



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN ENFERMERIA

Proceso de atención de enfermería a través del modelo conceptual de Virginia Henderson dirigido a un adulto mayor con secuelas de fractura en columna vertebral

Que para obtener el Título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

María de Jesús García Guevara

No. Cuenta: 401117815

Angelina Rivera M

Asesor:

L.E.O. Angelina Rivera Montiel



MÉXICO D. F.

2005

m343978



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

Este trabajo es para ti mamá, por su apoyo, amor y admiración que me has demostrado a pesar de todos los tiempos.

Para ti Fernando por tu apoyo, amor y por compartir tu vida conmigo.

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la vida y capacidad para lograr una meta más en mi vida.

A todos mis maestros por su enseñanza.

INTRODUCCIÓN

Para los profesionales de enfermería es importante contar con un método de atención que le permita valorar las necesidades inmediatas del cliente para brindar cuidados especializados y de forma personalizada de tal manera que el proceso de atención de enfermería es el método que aplica la base teórica al ejercicio de la profesión y sirve de guía para el trabajo práctico, por lo tanto el presente estudio de caso pretende ayudar al cliente a recuperar o mantener su salud, en consecuencia el estudio tendrá un eje metodológico y uno conceptual. El primero será el proceso atención de enfermería y el segundo será el modelo conceptual planteado por Virginia Henderson y su paradigma, (persona, salud, entorno y cuidado) el cual está enfocado en satisfacer las 14 necesidades inherentes del ser humano que pueden mantener de forma dependiente o independiente del cuidado profesional de enfermería, de acuerdo con el entorno donde se desarrolla y estará dirigido a un adulto mayor.

El trabajo está integrado por tres capítulos el primero de objetivos los cuales están dirigidos al marco teórico, el segundo será el mismo marco teórico que ayudará a sustentar el estudio de caso y por último se abordará la metodología, la cual es la propia del proceso atención enfermería.

JUSTIFICACIÓN

El presente estudio de caso se presenta como una opción para la titulación, pero también pretende ayudar al cliente a mantener o recuperar su independencia (salud), para los profesionales de enfermería el proceso de atención en enfermería permite planear los cuidados y garantizar la individualización de los mismos, además de que estos sean de carácter profesional, basado en un proceso de reflexión en conocimientos científicos y humanísticos.

La vía conceptual que se ha considerado para orientar la práctica, es la propuesta por Virginia Henderson, lo cual permite vincular teoría-práctica.

INDICE

I Objetivos	1
II Marco teórico	2
Enfermería.....	2
Concepto.....	2
Antecedentes históricos (resumen).....	3
Metaparadigma de la enfermería.....	5
Proceso de atención de enfermería.....	6
Concepto.....	6
Antecedentes históricos.....	6
Etapas del proceso.....	7
Valoración.....	7
Diagnósticos de enfermería.....	8
Plantación.....	8
Ejecución.....	10
Evaluación.....	11
Modelo conceptual de Virginia Henderson.....	12
Antecedentes.....	12
Conceptos básicos.....	13
Independencia.....	13
Dependencia.....	13
Enfermería.....	13
Necesidades.....	14
Factores de dificultad.....	14
Causas de dificultad.....	14
Necesidades básicas.....	15
Características físicas y emocionales del adulto mayor.....	16
Concepto.....	16
Características físicas.....	16

Características fisiológicas.....	17
Características cognitivas.....	20
Características emocionales.....	21
Valoración.....	21
III Metodología.....	25
Descripción de la metodología.....	25
Valoración.....	26
Análisis del caso diagnóstico y plantación.....	41
Plan de cuidados.....	43
Conclusiones	63
Anexos.....	64
Bibliografía.....	75

I OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Elaborar un estudio de caso sustentado en el modelo conceptual de Virginia Henderson para ayudar a que el cliente recupere su independencia.

1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- A través de la valoración, se identificaron los problemas y causas que afecten las satisfacciones de las necesidades del cliente.
- Con base a los diagnósticos de enfermería realizados se planeo las intervenciones dependientes, interdependientes que ayuden al cliente a satisfacer sus necesidades y en lo posible recuperar su independencia.
- Con base a las intervenciones realizadas evaluar los resultados para decidir nuevas intervenciones que ayuden a que el cliente alcance su independencia.

II MARCO TEORICO

2.1 ENFERMERÍA.

2.1.1 *Concepto*

Con la creencia de que la Enfermería es un arte innato para la mujer, ha obstaculizado el desarrollo de un concepto de enfermería como profesión que cuenta con un conjunto organizado de conocimientos y requiere habilidades especializadas propias. En realidad, para muchas personas no existe una definición exacta de la enfermería, aún dentro de la profesión. "En 1859 Florence Nightingale en sus notas de enfermería describía que el rol más importante de la enfermería es crear las mejores condiciones para que la naturaleza actué su curso en el paciente."¹ Casi cien años después las profesionales revolucionaron en el análisis y la articulación de una nueva teoría en enfermería. Henderson publicó por primera vez su definición de enfermería en 1955 donde afirmó que "La función singular de la Enfermería es asistir al individuo enfermo o sano en la realización de actividades que promuevan la salud o su recuperación (o una muerte serena) que llevaría a cabo si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo a manera de ayudarlo a recobrar su independencia con la mayor brevedad posible".²

Pero también otras autoras como Grinspun Doris en 1992 define a la "enfermería como arte y ciencia, del cuidado integrado y comprensivo, en el cual la enfermera, junto con la persona beneficiaria de estos cuidados, identificaran metas comunes para realizar y mantener la salud."³

Se dice que es una arte porque requiere que la enfermera perciba el significado del momento para que la persona que ella cuida, y pueda rápidamente entender y

¹ PACHECO A.E.: Antología de Sociedad Salud y Enfermería SUA-ENEO-UNAM México 2002 pp.200

² GARCÍA G. María de Jesús. El Proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson Ed. Progreso, S.A., ed, México 1997, pp.320

actuar. Una ciencia porque es un conocimiento científico el cual busca conocer, entender y explicar la realidad del mundo.

Sin embargo, los progresos realizados para alcanzar el control sistematizado de la profesión han sido lentos y aún no se ha logrado conceptuar de forma definitiva, se debe considerar a la enfermería como ciencia en proceso de construcción y seguir trabajando en la profesionalización para lograr una imagen clara de desarrollo científico que esta profesión debe alcanzar.

2.1.2 Antecedentes históricos (resumen)

El origen de la enfermería se conoce desde el propio origen del hombre de acuerdo con los historiadores y que ha existido desde el inicio de la humanidad, debido a que el ser humano siempre ha tenido personas incapaces de valerse por sí mismas y siempre se ha visto en la necesidad de cuidar de ellos, por lo cual la enfermería, es tan antigua como la humanidad.

La historia de la enfermería contempla dos momentos importantes 1) Etapa preprofesional que abarca desde las culturas antiguas hasta finales del siglo XIX, y 2) Etapa profesional en la que, arrancando en el siglo XIX, se inicia a principios del siglo XX con la aparición de programas formativos que propician el gran desarrollo de un cuerpo propio de conocimientos teóricos. La enfermería como la conocemos se la debemos a Florence Nightingale, nacida en Florencia en 1820, quien muere en 1910, hija de familia adinerada y con estudios. Se sentía atraída por la atención de enfermos, se movió por varias congregaciones, promoviendo la enfermería. Viaja a París, y pasa tres años estudiando con las diaconisas de Kaisenwerth. Se le pide que vaya con un grupo de enfermeras a atender en el ejército, en la guerra de Crimea. Las condiciones de los hospitales eran lamentables, ínfimas condiciones sanitarias y hospitales de campaña con 3000 camas por barracón. Cosecha grandes éxitos y es nombrada superintendente del Hospital General de Turquía y aunque los altos cargos no le dejan hacer mucho, sí cambia la situación hospitalaria, reduciendo la mortalidad de un 42% a un 3%, se preocupa de la limpieza de suelos, paredes y ropa, así como de la ventilación y

³ Pacheco Op.cit pp 204

buen estado de los pabellones. También se ocupa de estimular a los pacientes mientras se recuperan. Sobre su estancia en Crimea escribió un libro, otro sobre qué es y qué no es la enfermería y un tercero sobre hospitales.

La enfermería era considerada como ocupación basada en la experiencia práctica y el conocimiento común, y no contemplaba el conocimiento científico de la profesión, este nace con la primera teoría de enfermería. Desde los antecedentes de formación de la enfermería, la enfermera ha practicado la docencia a través del sistema de enseñanza, en México se imitaron sistemas de enseñanza idénticos a otros países como Francia e Inglaterra, a finales del siglo XIX los establecimientos de beneficencia pública carecían de recursos materiales e instalaciones dignas de brindar buena atención, acentuándose la crisis de atención hospitalaria, ya que esta quedó a cargo de personas sin preparación específica y solo con la motivación de contar con un trabajo remunerado, situación que hizo evidente la demanda y necesidad de mejorar los servicios hospitalarios lo cual implicó la creación del hospital general de México en 1862, también se destacó la necesidad de capacitar enfermeras profesionales y de crear una escuela de enfermería anexa al hospital, la estrategia para la capacitación de las enfermeras era la de contratar enfermeras extranjeras las cuales actuarían bajo un plan de trabajo establecido y de la supervisión médica, con disciplina extremadamente estricta el rol de la enfermera ha sido relevante, durante muchos años hasta lograr la dependencia y creación de instituciones con cualidades básicas para la enseñanza el crecimiento poblacional ha influido para la expansión de los servicios hospitalarios y la creación de cada día más escuelas de enfermería con una orientación pedagógica y didáctica que contemple los aspectos científicos, tecnológicos y sociales del país, hoy en día esos planes han sido modificados y actualizados debido al crecimiento demográfico, permitiendo interactuar alumno docente, en la actualidad la enfermería se ha hecho tan compleja que exige una enseñanza a nivel superior exigiendo otras capacidades de enfermería superior, además de la destreza técnica y su sentido humanístico.

2.1.3 Metaparadigma de la enfermería

El metaparadigma nos aporta la base fundamental de la enfermería, base teórica con contenido abstracto y de ámbito general; que explicar una visión global útil para la comprensión de los conceptos y principios clave, actúa como marco de referencia de la cual se derivan estructuras más específicas y restrictivas, que provee a las enfermeras en la práctica un entendimiento integral del ser humano. Es por ello que la vinculación efectiva con el paciente requiere basar la práctica en el pensamiento teórico de la enfermería.

La profesión de enfermería se basa en la habilidad para relacionarse con la persona y el contexto de su entorno, este vínculo interactivo se da cuando los conceptos básicos de metaparadigma se relacionan. Virginia Henderson define los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería (Persona, salud, entorno y cuidado)

Persona se define como uno o más seres humanos, representado un todo único y complejo definido por la interrelación e interacción entre aspectos biológicos, físicos, psicológicos, sociales, económicos, y espirituales, Virginia Henderson los describe como un todo, un ser complejo e independiente que tiene 14 necesidades básicas.

