997)

Los datos objetivos consisten en información observable y mensurable que se obtienen a través de los sentidos, la exploración física, algunos ejemplos son la frecuencia respiratoria, presión arterial, edema, peso.

Los datos históricos: son situaciones que han tenido lugar en el pasado, son importantes para identificar las características de salud normal.

Los datos actuales se refieren a acontecimientos que están sucediendo en le momento.

Para obtener la información se utilizan las fuentes clasificadas en primarias y secundarias; las primeras son: el paciente utilizando la entrevista, el examen físico, datos de laboratorio, las secundarias son aportaciones de los familiares e integrantes cuando el paciente no puede dar la información necesaria.

Los métodos que se utilizan para la recolección de la información son:

- La entrevista

- La observación
- La exploración física

Estos métodos permiten un enfoque lógico, sistemático y continuo.

La *entrevista* tiene cuatro objetivos: adquirir información necesaria, permite una relación creando una oportunidad para el dialogo, permite que el paciente participe para identificar problemas con respecto a su salud y determina áreas de investigación concreta.

Es un método complejo ya que requiere de capacidades de comunicación e interacción.

Consta de tres segmentos:

1. Introducción: debe transmitirse respeto, explica el objetivo de la entrevista y transmitir confianza.
2. Cuerpo: es el enfoque del dialogo sobre áreas concretas para obtener datos necesarios, aquí es donde se utilizan preguntas abiertas, cerradas escritas en un formato.
3. Cierre: se prepara el asiente para terminar la entrevista, este debe ser transmitiendo afecto y agradecimiento.

La observación: es el uso de los sentidos para obtener información exige disciplina y practica, y una amplia gama de conocimientos.

La exploración física se concentra en dar definición a las respuestas susceptibles del paciente, establecimientos de los datos de evaluación y comprobar los datos subjetivos. Se utilizan técnicas para llevarla acabo, las cuales son la inspección, la palpación, percusión y auscultación.

- La inspección consiste en una exploración visual que determina estados de respuestas normales enfocado a características físicas específicas (posición, tamaño, forma, color)
- La palpación es el uso del tacto para determinar las características de la estructura corporal en donde permite evaluar tamaño, forma, textura, temperatura y el instrumento básico son las manos.
- La percusión consiste en golpear la superficie del cuerpo con el dedo para provocar sonidos que pueden describirse como mates (tono grave y brusco se producen al percutir músculo o hueso), sordos (son de tono medio y se escuchan sobre el hígado y bazo), resonantes (son sonidos claros y huecos producidos por la percusión del pulmón lleno de aire), timpánicos(sonido alto, agudo se puede escuchar sobre el estomago).

Diagnostico

La segunda etapa consiste en el análisis e Interpretación de la información obtenida en la etapa anterior, el objetivo de esta etapa es determinar con mayor claridad y de manera concisa el problema específico y las causa que lo provoca. Es una función intelectual y compleja.

La North American Nursing Diagnostics Asociation (NANDA) ha definido tres tipos de diagnósticos:

1. Reales: es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas que realmente existen.
2. De alto riesgo: es un juicio clínico acerca de la vulnerabilidad de un individuo, una familia o comunidad para desarrollar un problema.
3. De bienestar: es un juicio clínico sobre un individuo, una familia, o una comunidad en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel mas elevado.

El sistema mas utilizado para desarrollar un diagnostico de enfermería es el que da la NANDA expresado de la siguiente manera:

- Componentes del diagnostico

I enunciado: la respuesta humana, a menudo se utiliza comas, dos puntos para separar y aclarar el diagnóstico

II enunciado: factores relacionados o de riesgo se enuncian con la finalidad de prevenir, reducir, aliviar una respuesta en el paciente. Los factores relacionados abarcan factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, espirituales. Los factores de riesgo son aquellos que predisponen a un individuo, familia o comunidad a un acontecimiento que pone en peligro su integridad.

Directrices para la redacción de un diagnóstico.

1. Escribir el diagnóstico en términos de la respuesta del paciente, en lugar de las necesidades de enfermería.
2. Usar *relacionado con* en lugar de debido a o causado por para conectar los dos enunciados del diagnóstico.
3. Redactar el diagnóstico en términos legales y aconsejables
4. Redactar los diagnósticos sin juicios de valor
5. Evitar la inversión de los enunciados del diagnóstico
6. Evitar el uso de indicios aislados en la primera parte del enunciado del diagnóstico.

7. Los dos enunciados del diagnóstico no deben significar lo mismo
8. Expresar el factor relacionado en términos que puedan ser modificados.
9. No incluir diagnósticos médicos
10. Expresar el diagnóstico en forma clara y precisa. (Proceso y diagnóstico de enfermería 1997).

Planificación

Es la etapa en la cual encajan las etapas anteriores, esta orientada hacia la acción, se trazan las estrategias encaminadas a prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados.

Durante esta fase se elaboran los objetivos y las intervenciones de enfermería, los objetivos indican lo que hará el paciente como propósito de las acciones de enfermería, los cuidados de enfermería describen la forma en que el profesional ayuda al paciente a conseguir los objetivos.

Consta de tres etapas:

1. Establecimientos de prioridades, en donde se jerarquizan las necesidades que estén alteradas tomando siempre en primer lugar las

fisiológicas, luego las de seguridad, las sociales, estima y autorrealización según el modelo de Maslow (García M 1997).

2. Redacción de los objetivos: se obtienen del diagnóstico de enfermería y deben estar enfocados al paciente, se documentan como metas, deben ser realistas en relación con las capacidades actuales y potenciales del paciente, incluyen un cálculo de tiempo para su realización y marcar la dirección para la continuidad de la asistencia.
3. Desarrollo de los cuidados de enfermería: son intervenciones con estrategias concretas diseñadas para ayudar al paciente a conseguir los objetivos trazados, enfocados para favorecer, mantener o restablecer la salud del paciente

Las intervenciones de enfermería se clasifican en dos: interdependientes definiéndose como las que se realizan en cooperación con otros miembros del equipo de salud y las independientes las cuales se realizan sin indicación y sin cooperación de los demás miembros de salud y están definidas por los diagnósticos de enfermería.

Para el desarrollo de los cuidados de enfermería se deben enfocar al factor relacionado del diagnóstico de enfermería, considerando las

fuerzas y debilidades del paciente, tener en cuenta la urgencia y gravedad de la situación.

Los cuidados que se realizan deben registrarse para que el trabajo de enfermería se vea reflejado, para que sean eficaces, se deben escribir en forma clara y concisa, deben constar de fecha para identificar cuando fueron realizados, firma para reflejar la responsabilidad profesional, deben estar escritas con claridad definir quien, cuando, donde, como, con que tendrán lugar los cuidados para que los cuidados de enfermería tengan significado.

Ejecución

Corresponde a la etapa en la cual se pone en práctica el plan de cuidados elaborado previamente, se lleva a cabo en dos etapas: preparación, intervención.

La primera etapa que es la preparación para la cual se determina el conocimiento necesario, las habilidades y los recursos que se necesitarán, como el tiempo apropiado, el material y equipo, el entorno adecuado desde temperatura, iluminación, sin ruido, cómodo, íntimo.

La segunda parte es la intervención o de implementación incluye el inicio de brindar cuidados independientes e interdependientes.

Al poner en práctica los cuidados se toman en cuenta las cualidades del paciente; educación, sexo, etapa del crecimiento.

En la etapa de ejecución, la relación entre el personal de enfermería y el paciente adquiere su máxima significación, esto permite no solo la resolución de problemas de salud, si no también conectarse con la dimensión como persona incluyendo preocupaciones, temores.

Evaluación

Es la etapa final del proceso, que corresponde a una actividad continua mediante la cual se determina hasta que punto se ha alcanzado los objetivos para la cual se toman en cuenta las siguientes preguntas:

- ¿ Se consiguió el objetivo?
- ¿ Se resolvió el diagnostico de enfermería?
- ¿ Los cuidados fueron los adecuados?

