



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

“ESTUDIO DE CASO A UN CLIENTE ADULTO
CON ALTERACION DE SUS NECESIDADES”

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA

PRESENTA.

JOSE MANUEL RIVERA ZEPEDA
No. DE CUENTA: 400107194

Director de Tesis
Angelina Rivera M
L.E.O. ANGELINA RIVERA MONTIEL

MEXICO D.F, 2005

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

m347831





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN

I. OBJETIVOS

1.1	General	1
1.2	Específico	1

II. MARCO TEÓRICO

2.1	Cuidado	2
2.1.1	Concepto de cuidado.	2
2.1.2	Antecedentes históricos	3
2.1.3	Tipos de cuidados	4
2.1.4	Connotaciones del cuidado.	4
2.2	Enfermería.	5
2.2.1	Concepto.	6
2.2.2.	Antecedentes históricos.	6
2.2.3.	Metaparadigma de enfermería.	8
2.3	Proceso Atención de Enfermería (PAE)	11
2.3.1	Concepto.	12
2.3.2	Etapas del proceso de atención de enfermería.	13
2.4	Modelo Conceptual de Virginia Henderson.	15
2.4.1	Antecedentes.	16
2.4.2	Principales conceptos.	17
2.4.3	Catorce necesidades básicas.	19
2.5	PAE y Modelo Conceptual de Virginia Henderson.	20
2.5.1	Concepto según Virginia Henderson.	21
2.5.2	Etapas del proceso de atención de enfermería.	21
2.6	Características del adulto joven.	26

III. METODOLOGÍA.	32
3.1 Descripción del caso.	32
3.2 valoración.	32
3.2.1 Fuentes de información..	33
3.2.2. Técnicas utilizadas.	33
3.2.3. Instrumentos de registro.	36
3.2 Diagnóstico.	46
3.3 Planeación.	55
3.5 Ejecución y Evaluación	60
IV. CONCLUSIONES.	61
ANEXOS.	63
BIBLIOGRAFIA	66

INTRODUCCION.

La Enfermería es una disciplina que cuenta con un base de conocimientos, que permite que los integrantes de su gremio lleven acabo una práctica profesional en ayuda de los sujetos que lo requieren.

Para que la enfermería pueda identificar el tipo de ayuda que requiere la persona se apoya del método propio de su disciplina, el Proceso de Atención de Enfermería, el cual además le permite establecer diagnósticos y tomar decisiones con base a un pensamiento reflexivo y llevar acabo acciones de cuidado sustentadas en un conocimiento científico, humanístico, etc.

En este caso en particular se realizará un estudio de caso a través de la metodología del Proceso de Atención de Enfermería y la guía conceptual del Modelo de Virginia Henderson. Será dirigido a una mujer adulta joven de 20 años en etapa reproductiva la cual actualmente se encuentra en el primer trimestre de la gestación y tiene afectadas sus necesidades.

JUSTIFICACION.

Dentro de la práctica de Enfermería en México se ha dicho que ésta ha sido mecanizada e irreflexiva, la cual es debida a nuestro proceso histórico...Proceso histórico que es necesario conocer, comprender y analizar en aras de mejorar la práctica profesional, de ahí que sea ineludible saber primero que enfermería es una Ciencia y Arte del Cuidado; como Arte se sustenta bajo conocimientos en Estética, Ética y Filosofía ubicándola en una disciplina socio humanista; donde en su calidad de Ciencia tiene en abundancia conocimientos que la fundamentan y un Método para el Cuidado (PAE), y por lo tanto no es irreflexiva; ya que para la realización de este proceso se requiere la elaboración de juicios que provienen del razonamiento; siendo este proceso dinámico en el sentido de que está sometido a cambios que respeta la naturaleza propia del hombre (Cliente), de tal manera que no puede ser una práctica mecanizada.

Es relevante entonces sustentar esa práctica en lo que le da a la profesión sustento científico, y es ineludible conocer el Proceso de Atención de Enfermería, realizarlo en nuestra práctica cotidiana ya que de este se desprende una atención de calidad en busca de la satisfacción de las necesidades del cliente que es nuestra razón de ser.

I.-OBJETIVOS.

1.1. GENERAL

A través del proceso de atención de enfermería bajo la guía conceptual de Virginia Henderson, se ayudo al cliente a satisfacer sus necesidades afectadas.

1.2 ESPECIFICOS

Se integro mediante la valoración una base de datos que permita identificar las necesidades afectadas.

- ◆ A través del análisis de la información obtenida se integraron los diagnósticos de enfermería.
- ◆ Se Identificaron los factores y fuentes de dificultad que no permiten que el cliente satisfaga sus necesidades.
- ◆ Con base en los diagnósticos identificados y considerando las Fuentes y factores de dificultad se planearon las intervenciones independientes, interdependientes y dependientes, considerando las formas de ayuda de Henderson.
- ◆ Se evaluaron los resultados de las intervenciones realizadas y se retroalimentó el proceso de atención de enfermería.

II. MARCO TEÓRICO.

A continuación se presentan los elementos conceptuales que sustentan el estudio de caso.

2.1 Cuidado.

La enfermería a través de su desarrollo histórico ha tenido diversas transformaciones y entre ellas están las de aspecto paradigmático, en este sentido la atención por varios años se ha centrado en la enfermedad y la curación, en la actualidad gracias al desarrollo epistológico y filosófico de esta profesión se trata de ubicar en la persona.

Por lo tanto en este apartado se desarrollan los conceptos en el cuidado.

2.1.1. Concepto cuidado.

El cuidado es una de las necesidades imperiosas de la vida, ya que se debe cuidar la vida para que esta siga existiendo y asegurar de esta manera la continuidad de la vida en las especies. Cuidar es ayudar a alguien mas para que pueda asegurar lo que le es necesario para seguir viviendo.

Cuidar "Es un acto de vida, por que son actividades dirigidas a mantener y conservar la vida. Es un acto individual porque nos cuidamos así mismos cuando adquirimos autonomía en la edad adulta. Es un acto de reciprocidad por que se da a cualquier persona que requiere de ayuda para satisfacer sus necesidades vitales".¹

La pérdida de autonomía esta ligada a diversos factores como la edad, algunos acontecimientos de la vida como la maternidad y el nacimiento, accidentes o enfermedades. En donde se requiere de ayuda para el mantenimiento de la vida.

¹ COLLIERE, F.M. "Promover la vida." Ed. Interamericana. Madrid. España 1993,p.p 233-240.