Salud "Henderson no dio una definición propia de salud, pero en sus escritos comparo la salud con la independencia."⁴ e interpretaba la salud como la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería, "se trata más bien de la calidad de la salud que la vida ese margen de vigor mental/físico, lo que permite a una persona trabajar con la mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción vital..."⁵

Entorno esta vinculado siempre con la persona, definido como un mundo único de cada persona, medio ambiente físico, socio-económico y psicológico en el cual la persona se desenvuelve, este entorno es individual. Tampoco Henderson dio una definición propia de entorno. "Acudió, en cambio, al Webster's New Collegiate Dictionary de 1961, en el que define entorno como: conjunto de todas las

⁴ MARRINER T. Ann. Modelos y teorías de la enfermería, 4a ed, Ed. Roi S.A. Madrid Esp.1999. pp 345

⁵ Ibid. p 102

condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.”⁶

Cuidado los cuidados básicos son conceptualizados como “acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona”⁷. Los cuidados básicos de enfermería están directamente relacionados con el concepto de necesidad.

2.2 *Proceso de atención de enfermería*

2.2.1 *Concepto*

El proceso de enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería. Es organizado y sistemático porque consta de cinco pasos secuenciales e interrelacionados, Valoración, diagnósticos, planificación, ejecución y evaluación, en los cuales se realiza acciones intencionadas pensadas para maximizar los resultados a largo plazo.

2.2.2 *Antecedentes históricos*

“El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.”⁸

⁶ Ibid p 102

⁷ FERNANDEZ Ferrin Carmen. El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. Ed Masson-Salvat Barcelona 1995 p.8

⁸ <http://www.ocenf.org/jaen/enfer/pae.htm>

El plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen (1986), instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente / cliente, los resultados que se esperan, estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello, la finalidad de los planes de cuidado están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad mediante: Cuidados individualizados, La continuidad de los cuidados, la comunicación y la educación; Bower (1982) La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E), Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática

2.2.3 Etapas del proceso

a) Valoración

La valoración de enfermería podrá ser en forma global o focalizada lo cual dependerá de las características del cliente y de las circunstancias que lo rodean. Para integrar la base de datos las fuentes de información que se utilizaran serán primarias y secundarias; las primeras hace referencia la propio cliente y las segundas son aquellas ajenas al cliente como la historia clínica, expediente, familiares, otros profesionales y la literatura propia.

Para el registro de la información se utilizan instrumentos como entrevista, observación, historia clínica, anecdotario que serán los registros circunstanciales y la hoja de valoración de necesidades, los datos obtenidos en la valoración también permiten identificar los factores y causas de dificultad que no permiten que el cliente no satisfaga sus necesidades.

La valoración es la primera fase del proceso de enfermería, y el primer paso consiste en la recopilación de datos, en la que se reúne toda la información, para obtener una imagen clara del estado de salud del paciente.

Las etapas de la valoración son:

- Recolección de datos
- Validación de los datos
- Organización de los datos
- Comunicación y anotación de los datos

b) Diagnósticos

Los diagnósticos se construirán con base a los problemas identificados, siguiendo el formato P.E.S: problema (p), etiología, factores causales o contribuyentes (e), signos y síntomas (s) los diagnósticos de enfermería podrán ser reales y potenciales, reales se refieren a una situación que existe en el momento actual y potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro; además de identificar los problemas del cliente también se podrá establecer el grado de dependencia que tiene, se hace la aclaración que de los problemas identificados se hará una jerarquización con base a los siguientes criterios.

- prioridades del cliente
- atención a su independencia (salud del cliente)
- tiempo en cuanto al alcance de metas.

Considerando los problemas que afectan las necesidades se estructuraron los diagnósticos de acuerdo al formato P.E.S., y a las etiquetas diagnósticas de la NANDA. (North American Nursing Diagnosis Association) la cual publica cada dos años etiquetas diagnósticas, las cuales son aceptadas para su comprobación clínica, las etiquetas están compuestas por tres componentes:

- Título o etiqueta la cual hace una descripción concisa del problema de salud.
- Características definitorias grupo de signos y síntomas que con frecuencia se ven en ese diagnóstico en particular.
- Factores etiológicos o contribuyentes que identifican los factores situacionales, patológicos y de maduración que pueden causar o contribuir problema.

Estas se han tomado como base para los diagnósticos porque están hechos consideradas por las necesidades.

c) Planeación

La planeación de los cuidados de enfermería se hará con base a los diagnósticos identificados los cuales podrán ser de tipo independiente, dependiente o interdependiente. La planeación de las intervenciones se llevo a cabo con base a tres intervenciones

- Independientes : acciones que la enfermera realiza de forma autónoma con exclusiva responsabilidad y basada en una estructura teórica.
- Interdependientes: acciones que se ejercen en colaboración con otros profesionales del equipo de salud, existen prescripciones medicas pero la enfermera aporta el conocimiento y habilidad para que se lleven a cabo.
- Dependientes: la enfermera lleva a cabo prescripciones y tratamientos indicados generalmente indicados por el médico.

considerando la forma de ayuda que se le proporcionara de acuerdo a Virginia Henderson se establecerán objetivos, metas y criterios de evaluación.

Objetivo: Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr del paciente y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identifico en el diagnóstico de enfermería, existen dos categorías generales de objetivo a corto y largo plazo.

a) Objetivos a corto plazo: Son los resultados logrados de modo favorable y rápido en cuestión de horas o días.

b) Objetivos a largo plazo: Resultados que requieren de un tiempo largo.

Los objetivos se enfocan hacia el comportamiento del paciente con el cual demuestre reducción o alivio del problema o necesidad identificado, el objetivo debe ser realista y congruente.

Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería o problema; deben quedar siempre por escrito con el fin de que todo el personal que atiende al sujeto conozca claramente lo que se desea lograr con él y, por tanto, determinar si se alcanzó o no el objetivo.

Criterio de evaluación, Alfaro describe "es una situación ideal, los criterios que establezcan para la evaluación coincidirán con los objetivos o resultados que han identificado durante la fase de planeación, es decir, durante la fase de planeación fija objetivos para el paciente y ahora debe decidir en que medida se han alcanzado dichos objetivos. dado que fija objetivos concordantes con los criterios

de resultado estándar del centro en el que se está trabajando, los criterios de evaluación coincidirán con los objetivos fijados con el fin de evaluar la consecución de los objetivos tendrán que comparar las acciones o comportamientos del paciente con los objetivos que marco en la fase de planificación. "9

d) Ejecución

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras :

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

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

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

⁹ ALAFARO Rosa Linda R N MSN, Aplicación del proceso de Enfermería Guía practica, Ed Doyma S.A., Barcelona España 1988, ed Española pp. 182

e) *Evaluación*

La evaluación es la quinta etapa del proceso de enfermería fase que determinara como esta funcionando el plan de cuidados de enfermería, es decir tendrá que establecer si el paciente ha alcanzado los objetivos del plan de cuidados, aunque a la evaluación se le ha denominado etapa final del proceso se debe tener en cuenta en cada etapa se esta realizando una nueva evaluación al seguir valorando al paciente, reordenando prioridades y observando su comportamiento y respuesta. Sin embargo, es durante esta etapa cuando debe efectuarse una nueva valoración exhaustiva de todo el plan de cuidados. Esta evaluación global ayuda a determinar si realmente ha elaborado el mejor plan de cuidados posible para el paciente

La evaluación también permite identificar los cambios necesarios para mejorar dicho plan, para llevar a cabo la evaluación debe considerarse las siguientes actividades.

1. Establecer planteamientos de criterio para la evaluación
2. Evaluación de la consecución de los objetivos
3. Valoración de las variables que afectan la consecución de los objetivos.
4. Modificación del plan de cuidados y/o conclusión de los cuidados de enfermería.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación implicara la valoración de los resultados obtenidos posterior a la información.

2.3 Modelo conceptual de Virginia Henderson

2.3.1 Antecedentes

Virginia Avenel Henderson nació en Kansas city, Missouri en 1897 fue la quinta de ocho hermanos, vivió su infancia en Virginia, durante la primera guerra mundial desarrollo su interés por la enfermería. En 1918 ingreso a la Army School of Nursing de Washinton D.C. Se graduó en 1921 trabajo como enfermera de planilla en el Henry Street Visiang Nurse Service de Nueva York. En 1922 empezó a enseñar enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años después entro al Teacher's College de la Universidad de Columbia, donde consecutivamente obtuvo los grados de Bachelor of Science y Master of Arts, con especialización en docencia en enfermería. En 1929 Trabajo como supervisora docente en las clínicas de Strong Memorial Hospital Rochester, Nueva York. En 1930 volvió al Teacher's College como miembro del profesorado para impartir cursos sobre el proceso analítico de enfermería y practica clínica hasta 1948.

Durante los años que fue profesora rescribió la cuarta edición de *Texbook of The Principles and Practice of Nursing*, de Bertha Harmer, publicado en 1939, y la quinta edición de este texto apareció en 1955 la cual contenía la definición de enfermería propia por Virginia Henderson. En 1950 colaboró en la Universidad de Yale como investigadora en enfermería. De 1959 a 1971 dirigió el proyecto Nursing Studies Index, el cual fue diseñado como índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 a 1959. Fue autora y coautora de otros destacados trabajos. En 1960 se publica su folleto Basic Principles of Nursing Care para el International Council of Nurses, el cual se tradujo a 20 idiomas, edito una encuesta nacional sobre la investigación en enfermería que se publico en 1964. En su obra *The Nature of Nursing*, editada en 1966 describe su concepto sobre la función única y primigenia de la enfermería, libro que fue impreso en 1991 por la National League for Nursing. La sexta edición de *The Principles and Practice of Nursing* publicada en 1978 fue elaborada por Henderson y Gladys Nite. Texto que ha constituido parte del programa de diversas escuelas de enfermería siendo traducido en mas de 25 idiomas, durante la década de los ochenta Henderson se

mantuvo activa como asociada emerita de investigación en Yale, merecedora de nueve títulos doctorales honoríficos y del primer premio Chistine Reimann. Recibió el premio Mary Adelaide Nutting de la National League for Nursing de los Estados Unidos y fue elegida miembro honorario de la American Academy of Nursing, de la Association of Integrated and Degree Course in Nursing, Londres, y de la Royal College of Nursing de Inglaterra. En 1983, recibió el premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau International por su labor de liderazgo, en la convención de 1988 de la American Nurses Association (ANA) recibió mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y la profesionalidad en al enfermería.

En 1996 muere Virginia Henderson de muerte natural a los 98 años. Su definición de enfermería es conocida internacionalmente, su fallecimiento fue transmitido por Internet el 21 de marzo de 1996, significando para el siglo XX lo que Florence Nightingale para XIX.