La evaluación es constante permitiendo modificar oportunamente la planificación de los cuidados.

Para que la planificación sea eficaz es preciso tener y respetar ciertos plazos de evaluación y así determinar la evolución del paciente, al mismo tiempo

que de comprueba el logro de los objetivos y a veces se detectan nuevas necesidades.

Al realizarse el proceso, las etapas se realizan de manera continua entrelazándose una con otra dependiendo entre sí (Fig. 1.)

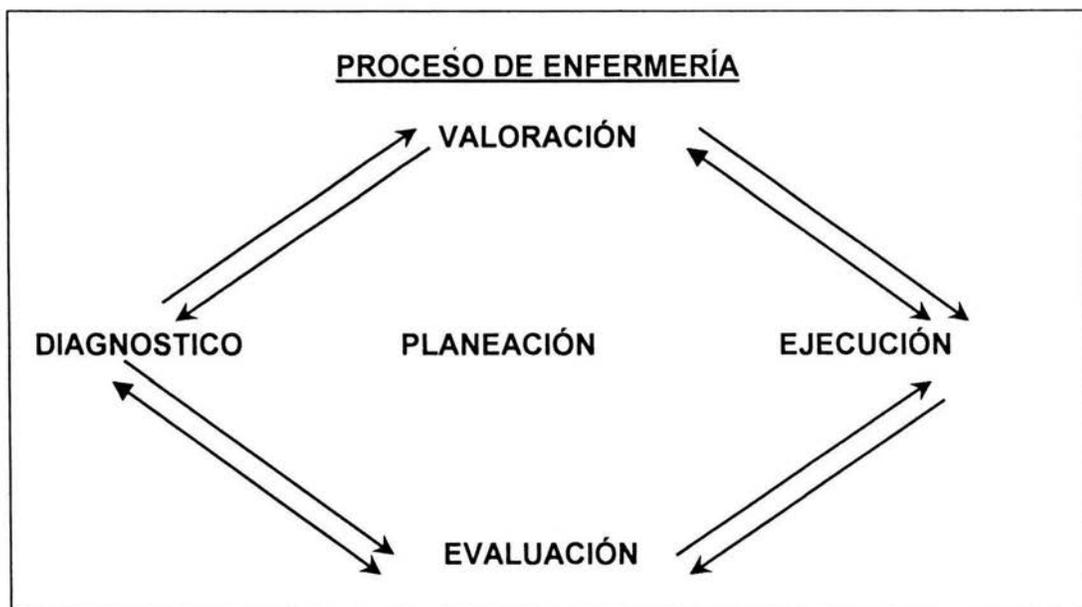


Fig. 1

2.3 MODELO CONCEPTUAL DE ENFERMERÍA

El modelo conceptual constituye un elemento fundamental en la aplicación de los cuidados porque permite un pensamiento crítico, es una hipótesis

sobre la organización de la realidad, una ilustración simbólica del ejercicio de la acción profesional. (Phaneuf 1999).

La utilización de un modelo conceptual presenta ventajas para la persona cuidada y para quien brinda los cuidados en este caso para la enfermera permitiendo su identidad compuesta por atributos, funciones y roles.

Ventajas del modelo

- Delimita el campo de acción de la enfermera
- Permite la observación y el análisis de una situación
- Permite la organización de los cuidados
- Utiliza un lenguaje común
- Retoma el rol autónomo de la enfermera

El modelo conceptual esta formado por ideas abstractas y generales y proposiciones que especifican sus interrelaciones.(Marriner 1989)

Modelo de enfermería

Es el conjunto de conceptos, ideas, enunciados y supuestos que se han generado en enfermería para explicar su identidad y objetivo de su practica "es la imagen mental de lo que se cree que es enfermería" (Marriner 1989)

Al adquirir un modelo conceptual por parte de enfermería en el área profesional compromete a realizar su trabajo en una forma más profesional; entonces decimos que el modelo es una guía en donde se clarifica la meta y permite la educación y la investigación de la practica.

Al revisar el modelo y el proceso puede presentar confusiones por lo cual es importante mencionar las características de cada uno (cuadro 1):

MODELO CONCEPTUAL	PROCESO DE ENFERMERÍA
<ul style="list-style-type: none"> • Es el conocimiento usado para la practica. • Es el contenido. • Dice cuando deben ser los cuidados, 	<ul style="list-style-type: none"> • Es el método para aplicar el modelo. • Es la forma de usar ese contenido. • Describen como deben organizarse.

Cuadro 1

Al revisar las diferencias se observa que son situaciones diferentes pero que se entrelazan para la realización de uno y otro.

2.4 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

El modelo de Virginia Henderson es una organización conceptual de los cuidados enfermeros basados en el conocimiento y satisfacción de las necesidades de la persona.

Definición de conceptos

Postulados

- 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.

Rol de la enfermera

Según este modelo es el de **suplencia** porque ayuda al individuo sano o enfermo al mantenimiento y la recuperación de las acciones que el individuo realiza si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento.(Phaneuf 1993)

La relación del rol de enfermería frente al paciente puede de la siguiente manera:

- Enfermera como sustituta
- Enfermera como ayuda
- Enfermera como compañera

Esta relación dependerá del grado de dependencia en que se encuentre el paciente, los valores que fundamentan este modelo en cuestión del rol o funciones de enfermería son las siguientes:

- La enfermera tiene funciones que le son propias
- Cuando la enfermera usurpa la función del médico, cede a su vez sus funciones propias a un personal no calificado.
- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar. (Marriner 1989).

Como se mencionó anteriormente este modelo su punto de partida son las necesidades del individuo definiéndola como: "Es una experiencia vital que la persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio físico, psicológico, social o espiritual". (Phaneuf 1993).

Las necesidades mencionadas en el modelo de Virginia Henderson son las siguientes:

1. Respirar
2. Beber y comer
3. Eliminación
4. Moverse y mantener una buena postura

5. Dormir y descansar
6. Vestirse y desnudarse
7. Mantener la temperatura corporal en límites normales
8. Estar limpio, aseado y proteger tegumentos
9. Evitar peligros
10. Comunicarse
11. Actuar según creencias y valores
12. Autorrealización
13. Distraerse
14. Aprendizaje

Otros elementos cardinales del modelo son la independencia y la dependencia

Dependencia

“Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades por medio de acciones apropiadas que el sujeto realiza por si mismo, sin ayuda de otra persona” (Phaneuf 1993).

Es un elemento importante, ya que es el objetivo hacia donde desea llegar el paciente, entonces el personal de enfermería debe trabajar y realizar los cuidados teniendo como finalidad ayudar al paciente a satisfacer sus necesidades y llevar a recuperar su independencia, concluyendo entonces que el objetivo de los cuidados de enfermería es el individuo considerándolo como un ser con dimensiones psicológicas, sociales y espirituales además de lo biológico y físico, con catorce necesidades fundamentales que debe satisfacer ya sea por uno mismo o con ayuda.

Independencia

“Incapacidad del sujeto para adoptar comportamientos o de realizar por si mismo, sin ayuda de otros acciones que le permiten alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades.” (Phaneuf 1993)

Existen niveles de dependencia que Phaneuf menciona las cuales es importante que se consideren al realizar la valoración (ver cuadro 2).

Henderson define a los elementos del Metaparadigma de la siguiente manera:

Enfermería

La define en términos funcionales en donde la 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 la muerte pacífica, que los realizaría si tuviera fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario y hacerlo de tal manera que lo ayude a obtener la independencia a la mayor brevedad posible.

NIVEL 0	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5	
Independencia	D	E	P	E	N	C	I	A
La persona satisface por sí misma sus necesidades de un modo aceptable que permite asegurar su hemostasia. Sigue adecuadamente un tratamiento o utiliza un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis sin ayuda.	La persona necesita a alguien para que le enseñe como hacer para conservar o recuperar su independencia y asegurar su hemostasia para asegurarse de que lo hace bien o para que le preste alguna ayuda	La persona necesita a alguien para seguir adecuadamente un tratamiento, o para utilizar un aparato un dispositivo de apoyo o una prótesis.	La persona debe constar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades o para su tratamiento y apenas no puede participar mucho en ello	La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades o para su tratamiento y apenas puede participar en ello	La persona debe confiar enteramente en alguien para satisfacer sus necesidades o para aplicar su tratamiento y no puede de ningún modo participar en ello.			