2.1.2 Antecedentes históricos del cuidado.

El cuidado es una entidad compleja, pues detrás de una evidente unidad, coexisten multiplicidad de componentes, siendo la asociación de ellos mismos (diversos por completo), lo que da coherencia a la acción cuidadora. Siguiendo a Collière (1992) podemos afirmar que el cuidado surge de las costumbres y creencias diarias, por tanto, posee factores culturales unidos a su tejido, a su compleja materia que es la textura de la vida misma. Dependiendo del desarrollo de la vida de un grupo humano, de su cotidianidad, se transmiten y perpetúan unas conceptualizaciones específicas sobre el proceso cuidador, o sea, sobre el continuum salud-enfermedad y la atención que éstas requieren para su restablecimiento y autoprotección.²

Desde la aparición de las primeras culturas, el ser humano se ha ocupado del cuidado de sus semejantes. Tal y como refiere Collière, en todas las sociedades los cuidados son universales, y todos aparecen y se elaboran alrededor de los dos grandes momentos de la vida que son el nacimiento y la muerte. Las mujeres, empezando por las comadronas o parteras, se ocuparon desde siempre de cuidar de los miembros de su familia o su clan, tanto en la enfermedad como en la salud y en la muerte.³

El cuidado es una actitud que trasciende las dimensiones de la realidad humana. Tiene un significado de auténtico humanismo ya que conlleva la sensibilidad que es incomparablemente mayor que la eficiencia técnica, porque la primera está en relación con el orden de los fines y la última con la de los medios.

² COLLIÈRE F.M. "Pensamientos sobre el servicio de enfermería e identificación del servicio ofrecido". En Arcar P, compiladora. Textos de Enfermería. Selección de artículos. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 1992. p. 247 - 276.

³ COLLIÈRE F.M. "Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros". Revista de Roll Enfermería 1999; Pág. 28.

Cuidar es actuar sobre el poder de existir, es posibilitar la liberación de las capacidades de cada ser humano para existir, para vivir, cuidar es promover la vida. A lo largo de la vida de las personas se producen cambios en su estado de salud, que requieren cuidados, sin que estos cambios produzcan necesariamente una enfermedad. Las embarazadas, los adolescentes, los mayores necesitan atención y cuidados. Profundizando en el concepto de cuidar diremos que las enfermeras cuidamos ayudando a la persona, familia o comunidad a encontrar la mejor respuesta adaptativa a los cambios producidos en la salud.

2.1.3 Tipos de cuidados.

Los cuidados de costumbre o habituales están relacionados con las funciones de conservación de continuidad de la vida, como es el lavarse las manos, cepillarse los dientes, alimentación y son los cuidados que se aprenden cotidianamente dentro de la familia y se les denomina cuidados care.

Los cuidados de curación relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida como son enfermedades, accidentes. Los cuidados de curación tienen por objeto limitar la enfermedad, deteniendo sus causas que la originan con cuidados específicos. Se les denomina cuidados cure.

2.1.4 Connotaciones del cuidado.

Los cuidados son interpersonales y adquieren tres connotaciones que son el cuidar de si mismo, cuidar de otros y cuidar con otros.

Los cuidados existen en todas las etapas de la vida, primero recurriendo a los demás. Ser cuidado este tipo de cuidado se realiza durante la infancia para suplir

lo que el niño no puede hacer por sí solo, permitiéndole adquirir y desarrollar capacidades y destrezas para hacer lo indispensable para seguir viviendo.

Posteriormente los cuidados cotidianos de los que nadie puede prescindir como la alimentación, vestirse, lavarse, satisfacer necesidades fisiológicas, interrelacionarse con los demás es decir cuidarse, pasando después a cuidar con los cuidados a los hijos que se engendran y a los padres que envejecen.⁴

2.2 Enfermería.

La Enfermería, como cualquier disciplina profesional necesita utilizar una forma de proceder para llevar a cabo la atención que presta a sus clientes y se caracteriza por dar respuesta a una serie de situaciones de salud que pueden ser problemáticas para las personas. Esta forma de proceder, encaminada a solucionar o minimizar los posibles problemas de la vida cotidiana relacionados con la salud, no es otra que una actuación ordenada y sistemática, en todas las acciones que lleva a cabo.

La enfermera es "la profesional responsable de la atención de enfermería, que promueve, conserva o restablece la salud de individuos, familias y comunidades en una amplia variedad de entornos, consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento, o a evitarle padecimientos a la hora de su muerte".⁵ actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente, corresponde a la enfermera cumplir esta misión de forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible.

⁴ COLLIERE, F.M. "Promover la vida." Ed. Interamericana. Madrid. España 1993. p.p. 34.

⁵ LEDDY, S. "BASES CONCEPTUALES DE LA ENFERMERIA PROFESIONAL" En antología de Fundamentación Teórica para el cuidado. ENEO-UNAM 2004 p. 85.

2.2.1 Concepto.

El análisis del concepto de enfermería no solo se define por fechas históricas, sino que trasciende de fundamentos históricos.⁶ La mujer es protagonista importante en el cuidado por ser considerada inferior al hombre al que se le asignaba para sostener a la familia y la mujer el cuidado del hogar.

El termino nurse se deriva del latin nutrire (alimentación) y nutrix (mujer que cría). La importancia de los cuidados para satisfacer las necesidades de supervivencia se remonta a las experiencias humanas a través del tiempo con conocimientos empíricos. La palabra enfermería se relaciona con el termino (infirmas) enfermedad, es por ello, que es definida como la actividad de cuidar a los enfermos.

En el campo de la enfermería debemos enfocar nuestra identidad para saber quienes somos, como somos y para que estamos, esto basándolos en conocimientos empíricos, en donde el campo sociedad constituye el estudio de muchas disciplinas que estudian el fenómeno humano en forma particular.

La identidad especifica a la historia de enfermería es su objeto-problema que le corresponde investigar, como evoluciona el fenómeno humano a través del tiempo y como se relaciona con la satisfacción de necesidades.

2.2.2 Antecedentes históricos.

Existen tres niveles de temporalidad histórica.⁷ La historia tradicional que se basa en acontecimientos breves, en donde se marcan los tiempos de un acontecimiento histórico en forma lineal, la historia coyuntural en la que se requiere de un tiempo lo suficientemente para que se puedan apreciar las articulaciones de los elementos y factores de un momento dado en la historia y la historia estructural

⁶ SILES.M. José Luis "HISTORIA DE LA ENFERMERIA" En antología de Fundamentación Teórica de Enfermería. ENEO-UNAM.2004. pp. 15

⁷ SILES op. cit pp. 19.

está vinculada a una interpretación temporal y de larga duración y a la percepción de fenómenos mas estables en donde se pueden identificar fenómenos ancestrales, analizarlos y describirlos.

Es preciso que antes de estudiar las funciones e interrelaciones de los distintos elementos y factores implicados en la evolución de la enfermería se debe realizar el análisis de las estructuras esenciales en las que se ha desarrollado su historia de forma duradera , permanente hasta el punto de que constituyen el fenómeno enfermero desde el comienzo de la humanidad hasta nuestros días. La estructura familiar consiste en la determinación de tres estructuras básicas para realizar el seguimiento histórico de la enfermería.⁸ La unidad funcional, el marco funcional y el elemento funcional.

La unidad funcional que constituye la estructura o institución socializadora básica que influye en forma de convivencia de sus miembros , proyectándoles valores, conocimientos y actitudes.

El marco funcional se determina identificando el lugar, espacio o sitio donde tienen lugar los fenómenos relacionados con los cuidados de enfermería.

El elemento funcional es el actor social responsable de llevar a cabo directa o indirectamente, el proceso de enfermería desde los albores de la humanidad la enfermería estuvo vinculada con los cuidados de alimentación y supervivencia.