2.3.2 *Conceptos básicos*

a) Independencia

Se define como el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de la persona, ya sea supliendo su autonomía y ayudándola a desarrollar su fuerza, conocimiento o voluntad.

b) Dependencia

Se trata del desarrollo insuficiente del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, en el presente y en el futuro, de acuerdo con su situación de vida, a causa de una falta de fuerza, conocimiento o voluntad.

c) Enfermería

Virginia Henderson define a la enfermería en términos funcionales: La función propia de la enfermería 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 este realizara sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

d) Necesidades

Para Virginia Henderson, necesidad no tiene significado de carencia o problema, ella lo considera como requisito fundamental e indispensable para mantener la integridad o armonía de todos los aspectos del ser humano, al verla como requisito y elemento integrador, las clasifica como universales y específicas.

e) Factores de dificultad

Un aspecto que debe considerarse para realizar la valoración del cliente es la consideración de los factores que influyen la satisfacción de las necesidades, ya que ellos son los que individualizan su esencia y permiten identificar los valores adecuados en su satisfacción desde la unicidad de la persona estos son:

- Factores de orden físico
- Factores de orden psicológico
- Factores de orden sociológico
- Factores que tienen repercusiones de orden espiritual
- Factores ligados a una insuficiencia de conocimientos

f) Causas de dificultad

Son obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades, Virginia Henderson las agrupa en tres posibilidades:

- *Falta de fuerza* además de la capacidad física o habilidades mecánicas de la persona la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual está determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

- *Falta de conocimiento* saber que acciones son las indicadas para manejar una situación de salud y como llevarlas a la practica, es decir, saber que hacer y como hacerlo.
- *Falta de voluntad* incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de acciones oportunas para satisfacer sus necesidades.

2.3.3 Necesidades básicas

“De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermería, y a partir de ella, Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos socioculturales y espirituales que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento:

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

¹⁰ ANTOLOGIA. Fundamentos de Enfermería SUA ENEO. UNAM Mexico 1997 P. 354

2.4 Características físicas y emocionales del adulto mayor

2.4.1 Concepto

Se han desarrollado varias teorías sin embargo no existe ninguna universalmente aceptada que permita predecir y explicar la complejidad de los procesos de envejecimiento. El envejecer es un proceso dinámico, gradual, natural e inevitable. Este proceso es impreciso. La etapa de la vejez comienza alrededor de los 65 años y se caracteriza por un declive gradual del funcionamiento de todos los sistemas corporales. Por lo general se debe al envejecimiento natural de las células del cuerpo. El miedo a la vejez tiene que ver con la idea instalada en el imaginario social: declinación de todas las funciones, deterioro físico y psíquico, y la temible falta de autonomía que lleva implícita la dependencia.

2.4.2 Características físicas

“El envejecimiento se acompaña de señales físicas inevitables. Comenzando con la adultez media, continuando con la vejez (o adultez tardía), cambian el aspecto y el funcionamiento físico de los órganos. El cabello se adelgaza y encanece o se pone gris, la piel se arruga, los huesos se tornan frágiles y más propensos a las fracturas, los músculos pierden fuerza y las articulaciones se endurecen o se deterioran, disminuye la circulación, aumenta la presión arterial como hay disminución de la capacidad pulmonar, el adulto es más débil. Se alteran la forma y la compostura; se atrofian los órganos reproductores. Son más comunes los problemas de insomnio, y los tiempos de reacción disminuyen, pierden agudeza en la vista, en el oído y el olfato”¹¹

Las personas no se percatan de estos casos ya que estos ocurren gradualmente, los cambios físicos del envejecimiento no necesariamente deben provocar la incapacidad para la mayoría ni para todos los adultos mayores.

2.4.3 Características fisiológicas

Los ancianos que desarrollan las actividades de la vida diaria se consideran generalmente sanos. Por el contrario, aquellos cuyas actividades se encuentran restringidas por incapacidades físicas, emocionales o sociales, pueden verse ellos mismos como enfermos. "Existen diversos cambios fisiológicos normales que ocurren durante el envejecimiento, estos cambios fisiológicos no son patológicos, pero pueden hacer a la persona particularmente sensible, a determinadas afecciones. Algunos individuos experimentan otros cambios. Otros, únicamente experimentan algunos. El organismo humano cambia continuamente con la edad, pero los efectos de un individuo en particular depende de la salud, el estilo de vida, la existencia de factores de estrés y las condiciones ambientales."¹²

Sistema tegumentario. En la vejez se pierde flexibilidad e hidratación, la capa epitelial se vuelve más delgada en consecuencia las fibras de colágeno se encogen, volviéndose más rígidas, las arrugas faciales y el cuello relejan el patrón de la actividad muscular y de la expresión facial. En la piel pueden aparecer manchas y lesiones, aparecen en la parte superior de las manos y en los antebrazos son manchas planas, pardas e irregulares (manchas de la edad o lentigo senil), hay aparición de angiomas pequeños redondos y color cereza o marrón en el tronco, hay lesiones seboreicas o queratosis en forma de lesión irregular, redondas u ovaladas pardas y húmedas, la exposición al sol contribuye al envejecimiento de la piel, produciendo en algunos casos lesiones premalignas y malignas. "Las úlceras por decúbito son particularmente preocupantes en ancianos de salud delicada con muchos factores que favorecen su desarrollo, la formación de úlceras por decúbito están determinadas por diversos factores, en los que se encuentran la movilidad reducida, la inactividad, la menor percepción

¹² CHARLES G. Morris, Albert A. Maisto. Psicología, décima edición, Ed. Pearson Educación, México 2001 P.744

sensorial, la excesiva humedad en la superficie o en los pliegues de la piel, los factores de fricción y erosión, la pérdida de la grasa subcutánea en las prominencias óseas, la nutrición inadecuada y la tensión arterial alta."¹³

Cabeza y cuello. Los rasgos del anciano se vuelven más profundos debido a la pérdida de grasa subcutánea y la pérdida de elasticidad de la piel, los rasgos son asimétricos, debido a la pérdida de dientes o a una dentición que no encaja correctamente, se producen cambios de voz, como un aumento de tono y pérdida de fuerza y de proyección, la agudeza visual disminuye, debido a daños en la retina, de un tamaño de pupila reducido, del desarrollo de opacidad del cristalino o bien por la pérdida su elasticidad, existe disminución de la capacidad de los ojos para acomodarse a la visualización de objetos cercanos, se reduce la capacidad de ver en la oscuridad o de adaptarse a los cambios bruscos de oscuridad a la luz, les causa problemas distinguir los colores pastel. Uno de los cambios auditivos más comunes producidos por la edad es la incapacidad de oír sonidos agudos y consonantes sibilantes como la *s* y la *ch*.

Los bulbos gustativos se atrofian y pierden sensibilidad, siendo incapaz de diferenciar entre sabores amargos, dulces, salados y ácidos. El sentido del olfato puede disminuir lo que contribuye a disminuir el gusto.

Tórax y pulmón. Con los cambios del músculo esquelético la configuración del tórax también puede cambiar a partir de los 55 años, hay disminución de los músculos respiratorios, aumenta el diámetro anteroposterior del tórax, hay cambios vertebrales debido a la osteoporosis dando lugar a la cifosis dorsal, la curvatura de la columna dorsal, la calcificación de los cartílagos costales pueden ocasionar una menor movilidad de las costillas, la pared del tórax se vuelve gradualmente más rígida, hay disminución de la expansión pulmonar.

Corazón y músculo vascular. Hay disminución del gasto cardíaco debido a debilidad de la contractilidad miocárdica, estas disminuciones significativas cuando el anciano se encuentra sometido a estrés, debido a ansiedad, excitación, enfermedad o actividad extenuante, el organismo compensa el gasto cardíaco aumentando la frecuencia cardíaca. La tensión arterial puede aumentar debido a

¹² POTTER Patricia A. Fundamentos de Enfermería,, 5ª edición, Ed Harcourt, España 2002, Vol. 1, P.1006

¹³ Ibid. pp 260

que el anciano esta predispuesto a presentar insuficiencia cardiaca, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal, enfermedades coronarias y valvulopatías periféricas, los pulsos periféricos normalmente están disminuidos.

Mamas. Los ancianos presentan mamas disminuidas ya que tienen disminución de la masa muscular, del tono y de la elasticidad, además la mama se afloja y cede. La atrofia del tejido glandular junto con un aumento de los depósitos de grasa, origina mamas ligeramente más pequeñas, menos densas y ligeramente menos nodulares.

Sistema gastrointestinal y abdomen. Hay una tendencia a aumentar la cantidad de tejido graso en el tronco, el abdomen aumenta de tamaño debido a una disminución del tono, muscular y de la elasticidad se vuelve más prominente. Hay cambios en la función gastrointestinal, como elentecimiento de la peristalsis y alteraciones en las secreciones, el anciano se da cuenta de estos cambios al desarrollar intolerancia a ciertos alimentos y molestias estomacales debido a un retraso del vaciamiento gástrico, las alteraciones en el tracto gastrointestinal pueden producir estreñimiento, flatulencias o diarreas.

Sistema reproductor. Los cambios se producen como consecuencia de alteraciones hormonales. La menopausia femenina esta relacionada con una disminución de la respuesta de los ovarios a las hormonas hipofisarias y una consiguiente disminución de los valores de estrógenos y progesterona. En los hombres no se produce un cese definitivo de la fertilidad debido a la edad. La espermatogenesis empieza a disminuir durante la cuarta década de la vida, pero continua hasta la novena. Los cambios de estructura y reproducción no afectan la libido, la actividad sexual menos frecuente suele ser consecuencia de enfermedades, de la muerte de la pareja sexual, de una disminución de la vida social o de la perdida de interés por el sexo.

Sistema urinario. Es frecuente que en anciano ocurra hipertrofia prostática, el tamaño de la próstata aumentada produce presión en el cuello de la vejiga, como consecuencia ocasiona retenciones de orina, frecuencia, incontinencia, e infecciones urinarias. El cáncer de próstata es la segunda causa de muerte por cáncer más común en hombres. Las ancianas especialmente aquellas que han tenido hijos, desarrollan incontinencia de estrés, produciendo escapes de orina involuntarios al toser, estornudar, al levantarse o al levantar un objeto. Esto como

consecuencia de una debilidad de los músculos perineales y los de la vejiga. Otros tipos de incontinencia urinaria son la incontinencia de urgencia, funcional por rebosamiento y mixta. Existen factores de riesgo para la incontinencia como la edad, la menopausia, la diabetes, la histerectomía, los ataques de apoplejía y la obesidad.

Sistema musculoesquelético. Con la edad las fibras musculares reducen su tamaño, la fuerza muscular disminuye proporcionalmente a la masa muscular, la masa ósea también disminuye, los ancianos que practican ejercicio regularmente no pierden masa ósea y muscular. Posterior a la menopausia las mujeres tienen mayor probabilidad que los hombres de presentar desmineralización ósea. Los ancianos mal nutridos y movilidad escasa tienen un factor de riesgo elevado para la desmineralización de los huesos.

Sistema neurológico. El número de neuronas del sistema nervioso empieza a disminuir a partir de la segunda década de la vida, estos cambios funcionales afectan los sentidos, el anciano puede sufrir una disminución del sentido del equilibrio o una pérdida de coordinación de las respuestas motoras, hay alteraciones en la cantidad y la calidad del sueño, manifestadas como dificultades para conciliar el sueño para permanecer despierto, para volver a dormir, despertarse demasiado temprano y excesivas siestas durante el día.