Cuadro 2

Persona

Ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales que tiene catorce necesidades o requisitos que debe

satisfacer para mantener su integridad física y psicológica y promover su desarrollo y crecimiento.

Salud

No da un concepto propio, pero identifica salud como independencia, considera a la salud como habilidad del paciente para realizar sin ayuda las catorce necesidades de los cuidados de enfermería.

Entorno

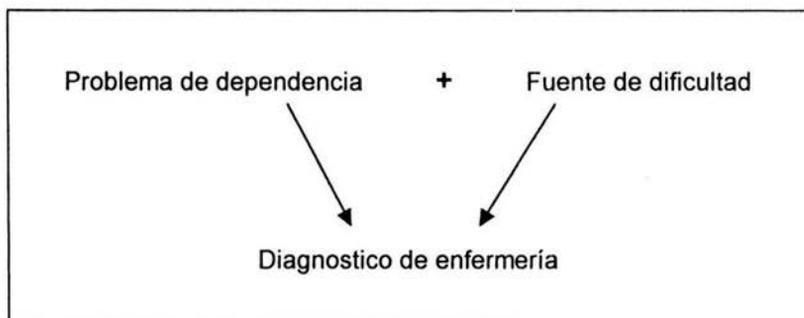
No da una definición específica, la define como el conjunto de todas las condiciones externas e influencias que afectan la vida y el desarrollo de la persona.

El modelo de Henderson tiene un apoyo en la filosofía humanística de ahí que al individuo se le vea desde aspectos biopsicosociales y espirituales dando cuidados integrales utilizando el proceso de enfermería.

En la práctica de enfermería como ya se mencionó anteriormente la función primordial es proporcionar cuidados directos al paciente logrando obtener la independencia y esto se logrará utilizando el proceso de enfermería basándose en los catorce componentes de los cuidados de enfermería, Henderson menciona que el uso del proceso es el paso de resolución de problemas en general.

En la fase de valoración, la enfermera valoraría a los pacientes a partir de cada una de las necesidades que menciona en su modelo, para recoger la información, la enfermera utilizara la observación, el olfato, el tacto y el oído y se complementaria esta fase al analizar los datos, en donde este análisis requiere de conocimientos amplios.

La fase de diagnostico no lo menciona como tal, Phaneuf (1993) lo refiere tomando el modelo de Henderson como: analizar e interpretar la información obtenida clasificando las necesidades en dependientes e independientes, al interpretar significa explicar la causa que esta originando la dependencia y las fuentes de dificultad. Phaneuf (1993) lo refiere o sintetiza de la siguiente manera:



En la etapa de planificación abarca realizar un plan, objetivo, cuidados o intervenciones en donde Henderson menciona el rol de la enfermera (

suplencia), y que las intervenciones están orientadas a fomentar o completar lo que el paciente debe realizar y suplir en lo que no puede realizar, teniendo que el objetivo de las acciones es mantener el grado máximo de independencia.

Los cuidados deben tener creatividad es decir que respondan realmente a las necesidades del individuo tomando como primer lugar las fisiológicas, deben ser personalizadas según la edad, cultura, gravedad y por ultimo menciona que deben ser mensurables.

La ejecución de los cuidados de acuerdo al modelo estudiado, la finalidad "es conducir o mantener un estado optima de independencia en la satisfacción de sus necesidades" (Phaneuf 1993), de acuerdo a la situación o condición del paciente de lo cual variara el grado de independencia.

Conforme pasa el tiempo las intervenciones propias del paciente van desplazando ala enfermera que es lo que se quiere lograr.

En esta fase es más significativa en cuestión del contacto entre el paciente y la enfermera teniendo en consideración que la comunicación verbal y no verbal, el tacto desempeña un papel de vital importancia.

La evaluación e una reflexión de lo que se ha realizado y Henderson como se ha mencionado anteriormente el objetivo es mantener o lograr la

independencia, la cual toma como punto de referencia para realizar la evaluación.

Henderson realiza la invitación al profesional a que refuerce el concepto de enfermería y retome la función principal de enfermería.

2.5 MOLESTIAS POSOPERATORIAS.

Dolor

Es uno de los primeros síntomas subjetivos que el paciente experimenta en el posoperatorio refiriendo sensación de sufrimiento originado con la estimulación o el traumatismo de terminaciones nerviosas.

Principios generales

El dolor posoperatorio alcanza su máximo entre 12 y 36 hrs. Después de la cirugía disminuyendo después de las 48 hrs.

Manifestaciones: descarga de adrenalina, elevación de la presión arterial, incremento de la frecuencia cardíaca, respiración rápida e irregular, irritabilidad, ansiedad.

Nauseas y vómito.

Se presenta en la mayoría de los pacientes posoperados se vincula cuando se utilizan analgésicos inhalatorios que irritan la mucosa del estómago.

Pueden presentarse por la acumulación del líquido o alimento antes que inicie el peristaltismo por la distensión abdominal consecuencia de la manipulación de órganos de la cavidad abdominal.

Sed

Es un síntoma muy molesto debido a la inhibición de secreciones por la medicación preoperatoria (atropina), o anestésicos utilizados, pérdida de líquidos, de sangre y de restricción de líquidos preoperatorios.

Es manifestada por la sequedad de la boca y faringe, es un síntoma común que suele ser inevitable pero donde la intervención de enfermería resulta de gran utilidad.

Distensión abdominal

Es causado por el traumatismo y manipulación de los órganos abdominales produciendo desaparición o disminución del peristaltismo, el aire deglutido, las secreciones gastrointestinales entran al estomago y a los intestinos y si no son impulsados por la actividad del peristaltismo se acumulan en las asas intestinales y las distiende, puede evitarse o mejorar con la movilización frecuente de posición y la deambulación.

2.6 COMPLICACIONES POSOPERATORIAS

Las complicaciones constituyen un riesgo potencial en procedimientos quirúrgicos que interfieren con la evaluación de la cirugía y la recuperación del paciente.

Enfermería tiene un papel importante al identificar y prevenir de inmediato los signos y síntomas.(Mayoney 1986)

Revisaremos las mas frecuentes y los signos y síntomas que se manifiestan:

Choque

Es una de las manifestaciones o complicaciones mas graves, es una respuesta a una disminución del volumen circulante de sangre y la perfusión del tejido se ve alterado terminado en hipoxia y muerte celular.

Existen varios tipos pero el que nos interesa es el *Hematógeno* sus signos y síntomas se presentan por el colapso vascular e insuficiencia de la circulación. Presenta ansiedad, nerviosismo, piel fina, pulso rápido y respiración rápida y superficial, la presión arterial comienza a descender.

Hemorragia

Es la perdida abundante de sangre proveniente de un vaso pueden clasificarse en generales:

- Primarias
- Intermedias
- Secundarias

Según vasos sanguíneos

- Capilares
- Venoso
- Arterial

Según la localización

- Externa
- Interna

Se manifiesta por inquietud, sed, frío, piel pálida, el pulso aumenta y la temperatura disminuye, respiraciones rápidas y profundas, el gasto cardiaco disminuye y la presión arterial y venosa, el paciente refiere debilidad que van aumentando. (Neftina 1997)

Trombosis venosa

La inflamación venosa aparece acompañada de coagulación intra vascular ocasionada por lesiones en la vena, estasis venosa.

El primer síntoma es el dolor y calambre en la pantorrilla, hinchazón dolorosa en toda la pantorrilla, febrícula, escalofríos, hipersensibilidad.