Existen cuatro fases en la historia de la enfermería.⁹ De la identificación y estudio de las características de las estructuras señaladas. La tribal domestica, religioso institucional, preprofesional y profesional, en donde la enfermería no se ha generado uniformemente en todos los países en donde existen grandes diferencias en su formación, la enfermería en la actualidad a delegado funciones a

⁸ SILES op. cit pp. 20.

⁹ IDEM p. 21.

personal de otras disciplinas por lo que ha futuro si no hacemos que se reconozca nuestra profesión puede incluso desaparecer.

Para que sea posible hablar de la historia de enfermería es preciso que primero se a una actividad reconocida y que se practique en los tres niveles siguientes. en la comunidad ,a nivel nacional y en la humanidad en su globalidad, así mismo para que se desarrolle la historia de la disciplina enfermera es necesario que se cumplan tres requisitos. La continuidad o conexión de acontecimientos, la coherencia de la conexión y la interpretación de los factores anteriores que da lugar a la comprensión y conceptualización del conjunto de conexiones que acaban tomando forma y significado.¹⁰

2.2.3. Metaparadigma de enfermería

Se entiende como metaparadigma de enfermería los conceptos globales del fenómeno de interés de la disciplina de enfermería como son: persona, salud, entorno y enfermería. Los cuales han sido conceptualizados por diferentes teóricas para dar lugar a la generación de modelos conceptuales de enfermería.

CONCEPTO DEL METAPARADIGMA DE ENFERMERIA SEGÚN HENDERSON

Persona. Considera al cliente como un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. Considera al cliente y su familia como una unidad. Consta de componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La persona necesita fuerza, voluntad o conocimiento para llevar a cabo las actividades necesarias para llevar una vida sana.

¹⁰ SILES op. Cit pp. 28.

Salud. Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Se refiere a la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las 14 necesidades básicas, es la cualidad básica de la vida para el funcionamiento humano. Requiere fuerza, voluntad o conocimiento.

Entorno. Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un individuo. Henderson no lo define explícitamente, implica la relación que uno comparte con su familia, también abarca la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad quiere y espera de las enfermeras que proporcionan un servicio para los individuos incapaces de funcionar independientemente, pero por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera. El entorno puede afectar a la salud, los factores personales (edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia) y los factores físicos como (aire, temperatura), desempeñan un papel importante en el bienestar de la persona.

Enfermería. La define como la asistencia fundamental al individuo enfermo o sano para que lleve a cabo actividades que contribuyan a la salud, recuperación o una muerte tranquila, que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.¹¹

Requiere trabajar de forma interdependiente con otros miembros del equipo de salud, las funciones de la enfermera son independientes de las del médico, utiliza el plan de cuidados para proporcionar un cuidado holístico al paciente.

Las teorías y modelos conceptuales no son realmente nuevas para la enfermería, han existido desde que Nightingale en 1859, propuso por primera vez sus ideas a

¹¹ LEDDY, Susan. En "BASES CONCEPTUALES DE LA ENFERMERIA PROFESIONAL" " En antología de Fundamentación Teórica para el cuidado. ENEO-UNAM.2004. pp. 85.

cerca de la enfermería. Tuvo sus propias ideas de la enfermería, como todos los profesionales de enfermería tienen una imagen privada de la práctica de enfermería y esta influye en las decisiones y guía las acciones que tomamos.

Sin embargo, estas ideas globales de lo que entendemos por enfermería, ha ido organizado por Fawcett (1996) a través de lo que denomina "Estructura del conocimiento", donde sitúa al metaparadigma, filosofías, modelos conceptuales, teoría e indicadores empíricos en una estructura descendente que vincula el mundo abstracto con el mundo concreto.¹²

Los modelos conceptuales son definidos como un conjunto de conceptos abstractos y generales, así como proposiciones que se integran para dar un significado. Incorporan observaciones empíricas, intuiciones de los estudiosos, deducciones combinadas con las ideas creativas del campo de la investigación.

Esto quiere decir que los modelos conceptuales son un conjunto de conceptos que explican de manera general el fenómeno del cuidado, pero los modelos conceptuales son más complejos y generales que las teorías, estos otorgan una explicación muy amplia sobre algunos fenómenos de interés para la enfermería como; el autocuidado, La promoción a la Salud, Las relaciones interpersonales, el proceso de adaptación entre otros.

Las teorías son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, por lo tanto se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir y explicar y predecir el fenómeno del cuidado.

Tanto los modelos conceptuales como las teorías están elaboradas por conceptos que se definen como palabras que describen imágenes mentales de los

¹² Lilliana González Juárez lgonzal@eneo.unam.mx ENEO-UNAM, Pag. 12

teóricas, no se limitan a un grupo, situación e individuo en particular, son generales. Estos se relacionan para explicar distintos fenómenos de interés para la Disciplina. Es importante saber que cada teoría estudia un aspecto limitado de la realidad. Por lo tanto es necesario contar con muchas teorías que estudien todos los fenómenos relacionados con el cuidado de enfermería.¹³

Con el fin de precisar las características de la disciplina de enfermería se han examinado escritos de varias enfermeras teóricas y han reconocido que los conceptos cuidado, persona, salud y entorno están presentes en los escritos de manera explícita y a veces de manera implícita, en el área de enfermería se han propuesto por diferentes autores una terminología específica de estos paradigmas teniendo en cuenta la influencia sobre las concepciones de la disciplina.¹⁴

Estos paradigmas los clasifican como: Paradigma de la categorización en donde los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables. Paradigma de la integración que prolonga el paradigma de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa el fenómeno y el paradigma de la transformación como un fenómeno único que no se puede parecer a otro, cada fenómeno puede ser definido por una estructura única, es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo, ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina enfermera.

2.3. Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

El proceso de atención de enfermería es una herramienta básica y fundamental que asegura la calidad del cuidado del paciente. Por ello, constituye un método

¹³ Lilitiana G.J. op Cit, Pag. 13.

¹⁴ KEROUAC, Suzane. "EL PENSAMIENTO ENFERMERO" En Antología Fundamentación Teórica para el Cuidado. ENEO-UNAM, 2004, pp. 127.

que permite cubrir e individualizar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad. Lo que repercute en la satisfacción y profesionalización de enfermería.

Es una guía que tiene como fin facilitar al personal de enfermería desarrollar sus actividades profesionales con la comprensión de las cinco fases del proceso que son: valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución y evaluación.

2.3.1 Concepto del proceso atención de enfermería.

Es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.). Este método nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

La Enfermería es un proceso terapéutico que implica la interacción mutua entre la enfermera, el cliente y la familia, quienes colaboran para conseguir la máxima salud posible. En esta interacción se emplea el proceso de enfermería para evaluar a la persona en sus procesos vitales psicológicos, fisiológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales, así como de los patrones de interacción con el medio, los objetivos de salud, las energías y limitaciones del cliente y los recursos disponibles para conseguir el estado óptimo de salud.