2.4.4 Características cognitivas

“Una de las creencias extendidas acerca del envejecimiento es que la mayoría de los ancianos presentan defectos cognitivos. Debido a este error, el anciano teme estar o llegar a estar discapacitado cognitivamente, mientras que los adultos jóvenes asumen que los ancianos se encuentran confusos, ya que no son capaces de cuidar de sus asuntos personales. La desorientación, la pérdida de la capacidad verbal, de calcular y un juicio pobre no son cambios normales que deban producirse con la edad.”¹⁴

Los ancianos presentan cambios psicológicos y estructurales en el cerebro como reducción en el número de las células, depósitos de lipofucsina y de amiloide en las células y cambios en los valores de los neurotransmisores que se observan en

¹⁴ IDEM pp 263

las personas con deficiencias cognitivas. Las tres alteraciones cognitivas más frecuentes son delirio, demencia y depresión.

2.4.5 Características emocionales

Algunos ancianos encuentran difícil aceptar que envejecen comportándose inofensivos, como quitándose años, vestirse con ropa juvenil o esconder las evidencias físicas utilizando cosméticos, otras pueden ser conflictivas, los ancianos jubilados tienen que hacer frente a la pérdida de la función profesional que han desarrollado durante toda su vida. Otros ancianos se alegran de la aprovechan como una nueva etapa en la que se dedican a cultivar nuevos intereses y aficiones, a participar en actividades sociales, a continuar sus estudios o bien a empezar una carrera profesional. Las etapas de desarrollo de los ancianos se encuentran asociadas a pérdidas, los ancianos experimentan pérdidas en diferentes grados, las más comunes son: salud, personas queridas, la sensación de ser útil, la socialización, pérdida de ingresos y finalmente la pérdida de una vida independiente. El anciano debe adaptarse a los cambios producidos por el envejecimiento y cada forma de adaptación es particular, para algunos la forma de adaptación es fácil, para otros es necesario la ayuda de familiares, amigos y profesionales de la salud. El miedo a la muerte rara vez preocupa a los ancianos, de hecho este problema parece ser más importante en la adultez temprana o en la madurez. Los ancianos pasan más tiempo evaluando sus logros, piensan más en el pasado que preocupándose por la muerte.

2.4.6 Valoración

La valoración exhaustiva del anciano requiere mayor tiempo que la valoración del adulto joven, debido a que tiene una vida y una historia médica más prolongada y a la complejidad de los antecedentes clínicos, la valoración puede realizarse en varias sesiones o en periodos de descanso principalmente en aquellos ancianos con problemas de salud.

Los cambios sensoriales afectan la recopilación de datos, si la persona es incapaz de comprender las indicaciones visuales o auditivas, la valoración será imprecisa o desviada, los problemas de memoria afectarán la precisión y el

detalle de los datos recopilados, en tal caso es necesario recurrir a la información proporcionada por otro miembro de la familia o por otro cuidador.

La valoración se puede realizar por sistemas, los cambios fisiológicos normales durante el envejecimiento se presentan a continuación para realizar una valoración exitosa.

Sistema	Hallazgos normales
Piel y anexos	
<i>Color de la piel:</i> pigmentación en forma de manchas en aquellas zonas expuestas al sol, palidez incluso en ausencia de anemia	
<i>Hidratación:</i> Estado seco, escamoso	
<i>Temperatura:</i> Extremidades mas frías, disminución de la transpiración	
<i>Textura:</i> menor elasticidad, arrugas, pliegues, flacidez	
Distribución grasa: menor presencia en las extremidades, aumenta en el abdomen	
<i>Pelo:</i> perdida y encanecimiento, disminución frecuente del vello axilar, púbico y de las extremidades, disminución del pelo facial en hombres, aparición del pelo en la barbilla y el labio superior en las mujeres	
<i>Uñas:</i> Crecimiento mas lento	

Cabeza cuello

Ojos: huesos faciales y nasales más agulares, pérdida de las pestañas en mujeres, pestañas más abundantes en hombres, disminución de la agudeza visual, menor capacidad de enfoque, adaptación a la oscuridad reducida, sensibilidad a los destellos

Orejas: disminución del tono, menor agudeza auditiva

Nariz y senos: aumento del pelo nasal, disminución del olfato

Boca y faringe: falta de piezas dentales, utilización de puentes o dentaduras, menor sentido del gusto, atrofia de las papilas gustativas

Cuello: glándulas tiroideas nodular, ligera desviación de la traquea debido a atrofia muscular

Tórax y pulmones

Aumento del diámetro anteroposterior, aumento de la rigidez del tórax, aumento del ritmo respiratorio al disminuir la expansión torácica, mayor resistencia al paso del aire por las vías respiratorias

Corazón y sistema vascular

Aumento significativo de la tensión sistólica acompañado de un aumento significativo de la tensión diastólica, variaciones normales insignificativa de la frecuencia cardíaca en reposo, frecuentes soplos diastólicos, pulsos periféricos fácilmente palpables, los pulsos pedios son más débiles y las extremidades inferiores son más frías especialmente por la noche

Mamas

Disminución del tejido mamario, estado penduloso y colgante

Sistema gastrointestinal

Disminución de la secreción salival que dificulta la deglución, disminución del peristaltismo, menor producción de enzimas digestivas, menor producción de ácido clorhídrico, de pepsina y de enzimas pancreáticas, estreñimiento y movilidad reducida.

Sistema reproductor

Femenino: disminución de los valores de estrógenos, disminución del tamaño del útero, disminución de las secreciones, atrofia del epitelio que recubre la vagina

Masculino: disminución de los valores de testosterona, recuento espermático reducido, reducción del tamaño testicular

Sistema Urinario

Femenino: disminución de la filtración y de la eficiencia renal, pérdida de proteínas por el riñón, nicturia, disminución de la capacidad de la vejiga, aumento de la incontinencia

Masculino: frecuencia urinaria retención como consecuencia del aumento del tamaño de la próstata

Sistema músculo esquelético

Disminución de la fuerza y de la masa muscular, desmineralización ósea más pronunciada en mujeres, acortamiento del tronco como consecuencia del estrechamiento del espacio intervertebral, menor movilidad articular, disminución del juego de las articulaciones, aumento de las prominencias óseas

Sistema neurológico

Disminución en la respuesta refleja automática y voluntaria, reducción de la capacidad para responder a estímulos múltiples, insomnio, periodos de sueño cortos

III METODOLOGÍA

3.1 Descripción de la metodología

Para la elaboración del presente estudio de caso se identifico a un cliente adulto mayor; el cual se encontraba hospitalizado en el hospital ABC en el servicio de Terapia Intensiva, el motivo de ingreso fue por presentar secuelas de fractura en columna vertebral T4 , es importante aclarar que el estudio de caso no ha sido centrado en la enfermedad del cliente sino en la persona y sus necesidades, particularmente en aquellas que se encuentran afectadas como bien lo señala Virginia Henderson por las fuentes de dificultad.

- a) Falta de fuerza.
- b) Falta de conocimientos.
- c) Falta de voluntad.

Los cuales pueden ser afectados por las siguientes dimensiones:

- a) Biofisiológicas
- b) Psicológicas
- c) Sociológicas
- d) Culturales y espirituales.

Debido a las condiciones de salud del cliente se omitió el conocimiento informado, para la elaboración del presente caso, pero se considero siempre la seguridad del cliente ya que el cuidado tiene implicaciones éticas y morales dentro de los aspectos éticos existentes cuatro principios: Autonomía, beneficencia, no-maleficencia y confiabilidad.

Para el estudio de caso se siguieron las etapas del proceso atención de enfermería.

3.2 Valoración

En un primer momento se llevo a cabo la valoración para lo cual se utilizaron fuentes primarias y secundarias. Para el análisis de la información se organizo y clasifico en necesidades de acuerdo a las catorce señaladas por Virginia Henderson, aunque en este caso se presenta la información de las siguientes necesidades debido a que las condiciones de salud del cliente no lo permitieron. Para este análisis se consideraron las fuentes de dificultad y las dimensiones que las afectan, utilizando el siguiente formato.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Catalina L. B Edad: 64 años Peso: 65 kilos Talla: 1.65
Fecha de nacimiento 24 Abril 1940 Sexo: Femenino Ocupación: Hogar
Escolaridad: Preparatoria terminada Fecha de admisión: 14 Agosto 2004
Hora: 20 hrs. Procedencia: Europa Fuente de información: Expediente clínico
Fiabilidad: (1-4) 4 Miembro de la familia / persona significativa: Madre

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.NECESIDADES BASICAS DE:

Oxigenación, nutrición e hidratación, Eliminación y termorregulación.

NECESIDAD DE OXIGENACION

Subjetivo:

Disnea debido a: Mal manejo de secreciones

Tos productiva / seca: Abundantes secesiones amarillas a través de la traqueotomía

Dolor asociado con la respiración: No refiere

Fumador: Si

Desde cuando fuma / cuantos cigarros al día / varia la cantidad según su estado emocional: Fuma desde hace 20 años entre 6 a 8 cigarrillos al día, sin importar su estado emocional.

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: F.C. 80x', Fr 22x', T.A. 110/70
Temperatura 36°C, Saturación 93%.

Tos productiva / seca: Tos productiva Estado de conciencia: Conciente, alerta y bien orientada.

Circulación del retorno venoso: Buen llenado capilar 2", pulso fuerte y palpable

Otros: El 21 de julio se le realizo traqueotomía por mal manejo de secreciones en un hospital de Europa, cuenta con cánula de traqueotomía tipo Portex con endocanula no fenestrada y manguito desinflado.

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACIÓN

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo) Normal sin restricciones

Numero de comidas diarias: 3 a 5

Trastornos digestivos: No refiere.

Intolerancia alimentarias / Alergias: Refiere intolerancia a la lactosa.

Problemas de masticación y deglución: Usa prótesis dentaria completa, cuneta con traqueotomía la cual le impide una deglución adecuada.

Patrón de ejercicio: Camina 1 hora diaria aproximadamente

Objetivo:

Turgencia de la piel: Pie con ligera resequedad en brazos y piernas flacidez moderada.

Membranas mucosas hidratadas / secas: Mucosas ligeramente secas

Características de uñas / cabello: Uña cortas y limpias, cabello con presencia de canas en raíz ya que lo usa teñido, cabello corto ligeramente sudoroso.

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Miembros inferiores con paresia, presencia de movimientos involuntarios, flacidez de la piel y resequedad ligera.
Aspecto de dientes y encías: Utiliza prótesis dental completa, encías rosadas no edema y sancrantes.

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: Úlcera en escara sacra por falta de movimiento desde hace 60 días, la cual necesitara debridación e injerto.