Complicaciones Pulmonares

Son complicaciones mas frecuentes y graves que el paciente debe luchar, las cosas predisponentes pueden ser

- Infecciones de nariz, boca, y faringe.
 - Efecto irritante del anestésico la mucosa respiratoria
 - Aspiración de vomito
 - Antecedentes de tabaquismo o enfermedades crónicas

Las más frecuentes son:

- Atelectasia: es la expansión incompleta del pulmón o parte del se presenta 24 hrs. Posteriores a la cirugía, causado por ausencias de respiraciones profundas, periódicas, un tapón de moco cierra un bronquiolo que provoca que los alvéolos distantes al tapón se colapsen, por lo regular no han síntomas.

- Aspiración: es producido por inhalación de alimento, contenido gástrico, agua o sangre en el sistema traqueobronquial los síntomas son: taquipnea, disnea, tos, broncoespasmo, jadeos, estertores roncantes, hipoxia.
- Neumonía: Es una reacción inflamatoria en que el material celular sustituye al gas alveolar, los factores predisponentes son: infección de vías respiratoria altas, secreciones, deshidratación, intubación o traqueostomía alteración de las defensas; los síntomas incluyen disnea, taquipnea, dolor, fiebre, escalofríos, disminución de ruidos respiratorios.

Retención urinaria

Puede aparecer en cualquier cirugía, pero son mas frecuentes en cirugías de recto, ano y vagina; se dice que la causa es espasmo vesical del esfínter de la vejiga manifestado por: incapacidad para orinar, micciones en pequeñas cantidades e intervalos frecuentes, la vejiga se encuentra palpable, presentan molestia en la porción baja del abdomen.

Hipo

Son espasmos intermitentes del diafragma causado por irritación del nervio frenético entre la médula espinal y las últimas ramificaciones de la cara inferior de diafragma ocasionado por el estómago distendido, lesión sobre los nervios, exposición al frío manifestado por el “Hip” audible, y molestias.

Complicaciones de la herida

- Infección: Es la segunda causa de complicaciones posoperatorias, aparece de cinco a siete días después de la cirugía, puede estar causado por presencia de microorganismos (Escherichia coli, Klebsiella, enterobacter), exposición prolongada de la herida, contaminación durante la operación o más tarde durante los cuidados de la herida.

Signos y síntomas: enrojecimiento, hipersensibilidad, calor en la región de la herida, exudado purulento, dolor en la zona de incisión, fiebre, escalofríos, aumento de la frecuencia del pulso.

* Dehiscencia: Es la separación parcial o total de los bordes de la misma suele ocurrir de seis a ocho días después de la operación suelen vincularse

con suturas inadecuadas cierres apretados, hematomas, seromas, infecciones. Las manifestaciones son la secreción súbita de líquido serosanguinolento de la herida, los bordes se separan y los intestinos son empujados gradualmente cuando son cirugías de abdomen, presentan dolor intenso. (Brunner 1971)

3. METODOLOGÍA DEL TRABAJO

Para realizar el presente trabajo se tomó el Curso-Taller de Apoyo a la Titulación en la Modalidad Proceso de Enfermería durante 16 asesorías cuatro horas a la semana los días martes, las cuales guiaron sobre el comienzo, la estructura y el final de trabajo a realizar.

El seminario quedo estructurado en cinco partes, las cuales estuvieron distribuidas de la siguiente manera: la primera parte fue una introducción sobre la conceptualización de enfermería para tener las bases para estructurar el protocolo, la segunda parte fue la construcción del protocolo iniciando con la realización del esquema básico o plan de trabajo de esta manera se trazó el panorama general de lo que se realizaría.

En la tercera parte se presentó el protocolo para revisión y corrección, al ser aprobado, se inició con la cuarta parte que abarcó la aplicación del protocolo, iniciando con la valoración y aplicando el instrumento cerrado de Phaneuf (1993) para valorar las catorce necesidades del Modelo el Virginia Henderson, posteriormente se analizó la información obtenida detectando las necesidades dependientes y al mismo tiempo identificar los diagnósticos de enfermería.

Al tener los diagnósticos, se trazó la planeación, es decir los cuidados de enfermería teniendo como objetivo principal la satisfacción de las necesidades alcanzando la independencia en un menor tiempo posible, se efectuó la ejecución de la planeación y por ultimo la evaluación que permite calificar si las necesidades, los diagnóstico y los cuidados de enfermería fueron los correctos.

Al realizar la aplicación del protocolo se estuvo en un proceso de revisión y corrección, en esta etapa del seminario se estuvo desarrollando el marco teórico.

Al tener concluido el protocolo y el marco teórico se enunciaron las conclusiones y sugerencias que resultaron al realizar el proceso, se anoto la bibliografía citada y se desarrollara la introducción.

La quinta parte incluyó la estructuración final del trabajo.

4. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

4.1 PRESENTACION DEL CASO

Para la aplicación del proceso de enfermería se eligió una paciente que ingreso al segundo cubículo de cirugía general del Hospital General Fernando Quiroz Gutiérrez dentro del periodo establecido de la aplicación del 10 al 17 de febrero del 2004.

Paciente femenino de 21 años de edad que ingresa al servicio de cirugía general posoperado de colesistectomia dentro del periodo posoperatorio mediato.

Fecha de ingreso 17 de febrero del 2004

Fecha de valoración 17 de febrero del 2004

Signos vitales: Presión arterial 110/60 mm Hg

Frecuencia cardiaca: 78x '

Frecuencia respiratoria 18x '

Temperatura: 36.6°C

Lucia tiene 21 años de edad, es soltera, estudia y trabaja medio tiempo, vive en una casa de tabique y concreto con tres recamaras y cuenta con todos los servicios de agua, luz, drenaje, teléfono.

Domina el español, no profesa ninguna religión, actualmente cursa el 3er año de preparatoria escolarizada, atiende una tienda por las tardes de cuatro a nueve de la noche de lunes a viernes (la dueña es su tía paterna), los fines de semana realiza tareas y sale con sus amigos por las tardes.

Vive con su mama, hermano de 14 años, tía materna, su papa la visita cada ocho días en promedio, no tiene un día establecido.

El familiar más cercano es su mama, aunque también puede contar con su hermano y su tía y en ocasiones con su papá.

Hábitos: su alimentación es basada en verdura 7/7, fruta 7/7, carne 3/7, leche y derivados 7/7, cereales y leguminosas de 1 a 2/7, tortilla 3 a 5 al día aproximadamente, ingiere de litro y medio a dos de agua al día simple o de sabor, come con su mama, tía y hermano a las tres de la tarde, el desayuno

lo toma sola y la cena con quien se encuentre despierto en su casa, aunque a veces no lo acostumbra.

El baño de regadera lo realiza diario con cambio de ropa completa, lavado de manos las necesarias, cepillado de dientes dos veces al día, eliminación por la mañana una vez al día.

Niega intervenciones anteriores, grupo de sangre A positivo.