El Proceso de Enfermería se define por sus objetivos, y el objetivo principal del Proceso de Enfermería, es constituir una estructura que pueda satisfacer, individualizando las necesidades del cliente, la familia y la comunidad. dirigidas a cumplir el objetivo de la enfermería: mantener el bienestar del paciente a un nivel óptimo, si éste estado se alterara, proveer entonces, todos los cuidados necesarios que la situación exija, para restablecer su bienestar. Si no se puede llegar al bienestar, el proceso enfermero debe seguir en su apoyo a la calidad de vida del cliente, aumentando al máximo sus recursos, para conseguir la mayor calidad de vida durante el mayor tiempo posible.

Alfaro define el proceso de Enfermería como: "El conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona o grupo de personas necesitadas de cuidados de Salud reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de Enfermería"¹⁵.

2.3.2 Etapas del proceso atención de enfermería.

El proceso de atención de enfermería es un conjunto sistemático de acciones a llevar acabo por personal de enfermería para responder alas necesidades y problemas de salud que presenta el cliente. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco etapas que son valoración, diagnostico, planificación, ejecución y evaluación. La secuencia ordenada de las mismas así como su interrelación permanente aporta al personal de enfermería la herramienta adecuada para proporcionar una asistencia personalizada al paciente, considerado de forma holística, es decir teniendo en cuenta sus dimensiones, biológica, psicológica, social, cultural y espiritual.

- a) Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recopilación y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno, y son la base para las decisiones y actuaciones posteriores. El propósito de esta fase consiste en identificar y obtener datos sobre el cliente que permitan determinar los problemas relativos a su estado y si estos existen el primer paso para su resolución es la identificación de los mismos. Durante la fase de valoración debe recopilarse información subjetiva y objetiva por medio de dos herramientas básicas que son la entrevista y la exploración física con esta información se elabora un informe sistematizado es decir una historia de enfermería con todos los antecedentes del paciente así como su estado actual.

¹⁵ Alfaro. lefevre R. " Aplicación del Proceso Enfermero". Guía paso a paso. 4 ed. Barcelona: Springer;1998. p.30.

- b) Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería. Es la descripción de los problemas de salud entendida como problemas reales o potenciales que nosotros con nuestra formación y experiencia podemos identificarlos y tratarlos en forma independiente.
- c) Planeación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas. Se deben jerarquizar prioridades, señalar objetivos y la formulación de un plan de atención de enfermería para alcanzar los resultados esperados.
- d) Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados. En esta etapa es en la que se ponen en practica todas las actuaciones previstas en el plan de cuidados, debe también realizarse una actualización de los datos y de los planteamientos, con el fin de detectar nuevos problemas, calibrar los resultados obtenidos y registrar cualquier dato adicional de relevancia o cambio en la situación del cliente que obligue al replantear el tipo de cuidado que se deben prestar ya que las mismas intervenciones pueden generar modificaciones en las respuestas del cliente.
- e) Evaluación. Compara las repuestas de la persona, determinando si se han conseguido los objetivos establecidos. Consiste en comparar los resultados esperados con los que realmente se han producido, se valoran los cambios acontecidos como consecuencia de la actuación de enfermería en reilación con los objetivos marcados.

El objetivo principal del Proceso de Enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del cliente, la familia y la comunidad. El proceso de enfermería implica la existencia de una relación con interacciones entre el paciente y la enfermera, en donde el objetivo es el paciente.

La enfermera corrobora sus datos con el paciente, participando conjuntamente en el proceso. Esto ayuda al cliente a enfrentarse con los cambios en su salud, tanto actuales como potenciales, y su consecuencia es la atención sanitaria individualizada.

2.4. Modelo Conceptual de Virginia Henderson.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el cliente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital, enfermedad, niñez, vejez.

Define necesidad fundamental como " todo aquello que es esencial al ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar", siendo concebida esta necesidad como un requisito más que como una carencia. Todos los seres humanos tienen las mismas necesidades comunes de satisfacer, independiente de la situación en que se encuentre cada uno de ellos, puede variar el modo de satisfacerlas por cuestiones: culturales, modos de vida, motivaciones en la que considera catorce necesidades fundamentales. 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.

2.4.1. Antecedentes.

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de enfermería ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación, lo que a ella llevo a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera, ya que desde la época de estudiante sus experiencias teóricas y practicas le llevaron a preguntarse que es lo que deberían de hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de salud, el modelo en su época absolutamente medicalizado de las enseñanzas de enfermería, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia.

La cristalización de sus ideas se recoge en una publicación de 1956 en el libro *The Nature of Nursing*, en el que define la función propia de la enfermera de la siguiente forma.

La única función de la enfermera es asistir al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o su recuperación, actividades que realizaría por si mismo si tuviera la fuerza, el conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello que le ayude a recobrar su independencia de la forma mas rápida posible¹⁶

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera, Henderson precisa su conceptualización del individuo como persona, objeto de los cuidados, así cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento.¹⁷

¹⁶ FERNÁNDEZ, Ferrin, carmen Novel y Marti Gloria. En " EL PROSESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA". En Antología Fundamentacion Teórica para el Cuidado. ENEO-UNAM. 2004. pp. 264.

¹⁷ FERNÁNDEZ, Ferrin, carmen Novel y Marti Gloria. Op cit. P. 265

2.4.2. Principales conceptos del modelo de Virginia Henderson.

Para Henderson, la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su más pronta independencia es el aspecto del trabajo que la enfermera inicia y controla, y en el que es dueña de la situación. 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.

Definición de Necesidad: Define necesidad fundamental como " todo aquello que es esencial al ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar", siendo concebida esta necesidad como un requisito más que como una carencia. Todos los seres humanos tienen las mismas necesidades comunes de satisfacer, independiente de la situación en que se encuentre cada uno de ellos, puede variar el modo de satisfacerlas por cuestiones: culturales, modos de vida, motivaciones.

Definición de cuidados básicos: Son acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona.

Definición de Enfermería: La función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos a la hora de su muerte); actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente, corresponde a la enfermera cumplir esta misión de forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible.

Definición de 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.

Definición de paciente: Es un individuo que requiere asistencia para alcanzar la salud y la independencia o la muerte pacífica. La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

Independencia: Es considerada como el logro en la satisfacción de sus necesidades de forma continuada con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud en base a sus propias capacidades.

Dependencia: cuando no se logran satisfacer las necesidades fundamentales aparece una dependencia que se identifican como fuentes o causas de dificultad.

Causas de dificultad: Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades, Henderson las agrupa en tres posibilidades. Falta de fuerza, falta de conocimientos y falta de voluntad.

Falta de fuerza: se interpreta la fuerza no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas. Sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación. Lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual entre otras.

Falta de conocimientos: en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

Falta de voluntad: entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades fundamentales.

Rol de enfermería: Entendiendo como las acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según el grado de dependencia con los siguientes criterios:

- La enfermera como sustituta del paciente. Éste se dará siempre que el paciente tenga un proceso grave, que por falta de conocimiento, fuerza o voluntad, no pueda sentirse completo e independiente, es una situación temporal donde la enfermera lo suple totalmente.

- La enfermera como ayuda del paciente. Queda claro que un grado menor de implicación, y la enfermera presta servicios concretos pero deja que desarrolle una parte de su independencia.

