



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

**APLICADO A UNA PERSONA CON ALTERACION EN
EL PATRON RESPIRATORIO RELACIONADO CON
DISMINUCION DEL AREA VALVULAR MITRAL,
MANIFESTADO POR DISNEA Y ORTOPNEA**

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

P R E S E N T A .

RAQUEL URSUA DE LA CRUZ

No. DE CUENTA: 09050282-0

Directora de Trabajo

LIC. ENF. LETICIA SANDOVAL ALONSO



MEXICO, JULIO DE 2005

m. 347720

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES



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.

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

NOMBRE: Raquel Ursúa

De La Cruz

FECHA: 12-Septiembre - 2005

FIRMA: 

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. OBJETIVOS.....	6
3. METODOLOGÍA.....	7
4. MARCO TEÓRICO.....	9
4.1 Definición de enfermería.....	9
4.2 Historia de la enfermería.....	11
4.3 Antecedentes de los cuidados.....	17
4.4 Proceso atención de enfermería.....	21
4.5 El modelo de Virginia Henderson.....	26
4.6 El adulto joven.....	31
5. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	
5.1 Presentación del caso.....	33
5.2. Ficha de identificación.....	35

5.3 Desarrollo de las etapas del proceso atención de enfermería: Valoración, Diagnóstico, Planeación y Evaluación.....	36
6. CONCLUSIONES.....	58
7. BIBLIOGRAFÍA.....	60
8. ANEXOS.....	62

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se realizó con el fin de adquirir mayor habilidad en la realización del proceso atención de enfermería, puesto que los objetivos y características de la atención que brinda enfermería son muy diversos y variados, al igual que lo son las personas familias o comunidades, así como sus necesidades específicas y las alteraciones de salud que presenten.

El proceso atención de enfermería debe realizarse desde una perspectiva holística, la cual toma en consideración todas las dimensiones del individuo y su entorno, se deben tener en cuenta, las necesidades fisiológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales del ser humano, cualquier factor que impida o dificulte la satisfacción de tales necesidades, ya sea en su ambiente interno o externo, priva al individuo de su total o parcial autonomía por lo que el proceso atención de enfermería se aplicará a personas sanas y enfermas, en áreas muy importantes como lo son la promoción, prevención, curación y rehabilitación, haciendo uso de las cinco etapas que lo componen demostrando así la capacidad y el profesionalismo con lo que debe contar la enfermera actual comprometida a dar cuidados de calidad al individuo.

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado mediante el cual se valora, se diagnostica, se planea, ejecuta y evalúan los cuidados de enfermería; el modelo conceptual es la estructura teórica que guía, sustenta y limita el campo de acción profesional de enfermería.

Dentro de este trabajo se elaboró un proceso de atención de enfermería aplicando el modelo teórico de Virginia Henderson, a una persona con alteración en el patrón respiratorio, relacionado con disminución del área valvular mitral, manifestado por disnea y ortopnea, además se utilizó la taxonomía de diagnósticos de enfermería de la NANDA; la interrelación de estos tres aspectos da como resultado una buena atención de enfermería personalizada.

En el proceso de enfermería se incluyen cada una de las etapas, en la etapa de valoración se analiza cual es su objetivo, la forma de recolectar datos y la organización de los mismos. En la etapa de diagnóstico se hace referencia a las diferencias entre el diagnóstico médico y el de enfermería, las ventajas de su uso para la enfermera y para la persona, la forma correcta de escribirlos; si son reales, potenciales o posibles.

En la planeación, una vez identificados tanto las capacidades como los problemas (necesidades), se abordan aspectos como la jerarquización de prioridades, determinación de objetivos, intervenciones de enfermería. En la ejecución, se realizan o se ponen en práctica los cuidados programados. En la evaluación se comparan las respuestas de la persona, y determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

Por último se escriben las conclusiones donde se describen los resultados obtenidos al término de este trabajo, los cuales fueron muy buenos porque se creó una buena relación, donde predominó la comunicación y la confianza mutua.

2. OBJETIVOS

Objetivos generales:

- Integrar los conocimientos adquiridos durante la formación académica y proporcionar cuidados de enfermería con un enfoque holístico.
- Desarrollar el proceso atención de enfermería a una persona en la etapa de adulto joven con alteración en el patrón respiratorio dentro del Instituto Nacional de Cardiología.

Objetivos particulares:

- Adquirir habilidad en la aplicación del proceso atención de enfermería.
- Identificar necesidades que manifiesten datos de dependencia.
- Construir diagnósticos de enfermería.
- Planear y ejecutar cuidados de enfermería.

3. METODOLOGÍA

Para la realización del proceso atención de enfermería inicialmente surgió la necesidad de hacer una revisión bibliográfica del modelo teórico de Virginia Henderson y sobre el Proceso Atención de Enfermería; además de acudir a un seminario en el cual se dieron las bases teóricas y metodológicas para su realización, este seminario tuvo una duración de 6 semanas de formación teórica.

Se tomó una semana para seleccionar a la persona con la cual se quería trabajar, y a la cual se eligió durante la práctica en el Instituto Nacional de Cardiología, se planeó que el desarrollo del proceso fuera a través de una entrevista directa, las cuales se realizaron 2 veces por semana, después de la hora de visita familiar en el instituto, con duración de una hora, en la cual se pudo llevar a cabo la valoración, mediante la observación y exploración; el interrogatorio se realizó con base en el instrumento de valoración de las catorce necesidades del modelo de Virginia Henderson. (Anexo 1)

Se llevaron a cabo 4 sesiones para la valoración física, 2 por cada semana con duración de una hora cada una, para la entrevista se utilizaron hojas, lápiz, goma, sacapuntas y para la exploración se utilizó baumanómetro, estetoscopio, termómetro, báscula.

Una vez terminada la valoración se procedió al análisis, detectando los datos de dependencia e independencia en la satisfacción de sus necesidades con que contaba la persona, se jerarquizaron los problemas y se estructuraron los

diagnósticos de enfermería apoyándose en la taxonomía de diagnósticos de la NANDA.

Ya una vez establecidos los diagnósticos, se elaboraron los objetivos, se planearon las intervenciones de enfermería, y en 6 sesiones, en una secuencia de 2 por semana con duración de 1hr diario, se ejecutaron las intervenciones de enfermería, con el fin de mejorar su estado de salud que le permitió llegar a la independencia en la mayoría de las necesidades básicas, y al término de las 6 sesiones para la planeación se evaluaron los resultados obtenidos en relación a los objetivos planteados, viendo así reflejados los resultados del trabajo realizado y observando los beneficios obtenidos para la persona, su familia y la enfermera.

Posteriormente se contó con 3 sesiones individuales para la culminación del trabajo, en donde se reforzaron los conocimientos teóricos y mejorar con las observaciones positivas del asesor.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA

La enfermería es el conjunto de actividades profesionales con un cuerpo de conocimientos científicos propios, desarrollados dentro de un marco conceptual destinados a promover la adquisición, mantenimiento o restauración de un estado de salud óptimo que permita la satisfacción de las necesidades básicas del individuo o de la sociedad.

La enfermería es el cuidado a la salud de la persona sana o enferma de acuerdo a su entorno en una forma integral, estimulando al cliente para que utilice sus capacidades y potenciales para la vida, sus acciones se realizan en todos los lugares en que se desarrollan las personas ya sea intra o extrahospitalariamente.

Enfermería es cuidado integrado porque incorpora complejidad biospiciósocial del individuo, considera sus necesidades dentro del contexto o su mundo único. Enfermería. Arte y ciencia del cuidado, promoción, mantenimiento y restauración de la salud y el bienestar, con una concepción holística del hombre, basándose en fundamentos teóricos y metodológicos propios. ¹

¹ Wolf. Fundamentos de enfermería. Ed. Harla, 2ª edición, México, .D.F. 1992.p. 3

Un enfermero/a es un profesional que ha terminado los estudios básicos de enfermería y que está capacitada y autorizada para asumir en su país y en otros la responsabilidad de los servicios de enfermería que exigen el fomento de la salud, la prevención de la enfermedad y la prestación de asistencia a los enfermos.²

² Rosales, Barrera Susana.. Fundamentos de Enfermería. Manual Moderno, 3ª edición, México, D.F. 2004. p. 30

4.2 HISTORIA DE LA ENFERMERÍA.

La Prehistoria. Se consideraba que la enfermedad estaba producida por espíritus que habitaban en la naturaleza. Utilizaban ritos mágicos para hacer que los espíritus se fuesen.

Civilizaciones antiguas. La religión tenía un papel muy importante en la salud porque los hombres de aquellos tiempos creían que la enfermedad provenía de los dioses.

La tradición de embalsamar los cadáveres hizo que los egipcios adquiriesen un gran conocimiento de la anatomía humana.

En la cultura griega se dieron cuenta de la importancia del estilo de vida, la higiene y la nutrición para conservar la salud. Las mujeres eran quienes cuidaban de los enfermos, atendían los partos, cuidaban de los niños y de los ancianos.

Edad Media. El Corán les daba una serie de normas higiénicas y dietéticas de gran importancia para conservar la salud.

Se describe la existencia de comadronas y personal de enfermería debidamente preparado en los quirófanos, ya que la cirugía era muy importante.

En el siglo XIII se crean las primeras universidades. Esto permitió que el pensamiento empezara a dar un tímido giro hacia la independencia y el rigor científico.

Las grandes epidemias de peste fueron producidas por los malos hábitos higiénicos, con los siglos fueron tomando medidas más o menos acertadas de aislamiento, higiene.

Renacimiento. En el siglo XIV en Florencia surgieron hospitales benéficos para atender y dar refugio temporal a los pobres y otros que actuaban como hospitales propiamente dichos. Había una normativa sobre el trabajo a desempeñar por parte del Enfermero Mayor y la de los enfermeros asistenciales que ha quedado descrita en diversos documentos de la época.

El siglo de oro. Se conoce como Siglo de Oro de la enfermería española al periodo comprendido entre los años 1550 y 1650.

Se produjeron tres hechos que supusieron el avance de la enfermería:

- ❖ La aparición y posterior expansión de órdenes religiosas que tenían como objetivo fundamental la asistencia a los pobres.
- ❖ La aparición de manuales escritos por enfermeros para la formación del personal de enfermería.
- ❖ El planteamiento de las funciones de enfermería de una manera nueva que contempla los cuidados, la administración, la docencia y la investigación.