Le gusta leer y escuchar música, realiza ejercicio ocasionalmente y cuando lo hace sale a correr, no refiere alergias, ni adicciones, solo fuma ocasionalmente los fines de semana

5.2 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

(Ver anexo 1)

5.3 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Se concluye en lo siguiente:

NECESIDAD	FUENTE DE DIFICULTAD	DEPENDENCIA/ INDEPENDENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
Respirar		Independiente	
Beber y comer	Fuerza	Dependiente	Alteración del bienestar en relación con el dolor en herida quirúrgica manifestada por inquietud y verbalización por la paciente.
Dormir y reposar	Voluntad/conocimiento	Dependiente	Déficit de volumen de líquidos relacionada con una ingesta nula de líquidos secundaria a una restricción preoperatoria manifestada por mucosas orales secas y verbalizado por la paciente
Eliminación		Independiente	
Movimiento	Voluntad/ conocimiento	Dependiente	Alteración de la movilidad física en relación con el miedo al dolor de herida quirúrgica y debilidad secundaria a efectos posanestésicos.
Vestirse y desnudarse		Independiente	
Mantenimiento de la temperatura corporal	Fuerza	Dependiente	Riesgo de hipotermia relacionada con efectos posanestésicos, y exposición a un ambiente frío.
Estar limpio y aseado y proteger tegumentos		Independiente	
Evitar peligros		Independiente	
Comunicarse		Independiente	
Vivir creencias y valores		Independiente	
Trabajo y realización		Independiente	
Recreación		Independiente	
Aprendizaje		Independiente	

5.4 PLANEACIÓN DE ENFERMERÍA

NECESIDAD	DATOS QUE MANIFIESTAN LA DEPENDENCIA	DIAGNOSTICO	OBJETIVO	CUIDADOS DE ENFERMERÍA
Dormir y reposar	<ul style="list-style-type: none"> • Se observan ojeras, bostezos. • Refiere dolor y debilidad. 	<p>Alteración del bienestar en relación con el dolor en herida quirúrgica manifestada por inquietud y verbalización por la paciente.</p> <p>Enfermera como sustituta y compañera</p>	<p>Obtendrá alivio del dolor evidenciado por lo siguiente:</p> <p>Que exprese confort y alivio del dolor después de administración de analgésico y de proporcionar los cuidados.</p> <p>Comunica de 2 a 3 hrs. de sueño sin interrupción durante la noche.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Administrar analgésico según prescripción medica - Tranquilizar a la paciente diciéndole que la molestia es temporal y que el medicamento ayudara a reducir el dolor. - Investigar posibles causas del dolor como vendajes apretados, vejiga llena - Establecer una relación de confianza y dedicar tiempo a la paciente - Escuchar atentamente en lo que respecta al dolor - Enseñar como realizar respiraciones profundas como técnica de relajación. - Ayudar a la paciente a mantener una actitud positiva - Instruir a la paciente que sostenga la herida al moverse - Proveer un entorno terapéutico: temperatura, humedad, y

				- ventilación apropiadas
<p>Evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se logro entablar una relación - Solo logro conciliar el sueño durante 30 minutos a una hora sin interrupción, - Se quito el dolor en un 85% y manifiesta estar tranquila y cómoda - <i>Logra alcanzar el nivel de dependencia nivel 1 porque necesita a alguien como mantenerse tranquila para poder lograr dormir y descansar.</i> 				

NECESIDAD	DATOS QUE MANIFIESTAN LA DEPENDENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	CUIDADOS DE ENFERMERIA
Beber y comer	<p>No ha ingerido alimento, ni bebido alimento por mas de 16 hrs. debido a una restricción preoperatoria de líquidos y alimentos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presenta resequeidad de boca y labios • Refiere la boca a un sabor desagradable 	<p>Déficit de volumen de líquidos relacionada con una ingesta nula de líquidos secundaria a una restricción preoperatoria manifestada por mucosas orales secas y verbalizado por la paciente</p> <p>Enfermera como sustituta</p>	<p>Obtendrá satisfacción de la necesidad de beber e hidratar mucosas orales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - .Administración de líquidos intravenosos prescritos - Aplicar gasas húmedas sobre los labios cada cinco minutos - Proporcionar el material para que la paciente se enjuague la boca (agua, palangana) - Verificar si puede ingerir una dieta líquida si es así proporcionar una dieta líquida. - Explicarle que la sed que presenta es debido a la restricción de líquidos, y a los efectos de la anestesia, pero que con los líquidos que le están pasando por la vena le ayudaran a hidratarse y que los efectos de la anestesia pasaran después de un determinado tiempo.

Evaluación

- Queda insatisfecha la necesidad porque no se pudo proporcionar dieta por indicación medica, indicando que la dieta iniciara hasta el día siguiente
- No se consiguió quitar la sensación de sed, ya que ella desea tomar abundantes líquidos.
- Se logro humedecer los labios y boca y sintió satisfacción al enjuagarse la boca y al quitarse el sabor desagradable que ella refería.

Logro un nivel de dependencia nivel 2 porque depende de la indicación médica para la satisfacción total de la necesidad.

NECESIDAD	DATOS QUE MANIFIESTAN LA DEPENDENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	CUIDADOS DE ENFERMERÍA
Mantener la temperatura dentro de límites normales	<ul style="list-style-type: none"> Presenta ligeros escalofríos y piel ligeramente fríos 	<p>Riesgo de hipotermia relacionado con efectos posanestésicos, y exposición a un ambiente frío</p> <p>Enfermera como sustituta</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar la hipotermia evidenciado por lo siguiente: - Normotermia - Ausencia de escalofríos piel fría, pulso, respiración, presión arterial dentro de límites normales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionarle un cobertor - Aplicación de calor seco durante dos a tres horas. - Proporcionar un entorno con temperaturas apropiadas - Toma y registro de la temperatura cada 15 minutos - Verificar la aplicación de vendas. - Explicarle que los escalofríos son efectos de la anestesia y que pronto se quitarán.
<p>EVALUACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - La temperatura se mantuvo dentro de límites normales - Se quitaron escalofríos y no se volvieron a presentar durante el turno, aun cuando se le retiró el calor seco en el tiempo establecido. - Se quitó la frialdad de la piel <p><i>El nivel logrado fue el de independencia porque se logró satisfacer la necesidad</i></p>				

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

NECESIDAD	DATOS QUE MANIFIESTAN LA DEPENDENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	CUIDADOS DE ENFERMERÍA
Movimiento y mantener una buena postura	<ul style="list-style-type: none"> No ha realizado ningún intento de movilización desde su ingreso al servicio permaneciendo en una sola postura ya que refiere que al moverse le dolerá la herida quirúrgica. 	<p>Alteración de la movilidad física con relación al dolor al movimiento en herida quirúrgica manifestado por la inmovilización y verbalizado por la paciente.</p> <p>Enfermera como compañera y orientadora</p>	<p>Lograr la movilización de una a dos horas durante el turno.</p> <p>-Lograr la deambulacion en el siguiente turno</p>	<ul style="list-style-type: none"> Tranquilizarla , diciéndole que la molestia es temporal y que el medicamento ayudara a eliminar o reducir el dolor. Establecer los temores del paciente sobre el significado del dolor.. Verificar la aplicación del vendaje abdominal Ayudar al cambio de postura Utilizar una sabana para cambiar de postura a la paciente. Mantenerla limpia y seca Indicarle que respire con profundidad cada diez minutos. Instruir a la paciente que sostenga la herida al moverse Realizar movimientos pasivos en manos y pies e indicarle que los efectos anestésicos pronto pasaran Insistir en la deambulacion temprana en el siguiente turno. Indicarle que al deambular lo mas pronto posible la rehabilitación será más rápida

				<ul style="list-style-type: none"> • Indicarle que intente dormir para recuperar fuerzas.
EVALUACIÓN <ul style="list-style-type: none"> - Manifiesta relajación y tranquilidad - Intentó y logro la movilización tres ocasiones de las 23:00 a las 7:00 AM del siguiente día - En las anotaciones de enfermería que posteriormente se revisaron, indican que realizo la deambulacion al irse a bañar en regadera y posteriormente. - <i>Logra la independencia al satisfacer esta necesidad.</i> 				

5.5 EJECUCIÓN DE ENFERMERÍA

Al tener la planeación estructurada se pone en practica directa con el paciente, la cual se implementara con paciente que sea semejante al paciente valorado en un principio, es decir que tenga las mismas necesidades calificadas como dependientes, esta etapa está incluida en el formato de planeación con el nombre del rubro de: cuidados de enfermería

5.6 EVALUACIÓN

Incluida en la parte inferior de cada recuadro

PLAN DE ALTA

Antes de egresar el paciente se le da instrucciones sobre las medidas que el paciente debe llevar a cabo sobre los siguientes aspectos:(Roper 1986)

- Herida

- Deberá acudir a urgencias se presentara datos de infección como:

Enrojecimiento, edema. Hipersensibilidad, calor alrededor de la herida, presencia de secreción fétida, escalofríos, fiebre.