Otros: El 14 de junio de 2004 presenta caída de escalera provocándole fractura de vértebra Torácica 4, fue intervenida quirúrgicamente su recuperación fue torpida y ha permanecido encamada desde entonces, lo cual le provoca una úlcera en región sacra de 6 cm de diámetro.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Subjetivo:

Hábitos intestinales: No refiere Características de las heces, orina y menstruación: Tiene colocada sonda Foley

Historia de hemorragias / enfermedades renales / otros: no refiere

Uso de laxantes: No Hemorroides: No

Dolor al defecar / menstrual / orinar: No refiere

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: No refiere

Objetivo:

Abdomen características: Abdomen blando globoso con tejido adiposo

Ruidos intestinales: Motilidad intestinal presente

Palpación de la vejiga urinaria: No hay globo vesical, cuenta con sonda vesical

Otros: _____

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Subjetivo:

Adaptabilidad de los cambios de temperatura: Refiere ser friolenta

Ejercicio / tipo y frecuencia: caminata 1 hora diaria

Temperatura ambiental que le es agradable: Le gusta el clima cálido

Objetivo:

Características de la piel: Piel ligeramente reseca integra a excepción de la ulcera en escara Transpiración: Normal

Condiciones del entorno físico: No refiere

Otros: _____

2. NECESIDADES BASICAS DE:

Moverse y mantener una buena postura, Usar prendas de vestir adecuadas, Higiene y protección de la piel y Evitar peligros.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: No refiere

Actividad en el tiempo libre: Lee, camina , le gusta viajar

Habito de descanso: Descansa por las tardes

Hábitos de trabajo: Dedicada al hogar, visita a su familia , asiste al club

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético y fuerza: Debilidad moderada e miembros superiores, miembros inferiores con paresia

Capacidad muscular, tono / resistencia / flexibilidad: Miembros superiores, buen tono poca resistencia al esfuerzo, adecuada flexibilidad, miembros inferiores, espásticos rígidos, sin tono.

Posturas: Necesita ayuda para la movilización

Necesidades de ayuda para la deambulaci3n : No deambula

Dolor con el movimiento: No refiere

Presencia de temblores: No

Estado de conciencia: Conciente

Estado emocional: Con ligera ansiedad

Otros: Para comunicarse la paciente cuenta con una pizarra en la cual escribe.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo:

Horario de descanso: Por la tarde

Horario de sueño: 11 de la noche a 6 de la mañana

Horas de descanso: 1 hora en la tarde

Horas de sueño: 7 horas

Siesta: 1 hora Ayudas: No refiere

Insomnio: No refiere Debido a : _____

Descansado al levantarse: Descansa y duerme bien y sin problema.

Objetivo:

Estado mental, ansiedad / estr3s / lenguaje: Ligera ansiedad

Ojeras: si

Atenci3n: Presta atenci3n cuando se le habla

Bostezos: No Concentraci3n: Si

Apatía: No

Cefaleas: No

Respuesta a estímulos: Tiene respuesta a estímulo doloroso de miembros inferiores y de cicatriz umbilical hacia arriba. miembros inferiores sin respuesta

Otros: En ocasiones la paciente se niega a responder algunas preguntas, cierra los ojos para evitar se le interroque.

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo:

Influye su estado de animo para la selección de prendas de vestir: No valorable

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: No valorable

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: No valorable

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: No valorable

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: No valorable

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Tiene la capacidad para ayudar a cambiarse el camión hospitalario.

Vestido incompleto: Sucio: Inadecuado:

Otros: Su cambio de ropa y aspecto físico depende de enfermería.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Subjetivo:

Frecuencia de baño: Se baña diario, cabello lo lava cada tercer día.

Momento preferido para el baño: Le gusta bañarse por las mañanas antes del desayuno.

Cuantas veces se lava los dientes al día: 2 veces

Aseo de manos antes y después de comer: Si Después de eliminar: Si

Tiene creencias personales o religiosas que limitan sus hábitos higiénicos: No

Objetivo:

Aspecto general: El aspecto general depende de los cuidados de enfermería

Olor corporal: Ligero olor a sudor

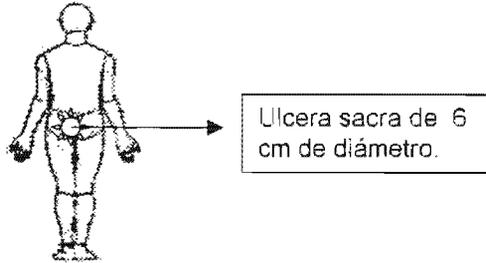
Halitosis: Si

Estado del cuero cabelludo: Ligeramente seco, hay humedad en la nuca con el contacto de la almohada.

Lesiones dérmicas Tipo: Solo en el sacro

(Anote la ubicación en el diagrama)

Otros: _____



NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Subjetivo:

Que miembros componen la familia de pertenencia: 2 Hijas una casada e independiente, ella es divorciada, vive con la hija menor

Como reacciona ante situación de urgencia: No refiere

Conoce las medidas de prevención de accidentes: No refiere

Hogar: No valorable

Trabajo: No valorable

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: Si

Familiares: Si

Como analiza las situaciones de tensión en su vida: No refiere

Objetivo:

Deformidades congénitas: Ninguna

Condiciones de ambiente: No refiere

Trabajo: No valorable

Otros: No valorable

3. NECESIDADES BASICAS DE:

Comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Subjetivo:

Estado civil: Divorciada Años de relación: No refiere Vive con : Hija menor, en casa propia.

Preocupaciones / estrés: No refiere Familiar: No refiere

Otras personas que pueden ayudar: Hermana

Rol en estructura

familiar. Madre

Comunica problemas debidos a la enfermedad / estado: Sus hijas están al pendiente de su salud

Cuanto tiempo pasa sola: No refiere

Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: No valorable

Objetivo:

Habla claro: No valorable Confusa: No valorable

Dificultad. Visión: Usa anteojos Audición: Sin problema

Comunicación verbal / no verbal con la familia / con otras personas significativas: No valorable

Otros: Por la traqueotomía le es difícil poder hablar pero se comunica escribiendo o haciendo señales.

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Subjetivo:

Creencia religiosa: Es católica cree en Dios, refiere escribiendo que espera "que Dios le ayude y reza porque le vaya bien y recupere su salud normal"

Su creencia le genera conflictos

personales: No

Principales valores en la familia: No refiere

Principales valores personales: No refiere

Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: No valorable

Objetivo:

Hábitos específicos de vestido (grupo social religioso): No valorable

Permite el contacto

físico: Si

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: Tiene imágenes de santos y de la Virgen de Guadalupe.

Otros: _____

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:

Trabaja actualmente: No Tipo de trabajo: Hogar

Riesgos: No valorable Cuanto tiempo le dedica al trabajo: =

Esta satisfecho con su trabajo: = Su renumeración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia: No refiere

Esta satisfecho (a) con el rol familiar que juega: No refiere

Objetivo:

Estado emocional / calmado / ansioso / enfadado / retraído / temeroso / irritable / inquieto / eufórico: Calmada, con episodios de ansiedad

Otros: _____

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Asiste al club

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: No refiere

Recursos en su comunidad para la recreación: No refiere

Ha participado en algunas actividades lúdica o recreativa: No refiere

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular. Disfunción del sistema neuromuscular debido a lesión medular

Rechazo de las actividades recreativas. No valorable

Estado de animo apático / aburrido / participativo: Su estado de animo en el momento de la valoración es apático.

Otros: _____

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

Nivel de educación: Preparatoria completa

Problemas de aprendizaje: Ninguno aparentemente

Limitaciones cognitivas: Ninguna Tipo: =

Preferencias. Leer/ escribir: Le gusta leer

Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: No refiere

Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo: No refiere

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: No refiere

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: Existe un problema medular por fractura de t-4

Órganos de los sentidos: Integridad de los sentidos

Estado emocional ansiedad, dolor: Ligera ansiedad referente a sufrir ahogamiento

Memoria reciente: Buena memoria

Memoria remota: Recuerda hechos anteriores solo en algunas cosas las omite

Otras manifestaciones, =====

Con base a este análisis se integraron los diagnósticos de enfermería y se tomaron las decisiones pertinentes para planear las intervenciones necesarias.

NECESIDAD	DIMENSIONES			
DESCRIPCION	BIOFISIOLOGICA	PSICOLOGICA	SOCIOLOGICA	CULTURAL ESPIRITUAL
Oxigenación y respiración	Traqueotomía realizada 14 de junio 2004 Producción y acumulación de secreciones que impide la permeabilidad de la vía aérea Disminución de la saturación menos de 90%	Le produce ansiedad que las secreciones le provoquen "ahogamiento"	Solicita se le aspire las secreciones antes de la visita medica o la visita de familiares	Para ella "respirar es la vida."

Fuente de dificultad: Falta de fuerza

Diagnóstico de enfermería:

- Alteración de la vía aérea deteriorada, relacionada con la retención y producción excesiva de secreciones manifestada por tos y disminución de la saturación.
- Riesgo de paro respiratorio relacionado con acumulo de secreciones.
- Ansiedad relacionada con el acumulo de secreciones manifestadas por temor de ahogamiento

NECESIDAD	DIMENSIONES			
DESCRIPCION	BIOFISIOLOGICA	PSICOLOGICA	SOCIOLOGICA	CULTURAL ESPIRITUAL
Alimentación e hidratación	<p>Flacidez de la tonicidad muscular, adelgazamiento de extremidades</p> <p>Hay presencia de tos y molestia al paso de los alimentos, por lo que tarda en deglutir.</p>	<p>Siente que esta comiendo como "bebé", refiere que algunas papillas no le agradan</p>	<p>Ella acostumbra a comer con familia y amigos evita las grasas.</p>	<p>Considera que los alimentos son necesarios para mantener energía y ayudará a su recuperación</p>

Fuente de dificultad: Falta de fuerza

Diagnósticos de enfermería:

- Deterioro de la deglución, relacionado con la obstrucción mecánica de la vía aérea, manifestado por éxtasis de los alimentos dolor y tos.
- Riesgo de aspiración relacionado con al ingesta de alimentos y/o líquidos

NECESIDAD	DIMENSIONES			
DESCRIPCION	BIOFISIOLOGICA	PSICOLOGICA	SOCIOLOGICA	CULTURAL ESPIRITUAL
Incapacidad para la movilización y mantenimiento de buena postura	Falta de fuerza y sensibilidad de miembros inferiores.	Le produce desesperación no poder moverse libremente y no tener la fuerza para hacerlo.	---	Refiere tener "fé en que recuperara la fuerza para movilizarse sola"

Fuente de dificultad: Falta de fuerza

Diagnósticos de enfermería:

- Deterioro de la movilidad física relacionada con déficit neuromuscular, manifestado por la ausencia de sensibilidad y fuerza de miembros inferiores.
- Riesgo de úlceras por presión relacionada con la falta de movimiento.
- Riesgo de trombo embolia pulmonar relacionada con éxtasis venosa de miembros inferiores.

NECESIDAD	DIMENSIONES			
DESCRIPCION	BIOFISIOLOGICA	PSICOLOGICA	SOCIOLOGICA	CULTURAL ESPIRITUAL
Higiene y protección de la piel	Piel húmeda Escara sacra de 6 cm de diámetro profunda no infectada con exudado seroso, área con tejido muerto alrededor de la misma	Le angustia que la falta de movilización le vaya producir otras lesiones en la piel	----	Acostumbra el baño diario, utilizar talco crema y oler fresco

Fuente de dificultad: Falta de fuerza

Diagnósticos de enfermería:

- Deterioro de la integridad cutánea relacionada con inmovilización prolongada manifestada por ulcera sacra de 6 cm de diámetro a nivel de la región sacra.
- Déficit de autocuidado relacionado con deterioro neuromuscular manifestado por la incapacidad de movimiento.