No se conocían la mayoría de los agentes causales de las enfermedades, ni sus vías de transmisión, ni los periodos de incubación. Los cuidados iban encaminados a tratar solo los signos y síntomas. Se llevaba un registro escrito de las tareas diarias de enfermería. Este modelo de enfermería se extendió por Europa y América.

La ilustración. Se iba extendiendo la idea de que el hospital era para atender a los enfermos, y las funciones de asilo para pobres las habían de cubrir otro tipo de institución. Durante este periodo el papel del medico aumenta en detrimento

del de la enfermería, que pierde parte del poder de acción independiente que había tenido durante el siglo anterior.

Se producen importantes avances ya se disponía de telescopio, microscopio, termómetro, barómetro, reloj de péndulo y un primitivo estetoscopio, que hacen que se conozca mejor el funcionamiento del cuerpo humano y las causas de algunas enfermedades. Queda establecido el número de camas por enfermera a atender según el grado de gravedad del enfermo.

Segunda mitad del siglo XIX. La enfermera Caroline Hampton, utiliza por primera vez guantes quirúrgicos para proteger su piel de los efectos corrosivos del fenol. Se inventa la jeringa para poder inyectar morfina. La desestructuración de las tareas de enfermería en beneficio de las de los practicantes y las comadronas hicieron disminuir la calidad de la asistencia. Las enfermeras eran relegadas a tareas de sirvienta y tenían sueldos muy inferiores a los de los enfermeros.

Siglo XX. En España la mala situación de la enfermería se prolonga hasta los años 20, aunque en 1915 se instituyó el título de enfermera por primera vez en la historia.

En el año 1923 se crea la Escuela Nacional de Puericultura donde se podían cursar los estudios de enfermera. Con la Guerra Civil comienza una involución de la profesión y de las libertades de la mujer.

En el año 1952 se crea el título de Auxiliar Técnico Sanitario que unifica los planes de estudio de practicantes, comadronas y enfermeras por primera vez, y empieza a dar consistencia al trabajo de las enfermeras hasta llegar al año 1977

en que se crea el título de Diplomado en Enfermería que permite que las enfermeras tengan una formación universitaria.

Durante este siglo los avances tecnológicos y sociales han ido a un ritmo vertiginoso.

Con respecto a la enfermería los avances también han sido notables:

- ❖ El nuevo concepto de salud que la define como el máximo bienestar posible, resultado de la adaptación y participación activa de la persona, en la promoción y conservación de un equilibrio dinámico con si mismo y con su entorno.
- ❖ Diagnostico de enfermería que define los problemas de salud, reales o potenciales que afectan a un individuo, familia o grupo, y que pueden ser modificados por la intervención de la enfermera.
- ❖ La definición de la relación de necesidades fundamentales de orden biopsicosocial de las personas: (Respirar, beber y comer, eliminar, Moverse y mantener una buena postura, dormir y descansar, vestirse y desvestirse, mantener la temperatura dentro de los límites de la normalidad, estar limpio, confortable y proteger los tegumentos, evitar peligros, comunicarse con los demás, actuar según las creencias y valores, estar ocupado para sentirse realizado, distraerse, aprender)
- ❖ El Proceso de Atención de Enfermería, conocido popularmente por PAE, que es la herramienta de trabajo que permite la aplicación del método

científico, unifica criterios de trabajo y permite hacer estudios posteriores para evaluar la efectividad.

Este siglo ha tenido grandes enfermeras y enfermeros que con su trabajo nos han permitido llegar a los conceptos nombrados anteriormente: Virginia Henderson, Hildegard Peplau, Callista Roy, Imogene M. King.

El futuro

A lo largo de las etapas anteriores hemos visto lo que fuimos y porque hemos llegado donde estamos ahora. Hemos conocido personas que hicieron mucho por esta profesión y por mejorar las condiciones de vida de sus contemporáneos. En la actualidad los profesionales de la enfermería desempeñan sus tareas en muchos ámbitos diferentes: hospitalización, ambulatorio, domicilio, laboratorio, investigación, docencia, quirófanos, unidades de cuidados intensivos, medios de transporte medicalizados, residencias de ancianos, prisiones, unidades de medicina laboral, organizaciones humanitarias, gestión, pero a pesar de todo esto, hay que tener en cuenta otros factores que pueden provocar un retroceso.

Las condiciones del mercado laboral empeoran día tras día, y la enfermería no está excluida.

- Falta de oportunidades de encontrar trabajo al acabar la carrera.
- Sueldos que no remuneran adecuadamente la tarea realizada.
- Falta de prestigio social.
- Falta de unas especialidades lógicas y necesarias.
- Intrusismo de otros profesionales menos calificados en las tareas específicas de enfermería.
- Abusivo número de pacientes por enfermera.

Por todo esto y por muchas cosas más que se han quedado por explicar deberán luchar las enfermeras y enfermeros del futuro.

Cuando en una unidad de enfermería entra una enfermera nueva es como si se abriese una ventana y entrase aire fresco. Su ilusión y ganas de trabajar se mezclan con la experiencia de las enfermeras que hace muchos años se dedican a esta profesión tan maravillosa, y es así como se avanza. ³

³ Siles, J. Historia de la Enfermería. Ed. Aguaclara, 1ª edición. España. 1999. p.90-297

4.3 ANTECEDENTES DE LOS CUIDADOS

El cuidado es una necesidad humana esencial para el completo desarrollo, el mantenimiento de la salud y la supervivencia de los seres humanos en todas las culturas del mundo, el cual es la esencia de Enfermería. En tal sentido Leininger refiere que el cuidado es la esencia y el campo central, unificado y dominante que caracteriza a la Enfermería. De manera que para la Enfermera (o) el cuidado es un fin y la más alta dedicación al paciente.

Por otra parte la misma autora señala que el Cuidado son aquellos actos de ayuda, apoyo o facilitación a otro individuo o grupos con necesidades anticipadas o evidentes para mejorar o beneficiar una situación o forma de vida humana, por su parte Watson refiere que la prestación humana de cuidados supone valores, una voluntad, compromiso con el cuidado, conocimiento, acciones de cuidar consecuencias. De modo que, la Enfermera mediante los cuidados proporcionados demuestra una expresión de interés, de preocupación, compromiso y afecto por las personas enfermas.

Collière refiere que cuidar es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que requiere ayuda para satisfacer sus necesidades vitales, de manera temporal o definitiva. De manera que el cuidar es ante todo un acto de vida, ya que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida, permitiendo que esta se continúe y se reproduzca, de ahí que la Enfermera, realiza una serie de acciones por medio de las cuales brinda cuidados a los pacientes ayudándolos a satisfacer sus necesidades mediante: las Acciones de Cuidado y las Acciones Administrativas.

Kozier señala que las acciones de cuidado son la ejecución de las estrategias de Enfermería para alcanzar el resultado deseado de los objetivos del cliente y van a estar dadas mediante los cuidados que la Enfermera proporciona al paciente, los cuales van a depender de su estado de salud y por ende de las necesidades que manifieste.

Al respecto Riopelle refiere que moverse y mantener una buena postura es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y bien alineados permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas.

La Enfermera al proporcionar los cuidados, establece prioridad en las acciones en pacientes con limitación de los movimientos e identifica quienes requieren movimientos oportunos, previniendo así el deterioro de otras capacidades funcionales, para lo cual proporciona cuidados de Enfermería como son los masajes y el ejercicio, estimulando la circulación, mejorando la nutrición de la piel y disminuyendo el estrés. En tal sentido Kozier señala que el masaje tiene como objetivo relajar, liberar tensiones y estimular la circulación sanguínea al tejido y a los músculos, pues la fricción produce calor en la superficie cutánea. De ahí que se haga necesaria la estimulación circulatoria a los pacientes hospitalizados.

Otro de los Cuidados que la Enfermera proporciona a los pacientes hospitalizados es la higiene y el confort, manteniéndole un ambiente agradable, seguro y cómodo, además de realizarle la higiene corporal, ya que estar limpio y aseado es una necesidad del ser humano, lo que le permite tener una apariencia

cuidada y mantener la piel sana. En tal sentido Riopelle menciona que la piel tiene un papel muy importante a realizar en el organismo, ya que es la encargada de regularizar la temperatura corporal, participar en la eliminación de residuos (sudor, etc.) refleja el equilibrio electrolítico del organismo y transmite la sensación térmica, de tacto, de presión y de dolor.

De ahí que, satisfacer la necesidad de la higiene y el confort, sean fundamentales para el mantenimiento y restablecimiento de la salud de los pacientes hospitalizados, pues la piel es la primera línea de defensa contra las infecciones y las lesiones de los tejidos, además, las personas se sienten mejor cuando están frescas y limpias, por eso muchos que no han podido descansar, duermen muy bien después de un baño relajante. Kozier añade que la higiene personal es el cuidado que la gente toma sobre sí misma en consideración de su salud; es un asunto altamente individual vinculado con los valores y las prácticas personales.

Por otra parte, cabe destacar que la alimentación es otro de los componentes de los Cuidados de Enfermería, ya que es una necesidad del ser humano, la cual constituye uno de los elementos principales que viene siendo por medio de ella que se obtienen los nutrientes vitales para apoyar los mecanismos bioquímicos y fisiológicos del cuerpo humano. De ahí que, la Enfermera proporciona la alimentación a todos aquellos pacientes hospitalizados que no pueden consumirla por sí mismo, ya que para mantener o restaurar la salud el individuo debe consumir diariamente alimentos necesarios para mantener las funciones vitales del organismo. En tal sentido Riopelle comenta que beber y comer es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad

suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de los tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.

Cabe destacar que inmerso en los Cuidados que proporciona la Enfermera a los usuarios se encuentran las Acciones Psicosociales, los cuales son las medidas que esta toma para el mantenimiento el equilibrio psicológico del paciente hospitalizado tales como: Oír sus opiniones, aceptar sus sugerencias, darle respuesta a sus preguntas, respetar sus opiniones y tratarlos con amabilidad.

Entre otra de las funciones que realiza la Enfermera se encuentran las Acciones Administrativas las cuales se refieren a las actividades que realiza la Enfermera como la Planificación del Cuidado en donde la identifica las necesidades del paciente y planifica sus cuidados. De esta manera Kozier refiere que la planificación de los cuidados de Enfermería es un proceso para designar las estrategias o actuaciones de Enfermería requerida para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas del cliente identificados y validados durante la fase del diagnóstico.