- Si la herida pasará por etapas de cicatrización, luego del dolor inicial en el sitio, la herida puede sentirse con prurito, picor, leve sensación de tensión.
- No retire las costras porque protegen los delicados tejidos nuevos que se encuentran por debajo, sé caerán solas sin ayuda.

- Descanso y actividad

- Es común considerarse cansado y frustrado por no considerarse capaz de hacer todas las cosa que desea; esto es normal.
- Planifique siestas y actividades tranquilas realizadas con tranquilidad, aumento en forma gradual el ejercicio en semanas siguientes.

- Cuando empiece a ejercitarse mas inicie con una caminata corta dos o tres veces al día, consultar con el cirujano ejercicios más específicos
- Subir escaleras puede sentirse agotador, si tiene dificultad para realizarlo, trate de subir de espaldas sobre su trasero, hasta que recupere las fuerzas.
- Alimentación
 - Siga las instrucciones respecto a la dieta proporcionadas por la dietista.
 - No se sorprenda que su alimento se encuentre limitado al principio o sienta que no satisface su hambre, este problema disminuirá conforme se adapte.
 - Tomar con regularidad comida pequeñas que sean lo más nutritivas posibles para favorecer la cicatrización de la herida.
- Sueño
 - Si se dificultad conciliar el sueño por la molestia que sufre la herida, tome su medicina para el dolor al acostarse.
 - Trate de dormir lo suficiente para ayudar a la recuperación.
- Intestinos

- Evitar los esfuerzos porque puede intensificar las molestias en la herida.
- Baño
 - La herida puede mojarse
 - Se recomienda el baño de regadera porque permite el enjuague acucioso enjuague de la herida.
 - Secar profundamente la herida y cubrirla con gasas limpias
- Ropa
 - Evitar utilizar, ropa interior, y otras prendas ajustadas con costuras que puedan frotar la herida.
 - Utilizar ropa suelta para mayor comodidad y reducir la molestia de la herida.

5. CONCLUSIONES

Al realizar el presente trabajo se tuvieron nuevas experiencias, pero también a la vez se reforzaron los conocimientos teóricos adquiridos en la carrera, así como en el ámbito profesional

Al aplicar el proceso enfocado a un modelo de cuidado es simplemente hacer lo que se tiene que hacer y no se hace, puede haber muchas respuestas, tomadas como justificaciones, o pretextos, las cuales no son validas, porque la literatura dice que si se utiliza el proceso de enfermería, la enfermera se hace hábil en la atención del paciente aun mas cuando se enfoca al modelo de Virginia Henderson, al utilizarlo uno se concientiza en el trato y en la visualización que debe darse al paciente viéndolo desde una perspectiva amplia, diversa con diferentes niveles de necesidades, dándose la oportunidad a uno mismo para poder aplicar todo el potencial de capacidades que se tiene como enfermera y como persona, de igual forma darle dignificado al cuidado y por consecuencia hacia la profesión

Se retomo la investigación bibliografica que al realizarse el trabajo se concluye que esta debe ser día a día, para que la enfermera este a la vanguardia.

Las ventajas mencionadas para el profesional son reales que se obtienen cuando se aplica el proceso, realmente el proceso de aplica en todo momento, simplemente hay que saber el fundamento de la practica, se desarrolla o se maneja el pensamiento critico, donde se le abren las puertas a enfermería para actuar mas halla de seguir indicaciones medicas, o trabajar de manera interdependiente con el personal de salud pero al mismo nivel, permitiendo que la profesión tenga una visualización mas significativa.

El paciente nota la diferencia del cuidado de una enfermera que aplica el proceso enfocado a un modelo, a una enfermera que le atiende basándose en indicaciones medicas.

La experiencia obtenida en la realización de este trabajo fue de reto ante un nuevo enfoque que uno adquiere al investigar, al leer, al reforzar la información y al utilizar o manejar la computadora; al mismo tiempo de satisfacción, de reforzamiento, y obtención de conocimientos teóricos y prácticos.

Al estudiar, al investigar uno no deja de ser lo que es, una enfermera, si no al contrario busca la manera de aplicar lo investigado y mejorar su practica volviéndose una **enfermera profesional**.

6. SUGERENCIAS

Se sugiere la impartición de cursos sobre teorías y modelos en las instituciones de salud dirigidos hacia el personal de enfermería, con la finalidad que esta información sea conocida para enfermería, probablemente el modelo de Virginia Henderson o algún otro no se aplique en este momento, pero se da la información de que este manejo o esta visualización de enfermería que es en beneficio hacia el paciente, hacia la misma profesión, y principalmente para retomar el rol y la identidad de enfermería.

También se sugiere que se de una información previa a la conclusión del octavo semestre de la licenciatura a años posteriores al primero sobre la titulación por medio de trabajos, ya sea por proceso, por protocolo de

investigación, o manual de procedimientos, con la finalidad que el alumno tenga otra visualización y se pierda el miedo a la realización de un trabajo escrito para titulación.

Otra sugerencia que se desea expresar es en la situación que presenta el alumno al realizar o pedir informes sobre los pasos a seguir en el inicio de la titulación, porque se presentan confusiones por la información equivocada e

incompleta que se recibe al iniciar dichas gestiones la cual solo hace retrasarse en los tramites de titulación, por lo que se sugiere una información previa al concluir el año sobre los pasos que se deben seguir.

Otro aspecto importante que se desea expresar es en lo que respecta a la redacción de los trabajos, sugiriendo que al inicio de cada curso se pida un curso anterior de computación y de lectura y redacción.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Anderson K. (1994) **Diccionario de medicina**. 4a ed. Océano España.

Brunner, L.(1971).El paciente en el posoperatorio en **Enfermería Medico Quirúrgica**.2a ed.Interamericana.México.

Enciclopedia de la enfermería. (1997). Vol. 1,2,3.Océano/Centrum.España.

García, M.(1997). **El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson**.1a ed. Progreso.México.

Guillén, R (2002), **Lecturas compiladoras SUA**, ENEO.

Iyer,P.(1997).**Proceso y diagnostico de enfermería**.3era ed.interamericana.México.

Mahoney,E.(1986).Necesidades postoperatorias en **Manual de enfermería Medico Quirúrgica**.1era ed.interamericana.México.

Marriner, A.(1989).Definición de enfermería en **Modelos y teorías de enfermería**.Barcelona.

Neftina,S (1997).Atención Posoperatoria en **Enfermería Practica.vol1**.6ta ed.Interamericana.México.

Pacheco,L.(2002).Identidad profesional humanismo y desarrollo tecnológico en **Antología Sociedad salud y enfermería**.ENEO UNAM SUA.México.

Phaneuf, M (1993).Cuidados de enfermería, en **El proceso de atención de enfermería**.Interamericana. España.

Phaneuf, M.(1999).La recogida de datos en **Planificación de los cuidados enfermeros**.Interamericana.México.

Roper, N.(1986).Uso del proceso en la asistencia posoperatoria en Proceso **Atención enfermería modelos de aplicación**.1era ed.Interamericana.México.

7. ANEXOS

Anexo 1

RECOLECCIÓN DE DATOS PARA LA VALORACIÓN DE LAS
NECESIDADES DE UNA PERSONA ADULTA (Phaneuf 1993)

Ficha de identificación

Nombre _____

Edad 21 a Sexo Fem Nacionalidad Mexicana

Estado civil soltera

Religión Ninguna Ocupación estudiante / trabajadora

Idioma habitual español

Motivo de la hospitalización posoperada de colecistectomia

Rara vez = No todos los días

Con frecuencia = De 1 a 4 veces al día

Con mucha frecuencia = Mas de 4 veces al día

1. Respiración

¿Usted cree que su respiración funciona bien? Si X No

Si la respuesta es No ¿Qué tipo de dificultades experimenta? ----

Responda el cuestionario con: si o no; si la respuesta es si, marque una cruz
en la casilla que corresponda.