- La enfermera como compañera del paciente. La enfermera en este caso supervisa y educa al paciente pero es él mismo el que realiza sus cuidados.

2.4.3. Catorce Necesidades fundamentales.

La necesidad fundamental es todo aquello que es esencial al ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar, siendo concebida esta necesidad como un requisito más que como una carencia. Todos los seres humanos tienen las mismas necesidades comunes de satisfacer, independiente de la situación en que se encuentre cada uno de ellos, puede variar el modo de satisfacerlas por cuestiones: culturales, modos de vida, motivaciones.

1. Respirar normalmente. Necesidad de oxigenación.
2. Comer y beber de forma adecuada. necesidad de nutrición e hidratación.
3. Evacuar los desechos corporales. Necesidad de eliminación.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Dormir y descansar. Necesidad de descanso y sueño.
6. Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).
7. Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales. Necesidad de termorregulación.
8. Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física. Necesidad de higiene y protección de la piel.
9. Evitar peligros y no dañar a los demás.
10. Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones. Necesidad de comunicarse.
11. Profesar su fe. Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
12. Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo. Necesidad de trabajar y realizarse
13. Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles. Necesidad de aprendizaje.

2.5. Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y Modelo Conceptual de Virginia Henderson.

A continuación se hace una vinculación conceptual entre el proceso de atención de enfermería y el modelo conceptual de Virginia Henderson, el primero se refiere a como la enfermera identifica la ayuda que requiere el cliente y el segundo es una guía que permite centrar la practica de enfermería.

2.5.1. Concepto según Virginia Henderson.

El proceso de enfermería es un conjunto de pautas organizadas de actuación, dirigidas a cumplir el objetivo de enfermería, mantener el bienestar del paciente a un nivel óptimo: si éste estado se alterara, proveer entonces, todos los cuidados necesarios que la situación exija, para restablecer su bienestar. Si no se puede llegar al bienestar, el proceso de enfermería debe seguir en su apoyo a la calidad de vida del cliente, aumentando al máximo sus recursos, para conseguir la mayor calidad de vida durante el mayor tiempo posible.¹⁸

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

2.5.2 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería.

Henderson desde una filosofía humanista considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales, buscan y tratan de lograr la independencia y por tanto la satisfacción de las necesidades en forma continua, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud. Satisfiriendo las 14 necesidades básicas. Y cuando esto no es posible aparece una dependencia que define como causas de dificultad que son obstáculos o limitaciones personales o del entorno que impiden a la persona satisfacer sus

¹⁸ Alfaro. Lefevre R. " Aplicación del Proceso Enfermero". Guía paso a paso. 4 ed. Barcelona. 1998. p.30.

propias necesidades y las agrupa en tres posibilidades, como falta de fuerza, falta de conocimiento y falta de voluntad.¹⁹

La aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería, es el método conocido como Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.). Este método permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos:

- a) Valoración. Es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recopilación y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores. El objetivo de esta fase consiste en la recopilación sistemática de datos de interés sobre el cliente, información tanto objetiva como subjetiva, con el fin de identificar sus necesidades y poder planificar y poner en práctica los cuidados oportunos. Las tareas básicas son la recopilación de datos mediante una entrevista, realización de la exploración física de enfermería y confirmación, organización y registro de los datos en la historia de enfermería.
- b) Diagnóstico. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería. Consiste en detectar y formular estandarizadamente que problemas presenta o puede presentar el cliente que requieran de intervención de enfermería. El diagnóstico de enfermería se estructura de acuerdo al formato (P.E.S). Problema, Etiología, Signos y síntomas.
- c) Planeación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud. Una vez identificados y formulados los diagnósticos se perfila un plan de actuación, para lo cual se

¹⁹ FERNÁNDEZ, Ferrin, carmen Novel y Marti Gloria. Op cit. P. 266.

debe proceder a establecer los objetivos de enfermería que se desean alcanzar, realizar un orden de prioridades de los mismos, plantear los resultados que se esperan de las acciones de enfermería, realizar interconsultas pertinentes con otros profesionales de salud, diseñar una estrategia de actuación y registrarla por escrito.

- d) Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados. Supone la puesta en marcha de las actuaciones de enfermería oportunas previamente planificadas.
- e) Evaluación. El P.A.E. configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Como la última de las fases permite valorar los resultados que se han obtenido a partir de las acciones de enfermería llevadas a cabo. La evaluación incluye comparar los resultados obtenidos con los esperados, analizar las causas de los resultados y cambiar el plan de atención.

Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen. El modelo de Henderson es aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso de Atención de Enfermería.²⁰

En las etapas de valoración y diagnóstico nos sirven de guía para la recopilación de datos y el análisis de la síntesis de los mismos y se determinan:

- El grado de independencia e interdependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades básicas.
- Las causas de dificultad en tal satisfacción.
- La interrelación de una necesidad con otra.
- La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

²⁰ FERNÁNDEZ, Ferrin, Carmen Novel y Martí Gloria. Op cit. p. 270-271.

En las etapas de planificación y ejecución nos sirve para:

- La formulación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas.
- En la elección del modo de intervención suplencia o ayuda mas adecuada a la situación.
- La determinación de actividades de enfermería mas adecuadas que impliquen al individuo siempre que sea posible en su propio cuidado.

En la etapa de evaluación el modelo de Henderson ayuda a:

- Determinar los criterios que nos indicaran los niveles de independencia mantenidos y alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados.
- Ayudar al cliente a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades lo mas rápido posible.
- Ayudarle a alcanzar su independencia por si mismo de con sus propias capacidades y recursos.

El modelo de Virginia Henderson es un modelo que expone de manera clara, el rol autónomo de la enfermera y la especificidad de su servicio, los conceptos de persona y salud coinciden con el pensamiento humanístico, que impregna actualmente las corrientes de enfermería, el lenguaje utilizado es sencillo y fácilmente comprensible, es flexible y abierto, permitiendo la incorporación de nuevos conceptos. se adapta muy bien a la realidad sanitaria actual de nuestro país, ya que al lado de la función propia de la enfermera (autónoma), contempla la interdependencia de esta con respecto a otras profesiones (de colaboración), considerando que el ejercicio profesional enfermero, como un servicio único y separado del resto de los profesionales de la salud no tiene ningún sentido.²¹

²¹ Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. "El pensamiento de Virginia Hendersón en el siglo XXI". De la teoría a la práctica. Barcelona: Masón, 1998. p. 28

Estos argumentos que son comunes con muchas de las enfermeras de nuestro país, han hecho que este sea uno de los modelos más trabajados y sobre el que más publicaciones e investigaciones se han venido haciendo, hecho que ha contribuido a un mejor y mayor conocimiento del mismo, y con ello a una extensión mayoritaria del mismo por los distintos sistemas de cuidados enfermeros en los que actualmente nos movemos.

En el modelo de Virginia Henderson, los elementos fundamentales son los siguientes.²²

1.- El objetivo de los cuidados enfermeros es ayudar a la persona a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su independencia; o a morir dignamente.

2.- El usuario del servicio es la persona que presenta un déficit real o potencial en la satisfacción de sus 14 necesidades básicas.