Por otra parte, la misma autora menciona seis componentes en la planificación del cuidado tales como: Fijar prioridades, establecer los objetivos del cliente y los criterios de los resultados, planificar las estrategias de Enfermería, escribir las prescripciones de Enfermería, escribir el plan de cuidados y evaluar.⁴

⁴ Saunders. Cuidados de Enfermería. Mc Graw Hill-Interamericana, vol.1. México, 2000. p.81

4.4 EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como Proceso de Atención de Enfermería. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica, y sistemática.

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

Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico.

Los objetivos del proceso atención de enfermería.

El objetivo principal del proceso de enfermería es construir una estructura que puede cubrir las necesidades del paciente, la familia y la comunidad de manera individualizada.

Además de:

- ❖ Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- ❖ Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.

- ❖ Actuar para cubrir y resolver esos problemas, prevenir o contribuir en la cura de la enfermedad.

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el paciente y sobre la enfermera; profesionalmente el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y mantiene las normas de calidad; el paciente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción así como la profesionalización.⁵

Aplicación del modelo teórico de Virginia Henderson

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

Etapa de valoración

El modelo de Henderson sirve de guía en la recogida de datos, y en esta etapa de valoración se determina:

El grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las catorce necesidades.

Las causas de la dificultad en tal satisfacción.

La interrelación de unas necesidades con otras.

La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

Los datos se obtienen a través de diversas fuentes, éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción para identificar

⁵ <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>. 22 de julio de 2005

las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de salud.

La exploración física se centra en determinar la respuesta de la persona a la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista.

Puede utilizarse un instrumento de valoración basado en las catorce necesidades de Virginia Henderson, cuya pretensión es la de ayudar a la identificación de las manifestaciones de independencia y dependencia. ⁶ (Anexo No.1)

Etapa de diagnóstico

Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Tipos de diagnósticos.

- ❖ REAL. Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias, e identificables.
- ❖ ALTO RIESGO. Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar.
- ❖ POSIBLE. Son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales.

⁶ Fernández Ferrín Carmen. El Proceso de Atención de Enfermería. Ediciones científicas y técnicas. 1ª edición España. 1993., p. 9.

- ❖ DE BIENESTAR. Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.

Etapa de planificación

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo los cuidados de enfermería, que conduzcan al paciente a prevenir, reducir, o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas:

- ❖ Establecer prioridades en los cuidados.
- ❖ Planteamiento de los objetivos del paciente con resultados esperados.
- ❖ Elaboración de las actuaciones de enfermería
- ❖ Documentación y registro.

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo en cuenta que los objetivos sirven para dirigir los cuidados, identificar los resultados esperados, medir la eficacia de las actuaciones.

Las actuaciones de enfermería son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas. El paciente y los familiares deben participar siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos.

Etapa de ejecución

Es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado.

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 de enfermería dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

La ejecución es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tomados en cuenta como confirmación diagnóstica de nuevos problemas.

Etapa de evaluación

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería son la eficacia y la efectividad.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados son: aspecto general y funcionamiento del cuerpo, señales y síntomas específicos, conocimientos, capacidad psicomotora, estado emocional y situación espiritual.⁷

⁷ Op. cit. Pag 23

4.5 EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

Los elementos más importantes de su teoría son:

- ❖ La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- ❖ Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- ❖ Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen los cuidados enfermeros, esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- ❖ Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la fisiología, de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto actualización .

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

- 1º.- Respirar con normalidad.
- 2º.- Comer y beber adecuadamente.
- 3º.- Eliminar los desechos del organismo.
- 4º.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5º.- Descansar y dormir.
- 6º.- Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7º.- Mantener la temperatura corporal.
- 8º.- Mantener la higiene corporal.
- 9º.- Evitar los peligros del entorno.
- 10º.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- 11º.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
- 12º.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13º.- Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- 14º.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comparten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es

entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionadas a una falta de conocimientos.

V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer, dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

Permanentes. Edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

Variables. Estados patológicos como:

Falta aguda de oxígeno.

Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).

Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).

Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.

Estados febriles agudos debidos a toda causa.

Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.

Una enfermedad transmisible.

Estado preoperatorio.

Estado postoperatorio

Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.

Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera-paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería:

Enfermería: una enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos. La enfermera puede y debe diagnosticar, y aplicar un tratamiento cuando la situación así lo requiera.

Persona: Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad corporal, física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

Entorno: Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

Salud: La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.⁸

⁸ Tomey, A.M. Alligood, M.R. Virginia Henderson en Modelos y Teorías en Enfermería, cap.9. Ed. Harcourt.4ª edición, Bruce, España, 1999. p.99.

4.6 EL ADULTO JOVEN

Levinson creó un término descriptivo para esta etapa, que connota que el individuo joven tiene un pie dentro de la edad adulta. Se concibe como un periodo de noviciado, que demarca efectivamente su calidad de "iniciación" y se ha notado que dura unos 15 años de los 17 a los 33 años.

Si los años de la adolescencia han transcurrido favorablemente, la identidad se habrá formado. Tanto los hombres como las mujeres alcanzan la cima de su forma física durante este periodo. Nunca más estarán tan fácilmente accesibles el vigor, fuerza, resistencia, agilidad, garbo, coordinación y equilibrio para un desempeño corporal extenuante o controlado, de hecho ciertos sistemas orgánicos habrán empezado a declinar lentamente, sin embargo las señales tradicionales de envejecimiento las verán tan lejanas como la luna, muchos continuarán con prácticas excesivas de su adolescencia: guiando demasiado aprisa, no durmiendo lo suficiente, comiendo alimentos chatarra en exceso, tomando riesgos absurdos, sin embargo toda la sociedad admira, y exalta las proezas de los saltadores, corredores, nadadores jugadores de fútbol y otros ejemplos de acciones extremas de los adultos jóvenes que así fuerzan su mente y músculos.

El aspecto juvenil es también muy apreciado, así que el joven adulto parecerá estar en una edad dorada, el adulto joven necesita un sueño, un maestro y otro alguien muy especial.

Afiliación y amor son las virtudes que se requieren en esta etapa. Los jóvenes que surgen de la búsqueda adolescente de un sentimiento de identidad, pueden

estar ansiosos y dispuestos a fusionar sus identidades en la intimidad mutua y a compartirla con individuos que en el trabajo, la sexualidad y la amistad, prometen resultar complementarios. Es la etapa en que el ser humano toma las decisiones más fundamentales de la vida (estado, carrera, trabajo, etc.).

La contraparte de la intimidad es el distanciamiento: la disposición a aislarse, y si es necesario, destruir aquellas fuerzas o personas que representan un peligro para sí mismo.

Como ya se había mencionado, afiliación y amor son las virtudes que se adquieren en esta etapa: la formación de una familia es el modo más adecuado para dar cauce a estas potencialidades. La convivencia y la progresiva compenetración con el cónyuge y con los hijos hacen de la familia una verdadera escuela de amor.⁹

⁹ Dennis, L.B. *Psicología Evolutiva*, Ed. Interamericana, 1ª edición, México, 1985. p.260.

5. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

5.1 PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una persona del sexo femenino, Adriana V.A. de 31 años de edad, en la etapa de adulto joven, originaria y residente de Michoacán, quien ingresa el 6 de junio de 2005 al Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez", con diagnóstico médico de disfunción de prótesis valvular mitral e insuficiencia tricuspídea, tiene antecedentes de un Cambio Valvular Mitral por prótesis biológica en 1993.

Actualmente refiere falta de aire, no tolera el decúbito dorsal, menciona que necesita dormir con tres almohadas, y en ocasiones despierta con una sensación de ahogo, refiere fatiga al caminar pocos metros, o al realizar actividades sencillas dentro de su hogar, requiriendo el apoyo de su madre para bañarse; la mayor parte del día permanece sentada en la cama o en una silla.

Se decide realizar un proceso de atención de enfermería con ella, durante su estancia en el instituto, mientras se prepara para su cirugía y posterior a la misma.

Originaria y residente de Villamar, Michoacán, actualmente vive con sus padres, como un miembro más de la familia. Menciona que durante su infancia, presentó con frecuencia faringoamigdalitis, por lo cual a los 19 años le detectaron estenosis mitral, siendo intervenida quirúrgicamente.

Su padre padece de hipertensión arterial y diabetes mellitus, su madre es diabética y su abuela paterna sufrió un EVC.

Su familia es muy unida, tienden a ayudarse unos a otros, para resolver los problemas que afectan a la familia, tienen valores muy importantes como el amor, la solidaridad, el respeto y la honestidad

En su comunidad cuentan con un centro de salud que queda como a 15 minutos de su domicilio, el servicio es bueno pero solo hay médicos generales y no de especialidad, por lo que para consultar a un cardiólogo necesita venir a la Ciudad de México.

5.2 FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: Adriana V.A.

EDAD: 31 años de edad.

PESO: 68 Kg.

TALLA: 1.58 m.

SEXO: Femenino.

NIVEL ESCOLAR: 3er año de secundaria.

OCUPACIÓN: Realiza funciones propias del hogar.

PROCEDENCIA: Originaria de Villamar, Michoacán.

ESTADO CIVIL: Separada.

RELIGIÓN: Católica.

LUGAR DENTRO DE LA FAMILIA: Hija.

5.3 DESARROLLO DE LAS ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN, DIAGNÓSTICO, PLANEACIÓN Y EVALUACIÓN.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

VALORACIÓN DE NECESIDADES

Datos de independencia. Conciente, orientada con vía aérea permeable, nunca ha fumado. No se encontraron más datos de independencia.

Datos de dependencia. Se observa pálida con cianosis peribucal y distal. Se auscultan campos pulmonares hipoventilados, con disnea de medianos esfuerzos, la cual presenta también al hablar por periodos prolongados, no tolera el decúbito dorsal, requiere el apoyo de tres almohadas para dormirse, a pesar de esto por las noches despierta con sensación de ahogo, se cansa al bañarse, refiere dolor torácico a la inspiración profunda. Se registra hipotensión y taquicardia con los siguientes signos vitales: T/A 90/60, F.C. 110x', F.R.24x', Temperatura 36°C.

Grado de dependencia: dependiente.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

1. Patrón respiratorio ineficaz relacionado con congestión pulmonar manifestado por disnea, ortopnea, taquicardia, tos y fatiga.

2. *Deterioro en el intercambio gaseoso relacionado con disminución en el flujo sanguíneo manifestado por disnea, cianosis peribucal y distal.*

PLANEACIÓN DE CUIDADOS

OBJETIVOS

1. La persona mejorará su capacidad pulmonar para mantener una respiración profunda y espontánea.

Adriana eliminará el exceso de líquidos de su organismo, disminuyendo así la congestión pulmonar.