Le suele ocurrir lo siguiente:

	Rara vez	Con frecuencia	Con mucha frecuencia.
¿Tose? Si <u>X</u> No _____			
¿Le molestan las secreciones? Si _____ No <u>X</u>			
¿Expulsa sangre cuando tose? Si _____ No <u>X</u>			
¿Siente dolores al respirar? Si _____ No <u>X</u>			
¿Siente ahogo? ? Si _____ No <u>X</u>			

¿Puede usted describirme este problema con la mayor precisión que puede el momento en que aparece la tos o el ahogo, como el dolor y/o las secreciones -----

¿Desde cuando sufre este problema? -----

¿Qué medio utiliza para facilitar su respiración(postura, humidificador)?

2. Alimentación e hidratación

¿Cuántos vasos de agua bebe? **De 6 a 8 vasos** Simple X Sabor X

Toma usted: Bebidas gaseosa **rara vez** Bebidas alcohólicas **rara vez**

Si toma alcohol con mucha frecuencia ¿Puede explicarnos cuantos vasos al día?-----

¿Siente usted rechazo hacia determinados alimentos: carne, leche, huevo.?

No-----

Tiene problemas digestivos: gases, ardor, pesadez, dolores? **No**-----

¿Puede usted describirme con mayor precisión que pueda, características, momento de su aparición?----

¿Desde cuando padece este problema? -----

¿Qué medio utiliza para aliviarlo?-----

¿Ha sufrido anteriormente alguna enfermedad digestiva? **No** _____

¿Tiene en la actualidad algún problema que afecte su modo de beber y comer (nauseas, dolores)? **No** _____

¿Su alimentación es a base de? **verdura 7/7 ,fruta 7/7, carne 3/7, tortilla de 3 a 5 al día ,leche y derivados 7/7, cereales y leguminosas de 1 a 2/7** _____

¿Es capaz de comer solo/a Si **X** No ___ Si la respuesta es no ¿de qué tipo de ayuda tiene usted necesidad? ----

En casa necesita que le ayuden a preparar la comida **X** comer ----
trocear los alimentos---

¿Padece usted de nerviosismo? Si **rara vez** No --- Si la respuesta es si ¿influye en su alimentación y en su digestión? **No** _____

Su ocupación, el medio en que se desarrolla le permite comer de forma conveniente? **Si** _____

¿Come usted entre comidas? **rara vez** _____ ¿Qué tipo de alimento come entre comidas? **Sabritas, chicles, fruta.** _____

¿De cuanto tiempo dispone para comer? **De una hora a hora y media** _____

¿Dónde come habitualmente? **En casa** ¿Con quien come habitualmente?
Con mi mamá, con mi tía y hermano _____

¿Le prohíbe su religión algunos alimentos, de que tipo? **No** _____

Observaciones de la enfermera

¿ La lengua y las mucosas están secas? **Si** _____

¿La piel esta deshidratada? **No** _____

¿Otros datos? **Refiere tener sed, esta inquieta.** _____

3. Eliminación

¿Cada cuando va usted al baño? **Diario** ¿Cuántas veces va al baño? **una vez** _____

¿Qué consistencia tienen sus heces? Duras _____ blandas **X** líquidas-- _____

¿Lleva usted ostomía? ---- _____

¿Tiene algún problema como: Hemorroides—sangrado --- heces duras_ heces no digeridas___ incapacidad para retener las heces___ dolores cuando va al baño --_ ¿Desde cuando padece este problema?----- _____

¿Que utiliza para aliviarlos?---- _____

¿Cuántas veces al día orina? **Realmente no las he contado pero si voy muchas veces mas cuando tomo mucha agua** _____

¿De que color es su orina? Amarillo claro **X** amarillo oscuro___ naranja___ - rojo ___ ¿Ha sufrido alguna enfermedad urinaria? **No** ¿De que tipo? _____

¿Experimenta problemas, tales como: ganas frecuentes de orinar?----**No**----- _____

¿Incapacidad para retener la orina—**No**— ¿Tener que hacer esfuerzo para orinar?—**No**— ¿Desde cuando sufre estas dificultades?---- _____

¿Qué hace usted para aliviar estos problemas?---- _____

¿Hay algún problema que repercuta actualmente su eliminación intestinal o urinaria (dolor, inmovilización)? **No** _____

¿Es usted capaz de ir usted al baño? Si **X** No Solo **X** Con ayuda **X** _____

¿El lugar donde se desarrolla tiene una buena organización sanitaria, la limpieza de los WC favorecen las condiciones para eliminar bien? Si **X** No _____

¿Tiene problemas o inquietudes relacionados con la eliminación? **No** _____

¿Cuáles? ---- ¿La falta de intimidad en el medio hospitalario influye? **rara vez** _____

Su transpiración ¿habitualmente es abundante? _____ Poco abundante **X** _____

¿Transpira por la noche? **Rara vez** ¿Cada cuando y como son sus menstruaciones? **Cada mes, dura de 3 a 5 días sin dolor** _____

Tiene secreciones vaginales? **No** ¿Cuál es su aspecto---- _____ ¿Son abundantes? ---- ¿Qué medida toma para este problema?---- _____

4. Movilidad y postura

¿Actualmente es capaz de moverse y desplazarse con facilidad? Si _____ No **X** _____

Si la respuesta es no ¿Cuál es su impedimento? **Mi herida** _____

¿Experimenta problemas para realizar determinados movimientos?? **Si** _____

¿De que tipo? **Dolor** _____

¿Siente debilidad en las piernas? **Poco** _____ ¿Tiene vértigo? **No** _____

¿Siente rigidez o dolores articulares? **No** _____

¿Si usted es invalido, cuenta con ayuda para desplazarse al exterior? --- _____

¿Conque se desplaza? ---- _____

¿Hace ejercicio todos los días **No, a veces cada semana** _____

¿Durante cuanto tiempo? ----- ¿Qué tipo de ejercicio realiza? corro

¿Practica algún deporte? No

¿Debe transportar cargas pesadas en el trabajo? No

¿Permanece largo tiempo de pie /sentado? No

¿Tiene problemas para adoptar alguna posición? No

¿Utiliza algún medio para aliviar estos problemas de movilidad? ---

¿Cuántas almohadas utiliza para dormir? una

Si usted esta encamado, ¿puede girarse en la cama sin ayuda? No

¿Puede subir solo ala cama? No ¿Se levanta solo de la cama? No

¿Sufre calambres en las piernas o en los pies? No

¿Siente con frecuencia los pies y las manos frías? No

¿Siente palpitaciones? No ¿Sufre problemas cardiacos? No ¿Sufre presión

alta? NO ¿ tiene varices? No ¿Se fatiga fácilmente? No

¿Él médico ha indicado que disminuya sus actividades físicas? No

¿Las emociones influyen en sus actividades? Rara vez

¿Esta inquieto por su movilidad o su circulación? Si

Observaciones

Pulso 78 x' regular X irregular _____ muy irregular _____ Presión arterial 110/60

Otros datos No ha realizado ningún intento de movilización desde su ingreso

5. Sueño y descanso

¿Duerme bien? Si Si la respuesta en no ¿Cuál es el problema? _____

¿Dificultad para dormirse? En este momento si ¿Se despierta en la noche?

La causa de su dificultad es: nerviosismo _____ dolor X

¿Cuántas horas duerme? 6 a 8 hrs. ¿Acostumbra la siesta? No ¿Cuánto tiempo? -- _____

¿Cómo se siente usted durante el día? Nervioso _____ distendido _____

¿Presenta dolor, que le impide estar relajado y descansar? Si _____

¿Puede describirme el dolor? Es de tipo punzante ¿Cuál es la actitud que toma habitualmente frente al dolor? Me pone inquieta y desesperada

¿Cómo se manifiesta su fatiga? Con sueño _____

¿Algún problema que le impida descansar inquietudes, necesidad de orinar por la noche, picazón, prurito, trastornos intestinales? No _____

¿Toma alguna cena ligera al acostarse? Si _____

¿Su entorno favorece el sueño y el reposo? Si _____

¿Cuál es el problema? El ruido _____ el calor _____ otro _____ ¿Se puede remediar este problema? ----- _____

¿Le obliga su trabajo a dormir horas irregulares? No _____

¿Su trabajo le produce estrés? No _____

El hecho de encontrarse en un medio hospitalario ¿le produce ansiedad?