3.- El rol profesional es de suplencia de la autonomía (hacer por la persona) o de ayuda (hacer con la persona).

4.- La fuente de dificultad, aquí área de dependencia, es el origen donde radica esta, y está relacionada con la falta de fuerza (no poder hacer), la falta de conocimiento (no saber hacer) y/o la falta de voluntad (no querer hacer).

5.- La intervención de la enfermera hace referencia al centro de atención, que son las áreas de dependencia de la persona y a los modos de intervención, dirigidos a aumentar, completar, reforzar o sustituir esa, ya mencionada falta de fuerza de conocimiento o de voluntad.

²² Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. Op cit. p. 34.

6.- Las consecuencias de la intervención de enfermería será la satisfacción de las necesidades básicas de las personas, supliéndola o ayudándola a ello, o la muerte pacífica.

2.6 Características del adulto mayor.

- Desarrollo físico.

Funcionamiento sensorial y psicomotor.

el adulto joven típico es un espécimen físicamente bueno, le caracteriza su fuerza, energía y resistencia. Desde la mitad de los 20 años, cuando la mayor parte del cuerpo está completamente desarrollado (en tamaño) Hoy día los que tienen veinte años tienden a ser más altos que sus padres por la tendencia secular, consecuencia de una mejor alimentación y atención a la salud. La destreza manual es más eficiente en los adultos jóvenes; la agilidad de los dedos y los movimientos de las manos empiezan a disminuir después de la mitad de los 30 años. Los sentidos están también más agudos durante la vida adulta joven. La agudeza visual es más penetrante alrededor de los 20 años y empieza a declinar alrededor de los 40

- *Estado de salud*

Los adultos jóvenes son la gente más sana de la población. Aproximadamente el 90% de los jóvenes opinan que su salud es excelente, muy buena o buena. La gente de este grupo de edad informa que tiene mucho menos resfriados e infecciones respiratorias que cuando niños; y que cuando tiene resfriados, generalmente se deshace de ellos fácilmente. Muchos adultos jóvenes nunca están seriamente enfermos o incapacitados. Menos de 1% están limitados en la habilidad de moverse y hacer cosas por dolencias crónicas o deterioro.

Cerca de la mitad de todas las dolencias agudas experimentadas en la vida adulta joven son respiratorias, y otro 20% son heridas. Las dolencias crónicas más frecuentes, especialmente en familias de bajos ingresos, son problemas de la espalda o de la columna, deterioro de la audición, artritis e hipertensión. Las

razones más frecuentes para la hospitalización en estos años son alumbramientos, accidentes y enfermedades del sistema digestivo y genitourinario.

Dado el estado saludable de la mayoría de los adultos jóvenes, no es de sorprender que los accidentes (principalmente de automóvil) sean la causa principal de muerte en la gente entre los 25 y los 34. La siguiente es cáncer, seguida de enfermedades del corazón, suicidio y homicidio provocado por agresión física o verbal. La raza y el sexo establecen una diferencia significativa en las tasas y las causas de mortalidad en la edad adulta joven.

Algunas de las conductas que están fuerte y directamente ligadas con la salud son: Dieta, ejercicio, fumar, alcohol, violencia familiar, estrés, Influencias indirectas sobre la salud, factores socioeconómicos, estado civil, sexo y el estilo de vida

- Desarrollo intelectual

El sentido común señala que los adultos piensan de una manera diferente a los niños, que los adultos pueden sostener diferentes clases de conversaciones, y comprender material mucho más complicado y resolver problemas más allá de las capacidades de la mayoría de los niños o aún de muchos adolescentes.

- Inteligencia y conocimiento.

El funcionamiento intelectual está generalmente en un nivel alto en la vida del adulto joven. Por muchos años se creyó que la actividad intelectual en general llegaba a su punto máximo alrededor de los 20 años y luego declinaba. Sin embargo, el desempeño intelectual superior de la gente joven puede no significar que la inteligencia disminuya con la edad, sino que la gente joven de hoy ha tenido experiencias diferentes, por consiguiente, ha desarrollado sus habilidades intelectuales más que la gente nacida una generación antes.

Se ha identificado la existencia de diferentes clases de habilidades intelectuales: inteligencia "fluida" y "cristalizada". La inteligencia fluida comprende el proceso de percibir relaciones, formar conceptos, razonamientos y abstracciones. Este tipo de inteligencia está considerado como dependiente del desarrollo neurológico y

relativamente libre de las influencias de educación y cultura. La inteligencia cristalizada, por otra parte, comprende la habilidad de recordar y usar la información aprendida y depende, por consiguiente, más de la educación de la experiencia cultural.

- *Desarrollo moral*

Los teóricos más influyentes en el campo del razonamiento moral sostienen que el desarrollo moral en la infancia y en la adolescencia descansa en el desarrollo cognoscitivo, el desprenderse del pensamiento egocéntrico y la habilidad creciente de pensar en abstracto. Hemos visto, sin embargo, que muchos adolescentes no alcanzan los estadios más altos del pensamiento moral (autonomía de moralidad), quedando sujetos a la moralidad o decisión de los adultos (moralidad heterónoma). El papel de la experiencia en los juicios morales El adagio "vive y aprende" resume el desarrollo moral del adulto. La experiencia, a menudo, lleva a la gente a reevaluar su criterio sobre lo que es correcto y justo. Generalmente, las experiencias que promueven tal cambio tienen un componente emocional fuerte, lo que motiva el volver a pensar, de manera tal que las discusiones impersonales e hipotéticas no pueden descontrolarnos. A medida que la gente pasa por tales experiencias, tiene más probabilidad de ver los otros puntos de vista de otras personas en relación con los conflictos morales y sociales.

- Actitudes relacionadas con el sexo y la conducta.

El sexo tiene menos que ver hoy con las elecciones vocacionales o selección de un trabajo, cuando la mayoría de las mujeres prescindiendo de sus intereses y talentos individuales planeaban dedicar la mayoría del trabajo de su vida al trabajo de la casa y cuidado de los niños. Al igual que los hombres, las mujeres trabajan para ganar dinero, para lograr reconocimiento y para llevar necesidades personales. Cerca de dos tercios de las mujeres que trabajan necesitan hacerlo porque son solteras y necesitan sentirse - o ser- independientes, divorciadas, viudas, separadas o casadas con hombres que ganan un sueldo mínimo (o menos). El movimiento femenil ha inspirado a muchas de ellas a buscar trabajos

desafiantes y satisfactorios. Las tendencias sociológicas hacia el matrimonio y la crianza más tarde y familias más pequeñas ha hecho más fácil para muchas mujeres jóvenes perseguir objetivos educativos y de carrera más ambiciosos. Y las mujeres que tienen una familia están tomando ventaja de los patrones de trabajo alternativo tales como tiempo parcial, horarios flexibles y trabajo compartido.

Se adoptan conceptos relacionados con la enfermedad con la finalidad de conocer como afecta a las necesidades del cliente.

Embarazo molar.