2. La persona logrará respirar sin tanta dificultad, mejorando así el intercambio gaseoso.

La persona se mantendrá tranquila durante la estancia en el hospital para evitar agitación y disnea.

INTERVENCIONES

Las intervenciones se llevan dentro de un ambiente de empatía con la persona la cual siempre se muestra muy cooperadora en su cuidado.

- ❖ Orientar a la persona acerca de su padecimiento, para que sepa las causas que le provocan la sensación de ahogo, de esta manera permanecerá más tranquila evitando la agitación.
- ❖ Mantener en posición semifowler para mejorar el intercambio gaseoso.
- ❖ Colocar oxígeno binasal a 3 litros por minuto, para mejorar la disnea.
- ❖ Mantenerla en reposo en cama, la mayor parte del día.

- ❖ Evitar esfuerzos que provoquen la disnea.
- ❖ Orientarla para que identifique signos y síntomas de alarma.
- ❖ Ministran medicamentos indicados por el médico como los diuréticos, los cuales disminuirán la congestión pulmonar, así mismo llevar un control de ingresos y egresos de 24 hr.
- ❖ Motivar a la persona, para que su estancia en el hospital no se le haga prolongada, mencionarle que su estado de salud mejorará casi al 100% después de su cirugía.

Después de la cirugía en el postoperatorio mediato:

- ❖ Motivarla para que realice ejercicios respiratorios lo cual aumentará la capacidad pulmonar.
- ❖ Proporcionar palmopercusión pulmonar.

EVALUACIÓN

Adriana refiere mejoría estando en posición semifowler, su respiración ha mejorado, no se ha registrado polipnea, ya no requiere del apoyo con oxígeno durante el día, pero por las noches sigue necesitando 2 almohadas para dormir.

Con el efecto del diurético presentó adecuado volumen urinario, se llevó un control de ingresos y egresos resultando con balances negativos, disminuyendo así la congestión pulmonar y mejorando la respiración espontánea.

En general los objetivos si se cumplieron, la paciente se observa más tranquila y ya no se observa disneica, puede mantener la conversación sin cansarse, aún se mantiene en reposo relativo.

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

VALORACIÓN DE NECESIDADES

Datos de independencia. La paciente tiene la fuerza para comer por sí sola, come tres veces al día, ingiere alimentos con poca grasa, frutas y verduras diario al igual que los cereales. Su piel se palpa húmeda, bien hidratada, cabello largo no graso bien implantado, sus uñas de las manos cortas sin alteraciones. Funcionamiento neuromuscular adecuado, niega esguinces o fracturas, tiene una cicatriz en tórax anterior por una toracotomía la cual cicatrizó completamente en un mes.

Datos de dependencia. Ingiere poca agua (1 litro de agua al día), no toma leche ya que le produce dolor estomacal, no come carne, y consume pollo una vez por semana. Presenta colitis con frecuencia, con sensación de plenitud y presenta meteorismo, no realiza ejercicio puesto que su padecimiento cardíaco se lo impide. Se observan encías inflamadas, con múltiples caries por lo que fue necesario la extracción de 2 piezas dentarias a los tres días de su ingreso al hospital, ahora se le dificulta comer alimentos muy duros. Pérdida de 2 Kg. de peso en 1 semana, a su ingreso pesaba 68 Kg. y actualmente pesa 66 Kg.

Grado de dependencia: dependiente

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Alteración de la nutrición por defecto, relacionado con extracción dentaria manifestado por pérdida de peso 2 Kg. en una semana, se queda con hambre, no puede comer alimentos muy duros.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS

OBJETIVO

Adriana mejorará su alimentación, sustituyendo alimentos muy duros por algunos suaves que satisfagan sus necesidades nutricionales.

INTERVENCIONES

- ❖ Vigilar que la alimentación de Adriana, no contenga alimentos muy duros como tostadas, manzanas, o peras.
- ❖ Proponer que la dieta contenga purés o frutas cocidas, la carne puede ser deshebrada o picada, el pollo bien cocido.
- ❖ Verificar que la dieta contenga las calorías que requiere Adriana de acuerdo a su peso y talla.
- ❖ Comentarle la importancia de ingesta de líquidos, en su caso tiene permitido tomar 1500ml. de agua al día.
- ❖ Vigilar cada semana el peso de Adriana para verificar que se mantenga dentro de parámetros establecidos.
- ❖ Brindar un plan de dieta de acuerdo a sus necesidades (Anexo No. 2)

EVALUACIÓN

Se observa que Adriana queda satisfecha con la dieta que se le asigna, ya no ha perdido más peso, ha tenido que comer alguna fruta o yogurt por las noches para no quedarse con hambre.

Menciona que a su egreso del hospital acudirá al dentista para que le realice una placa dentaria, y la falta de piezas dentarias no sea un problema para su alimentación.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

VALORACIÓN DE NECESIDADES

Datos de independencia. Abdomen blando depresible, movimientos peristálticos normales micciona espontáneamente, niega dolor o ardor al orinar, características de la orina macroscópicamente normales, evacua diario por las mañanas, sin evidencia de hemorroides su periodo menstrual tiene una duración de 3-4 días cada mes.

Datos de dependencia. Refiere estreñirse con frecuencia, las heces son duras, evacúa con dolor, por lo que en ocasiones tiene que tomar algún laxante, toma poco agua, 1 litro o litro y medio al día. Presenta cólicos premenstruales, no incapacitantes.

Grado de dependencia: dependiente.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA .

Estreñimiento relacionado con el consumo de alimentos ricos en carbohidratos y la baja ingesta de líquidos, y el reposo prolongado manifestado por disminución en la frecuencia de las evacuaciones y heces duras.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS

OBJETIVOS

La persona comprenderá la importancia de la ingesta de líquidos para evitar el estreñimiento.

La persona modificará su estilo alimenticio para evitar la producción de heces duras

INTERVENCIONES

- ❖ Mencionarle a la persona que es muy importante la ingesta de agua en su caso de 1000ml a 1500ml. al día.
- ❖ Orientarla para que se movilice fuera de cama y deambule un poco, de esta manera mejorará la actividad intestinal.
- ❖ Instruirla para que elija consumir alimentos ricos en fibra y cereales los cuales le ayudarán en la eliminación intestinal.
- ❖ Motivarla para que consuma frutas y verduras todos los días ya que el consumo de fibra mejora la eliminación intestinal.

EVALUACIÓN

Adriana comenzó a ingerir 1.5 litros de agua, además de iniciar la deambulaci3n, menciona que ya no se agita, est3 evacuando una vez al d3a y las heces son de caracter3sticas normales, ya no se ha estreñido durante su estancia en el hospital, no ha requerido del consumo de laxantes, 3nicamente con la dieta que es rica en fibra.

NECESIDAD DE TERMORREGULACI3N

VALORACI3N DE NECESIDADES

Datos de independencia. Es originaria de Michoac3n, donde regularmente el calor es extremo, as3 que al llegar a la Ciudad de M3xico y encontrarse con altas temperaturas no le caus3 mayor problema, siempre tiene la disponibilidad para adaptarse a los diferentes climas aunque menciona que le agrada m3s el fro que el calor, su piel es de color morena, sin evidencia de manchas, granos o alguna otra alteraci3n, se observa que presenta transpiraci3n, por ahora no realiza ejercicio, menciona que se bañan por la noche, por que "en el d3a se alborota m3s el calor."

Datos de dependencia. No se encontraron datos de dependencia.

Grado de dependencia: independiente.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

VALORACIÓN DE NECESIDADES

Datos de independencia. Adriana, se encuentra conciente, orientada, tranquila, se levanta a las 7:30 am, almuerza, realiza quehaceres sencillos como barrer o lavar trastes (cuando su enfermedad se lo permite), en sus tiempos libres se dedica a coser a máquina o bordar, procura tomar 2 periodos de descanso durante el día, ya sea sentada o semi acostada, niega presencia de temblores en las manos

Datos de dependencia. Refiere que cuando cose o teje por periodos prolongados se cansa demasiado y refiere dolor lumbar, además siente que por su padecimiento su fuerza muscular ha disminuído, aunque toma libres posturas, para realizar alguna otra actividad como bañarse requiere de la ayuda de su madre, en algunas ocasiones ha requerido este apoyo para deambular, refiere dolor en el tórax y seno izquierdo cuando realiza actividades que requieren mayor esfuerzo.

Grado de dependencia: dependiente.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Deterioro de la movilidad física en general relacionada con disminución en la fuerza muscular, manifestado por dolor lumbar, torácico, cansancio y fatiga.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS

OBJETIVO

Adriana logrará realizar actividades de acuerdo a su capacidad física, evitando la aparición de síntomas secundarios a su padecimiento.

INTERVENCIONES

- ❖ Orientarla para que realice otro tipo de actividades que no la condicionen a permanecer en una sola posición.
- ❖ Iniciar la deambulaci3n acompañándola cuando sea necesario o sea posible. (Anexo No.3)
- ❖ Hacerla participe de actividades recreativas por periodos cortos, como por ejemplo la lectura, escuchar música, ver programas de televisi3n de interés personal.
- ❖ Animarla para que realice alguna actividad que satisfaga sus gustos, como es el bordado, puede hacerlo durante una hora al día aunque llevará periodos de descanso, por ejemplo 15 minutos de descanso entre cada hora de actividades.

EVALUACIÓN

Adriana inició la deambulaci3n, elige la postura que prefiere cuando está en la cama, y además descansa sentada en el reposet durante las tardes, el dolor lumbar casi ha desaparecido, tomó por opci3n leer, y en algunas ocasiones se entretiene con programas de la televisi3n.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

VALORACIÓN DE NECESIDADES

Datos de independencia. Adriana se encuentra conciente, orientada, tranquila, coherente en su conversación, se mantiene atenta durante la plática, no hay apatía de su parte, y no se observan bostezos, con buena respuesta a estímulos externos. Toma 2 periodos de descanso uno al medio día y otro por la tarde. Duerme por las noches, 8 horas de 22:00 a 7:00 am, tomando una siesta por la tarde de una o dos horas,

Datos de dependencia. Tiene insomnio, ya que por las noches presenta ortopnea, y despierta con sensación de ahogo, menciona que al levantarse no siente que haya descansado, y esto se refleja porque se observa con ojeras, además menciona que presenta cefalea frecuente

Grado de dependencia: dependiente

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Alteración del patrón del sueño relacionado a la intolerancia al decúbito dorsal, manifestado por fatiga, adinamia, presencia de ojeras, fascies de cansancio además de presentar insomnio, ya que se despierta cada hora o 2 horas con sensación de ahogo (ortopnea).