3.3 Análisis del caso diagnóstico y plantación

A continuación se presenta el análisis del caso, los diagnósticos y planes de atención realizados de acuerdo al modelo de Virginia Henderson, a un cliente que requiere del rol de enfermería, cuando está presente la dependencia a través del análisis de los datos obtenidos en la valoración se concluye que el cliente "Catalina L. B." En lo general tiene una dependencia por falta de fuerza y que las causas de dificultad identificadas fueron afectadas por diferentes fuentes o dimensiones.

Se valoro, se detecto y se trabajaron 4 necesidades pero esto no significa que no se trabaje en las demás necesidades ya que por condiciones de salud del cliente no fue posible proporcionar toda la información necesaria.

A continuación se presentan los diagnósticos de enfermería y sus respectivos planes de intervención.

PLAN DE CUIDADOS

Identificación del cliente: Catalina L. A. Fecha: 14 Agosto 2004

Necesidad: Oxigenación y respiración

Fuente de dificultad: Fuerza X Voluntad Conocimiento

Diagnóstico de Enfermería:

Alteración de la vía aérea deteriorada, relacionada con la retención y producción excesiva de secreciones manifestada por tos y disminución de la saturación.

Objetivo	Meta	Criterio de evaluación	Intervención	Fundamento	Evaluación
Permeabilizar la vía aérea para mejorar la oxigenación	Recuperara inmediatamente después de la aspiración una saturación mayor de 91%	Mantiene vía aérea permeable. Adecuada dinámica ventilatoria. Saturación entre 91 y 100%.	-Aspirar secreciones en forma gentil. -Oxigenar adecuadamente al paciente antes y después de la aspiración -Vigilancia de presencia de arritmias cardiacas	-Una aspiración demasiado fuerte puede exponer al cliente a riesgo de desarrollar hipoxemia, hipertensión, arritmias y posible traumatismo pulmonar. -Durante la aspiración hay disminución del aporte de oxígeno -La aspiración puede producir arritmias, hipoxia y bronco espasmo y deteriorar la circulación cerebral o tener efecto adverso sobre la hemodinámica.	Fecha:14 -08-04 Hora: 22:00 hrs. Datos objetivos: Mantiene buena saturación durante la aspiración 93% Datos Subjetivos: Refiere ligero molestia a la aspiración y mejoría después de aspirarle las secreciones

PLAN DE CUIDADOS

Identificación del cliente: Catalina L. A. Fecha: 14 Agosto 2004

Necesidad: Oxigenación y respiración

Fuente de dificultad: Fuerza X Voluntad Conocimiento

Diagnóstico de Enfermería:

Riesgo de sufrir paro respiratorio relacionado con acumulo de secreciones.

Objetivo	Meta	Criterio de evaluación	Intervención	Fundamento	Evaluación
Mantener un patrón respiratorio eficaz	Durante el tiempo que requiera apoyo ventilatorio no de datos de alteración o que indiquen paro respiratorio.	<ul style="list-style-type: none"> -El cliente mantiene una dinámica ventilatoria adecuada. -No hay esfuerzo ventilatorio. -No hay taquicardia -No existen sonidos extraños a la entrada y salida de aire. No hay evidencia de arritmias Se mantienen una saturación mayor de 90% 	<ul style="list-style-type: none"> -Vigilar estado de conciencia. -Aspirar secreciones cuantas veces sea necesario -Proporcionar porcentaje de oxígeno adecuado a través de dispositivo para traqueotomía. 	<ul style="list-style-type: none"> -Los cambios de conducta, descensos del estado de conciencia, mareos, incapacidad de concentración, inquietud son datos clínicos de hipoxia cerebral. -La confusión y los cambios de comportamiento, pueden indicar elevación del nivel de PaCO₂ -La frecuencia de la aspiración esta determinada por la valoración y las necesidades del cliente Los flujos elevados pueden conducir a distribución inapropiada de la ventilación y a cortos circuitos intra pulmonares 	<p>Fecha: 14 08 04 Hora: 23:00 hrs.</p> <p><i>Datos objetivos:</i> Mantiene buena dinámica ventilatoria, se le realizan las intervenciones antes de media noche para permitirle descanso. No hay presencia de datos de arritmia o desaturación a través de la monitorización.</p>

			<p>-Proporcionar una posición adecuada.</p> <p>-Monitorización continua con oximetría de pulso.</p> <p>-Vigilar presencia de arritmias cardíacas</p> <p>-Proporcionar fisioterapia pulmonar con percutor por lo menos cada 4 horas.</p> <p>-Lavar endocánula con técnica estéril por turno.</p> <p>-Auscultar campos pulmonares.</p>	<p>-Favorece la comodidad del cliente, permite expansión adecuada del tórax y favorece a la enfermera para aspirar secreciones evitando posturas forzadas.</p> <p>Permite obtener mediciones continuas de la saturación capilar.</p> <p>-La hipoxia produce alteraciones cardíacas por disminución de la demanda de oxígeno al miocardio La saturación mide el porcentaje de hemoglobina saturada con oxígeno.</p> <p>-Las técnicas de fisioterapia pulmonar ayudan al cliente a eliminar secreciones de segmentos pulmonares específicos de bronquios y pulmones hacia la tráquea facilitando la expectoración.</p> <p>Lavar la endocánula con técnica estéril remueve las secreciones evitando la obstrucción de la cánula con tapones de secreciones y reduce la transmisión de microorganismos</p> <p>-La auscultación de campos pulmonares permite identificar la</p>	<p><i>Datos Subjetivos:</i> Refirió molestia a la fisioterapia refiere que le ayuda para expectorar las secreciones y no se le aspire demasiado, lo cual le causa molestia.</p>
--	--	--	--	--	---

PLAN DE CUIDADOS

Identificación del cliente: Catalina L. A. Fecha: 14 Agosto 2004

Necesidad: Oxigenación y respiración

Fuente de dificultad: Fuerza X Voluntad Conocimiento

Diagnóstico de Enfermería:

Ansiedad relacionada con el acumulo de secreciones manifestadas por temor de ahogamiento.

Objetivo	Meta	Criterio de evaluación	Intervención	Fundamento	Evaluación
Promover el aprendizaje mediante medidas de seguridad que le ayuden al cliente a adquirir bienestar y disminución del temor de ahogamiento	Reducir la ansiedad y el temor.	-El cliente experimenta bienestar fisiológico y psicológico -Conoce las medidas de seguridad propuestas para disminuir la ansiedad	-Proporcionar seguridad y bienestar, para disminuir la ansiedad. -Explicar todos los procedimientos a realizar y la justificación de los mismos. -Proporcionar una posición ideal y alineada.	-La ansiedad es una respuesta psicológica a los factores estresantes con componentes tanto fisiológicos como psicológicos. -La explicación de las acciones realizadas y el porque de cada una de ellas disminuye la ansiedad, e incluso es necesario repetir las explicaciones en adultos y ancianos varias veces. -El descanso y el alivio del malestar ahorran energía para afrontar la respuesta al estrés y los factores estresantes.	Fecha: 14 -08-04 Hora: 22:30 <i>Datos objetivos:</i> Se observa menos ansiosa, comprende las indicaciones. No hay datos de hipoxemia. Se le explico que se le realizaran varios cuidados y en especial se le explica como se realizara la aspiración de secreciones y en que medida.

			<p>-Oxigenar adecuadamente</p> <p>-Proporcionar un ambiente tranquilo.</p> <p>-Iniciarla a que respire profundo y tranquilo.</p> <p>-Estar con el cliente mientras presente ansiedad</p> <p>-Dejarle el timbre a la mano</p>	<p>-La hipoxia cerebral altera los estados de conciencia.</p> <p>-Un ambiente tranquilo con clima fresco disminuye la ansiedad.</p> <p>-La relajación es lo opuesto a la tensión asociada con la respuesta al estrés; también otorga a la persona un sentido de control. Los componentes básicos para las técnicas de relajación son un entorno tranquilo, una posición cómoda, una actitud pasiva y un recurso mental para eliminar los pensamientos hacia el exterior.</p> <p>-Permite sentir seguridad.</p> <p>-Medida de seguridad para solicitar ayuda mientras se encuentra sola.</p>	<p><i>Datos Subjetivos:</i> Escribe en su pizarra que como es su primera noche en este hospital quizá no sabemos como tratarla. También escribe que se siente mejor.</p>
--	--	--	--	---	--

PLAN DE CUIDADOS

Identificación del cliente: Catalina L. A. Fecha: 14 Agosto 2004

Necesidad: Alimentación e hidratación

Fuente de dificultad: Fuerza X Voluntad Conocimiento

Diagnóstico de Enfermería:

Deterioro de la deglución, relacionado con la obstrucción mecánica de la vía aérea, manifestado por éxtasis de los alimentos dolor y tos.

Objetivo	Meta	Criterio de evaluación	Intervención	Fundamento	Evaluación
Proporcionar alimentos adecuados que favorezcan la deglución y que cumplan los requerimientos calóricos indicados	Meta inmediata: No de evidencias de datos de bronco aspiración	No hay presencia de tos o datos de aspiración a la deglución.	<p>-Posición de fowler</p> <p>-Aspirar secreciones antes de proporcionarle alimentos</p> <p>-Proporcionar alimentos suaves o en papillas.</p>	<p>-La posición fowler mejora la ventilación, aumenta el bienestar, las posibilidades de socialización y relajación del cliente, reduce el riesgo de aspiración y facilita la deglución eficaz.</p> <p>-Mantiene la vía aérea permeable sin riesgo de producir tos durante la deglución.</p> <p>-La consistencia blanda de los alimentos como flanes, gelatina y purés permite una mejor deglución que el agua evitando la aspiración en los pacientes con traqueotomía.</p>	<p>Fecha: 14-08-04 Hora: 24:00 hrs.</p> <p><i>Datos objetivos:</i> No hay evidencia de tos</p> <p><i>Datos Subjetivos:</i> Señala que no hay molestia durante la deglución</p>

PLAN DE CUIDADOS

Identificación del cliente: Catalina L. A. Fecha: 14 Agosto 2004

Necesidad: Alimentación e hidratación

Fuente de dificultad: Fuerza X Voluntad Conocimiento

Diagnóstico de Enfermería:

Riesgo de bronco aspiración relacionado con al ingesta de alimentos y/ o líquidos.