Es una degeneración quística, edematosa de las vellosidades coriales que abarca la placenta y el resto del huevo. El tamaño de las vellosidades puede abarcar desde unos cuantos milímetros, hasta un centímetro de diámetro. Este padecimiento esta englobado dentro de la denominada enfermedad trofoblastica que además de la mola hidatídica, incluye también a la mola invasiva y al coriocarcinoma y suponen una enfermedad del trofoblasto.²³

- Etiología.

Se presenta con una frecuencia de 2 a 4 /1000 embarazos, es mas frecuente en las multiparas y en su génesis se han citado factores inmunológicos maternos, factores cromosómicos. Este tipo de embarazo es una situación anormal y extraordinaria. Básicamente, en el caso de una mola completa, el fenómeno se produce por la fertilización de un óvulo "vacío", sin material genético. Entonces todos los cromosomas, estructuras en que se encuentran en los genes del ser humano, del óvulo fertilizado son del padre. Lo habitual es que de los 46 cromosomas que constituyen un embrión normal, 23 provengan del hombre y 23 de la mujer. En este caso, los 46 son de aporte masculino, lo que genera esta grave alteración.

²³ Félix Ramírez Alonso. "Obstetricia para la Enfermera Profesional". Editorial Manual Moderno. México DF. 2002. p. 195-198.

- Manifestaciones clínicas.
 1. Existe aumento de las gonadotropinas coriónicas.
 2. Aumento de la sintomatología gravídica, náuseas, vómito sialorrea etc.
 3. Aumento de la frecuencia de toxemia gravídica.
 4. Sangrado transvaginal indoloro, oscuro.
 5. Ausencia de partes fetales y latido cardíaco del feto.
 6. Expulsión de vesículas en el caso de aborto en evolución (patognomónico).
 7. La imagen del ultrasonido muestra que no se encuentra esbozo embrionario y el contenido uterino revela una imagen en copos de nieve.

- Tratamiento.

Tomando en cuenta la severa sintomatología que se presenta y la posibilidad de que se desarrollen un serio problema neoplásico como el coriocarcinoma, implica proceder al legrado uterino digital o instrumental.

Hiperémesis gravídica.

El vómito grave persistente durante el embarazo, se le conoce como Hiperémesis Gravídica. Puede ser incapacitante y requerir hospitalización, es posible que con vómito prolongado haya deshidratación, acidosis y carencias nutricionales.

La evolución de este cuadro es progresiva; la primera etapa, es de transición de vómitos normales al de hiperémesis, luego aparece taquicardia, gran intolerancia a los alimentos, disminución de la presión arterial y deshidratación; y en un último periodo aparecen trastornos nerviosos.

Desnutrición por defecto.

Estado en el que el individuo, experimenta o esta en riesgo de experimentar una reducción de peso en relación con una inadecuada ingesta o metabolismo de nutrientes.

Dueño anticipado.

Respuestas y conductas intelectuales y emocionales mediante las que las personas, familias y comunidades intentan superar el proceso de modificación del autoconcepto provocado por la percepción de la pérdida potencial.

El estado en el que un individuo experimenta sentimientos en respuesta a una pérdida importante esperada.

III. METODOLOGÍA.

En la realización del Estudio de Caso se respetaran dos ejes uno metodológico y otro conceptual. El eje metodológico estará centrado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE); el cual para fines de este trabajo se considerará en cinco etapas; y el eje conceptual que se empleará será el Modelo Conceptual de Virginia Henderson.

3.1 Descripción.

Para realizar el estudio de caso se eligió a un cliente adulto femenino el cual se encuentra hospitalizada en el Hospital Naval de Mazatlán por presentar alteración en sus necesidades, la cual ingreso el día 10 de septiembre del 2004 con diagnostico de ingreso de embarazo de 8 S.D.G. con hiperémesis gravídica, y amenaza de aborto, durante su estancia hospitalaria se detecto por ultrasonografía que se trata de embarazo molar por lo que se decide el día 12 del presente un legrado uterino para evitar que se desarrolle un proceso neoplásico. A la fecha se continua con el diagnostico de post-op. LUI. Cabe mencionar que aunque se refiere el nombre de la patología el estudio de caso se centra en el cliente, por lo tanto las intervenciones de enfermería de ayudarla a satisfacer sus necesidades afectadas con base o dependiendo al grado de dependencia que presente. El estudio se realizo durante el tiempo de su hospitalización que fue del 10 al 14 de Septiembre del presente año.

3.2. Valoración.

La finalidad dela valoración es integrar una base de datos con relación al cliente, para lo cual se recurrió a las fuentes, técnicas e instrumentos que a continuación se describen.

3.2.1. Fuentes de información.

Se tuvieron como fuente de información directa, el cliente como fuente primaria y como fuente secundaria el expediente clínico, hojas de registro de enfermería y la literatura. Para lo cual se le realizó la hoja de consentimiento informado (anexo I).

3.2.2 Las técnicas utilizadas para la obtención de la información fueron: la entrevista, el método clínico o exploración física y la observación.

a). Entrevista.

Es una técnica observacional, un método que permite aprender acerca de las personas a través de una comunicación intencionada y dirigida hacia un fin. La entrevista de enfermería se desarrollo en un esfuerzo por proporcionar un cuidado personalizado. Su propósito es animar al paciente a que exprese sus ideas, sus sentimientos y los hechos que permiten identificar sus necesidades inmediatas y a largo plazo.

Se hablo con la cliente para establecer una fecha y hora para la entrevista la cual se realizo el día 12 de septiembre a las 10:00 hrs. En virtud de que el día de su ingreso se encontraba en un estado delicado que no permitió que esta se llevara a cabo, teniendo como fuente primaria la información directa del cliente.

Es una entrevista participante no estructurada, de carácter descriptiva.

ENTREVISTADOR. Buenos días, Mi nombre es José Manuel soy enfermero y estoy para servirle.

CLIENTE. Muchas gracias

ENTREVISTADOR. ¿Se acuerda usted de mí?

CLIENTE. Si usted me atendió en el servicio de urgencias en la noche que ingrese.

ENTREVISTADOR. MSP. Le puedo hacer unas preguntas relacionadas con su ingreso al hospital.

CLIENTE. Si.

ENTREVISTADOR. ¿cuantos años tienes?

CLIENTE. 20 años

ENTREVISTADOR. ¿eres de la ciudad de Mazatlán?

CLIENTE. Si vivo en la colonia Juárez .

ENTREVISTADOR. ¿ eres casada?

CLIENTE. Si mi esposo es militar y pertenece a un barco de la Armada de México. Que esta de base en el sector naval de Mazatlán.

ENTREVISTADOR. ¿ a que te dedicas, estudias o trabajas?

CLIENTE. Trabajo como asistente en una tienda de ropa en la colonia Juárez.

ENTREVISTADOR: La noto triste ¿tiene algún problema?

CLIENTE: Si.

ENTREVISTADOR: ¿Cuál es su problema? Y en que puedo ayudarle.

CLIENTE: Me encuentro triste por que el ginecólogo me informo que los resultados del ultrasonido que se me realizo cuando ingrese al hospital era malo, ya que se trata de un embarazo molar que tienen que suspender con un legrado para evitar problemas a futuro.