PLANEACIÓN DE CUIDADOS

OBJETIVOS

Adriana identificará las causas que le prohíben conciliar el sueño.

Elegirá alternativas que satisfagan esta necesidad, y le permitan sentirse descansada.

INTERVENCIONES

- ❖ Mencionarle a la persona las causas que le impiden tomar una posición adecuada para conciliar el sueño.
- ❖ Proporcionarle 2 almohadas para que pueda dormir sin disnea.
- ❖ Colocarla en posición semifowler cuando vaya a conciliar el sueño.
- ❖ Brindarle seguridad durante la noche, para que duerma tranquila.
- ❖ Si es necesario, colocar oxígeno binasal para evitar la ortopnea.
- ❖ Sugerir que tome una siesta durante la tarde cuando se vea que no descansa por la noche.

EVALUACIÓN.

Cuando ingresó Adriana al hospital, necesitaba dormir con tres almohadas, pero ahora la congestión pulmonar ha disminuido y ya puede dormir con una almohada además de que ya no presenta ortopnea.

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

VALORACIÓN DE NECESIDADES

Datos de independencia. Elige y se viste con ropa adecuada para su edad. Su religión no le impone vestirse de alguna manera en especial.

Datos de dependencia. Debido a su padecimiento, en ocasiones requiere el apoyo de su madre para vestirse y para que le elija su ropa, pues menciona que su fuerza muscular ha disminuido y a veces no tiene el ánimo para arreglarse.

Grado de dependencia: dependiente

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Déficit de autocuidado en el vestido, relacionado con disminución en su fuerza muscular, manifestado por descuido en su arreglo persona y por requerir del apoyo de otra persona para vestirse.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS

OBJETIVO

La persona adquirirá la habilidad para vestirse sin el apoyo de otra persona.

INTERVENCIONES

- ❖ Proporcionar ropa limpia y adecuada para su talla todos los días.
- ❖ Auxiliarla para que pueda cambiarse de ropa.
- ❖ Enseñarla a cambiarse de una forma rápida y segura que no requiera de mucho esfuerzo físico.
- ❖ Brindar pijamas de colores diferentes, para no verse igual todos los días.
- ❖ Sugerir que utilice algún accesorio personal en su ropa que la identifique y la haga sentir bien.

EVALUACIÓN

Adriana comenzó a cambiarse con mucha seguridad, y sin agitarse demasiado, al principio se le auxiliaba, pero ahora realiza este procedimiento ella sola.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

VALORACIÓN DE NECESIDADES

Datos de independencia. Adriana se observa limpia bien aliñada, no desprende mal olor, ni se percibe halitosis, se baña todos los días, de preferencia lo hace por las noches, menciona que por el día se siente más calor y se alborota más con el baño. Se cepilla los dientes tres veces al día, se lava las manos antes de comer y después de ir al baño. Su cabello es largo, se observa limpio sin evidencia de caspa ni pediculosis.

Datos de dependencia. En algunas ocasiones ha requerido de la ayuda de su madre para bañarse, porque se cansa mucho, y se agita. A pesar de lavarse los dientes con la frecuencia adecuada, se observan con sarro y múltiples caries, (hubo necesidad de extraer 2 piezas dentarias), menciona que cuando deja su cabello húmedo por periodos prolongados le da comezón y le salen granos en la cabeza.

Grado de dependencia: dependiente

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Déficit de autocuidado en el baño, relacionado con su fuerza muscular disminuida manifestado por descuido en su higiene personal y requerir el apoyo de otra persona para bañarse.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS

OBJETIVO

La persona mejorará su capacidad física y logrará bañarse ella sola.

INTERVENCIONES

- ❖ Apoyar cuando sea necesario, a la persona durante el baño.
- ❖ Brindar seguridad suficiente para que la persona se bañe en tina o en regadera.
- ❖ Auxiliar a la persona para que se bañe en la regadera sentada en una silla, utilizando tapetes antiderrapantes.
- ❖ Animar a la persona para que realice esta actividad ella sola.

- ❖ Medir la capacidad física de la persona para valorar que tipo de actividades puede realizar sin que se agite.

EVALUACIÓN

Adriana pudo realizar esta actividad ella sola, al final de 2 semanas, ahora se baña en la regadera sentada en una silla. Adquirió la seguridad al ya no sentirse agitada. Su capacidad física estaba limitada por la disnea, pero ahora que ha disminuido la congestión pulmonar, ya puede realizar varias actividades.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

VALORACIÓN DE NECESIDADES

Datos de independencia. Su familia está compuesta por sus padres, 2 hermanos, una cuñada, una sobrina de 2 años, y su abuelita paterna. Ante una situación de urgencia responde de manera tranquila, para tratar de solucionar el problema. Conoce medidas de prevención de accidentes dentro de su hogar. Acude a sus consultas con el médico cuando están programadas. Su casa es de adobe, cuenta con tres habitaciones, cocina y baño, con deficiente iluminación y ventilación.

Datos de dependencia. Le preocupa la enfermedad de sus padres, son diabéticos.

Grado de dependencia: independiente.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

VALORACIÓN DE NECESIDADES

Datos de independencia. Vivió en unión libre durante 2 años ahora está separada de su pareja, manifiesta sentirse preocupada por la situación económica en la que se encuentran y no contar con el dinero suficiente para su cirugía, pero siempre lo comenta con sus padres y ellos la tranquilizan, sus hermanos apoyan en la economía familiar. Cuando se siente mal o decaída por su enfermedad avisa a sus padres, y ellos la acompañan al médico, siempre esta acompañada por su madre y regularmente la visita una amiga. No tiene problemas auditivos ni visuales.

Datos de dependencia. Es un poco callada, reservada, cuando no conoce a la gente es tímida pero cuando adquiere confianza, surge una relación de empatía.

Grado de dependencia: independiente.

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

VALORACIÓN DE NECESIDADES

Datos de independencia. Su religión es católica, dentro de su familia los principales valores son: el respeto, la honradez, la solidaridad, la honestidad y el amor, y para ella el principal valor es la honestidad, tiene congruencia en su forma de pensar con respecto a su forma de vivir, ya que piensa las cosas antes

de hacerlas para no arrepentirse después. Su religión no le prohíbe vestirse de la forma que ella elija. Se observa que tiene siempre junto a ella un libro de oraciones, el cual lee en sus tiempos libres.

Datos de dependencia. No se encontraron datos de dependencia.

Grado de dependencia: independiente.

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

VALORACIÓN DE NECESIDADES

Datos de independencia. Actualmente no trabaja, llegó a trabajar en una fábrica de ropa, con el sueldo mínimo el cual no le permitía cubrir sus necesidades básicas. Ahora borda artículos como servilletas, cojines, rebozos que no logra vender porque la gente no valora el trabajo, y paga muy poco por estos artículos. Colabora con los quehaceres del hogar, le gusta que su casa siempre esté limpia.

Datos de dependencia. No trabaja porque cuando realiza alguna actividad que requiera de mediano esfuerzo se agita y le falta el aire, tiene que depender económicamente de sus padres y esto no le gusta porque su papá es campesino y gana muy poco, además tienen que gastar en medicamentos tanto de ellos como de Adriana, y esto la mantiene preocupada, porque además no puede contribuir con dinero.

Grado de dependencia: dependiente.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Alteración en el desempeño del rol, relacionado con fatiga al esfuerzo, manifestada por angustia y preocupación por no poder cubrir sus necesidades económicas.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS

OBJETIVO

La persona mantendrá un ambiente de tranquilidad, y aceptará la ayuda económica e incondicional que le brindan sus padres.

INTERVENCIONES

- ❖ Fortalecer la seguridad en la persona.
- ❖ Motivarla para que no sienta que no contribuye en nada dentro de su familia.
- ❖ Animarla para que continúe tejiendo y haciendo artículos, pequeños que posteriormente pueda vender a precios más accesibles.
- ❖ Mencionarle que por ahora sus padres la están ayudando en todo lo que ella necesita, pero que después ella podrá devolverles esta ayuda no solo con dinero sino con cariño y respeto.
- ❖ Apoyarla para que no se mantenga preocupada por el dinero, y piense en otras cosas, manteniéndola dentro de un ambiente tranquilo.

- ❖ Referir a sus padres a trabajo social para que les brinden algún apoyo económico si es posible.

EVALUACIÓN

Adriana está más tranquila por que se les consiguió un apoyo económico, por parte de trabajo social. Comenta que seguirá tejiendo cuando pueda hacerlo para ayudarse a si misma y a sus padres, se ve entusiasmada.

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

VALORACIÓN DE NECESIDADES

Datos de independencia. Sistema neuromuscular, íntegro bien constituido, pero con disminución de la fuerza. Por su estado de ánimo se observa que es muy participativa, actualmente no realiza ninguna actividad recreativa, en lo único que se mantiene activa es en el tejido y el bordado, con lo que se siente satisfecha.

Datos de dependencia. En su comunidad no hay programas que promuevan las actividades recreativas, no tienen ningún tipo de apoyo. Además su padecimiento cardiaco la limita mucho en las actividades físicas en ocasiones ha perdido el interés por realizar alguna actividad recreativa.

Grado de dependencia: dependiente

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Déficit de actividades recreativas, relacionada con disminución en su fuerza muscular y falta de interés manifestada por intolerancia a la actividad física, fatiga, disnea y apatía.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS

OBJETIVO

Lograr que Adriana se incorpore a las actividades recreativas propias de su edad y que satisfagan sus expectativas

INTERVENCIONES

- ❖ Sugerir a la persona que se integre a algún grupo de cocina donde pueda aprender a elaborar postres, baratos y sencillos que luego pueda vender, y recibir ingresos económicos.
- ❖ Animar a la persona para que realice algunos objetos con fomi, de esta manera podrá ir desarrollando capacidades físicas que tal vez ella no conocía.
- ❖ Mencionarle a la persona que puede ir realizando diferentes actividades, como manualidades, ella elegirá e identificará que le gusta más hacer, que cosas se le dificultan menos, en que cosas se mantiene más entretenida y con cuales se siente más satisfecha.
- ❖ No olvidar seguir tejiendo, ya que es una actividad que su madre le enseñó y que se nota que desarrolla muy bien y que le causa satisfacción.