Objetivo	Meta	Criterio de evaluación	Intervención	Fundamento	Evaluación
<p>Proporcionar medidas de seguridad para evitar bronco aspiración</p>	<p>Meta inmediata: No de evidencias de datos de bronco aspiración</p>	<p>Cuando Degiute no hay datos clinicos de des oxigenación ni disnea</p>	<p>-Explicarle a la cliente que para la ingesta de alimentos o líquidos es importante mantenerla sentada (fowler) siempre.</p> <p>-Aspirar secreciones antes de ingerir alimentos.</p> <p>-Vigilar que no haya fuga de alimentos a través del estoma de la traqueotomía</p> <p>-Mantenerla en fowler aun después de los alimentos</p>	<p>- La posición fowler mejora la ventilación, aumenta el bienestar, las posibilidades de socialización y relajación del cliente, reduce el riesgo de aspiración y facilita la deglución eficaz.</p> <p>-Evita la presencia de tos durante la deglución.</p> <p>-La presencia de alimentos a través del estoma de traqueolomia indica aspiración hacia la vta aérea inferior.</p> <p>-El estomago actúa como reservorio, donde los alimentos permanecen durante aproximadamente 3 horas,</p>	<p>Fecha:14 -08-04 Hora: 22:00 hrs.</p> <p><i>Datos objetivos:</i> Se observa tranquila en fowler después de alimentarla</p> <p><i>Datos Subjetivos:</i> Escribe que se encuentra bien.</p>

PLAN DE CUIDADOS

Identificación del cliente: Catalina L. A. Fecha: 14 Agosto 2004

Necesidad: Incapacidad para la movilización y mantenimiento de buena postura

Fuente de dificultad: Fuerza X Voluntad Conocimiento

Diagnóstico de Enfermería:

Deterioro de la movilidad física relacionada con déficit neuromuscular, manifestado por la ausencia de sensibilidad y fuerza de miembros inferiores.

Objetivo	Meta	Criterio de evaluación	Intervención	Fundamento	Evaluación
Proporcionar cambios de posición y movimientos de extremidades que permitan mantener una posición corporal confortable	Evitar al 100% la formación de escaras en salientes óseas	Se aplican los principios de la mecánica corporal durante la movilización y se auxilian de otras personas para realizar movimientos evitando lesionar al personal enfermero y al cliente	-Proporcionar cambios de posición cada 2 horas o cuando el cliente lo solicite. -Utilizar principios de mecánica corporal	-Los cambios de posición completos cada 2 hrs. , Evitan la aparición de úlceras por presión en algunos clientes. -La mecánica corporal coordina los esfuerzos de los sistemas músculoesqueléticos y nervioso para mantener el equilibrio, la postura y una alineación corporal adecuada al levantar peso, inclinarse, moverse y llevar a cabo actividades de la vida cotidiana.	Fecha: 14-08-04 Hora: 23:00 hrs. <i>Datos objetivos:</i> Hay movimientos involuntarios, nula sensibilidad y fuerza de miembros inferiores, se mantienen alineados sin presión de las salientes óseas. <i>Datos Subjetivos:</i> No refiere

			<p>-Mantener los miembros inferiores en posición funcional</p>	<p>-La correcta alineación reduce la tensión ejercida sobre las estructuras músculoesqueléticas, mantiene el tono muscular y contribuye a sostener el equilibrio</p>	
--	--	--	--	--	--

PLAN DE CUIDADOS

Identificación del cliente: Catalina L. A. Fecha: 14 Agosto 2004

Necesidad: Incapacidad para la movilización y mantenimiento de buena postura

Fuente de dificultad: Fuerza X Voluntad Conocimiento

Diagnóstico de Enfermería:

Riesgo de úlceras por presión relacionada con la falta de movimiento.

Objetivo	Meta	Criterio de evaluación	Intervención	Fundamento	Evaluación
Evitar zonas de presión que puedan ocasionar úlceras y escaras en la piel	Evitar al 100% la formación de escaras en salientes óseas	Se mantiene piel integra sin zonas de enrojecimiento ni presión, no hay marcas en la piel	<p>-Evitar zonas de presión</p> <p>-Colocar colchón de presiones alternas</p> <p>-Lubricar piel con crema humectante</p>	<p>-Cuando se aplica una presión a la piel y tejido subcutáneo existe alteración del lecho capilar, y el riego sanguíneo, produciendo isquemia e hipoxia del tejido.</p> <p>-Los colchones de presión alterna, proporcionan comodidad, control de la postura y control de la presión.</p> <p>-Los hidratantes protectores permiten mantener la epidermis bien lubricada, y ayuda reducir la fricción.</p>	<p>Fecha: 14 -08-04 Hora: 24:00 hrs.</p> <p><i>Datos objetivos:</i> Se observa cansada y ligero dolor a la movilización, no hay datos que indiquen aparición de escaras o zonas de presión.</p> <p><i>Datos Subjetivos:</i> Refiere cansancio y dificultada para mantener una posición adecuada</p>

			<p>-Mantener piel limpia y seca</p> <p>-Utilizar cuñas suaves para soporte corporal.</p> <p>-Realizar ejercicio pasivos de extremidades.</p> <p>-Se deja timbre a la mano</p> <p>-Barandales de cama arriba.</p> <p>-Se mantiene un clima cálido.</p>	<p>-La piel húmeda y macerada presenta un mayor riesgo de padecer úlceras por presión.</p> <p>-Los cojines rígidos en forma de rosquilla reducen el riego sanguíneo de la zona produciendo isquemia.</p> <p>-El cliente inmovilizado debe realizar debe efectuar algunos ejercicios para prevenir atrofia muscular excesiva y contracturas de articulaciones.</p> <p>-Medida de seguridad que permite solicitar ayuda cuando la enfermera no se encuentre con el cliente.</p> <p>-Los barandales ayudan a aumentar la movilidad y/o estabilidad del cliente cuando se encuentra acostado, también ayuda a prevenir que el cliente sufra caídas.</p> <p>-La habitación del cliente debe contar con un control adecuado de temperatura, ventilación, libre de olores para contribuir a la sensación de bienestar.</p>	
--	--	--	---	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> -Se lateraliza al cliente con frecuencia. -Mantener ropa de cama limpia seca y sin arrugas. -Evitar presión en ulcera sacra. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los cambios de posición completos cada 2 hrs , Evitan la aparición de úlceras por presión en algunos clientes -Los pliegues de la ropa son fuentes de irritación para la piel. La exposición continua a presión, fricción y secreción impide la cicatrización de la herida. 	
--	--	--	--	---	--

PLAN DE CUIDADOS

Identificación del cliente: Catalina L. A. Fecha: 14 Agosto 2004

Necesidad: Incapacidad para la movilización y mantenimiento de buena postura

Fuente de dificultad: Fuerza X Voluntad Conocimiento

Diagnóstico de Enfermería:

Riesgo de trombosis venosa profunda relacionada con estasis venosa de miembros inferiores.

Objetivo	Meta	Criterio de evaluación	Intervención	Fundamento	Evaluación
Proporcionar medidas de profilaxis para evitar la estasis venosa de miembros inferiores	Evitar complicaciones debido a la inmovilidad	Se llevaran a cabo técnicas de higiene y medidas de seguridad que reemplacen la funcionalidad de los sistemas corporales	<p>-Mantener posición funcional los miembros inferiores.</p> <p>-Evitar la colocación de almohadas debajo de las rodillas.</p> <p>-Eleva los pies de la cama 30°</p>	<p>-La inmovilización puede generar contractura de las articulaciones, dicha contractura la cual puede dejar a la articulación en una posición no funcional.</p> <p>-La presión en la parte posterior de las rodillas impide la circulación adecuada de las venas profundas de las extremidades inferiores.</p> <p>-Favorece el retorno venoso.</p> <p>-Las medias elásticas contribuyen a mantener la presión externa sobre los músculos de las extremidades</p>	<p>Fecha: 14 -08-04 Hora: 22:30 hrs.</p> <p><i>Datos objetivos:</i> Medidas antiembólicas funcionando bien</p> <p><i>Datos Subjetivos:</i> Refiere haber comprendido que función tiene las medias</p>

			<p>-Mantener medias elásticas.</p> <p>-Utilizar sistema de compresión neumática</p> <p>-Ajustar medias por lo menos cada 2 horas.</p> <p>-Mantener una almohada pequeña entre las piernas</p>	<p>inferiores, promoviendo así el retorno venoso.</p> <p>-El uso del sistema de compresión neumática reduce la estasis venosa al aumentar el retorno venoso a través de las venas profundas de las extremidades inferiores.</p> <p>-La colocación incorrecta de las medias puede comprometer la circulación</p> <p>-Las almohadas evitan la tensión entre dos articulaciones</p>	
--	--	--	---	--	--

PLAN DE CUIDADOS

Identificación del cliente: Catalina L. A. Fecha: 15 Agosto 2004

Necesidad: Higiene y protección de la piel

Fuente de dificultad: Fuerza X Voluntad Conocimiento

Diagnóstico de Enfermería:

Deterioro de la integridad cutánea relacionada con inmovilización prolongada manifestada por ulcera sacra de 6 cm de diámetro a nivel de la región sacra.

Objetivo	Meta	Criterio de evaluación	Intervención	Fundamento	Evaluación
Mantener escara limpia seca	Recuperar la integridad cutánea	La escara se encuentra limpia y seca, no aumenta de tamaño no hay datos de infección, se mantiene libre de presión	<ul style="list-style-type: none"> -Evitar presión sobre la escara - Reportar características de la ulcera, tamaño, color, profundidad, temperatura y tipo de secreción. -Realizar curación de escara por turno -Cambiar gasas cuantas veces sean necesarias 	<ul style="list-style-type: none"> - La presión sobre una ulcera reduce la circulación favoreciendo nuevas lesiones - Los registros evalúan los cambios en la ulcera y permite la comparación. - Todas las úlceras por presión se consideran colonizadas. -Mantener humedad en las heridas favorece la proliferación de microorganismos. 	<p>Fecha: 15 -08-04 Hora: 02:00</p> <p><i>Datos objetivos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -El exudado es de tipo seroso y necesita cambio de gasas por lo menos cada 2 horas. -Tolera los cambios de posición cada 2 hrs. <p><i>Datos Subjetivos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Acepta la movilización y cambios de posición cada 2

			<p>-Mantener piel limpia y seca</p> <p>-Ofrecer dieta adecuada con requerimientos calóricos y proteicos indicados</p>	<p>- La piel húmeda y macerada presenta un mayor riesgo de padecer úlceras por presión.</p> <p>-Una de las causas para la aparición de las úlceras por presión en los ancianos es la desnutrición</p>	<p>horas no hay humedad ni laceraciones en otras partes del cuerpo.</p> <p>-Refiere tener sueño, por lo cual se le cambia y se le deja un ambiente tranquilo para permitirle descanso*.</p> <p>*Nota Es importante recordar que a estos tipos de paciente no se les debe dejar de movilizar o dormir continuamente durante las 8 horas.</p>
--	--	--	---	---	---

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

PLAN DE CUIDADOS

Identificación del cliente: C. L. A. Fecha: 14 Agosto 2004

Necesidad: Higiene y protección de la piel

Fuente de dificultad: Fuerza X Voluntad Conocimiento

Diagnóstico de Enfermería:

Déficit de auto cuidado relacionado con deterioro neuromuscular manifestado por la incapacidad de movimiento.