Poco

¿Su hospitalización le causa problemas familiares, profesionales? No _____

Si tiene hijos, ¿Quién cuida de ellos? ----- _____

La presencia de un familiar con usted le resulta ¿favorable?—~~X~~—

Desfavorable? _____

Observaciones

Presenta bostezos, ojeras y debilidad

6.Vestido

¿Actualmente es capaz de vestirse por si misma? **Si** _____

¿Es usted alérgica a determinados tejidos? **No** _____

¿Lleva medias elásticas o vendajes? **Si** _____

¿Utiliza calzados especiales? **No** _____

¿Qué importancia concede este a su aspecto personal? poca—regular—~~X~~—
mucho _____

7.Temperatura

¿Experimenta con frecuencia ansiedad de frío? **No** _____

¿Siente usted sofocos? **No** _____

¿Están fríos sus pies / manos? **Casi no, pero ahorita si** _____

¿Tiene usted necesidad de una manta suplementaria por la noche? **Si** _____

¿Nota usted que es friolento? **No** _____

¿Qué hace usted en relación con este tema? ---- _____

¿Hay algún problema de salud que le cause dificultad para conservar su temperatura normal? **No** _____

¿Cuáles? ---- _____

El medio en el que trabaja ¿le obliga a permanecer mucho tiempo a temperaturas muy elevadas? _____ - ¿O muy bajas? ---- _____

¿Utiliza vestidos especiales?----- _____

El lugar en que vive ¿le ofrece en invierno las condiciones necesarias de calor? **Si** _____

¿Puede usted mismo tomarse la temperatura? **Si** _____

Observaciones

Temperatura **36.6 °C** _____

Otros datos **Escalofríos leves y piel ligeramente fría** _____

8.Higiene, estado de la piel y de tegumentos

¿Cada cuando se baña? **Diario** _____

¿Cada cuando se lava los dientes? **Dos veces al día** _____

¿Cada cuando se lava las manos? **Las necesarias** _____

En este momento es capaz de realizar lo anterior ¿por si misma? **X** _____

¿Con ayuda? **X** _____

Existe en este momento algún problema que le impida realizar sus hábitos de higiene? **Si el que me duela la herida** _____

¿Cuánto tiempo hace que sufre esto? --- _____

¿Su piel es seca? --- ¿Grasosa?----- ¿Sensible?-- ¿Ha notado alguna lesión en su cuerpo? **No** _____

Su cabello ¿son secos? -- ¿Grasos? --- ¿Se rompen?--- _____

¿Tiene últimamente tendencia a perder pelo? **NO**_____

¿Cuándo fue la última vez que fue al dentista? **Hace como siete meses** _____

¿Sus uñas se le rompen con facilidad? **No** _____

¿Es usted capaz de cortarse las uñas por sí mismo? **Si** _____

¿Cómo se corta las uñas? En redondo _____ recto **X** ¿cada cuando lo realiza? **Cada semana** _____

¿Quién realiza el aseo de su cuarto, casa? **mi tía, mi mamá y a veces yo** _____

Observaciones

9.Seguridad

¿Su vista es lo suficientemente buena para permitirle ver un peligro en el trabajo, en la calle o en casa? **Si** _____

¿Su audición le permite oír un ruido indicador de cualquier peligro? **Si** _____

¿Se siente a veces aturdido? **No** _____

En casa ¿esta atento a cualquier peligro que pueda surgir? **Si** _____

¿Su trabajo supone un alto nivel de riesgo? **No** _____

¿Hay allí un ruido muy intenso? **No** _____

Si es positiva la respuesta, ¿Utiliza dispositivos de protección?--- _____

Si practica determinados deportes ¿ utiliza protecciones?--- _____

¿Es usted alérgico a determinados medicamentos, comidas? --- ¿Cuáles?-

----- ¿Toma usted algún medicamento antes de ser hospitalizado? **No**

¿Cuáles? --- ¿Algún medicamento le produce efectos no deseado? **No** _____

¿Ha traído medicamentos al hospital? No ¿Cuáles?-----

¿Tiene miedo a los tratamientos? Miedo como tal no, solo un poco de nervios

¿Tiene algún presentimiento de problemas importantes que le preocupa?

Explique, si lo desea. No

¿Se siente a veces desanimado, desesperado porque la vida ya no tiene sentido para usted? No

¿Alguien de su entorno podría ayudarla en este caso? -- ¿Quién?--

Observaciones _____

El estado de esta persona puede constituir un peligro potencial para ella No
o para otros No

Precauciones que debe tomar

aumentar la vigilancia -- Estar junto a ella--

Poner barandillas o ataduras en la cama -----

10. Comunicación y sexualidad

Su vista ¿le permite leer con facilidad? Si ¿Utiliza lentes? No

¿Usa prótesis ocular? No ¿Oye suficiente bien para seguir con facilidad una conversación? Si ¿Lleva un aparato auditivo? No

¿Vive sola/o? No ¿Con quien vive? Mama, tía hermano

¿Estas personas esta sanas? Si

Hábleme del medio en que vive Casa de tabique y concreto, con tres recamaras, y cuenta con todos los servicios de agua, luz, drenaje, teléfono

Sus parientes, amigos, vecinos, son de confiar, y ¿están dispuestos ayudarle cuando lo necesiten? Creo que si

¿Tiene personas en las que confía plenamente? Si, mi familia

¿Establece fácilmente contacto con los demás? Pues si

¿Qué se lo impide? ----

¿Tiene pareja? Si ¿Existe comunicación eficaz? Si

¿Tiene alguna duda en lo que se refiere a la anticoncepción? No

Hábleme de su personalidad, diría usted que es una persona:

X Alegre, con frecuencia -----Desconfiada con los demás ----Solitaria

----Con frecuencia triste X Confía en los otros ----Depresiva

----Ansiosa X Sociable ----Tímida

X Relativamente tranquila ----Inquieta frente a la vida ----Temerosa

¿Ha notado cambios en su forma de ser? -----

Observaciones No

Estado de conciencia Conciente facilidad para hablar Si

Permite expresar sus necesidades? Si

Otros datos -----

11. Realización personal

¿Su estado de salud le impide realizar lo que le gusta? No, por mi cirugía, porque esto fue de repente

¿Cuáles son sus sentimientos frente a las limitaciones que le imponen la enfermedad? Ninguno, pronto pasara y me recuperare

¿Qué siente en relación con la forma de ocupar su tiempo? Siento que lo ocupo al máximo

¿Forma usted parte de asociaciones culturales, deportivas? No

¿Qué actividad realiza en sus ratos libres? Leer, escuchar música y salir con mis amigos

Observaciones -----

12. Vivir según creencias y valores

¿Profesa alguna religión? No

¿Hay ciertas exigencias que a usted le gustaría que respetasen? No

¿Le gustaría hablar con algún sacerdote, ministro, pastor? No

Observaciones?

13. Recreación

¿Se reserva algún tiempo para divertirse? Si

¿Cuál es su diversión preferida? Bailar

Le gustan las diversiones en grupo? Si

¿Su estado de salud ha modificado su forma de divertirse? Por ahorita si

Observaciones

14. Aprendizaje

¿Ha estado usted anteriormente hospitalizada? No

¿Porque motivo?-----

¿Hay algo que usted desea saber sobre el medio hospitalario en que se encuentra? ¿Dónde puedo adquirir una constancia de que estuve hospitalizada?, en trabajo social

¿Conoce usted el motivo de su hospitalización? Si

¿Esta usted al corriente de su problema de salud? Mas o menos

¿Qué sabe usted de los tratamientos, medicamentos e intervenciones quirúrgicas a la que será o fue sometido? Que me quitaron la vesícula, debo cuidarme y tomar mis medicamentos.

¿Hay algo que le produzca inquietud? No