EVALUACIÓN

La persona escucha atenta las opciones que se le dan, se muestra entusiasta, pero por ahora no sabe que elegir.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

VALORACIÓN DE NECESIDADES

Datos de independencia. Adecuado funcionamiento del sistema nervioso, órganos de los sentidos funcionales. Estudió hasta tercer año de secundaria, nunca tuvo problemas de aprendizaje, ni tampoco limitaciones cognoscitivas. Le gusta más leer que escribir. Dentro de su comunidad no hay programas que promuevan el nivel académico. Al enterarse de su enfermedad nunca tuvo interés por investigar a cerca de ella.

Datos de dependencia. No se encontraron datos de dependencia

Grado de dependencia: independiente

6. CONCLUSIONES

El arte de la enfermería en el cuidado de los pacientes, ha mejorado mucho en la actualidad, por lo que el profesional de enfermería está obligado a proporcionar cuidados de salud al individuo sano o enfermo, de tal manera que las enfermeras han ido asumiendo funciones que las comprometan con la responsabilidad de ofrecer la mejor atención posible al individuo y a su comunidad.

Los cambios recientes que se están dando con la profesionalización, obligan a que la formación de la enfermera sea rigurosa, con el fin de mantenerse al día y seamos capaces de enfrentar los problemas de adaptación de la vida moderna.

Se espera que la sociedad actual respete a la enfermera como tal, y así mismo que las enfermeras respondan y actúen con responsabilidad, como unas excelentes cuidadoras en el campo de la salud, basándose en un razonamiento lógico.

La práctica de la enfermera en la actualidad va enfocada en un nuevo planteamiento a través de teorías y modelos basados en la investigación.

Mediante el Proceso de Atención de Enfermería pude ir desarrollando habilidades para detectar factores de riesgo, identificando oportunamente datos de valoración, además de detectar necesidades de dependencia, realizando diagnósticos de enfermería, planteando un objetivo y dando cuidados a esos problemas detectados mediante las intervenciones de enfermería para,

posteriormente evaluar los resultados de esas intervenciones y poder llevar a la persona a la independencia.

Además quisiera mencionar que el utilizar el modelo de Virginia Henderson para realizar este Proceso de Enfermería es algo nuevo para mí, ya que nunca lo había desarrollado, me parece muy bueno, ir detectando las necesidades de las personas sanas o enfermas, mediante este instrumento de valoración que ella sugiere, es un poco complicado, pero al final resulta novedoso y muy práctico, y nos ayuda para llevar a la persona poco a poco a su independencia.

Por otro lado quiero mencionar que la etapa de ejecución no se desarrolló dentro del trabajo porque se quiso hacer hincapié de esta fase dentro de las conclusiones de manera general para las catorce necesidades de Virginia Henderson, dando así una atención oportuna a las necesidades de la persona que se menciona dentro del trabajo; esta etapa se desarrolló dentro de un ambiente de empatía; cabe mencionar que Adriana fue una persona un tanto reservada al inicio de la valoración y que durante el desarrollo del proceso se observaba ya un interés mutuo, entre la persona y la enfermera, se percibió más sociable y alegre, hasta compartía experiencias de vida con otra compañera de habitación, queda la satisfacción de haber podido colaborar mucho más de cerca con una persona que necesitaba ser escuchada, y respetada para sentirse útil, e independiente.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Dennis, L.B. Psicología Evolutiva. Ed. Interamericana, México. 1985
2. Fernández, Ferrín Carmen. El Proceso de Atención de Enfermería. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Barcelona. 1993
3. <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>
4. Janet W. Griffith, Paula J. Chistensen. Proceso Atención de Enfermería, aplicación de teorías, guías y modelos. Ed. Manual Moderno. México D.F. 1993
5. La Mónica E.L. Dirección y administración en Enfermería. Un enfoque práctico. Ed. Mosby/Doyma Libros. España. 1994
6. NANDA, Diagnósticos de Enfermería: Definición y clasificación 2003-2004, NANDA, Internacional, Ed. Elsevier. Madrid, España, 2003
7. Rosales Barrera Susana. Fundamentos de Enfermería, Ed. Manual Moderno. México, D.F. 2004
8. Sanders, Cuidados de Enfermería. Ed. Mc Graw- Hill Interamericana. México, 2000
9. Siles. J. Historia de la Enfermería, Ed. Aguaclara. España, 1999

10. Tapich B. J., Iyer P.W D. Bernochi-Losey, Diagnóstico de Enfermería y Planeación de cuidados. Ed. Interamericana Mc Graw-Hill. México. 1992
11. Tomey A. M. Alligood M. R. Virginia Henderson en Modelos y Teorías en Enfermería, Ed. Harcourt. Bruce España. 1999.
12. Wolf. Fundamentos de Enfermería. Ed. Harla, México. 1992

8. ANEXOS

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

(Anexo No. 1)

Nombre: Adriana V. A. Edad: 31 años Peso: 68 Kg. Talla: 1.59 m.
Fecha de nacimiento: 24-11-1974 Sexo: femenino Ocupación: hogar
Escolaridad: 3º secundaria Fecha de admisión: 6-06-05 Hora: 12:00 hr.
Procedencia: Michoacán Fuente de información: directa por interrogatorio
Fiabilidad: (1-4): 2 Miembro de la familia/ persona significativa: su padre el Sr. Emilio Salvador V.

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Oxigenación, nutrición e hidratación, Eliminación y termorregulación.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Subjetivo:

Disnea debido a: congestión pulmonar, valvulopatía cardiaca Tos productiva /seca: presenta tos seca y es frecuente Dolor asociado con la respiración: presenta dolor torácico cuando respira profundo Fumador: no Desde cuando fuma/ cuántos cigarros al día/ varía la cantidad según su estado emocional: nunca ha fumado

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: T/A 90/60, F.C. 110Xx', F.R 24x', Temperatura 36.5°C'. La paciente se encuentra ligeramente hipotensa y taquicárdica, afebril.

Tos productiva /seca: durante la entrevista presenta periodos de tos seca Estado de conciencia: conciente, orientada, alerta, tranquila

Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: presenta palidez facial, y además se observa cianosis distal y peribucal Circulación del retorno venoso: con cianosis ungueal, y llenado capilar de 3 segundos

Otros: no

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): menciona no comer carnes rojas, ingiere alimentos con poca grasa, come pollo una vez a la semana, cereal diario, al igual que frutas y verduras Número de comidas diarias: come tres veces al día pero en ocasiones ya no acepta la cena por que le produce malestar estomacal Trastornos digestivos: refiere dolor estomacal cuando toma leche, presenta colitis, en ocasiones se siente muy llena, satisfecha, o con muchos gases. Intolerancia alimentaria / Alergias: no ha presentado alergias Problemas de la masticación y deglución: durante este internamiento le realizaron extracción de 2 piezas dentarias por lo que fue necesario modificar su dieta Patrón de ejercicio: últimamente ya no realiza ejercicio ya que se fatiga con rapidez, anteriormente practicaba la caminata

Objetivo:

Turgencia de la piel: se palpa la piel tibia bien hidratada, ligera resequeadad en la planta de los pies Membranas mucosas hidratadas/ secas: mucosas orales semihidratadas Características de uñas/cabello: uñas cortas, reseacas con presencia de micosis en las uñas de los

pies la coloración de las uñas está oscurecido, cabello largo bien implantado, limpio no grasoso, sin evidencia de pediculosis ni caspa.

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: adecuado funcionamiento neuromuscular, niega esguinces o fracturas de la infancia.

Aspecto de los dientes y encías: se observa deficiencia en el cepillado, mala técnica, presencia de sarro y caries, encías inflamadas, hay un espacio entre cada diente por lo que fue necesaria la extracción de 2 piezas dentarias

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: presenta una cicatriz de 3 cm. de largo en La muñeca derecha menciona haberse cortado con un fierro, también presenta una cicatriz en tórax anterior y longitudinal y fue producto de la cirugía de corazón hace 12 años, menciona que cicatrizó en un mes

Otros: no

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Subjetivo:

Hábitos intestinales: evacúa de 1 a 2 veces al día características de las heces/orina/ la orina es clara, pero las heces en ocasiones son muy duras, refiere estreñimiento ocasional

menstruación: se le presenta cada 30 días con duración de 3-4 días Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: preguntados y negados.

Uso de laxantes: cuando es necesario utiliza laxantes suaves como el agiolax Hemorroides: no presenta ninguna lesión

Dolor al defecar/menstruar/orinar: únicamente refiere cólicos premenstruales, y el estreñimiento ocasional cuando ingiere poco agua. Como influyen las emociones en sus patrones de

eliminación: cuando se siente muy mal por su misma patología (valvulopatía) toma poco agua y esto hace que se estriña

Objetivo:

Abdomen, características: se palpa abdomen blando, depresible con peristalsis presente, sin dolor a la palpación, no visceromegalia ni hepatomegalia Ruidos intestinales: presentes y adecuados para la función de eliminación Palpación de la vejiga urinaria: se palpa sin ninguna patología no hay globo vesical, no refiere dolor a la palpación

Otros: _____

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: se adapta fácilmente ya que menciona que en Michoacán hace más calor que aquí por lo que puede tolerar estos días tan calurosos en la Ciudad de México Ejercicio, tipo y frecuencia: por el momento no realiza ninguna actividad ya que se agita muy rápido Temperatura ambiental que le es agradable: le gusta más el frío que el calor, ya que con el frío puede cubrirse y el calor no se tolera fácilmente.

Objetivo:

Características de la piel: piel morena clara, bien humectada, sin evidencia de manchas ni verrugas u otras alteraciones transpiración: sí, por lo que requiere uso de desodorante.

Condiciones del entorno físico: en su pueblo hace mucho calor y su casa tiene poca ventilación

Otros: se bañan por la noche para poder soportar el calor del día

2.- NECESIDADES BÁSICAS 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: se levanta a las 7:30 am, almuerza, realiza quehaceres sencillos cuando su salud se lo permite, como es barrer o lavar los trastes Actividades en el tiempo

libre: le gusta coser a máquina pero se cansa mucho de la espalda

Hábitos de descanso: después del aseo de su casa le gusta descansar se sienta en su cama o en una silla por periodos de dos horas dos o tres veces al día. Hábitos de trabajo: ahora no

trabaja, por su problema de salud se siente muy limitada ya que se cansa y se agita con facilidad presentando falta de aire.

Objetivo:

Estado del sistema músculoesquelético, fuerza: siente que sus fuerzas han disminuido bastante con respecto a meses pasados.

Capacidad muscular, tono/resistencia/flexibilidad: su capacidad y tono muscular se han visto también afectados.