Objetivo	Meta	Criterio de evaluación	Intervención	Fundamento	Evaluación
Realizar actividades de sustitución para mantener el cuidado corporal del cliente.	Mantener interés continuo de la importancia del auto cuidado	Mantendrá las capacidades para ayudar a realizar las actividades de su propio cuidado	<ul style="list-style-type: none"> -Proporcionar un ambiente íntimo, cómodo y sin prisas para realizar aseo facial y lavado de dientes y dentadura -Cambiar ropa de cama y camión por lo menos una vez por turno -Asistirle en el lavado de manos. -Lavado de genitales por turno. 	<ul style="list-style-type: none"> -Un ambiente íntimo proporciona seguridad y ayuda a la participación del enfermo en sus cuidados. -Mantener la ropa seca y sin arrugar evita la incomodidad. Los pliegues de la ropa son fuentes de irritación para la piel. -El lavado de manos evita infecciones cruzadas. -El aseo de genitales principalmente donde existen sondas de Foley, evita la proliferación de microorganismos y la infección de vías urinarias. 	<p>Fecha: 14 -08-04 Hora: 24:00</p> <p><i>Datos objetivos:</i> Ayuda a colocarse el camión, se limpia la cara, participa en las acciones de aseo, se observa tranquila.</p> <p><i>Datos Subjetivos:</i> Solo da gracias no refiere más.</p>

			<p>-Lubricar piel.</p> <p>-Proporcionar fisioterapia pulmonar con percutor</p>	<p>- Los hidratantes protectores permiten mantener la epidermis bien lubricada, y ayuda reducir la fricción.</p> <p>-Las técnicas de fisioterapia pulmonar ayudan al cliente a eliminar secreciones de segmentos pulmonares específicos de bronquios y pulmones hacia la traquea facilitando la expectoración.</p>	
--	--	--	--	--	--

La evaluación permitió obtener datos que ayudaran a conocer si se cumplió el objetivo, la meta y los criterios de evaluación, para planear las nuevas intervenciones de evaluación, iniciándose nuevamente la etapa de valoración.

IV CONCLUSIONES

La realización del proceso atención enfermería fundamenta todas las acciones lo que asegura una atención especializada al cliente y la metodología permite llevar una secuencia lógica de los cuidados, teniendo como base el conocimiento científico, el cual favorece al personal que lo realiza y lo aplica, proporcionando un amplio conocimiento y permite brindar al cliente cuidados especializados y profesionales.

La enfermería es una profesión que día a día va creciendo y es indiscutible que el proceso de enfermería no se concebía de forma dinámica y practica; durante mi formación profesional el proceso de atención se basaba en el conocimiento de la patología lo cual confundía las acciones propias de la enfermería.

De manera personal realizar un proceso con calidad considero que me proporciona conocimientos me ayuda a satisfacer las necesidades para favorecer al cliente y ayudarlo a recuperar su independencia satisface mi lado profesional y me motiva a aplicar el proceso a todo paciente y/o cliente que haya perdido su independencia .

ANEXO 1.

Formato para la recuperación de datos.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____
Fecha de nacimiento _____ Sexo: _____ Ocupación: _____
Escolaridad: _____ Fecha de admisión: _____
Hora: _____ Procedencia: _____ Fuente de información: _____
Fiabilidad: (1-4) _____ Miembro de la familia / persona significativa: _____

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.NECESIDADES BASICAS DE:

Oxigenación, nutrición e hidratación, Eliminación y termorregulación.

NECESIDAD DE OXIGENACION

Subjetivo:

Disnea debido a: _____ Tos productiva / seca _____ Dolor asociado con la respiración _____ Fumador: _____

Desde cuando fuma / cuantos cigarros al día / varia la cantidad según su estado emocional: _____

Objetivo:

Registro de signos vitales y características:

Tos productiva / seca: _____ Estado de conciencia: _____

Circulación del retorno venoso: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACIÓN

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo) _____ Numero de comidas diarias: _____

Trastornos digestivos: _____

Intolerancia alimentarias / Alergias: _____

Problemas de masticación y deglución: _____

Patrón de ejercicio: _____

Objetivo:

Turgencia de la piel: _____

Membranas mucosas hidratadas / secas: _____

Características de uñas / cabello: _____

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____

Aspecto de dientes y encías: _____

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____

Otros: _____

NECESIDADE DE ELIMINACIÓN

Subjetivo:

Hábitos intestinales: _____ Características de las heces, orina y
mestruacion _____

Historia de hemorragias / enfermedades renales / otros: _____

Uso de laxantes: _____ Hemorroides: _____

Dolor al defecar / menstrual / orinar: _____

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: _____

Objetivo:

Abdomen características: _____

Ruidos intestinales: _____

Palpación de la vejiga urinaria: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Subjetivo:

Adaptabilidad de los cambios de temperatura: _____

Ejercicio / tipo y frecuencia: _____

Temperatura ambiental que le es agradable: _____

Objetivo:

Características de la piel: _____

Transpiración: _____ Condiciones del entorno físico: _____

Otros: _____

2. NECESIDADES BASICAS DE:

Moverse y mantener una buena postura, Usar prendas de vestir adecuadas, Higiene y protección de la piel y Evitar peligros.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: _____

Actividad en el tiempo libre: _____

Habito de descanso: _____

Hábitos de trabajo: _____

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético y fuerza: _____

Capacidad muscular, tono / resistencia / flexibilidad: _____

Posturas: _____

Necesidades de ayuda para la deambulación: _____

Dolor con el movimiento: _____

Presencia de temblores: _____ Estado de conciencia: _____

Estado emocional: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo:

Horario de descanso: _____ Horario de sueño: _____

Horas de descanso: _____ Horas de sueño: _____

Siesta: _____ Ayudas: _____

Insomnio: _____ Debido a: _____

Descansado al levantarse: _____

Objetivo:

Estado mental, ansiedad / estrés / lenguaje: _____

Ojeras: _____ Atención: _____ Bostezos: _____ Concentración: _____

Apatía: _____ Cefaleas: _____

Respuesta a estímulos: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo:

Influye su estado de animo para la selección de prendas de vestir: _____

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: _____

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

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: _____

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

Vestido incompleto: _____ Sucio: _____ Inadecuado: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Subjetivo:

Frecuencia de baño: _____

Momento preferido para el baño: _____

Cuantas veces se lava los dientes al día: _____

Aseo de manos antes y después de comer: _____ Después de eliminar: _____

Tiene creencias personales o religiosas que limitan sus hábitos higiénicos: _____

Objetivo:

Aspecto general: _____

Olor corporal: _____ Halitosis: _____

Estado del cuero cabelludo: _____

Lesiones dérmicas Tipo: _____

(Anoté la ubicación en el diagrama)

Otros: _____

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Subjetivo:

Que miembros componen la familia de pertenencia: _____

Como reacciona ante situación de urgencia: _____

Conoce las medidas de prevención de accidentes: _____

Hogar: _____

Trabajo: _____

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: _____

Familiares: _____

Como analiza las situaciones de tensión en su vida: _____

Objetivo:

Deformidades congénitas: _____

Condiciones de ambiente: _____

Trabajo: _____

Otros: _____

3. NECESIDADES BASICAS DE:

Comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Subjetivo:

Estado civil: _____ Años de relación: _____ Vive con : _____

Preocupaciones / estrés: _____ Familiar: _____

Otras personas que pueden ayudar: _____

Rol en estructura familiar: _____

Comunica problemas debidos a la enfermedad / estado: _____

Cuanto tiempo pasa sola: _____

Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: _____

Objetivo:

Habla claro: _____ Confusa: _____

Dificultad. Visión: _____ Audición: _____

Comunicación verbal / no verbal con la familia / con otras personas

significativas: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Subjetivo:

Creencia religiosa: _____

Su creencia le genera conflictos personales: _____

Principales valores en la familia: _____

Principales valores personales: _____

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

Objetivo:

Hábitos específicos de vestido (grupo social religioso): _____

Permite el contacto físico: _____

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

Otros: _____

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:

Trabaja actualmente: _____ Tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____ Cuanto tiempo le dedica al trabajo: _____

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

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

Objetivo:

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

Otros: _____

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: _____

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: _____

Recursos en su comunidad para la recreación: _____

Ha participado en algunas actividades lúdica o recreativa: _____

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular. _____

Rechazo de las actividades recreativas. _____

Estado de animo apático / aburrido / participativo: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

Nivel de educación: _____

Problemas de aprendizaje: _____

Limitaciones cognitivas: _____ Tipo: _____

Preferencias. Leer/ escribir: _____

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

Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo: _____

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: _____

Órganos de los sentidos: _____

Estado emocional ansiedad, dolor: _____

Memoria reciente: _____

Memoria remota: _____

Otras manifestaciones: _____

ANEXO 2.

Tabla. Las necesidades fundamentales y los factores relacionados con las distintas dimensiones que pueden influir en su satisfacción. (Inspirado en *Individualisation des soins infirmiers: modele conceptuel*, Lise RIOPELLE y Louise LEDUC-LALONDE)

NECESIDAD	DIMENSIONES			
DESCRIPCION	BIOFISIOLOGICA	PSICOLOGICA	SOCIOLOGICA	CULTURAL ESPIRITUAL

ANEXO 3.

Formato para la planeación de cuidados.

PLAN DE CUIDADOS

Identificación del cliente: _____ Fecha: _____

Necesidad: _____

Fuente de dificultad

Fuerza _____ Voluntad _____ Conocimiento _____

Diagnóstico de Enfermería: _____

Objetivo	Meta	Criterio de evaluación	Intervención	Fundamento	Evaluación
					Fecha: Hora: Datos objetivos: Datos Subjetivos:

BIBLIOGRAFÍA

ALFARO Rosa linda R N MSN

Aplicación del proceso de Enfermería Guía practica

Ed Doyma S.A., Barcelona España 1988, ed Española pp. 182

ANTOLOGIA. Fundamentos de Enfermería

SUA ENEO. UNAM Mexico 1997 P. 354

CARPENITO J. Linda

Diagnósticos de Enfermería

Aplicación a la practica clínica

Ed Interamericana Mc Graw- Hill 1989 P. 547

COLIERRE Marie Francoise,

Promover la vida

Ed. Interamericana Mc Graw- Hill

1997. P 395

CHARLES G. Morris, Albert A. Maisto

Psicología

décima edición, Ed. Pearson Educación, México 2001 P.744

DOSSIER Bárbara et Al.

Marco conceptual y Teorías de Enfermería, en Enfermería Fundamental

Tr. Carlos J. Bermejo Cejas y otros, 4° edición,

Ed. Interamericana Mc Graw- Hill, ed, Madrid 1993

ESPINOSA O A. Rodríguez J. S.

Antología: Docencia en Enfermería

SUA-ENEO-UNAM 2003 P.298

FERNANDEZ Ferrin Carmen.

El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería.

Ed Masson-Salvat Barcelona 1995

GARCÍA G. María de Jesús
El Proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson
Ed. Progreso S.A., ed; México 1997, P320

HERNÁNDEZ C. Juana
Historia de la Enfermería un análisis de los cuidados de enfermería
Ed. Interamericana Mc Graw -Hill, ed, Madrid 1995 P 195

MARRINER T. Ann.
Modelos y Teorías de la Enfermería
Ed. Rol S.A., 4ª ed. Madrid Esp.1999. p 345

PACHECO A. Ana Laura
Antología de Sociedad Salud y Enfermería
SUA-ENEO-UNAM México 2002, P.272

POTTER Patricia A.
Fundamentos de Enfermería
5ª edición, Ed Harcourt, España 2002, Vol. 1, P.1006

<http://departamento.enfe.ua.es/internet/cultura/numero2/historia2.html>
la enfermería en la historia un análisis desde la perspectiva profesional

<http://www.ocenf.org/jaen/enfer/pae.htm>