Posturas: toma libre postura, aunque no tolera estar acostada y prefiere

Necesidad de ayuda para la deambulaci3n: si requiere del apoyo de alg3n familiar ya que 3ltimamente su salud se ha deteriorado m3s necesitando la ayuda de su madre Dolor con el

movimiento: si, presenta dolor en el pecho y en el seno izquierdo cuando realiza alguna actividad que requiera esfuerzo, como al bañarse

Presencia de temblores: no Estado de conciencia: alerta

Estado emocional: se observa un poco decaída por su estado de salud, pero est3 tranquila por que sabe que estando en el hospital mejorará su salud

Otros: _____

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo:

Horario de descanso: descansa al mediodía y por la tarde Horario de sueño: por las noches de las 21:00- 6:00 am

Horas de descanso: 4 horas durante el día Horas de sueño: duerme 9 horas
Siesta: durante la tarde s e duerme 2 horas Ayudas: no requiere medicamentos
Insomnio: sí, por la noche se despierta siente que se ahoga, necesita dormir con 3
almohadas Debido a: presenta disnea y ortopnea Descansado al levantarse: en
algunas ocasiones se despierta con la sensación de no haber descansado.

Objetivo:

Estado mental, ansiedad / estrés / lenguaje: conciente, orientada, tranquila, coherente en sus
respuestas, refiere tranquilidad al estar en el hospital la atenderán en el momento que lo
necesite

Ojeras: si se observan Atención: pone adecuada atención en la conversación

Bostezos: no presenta durante la entrevista Concentración: se mantiene concentrada

Apatía: no, se percibe atenta, se crea un ambiente muy cordial

Cefaleas: por el momento no refiere, pero menciona que si ha llegado ha presentar dolor de
cabeza con frecuencia

Respuesta a estímulos: adecuada respuesta a estímulos verbales, externos y dolorosos.

Otros: _____

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: sí, ya que por su estado de
salud actual, nada le motiva a arreglarse para verse bien.

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: sí, por el momento no le importa
ponerse cualquier ropa

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: no, ella es católica y puede
vestirse como ella decida

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: regularmente, su madre es quien elige que ropa se pondrá diariamente después del baño

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: sí, le gusta vestirse con ropa actual (por ahora viste pijama del hospital)

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: está disminuida, pero logra desvestirse y vestirse ella sola

Vestido incompleto: no, diario se baña y se cambia de ropa Sucio e inadecuado: por ahora no se pueden valorar ya que dentro del hospital se le brinda una pijama limpia por las mañanas antes del baño

Otros: diario se observa limpia, bien peinada y arreglada, se baña en cuanto se le indica

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Subjetivo:

Frecuencia del baño: se baña diariamente tanto en su casa como en el hospital

Momento preferido para el baño: prefiere bañarse por la noche porque de día hace más calor y con el baño lo siente aún más

Cuántas veces se lava los dientes al día: 3 veces al día

Aseo de manos antes y después de comer: sí, lo realiza Después de eliminar: también se lava las manos

Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: no, ninguna creencia la limita, en cuanto a su higiene

Objetivo:

Aspecto general: limpia, bien aliñada, con adecuado arreglo personal

Olor corporal: huele a limpia Halitosis: no se percibe

Estado del cuero cabelludo: bien implantado, no se observa grasoso, no hay presencia de caspa

Lesiones dérmicas Tipo: cuando se deja húmedo el cabello le causa comezón y le salen granos

Otros: presenta una cicatriz media longitudinal en tórax anterior de aproximadamente 30 cm. ya bien cicatrizada de 12 años de antigüedad

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Subjetivo:

Que miembros componen la familia de pertenencia: su madre, su padre, 2 hermanos, un o de ellos casado, su esposa vive con ellos, tienen una niña de 2 años de edad, también su abuelita vive con ellos.

Como reacciona ante situación de urgencia: la acepta porque piensa que con la atención médica que reciba mejorará su estado de salud

Conoce las medidas de prevención de accidentes.

Hogar: conoce los peligros propios del hogar como no dejar la estufa encendida, no dejar cuchillos cerca de los niños, ni agua caliente

Trabajo: desconoce los peligros dentro de un centro de trabajo

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: antes de los 19 años no, pero después de su operación acudía con regularidad a sus consultas con el cardiólogo

Familiares: su padre y su madre son diabéticos por lo que acuden cada 15 días a consultar su glucosa

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: trata de estar tranquila, pero se siente preocupada por la falta de dinero para las consultas médicas, teniendo que aplazarlas en algunas ocasiones, ya que desde los 19 años acude al INC, durante los primeros años posteriores a su cirugía cada tres meses, luego cada 6 meses y después cada año. Además de que su padre sólo es campesino y gana poco dinero

Objetivo:

Deformidades congénitas: no se observa ninguna

Condiciones del ambiente en su hogar: su casa es prestada, de material de adobe, cuenta con tres habitaciones, aparte la cocina, su baño no tiene regadera, con deficiente iluminación y ventilación (mencionado por la paciente) no refiere peligros dentro de su hogar

Trabajo: por el momento no trabaja

Otros: se percibe una persona segura, que realiza sus actividades cuidando de no correr riesgos que afecten su integridad

3.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

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

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Subjetivo:

Estado civil: separada Años de relación: 2 años Viven con: vivió en unión libre con un muchacho de su comunidad

Preocupaciones / estrés: se preocupa por el dinero para su cirugía actual

Familiar: sus padres no cuentan con mucho dinero, son campesinos

Otras personas que pueden ayuda: sus hermanos pero también trabajan en el campo.

Rol en estructura familiar: es la hija mayor dentro de su familia, constituida por sus padres y hermanos

Comunica problemas debidos a la enfermedad / estado: sí, avisa cuando se siente mal para que la acompañen al médico.

Cuanto tiempo pasa sola: siempre está acompañada por alguno de sus familiares.

Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: ocasionalmente la visita una amiga puesto que no cuenta con más amistades, no la visitan más familiares ni vecinos.

Objetivo:

Habla claro: sí, se expresa de manera adecuada Confuso: no se percibe en ningún momento de la entrevista Dificultad. Visión: no tiene ninguna dificultad en cuanto a la visión sólo cuando lee por tiempos muy prolongados se le cansa su vista Audición: se mantiene atenta en el momento de la conversación

Comunicación verbal / no verbal /con la familia / con otras personas significativas: es callada un tanto reservada, en ocasiones se limita sólo a responder lo que se le pregunta.

Otros: _____

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Subjetivo:

Creencia religiosa: es católica

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: no, al contrario se apoya en su religión para pedirle a Dios por su salud

Principales valores en la familia: honestidad, amor, compañerismo, lealtad

Principales valores personales: honestidad y amor a sus padres

Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: sí, siempre piensa las cosas antes de hacerlas para no equivocarse.

Objetivo:

Hábitos específicos de vestido. (Grupo social religioso): se viste de acuerdo a sus gustos, su religión no le prohíbe vestirse de alguna forma que ella no elija.

Permite el contacto físico: sí, se ha creado un ambiente de empatía

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias. tiene un pequeño libro de oraciones el cual siempre está leyendo, tiene mucha fe en Dios y en los Santos.

Otros: _____

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:

Trabaja actualmente: no Tipo de trabajo: por su padecimiento del corazón no puede desempeñar ningún trabajo pesado, por lo que ahora no trabaja

Riesgos: ----- Cuánto tiempo le dedica al trabajo: -----

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

Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega: no, porque ella quisiera contribuir por lo menos con los quehaceres del hogar, para que su madre no trabaje tanto

Objetivo:

Estado emocional./calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/ eufórico: conciente, orientada, tranquila, cooperadora y entusiasta, durante la entrevista, manifiesta tener la tranquilidad que su cirugía saldrá bien y pronto regresará a su casa.

Otros: Adriana manifiesta, que en sus tiempos libres le gusta tejer con estambre o coser servilletas

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: le gusta leer y en ocasiones teje, o borda servilletas, estas actividades le causan satisfacción

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: cuando se siente muy cansada o fatigada, abandona estas actividades, teniendo que permanecer en reposo en su cama.

Recursos en su comunidad para la recreación: los recursos dentro de su comunidad son muy limitados por lo que no cuentan con talleres para la recreación

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: no, ya que no existe ningún programa de apoyo, ni alguna organización donde pueda participar

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: íntegro, bien constituido, no se observa ninguna alteración a nivel del sistema muscular u óseo, niega fracturas o esguinces

Rechazo a las actividades recreativas: no, no las rechaza, se interesa por realizar cosas nuevas, tiene buena disponibilidad,

Estado de ánimo apático/aburrido/participativo: se muestra participativa, muy cooperadora, realizando siempre

lo que se le pide que haga para su bienestar físico.

Otros: _____

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

Nivel de educación: estudió hasta tercer año de secundaria Problemas de aprendizaje: no, ninguno

Limitaciones cognitivas: no tipo: _____

Preferencias. Leer/escribir: le gusta mucho leer, pero por tiempos prolongados se le cansa la vista

Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: dentro de su comunidad existen una primaria y una secundaria, y no hay ningún otro tipo de apoyo para seguir estudiando

Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo: no hay programas de apoyo

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: no tuvo ningún interés

Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: adecuado funcionamiento del sistema nervioso. Órganos de los sentidos: vista, oído, gusto, olfato y tacto sin ninguna alteración que logre ser percibida.

Estado emocional ansiedad, dolor: tranquila, aunque cuando respira muy profundo refiere dolor torácico.

Memoria reciente: adecuada Memoria remota: adecuada otras manifestaciones: no

PLAN DE DIETA

(Anexo No. 2)

Se recomienda que Adriana consuma una dieta rica en fibra y sin vegetales verdes, ya que le fue colocada una válvula mitral mecánica, de tal manera que requiere uso de anticoagulante vía oral y los vegetales verdes interfieren en los factores de la coagulación por su alto contenido en vitamina K.

El plan de dieta que se proporciona es el siguiente:

DESAYUNO:

- 2 Huevos cocidos con poca grasa.
- $\frac{1}{2}$ taza de arroz cocido.
- 1 vaso de jugo de naranja.
- $\frac{1}{2}$ taza de café con leche (opcional)
- $\frac{1}{2}$ taza de fruta a elegir (naranja, fresas, pera, melón, papaya)

Opcional:

$\frac{3}{4}$ taza de cereal
 $\frac{1}{2}$ taza de verduras como coliflor, flor de calabaza, zanahoria, hongos, col, o calabaza amarilla, (las verduras de hoja verde como las acelgas, brócoli, chayote, espinaca, verdolagas, lechuga, cilantro, y romeritos queda restringido su consumo a una vez cada mes por su alto contenido en vitamina k)

COMIDA:

- $\frac{1}{2}$ bistec de res o una pieza de pollo sin pellejo. Suave o picada en cuadritos.

- 1 plato de sopa de pasta a elegir.
- $\frac{1}{2}$ taza de ensalada de la verdura que puede consumir.
- 1 O 2 vasos de agua de sabor, puede ser de alguna fruta a elegir.
- $\frac{1}{2}$ pieza de un plátano.
- 2 piezas de tortillas.

Opcional:

- 1 filete de pescado fresco.
- 1 trozo de queso panela sin sal.
- 1 huevo entero o 2 claras de huevo.
- 1 chuleta de res natural.
- 30g. de carne molida de res.
- Puede consumir 1 rebanada de pan de caja.
- 1 rebanada de pan de caja tostado integral.
- Además de: $\frac{1}{2}$ taza de alubias
- $\frac{1}{2}$ taza de frijoles o lentejas.

CENA:

- 1 trozo mediano de queso panela.
- $\frac{1}{2}$ taza de lentejas o
- 1 tazón de cereal, como bran flakes, o corn flakes.
- $\frac{3}{4}$ de un vaso de leche descremada.
- 1 pieza de manzana cocida.

PLAN DE EJERCICIOS EN SU HOGAR

(Anexo No. 3)

Se le sugiere a Adriana que a su egreso del hospital realice una serie de ejercicios, los cuales le ayudarán a mejorar su capacidad cardíaca y pulmonar. Por su cirugía cardíaca reciente se le recomienda que guarde reposo de 2 a tres semanas, puede deambular dentro de su habitación, se le indica que realice ejercicios respiratorios para lo cual cuenta con un respirómetro, realizará una serie de 10 inspiraciones profundas hasta lograr mantener elevadas las tres pelotitas contenidas en el aparato por lo menos 2 segundos, esta serie la realizará cada hora, por lo menos 8 veces al día, durante un mes.

Por otro lado y al no contar con los recursos para asistir a algún gimnasio donde pueda realizar ejercicios aeróbicos o bicicleta, se le indica que practique la caminata por ser una actividad física que no requiere mucho esfuerzo y que da muchos resultados benéficos.

Se le indica lo siguiente:

Utilizar ropa cómoda como unos pants, y zapatos tenis, elegir un lugar cercano, y seguro, como un deportivo o un parque.

La caminata abarcará 30 minutos e irá incrementándose como la capacidad física de la persona lo permita, consistirá en lo siguiente: iniciar el calentamiento al salir de su casa, (el cual es muy importante antes de iniciar cualquier rutina de ejercicio) caminará aproximadamente 10 min. de su casa al parque, poco a poco irá incrementando la velocidad, hasta llegar a un trote moderado que no cause fatiga, se mantendrá este ritmo por otros 10 minutos para posteriormente dirigirse a su casa con un paso más lento hasta llegar a un paso lento y tranquilo (enfriamiento), el cual abarcará el resto de los últimos 10 minutos, de tal manera que puedan completarse los 30 min. dispuestos para la caminata.

Puntos importantes:

Los efectos perjudiciales del reposo prolongado en cama han impulsado la realización de actividad física apenas después de un evento cardíaco agudo. Se ha demostrado que la rehabilitación cardíaca basada en el ejercicio aporta una reducción del 20 al 40% en la mortalidad total y en la relacionada con causas cardiovasculares. El ejercicio aeróbico con la parte superior del cuerpo, y el entrenamiento suave a moderado de la resistencia, pueden mejorar la fuerza muscular y disminuir las demandas cardiovasculares de las actividades laborales y recreacionales.

La rehabilitación cardíaca basada en el ejercicio se ha vuelto ahora el "criterio de cuidado" dentro de la comunidad médica por la cual un amplio espectro de pacientes son reestablecidos a su óptimo estado físico, médico, y psico-social luego de un evento cardíaco agudo (Franklin, 1991).

A pesar de que se cree que los beneficios aeróbicos del ejercicio se consiguen sólo con sesiones continuas de 30 minutos o más, algunos estudios recientes han mostrado mejoras en la capacidad cardiorrespiratoria en sujetos que completaron tres series de 10 minutos de intensidad moderada por día, en comparación con aquellos que realizaban una serie continua de 30 minutos, 5 veces por semana, durante 8 semanas (DeBusk y cols., 1990)

Caminar: Representa la mejor manera para comenzar efectivamente un programa de ejercicio, particularmente para ciertas poblaciones (ejemplo: obesos, personas de edad avanzada, entre otros).

Evita problemas músculoesqueléticos asociados con el correr.

Evita los peligros con el tráfico de automóviles con el ciclismo.

IMPORTANCIA DEL USO DE ANTICOAGULANTES.

(Anexo No. 4)

Se le menciona a Adriana la gran importancia y los cuidados que debe tener al tomar un anticoagulante como lo es el sintrom, ya que al tener una válvula mecánica es indispensable para la prevención de trombosis.

Se le brinda la siguiente información.

El Sintrom es un fármaco con acción anticoagulante que se utiliza en el tratamiento de trombosis y embolias, así como para prevenir la aparición de estos fenómenos en pacientes que presentan diferentes enfermedades o situaciones que predisponen a padecerlos (arritmias, prótesis valvulares cardíacas, enfermedades de la coagulación, tumores...)

¿CÓMO ACTÚA EL SINTROM?

Impidiendo la acción de la vitamina K, que es esencial para que en el hígado se produzcan algunas de las proteínas (también llamados factores de la coagulación) que intervienen en la coagulación sanguínea.

El efecto anti-trombosis comienza a partir de las 24 horas de tomar la primera dosis, pero no se alcanza por completo hasta pasados unos días.

¿TIENE EFECTOS SECUNDARIOS?

El efecto adverso más frecuentemente observado es la aparición de hemorragias:

- ▶ Por causas locales: heridas y/o úlceras cuyo sangrado se ve incrementado por el empleo de los anticoagulantes orales.
- ▶ El uso de aspirina y/o antiinflamatorios aumenta el riesgo de sangrado.

- ▶ Exceso de dosis de anticoagulante o toma inadecuada de la dosis habitual.
- ▶ Disminución en el aporte de vitamina K (dietas inadecuadas con pocas verduras, alteraciones intestinales...).

Otros efectos: alteraciones del desarrollo fetal si se toma durante el primer trimestre del embarazo, osteoporosis y reacciones alérgicas, aunque estas últimas son muy poco frecuentes.

INTERACCIONES

- ▶ Una dieta pobre en verduras, el exceso de grasas y el alcohol aumentan el efecto del sintrom.
- ▶ Son muchos los medicamentos que afectan a las dosis del tratamiento con Sintrom, algunos potenciando su efecto y otros disminuyéndolo. Esto no significa que no se puedan tomar otras medicaciones durante el tratamiento, salvo prescripción y control médico.

¿CÓMO SE CONTROLA EL TRATAMIENTO?

Las dosis necesarias se determinan mediante análisis de sangre en los que se mide el tiempo que tarda en coagular la sangre (tiempo de protrombina o de Quick). Actualmente se puede determinar el INR mediante una gota de sangre extraída del dedo (determinación capilar). Inicialmente es necesario efectuar controles cada 48-72 horas hasta que se mantenga un resultado estable con la misma dosis durante al menos tres determinaciones consecutivas. Una vez alcanzada una dosis estable, los controles pueden realizarse cada 4-6 semanas, siempre que no haya cambios en otras medicaciones que tome el paciente o cualquier otro tipo de incidencias (sangrados, aparición de otras enfermedades...)

¿QUÉ HACER ANTE UNA HEMORRAGIA?

Hemorragias leves:

- ▶ Sangrados por la nariz (epistaxis), pequeños hematomas, esputos con una pequeña cantidad de sangre (esputos hemoptoicos), pequeñas hemorragias en los ojos, pequeña cantidad de sangre roja en heces...

Si se repite el sangrado o aumenta la cantidad de sangre debe consultar a su médico.

Hemorragias que obligan a acudir al control antes de la fecha prevista:

- ▶ Sangrados por la nariz frecuente y de forma repetida
- ▶ Hematomas grandes en el cuerpo
- ▶ Orina con sangre (hematuria)
- ▶ Esputos con sangre

Hemorragias graves que deben ser atendidas en Urgencias que se sospechan por la aparición de:

- ▶ Dolor de cabeza intenso
- ▶ Alteraciones en el habla
- ▶ Parálisis de brazos o piernas
- ▶ Pérdida brusca de visión
- ▶ Pérdidas de conocimiento
- ▶ Heces negras o heces con sangre roja abundante
- ▶ Dolor abdominal intenso

RECOMENDACIONES

- ▶ Los cambios en la dieta y en el consumo habitual de alcohol pueden alterar las dosis necesarias de Sintrom.
- ▶ Evitar las inyecciones intramusculares e intraarticulares por el peligro de

que se formen hematomas en la zona.

- ▶ Evitar la exposición de riesgo evidente de sufrir traumatismos o heridas.
- ▶ Tomar siempre el Sintrom en el mismo momento del día. Si olvida tomar una dosis no debe tomar el doble el día siguiente.
- ▶ No existen medicamentos “prohibidos”, pero algunos deben ser utilizados con precaución, con una vigilancia más estrecha, con controles más cercanos y planificando adecuadamente los cambios en la dosis de Sintrom.
- ▶ Si está usted tomando Sintrom y cree que puede estar embarazada, consulte a su médico.
- ▶ En caso de cirugía programada, biopsias, punciones, extracciones dentarias, endoscopias...consulte a su médico por si es necesario suspender el SINTROM de forma transitoria.
- ▶ En caso de sangrado abundante acuda a un centro hospitalario.

Todas estas recomendaciones son muy importantes y no deben tomarse a la ligera, Adriana lleva un esquema de anticoagulantes donde viene especificado cada día de la semana y la dosis que tomará cada día, la presentación del sintrom viene adecuada a que pueda partirse con facilidad ya que no siempre se toma una tableta completa, en la mayoría de los días se toma la mitad, $\frac{1}{4}$ o $\frac{3}{4}$ de la tableta, también se especificaron sus citas para llevar el control de los tiempos de coagulación e INR, para mantenerla en niveles terapéuticos, y no caer en los extremos, las trombosis, o las hemorragias.