ENTREVISTADOR. Es tu primer embarazo.

CLIENTE: Si.

ENTREVISTADOR. Tenga mucha fe es joven y tiene un futuro por delante, la decisión que tomo el ginecólogo es la correcta y esperemos que todo salga bien. Me puedes contar como fue que ingresaste al hospital.

CLIENTE: Si, mire yo acudí al servicio de urgencias por presentar un malestar general por vómitos que al principio pensé que eran normales por la presencia de un probable embarazo, pero fueron tan intensos que no comí nada casi en dos días y además comencé a sangrar y esto me asusto mucho, por lo que acudí al hospital en la madrugada.

ENTREVISTADOR: Cuénteme en urgencias la visito el ginecólogo por la mañana, por que yo termine mi servicio y quedo pendiente una valoración por el especialista.

CLIENTE: Si me reviso en urgencias y ordeno me llevaran a un estudio de ultrasonido y me tomaron muestras de sangre.

ENTREVISTADOR: Después de los estudios de ultrasonido y laboratorio la volvió a visitar el ginecólogo.

CLIENTE: Si y me comunico el doctor que me ingreso al servicio de hospitalización por que necesitaban pasarme medicamentos y liquidos por la vena ya que me encontraba deshidratada y no aceptaba nada por la boca.

ENTREVISTADOR: Sientes en estos momentos alguna molestia.

CLIENTE: Si continuo con sangrado y cólicos además estoy preocupada por que a las 16:00 hrs. me van a pasar al quirófano para la realización del legrado. Además me encuentro muy débil y no tengo fuerzas, yo creo que es por que me daban unos calambres muy fuertes en las piernas cuando ingrese a urgencias.

ENTREVISTADOR. La noto angustiada ¿le preocupa algo?

CLIENTE: Si me preocupa que mi esposo no se encuentra en la ciudad ya que el barco se encuentra en un operativo de vigilancia por la temporada del camarón y a pesar que trabajo social ya informo de mi situación, no lo dejan desincorporarse hasta el día 15 de septiembre.

ENTREVISTADOR. Tiene mas familiares en la ciudad de Mazatlán.

CLIENTE. No mis padres se encuentran en la ciudad de Acapulco Gro. Ya que somos originarios mi esposo y yo de ese puerto.

ENTREVISTADOR. La han visitado durante su estancia en el hospital.

CLIENTE. Solamente mis compañeras de trabajo.

ENTREVISTADOR: ¿saben tus familiares que estas hospitalizada?

CLIENTE: solamente mi esposo porque a mis padres no los quiero preocupar por que no están bien de salud.

ENTREVISTADOR: ¿me puedes decir que problemas de salud tienen tus padres.

CLIENTE: mi papá padece de su presión arterial y mi mama le dan unas crisis nerviosas que la ponen muy mal.

ENTREVISTADOR: ¿tienes hermanos?

CLIENTE: Si tengo dos hermanos menores que se encuentran estudiando en Acapulco.

ENTREVISTADOR. Deseas que le informe a tus hermanos o tíos de que te encuentras hospitalizada.

CLIENTE: no porque luego le van a decir a mis papas y no quiero preocuparlos.

ENTREVISTADOR. La noto cansada puedo volver a visitarla el día de mañana.

CLIENTE. Si por favor por que también por las nauseas y vómitos constantes que tenia me dejaron sin descanso, y no logro reponer el sueño además por las preocupaciones y el miedo que le tengo a la cirugía.

ENTREVISTADOR. Todo va a salir bien voy a estar al pendiente por si se te ofrece algo.

CLIENTE: Muchas gracias.

b). Método clínico.

Método para obtención de datos objetivos que completan y confirman la información suministrada por el cliente, fue utilizada para valorar las necesidades en la dimensión biológica, mediante cuatro procedimientos básicos para su realización. La inspección, la auscultación, la palpación y la percusión. Los datos obtenidos fueron registrados en la historia clínica que mas adelante se describe.

c). Observación.

La observación es un proceso de información conseguida con el uso de los sentidos (vista, tacto, oído, olfato y gusto) estos sentidos son utilizados en diversas formas para observar al paciente. Las características generales de apariencia y actividad física, el contenido y proceso de las interacciones y relaciones así como el ambiente. Estos datos se registraron en diversos instrumentos como son la hoja de enfermería, hoja de control de líquidos, hoja de valoración de necesidades, historia clínica.

3.2.3 Instrumentos de registro.

Para el registro de la información se realizo en diversos instrumentos como:

a). Valoración de necesidades.

Hoja de Valoración de Enfermería.

Características Personales.

Nombre M.S.P. Edad 20 Sexo Femenino
 Estado Civil CASADA Religión Católica Etnia _____
 Escolaridad Secundaria Ocupación Empleada.
 Cuál su Objetivo de Salud. Mantenerse sana.
 Hospitalizaciones previas Ninguna.
 Motivo de Ingreso Emb. 3 S.D.G /A.A./ Hiperémesis Gástrica con deshidratación.
 Esta tomando medicamentos No
 Signos Vitales. Temp. 36.0 Pulso 106 Resp. 22 T/A 90/50
 Familia No. De Miembros 2 Con quien vive. Con su esposo.
 Problemas de relaciones con la familia. Si No Por que _____

1. Oxigenación

Estilo de vida. Sedentaria _____ Activa x
 Realiza sus actividades cotidianas sin fatigarse. (disnea). Normalmente no
 Presenta ningún problema es muy activa.

Patrón respiratorio, ritmo regularidad, profundidad. Normal
 Secreciones, tos, aleteo, dolor asociado a la respiración. No
 Cuantos cigarrillos fuma al día. Desde cuando. No fuma
 Antecedentes de enfermedades cardiorrespiratoria, dolor precordial, taquicardia
 hipertensión, anemia varices asma. ninguno

2. Nutrición e hidratación.

Se alimenta solo x Con ayuda. _____
 Horario y número de comidas habituales Tres comidas al día es de buen apetito. Pero
 En estos momentos presenta intolerancia de 2 días de evolución por vómitos persistentes.
 Cantidad y tipo de líquidos que ingiere al día. 2 litros de agua natural y ocasionalmente
Un refresco.
 Preferencias o desagradados Consume lo que venden en su localidad, le gusta comer de
todo.
 Patrones de aumento / pérdida de peso. Perdió 3 Kg. en un periodo corto por la presencia
De intolerancia al alimento por vómitos persistentes. De 2 días de evolución.
 Suplementos de la alimentación Ninguno no consumió vitaminas, no llevo control prenatal.
 Conocimiento de factores que favorecen la digestión. No
 Anorexia, náuseas, vómito, indigestión, hiperacidez. Nauseas y vómitos persistentes.
 Medidas para purificar el agua hierve, desinfecta, garrafón. Agua purificada en Garrafón.

Revisión. Peso 58 Kgs talla 1.60 Cms. Boca: datos de deshidratación de mucosas orales. Lengua: datos de deshidratación Encías: no presenta ningún problema. Dientes: caries en 2 dientes además refiere sensibilidad al frío o calor, labios: color pálidos.

3. Eliminación.

Frecuencia y cantidad en 24 horas, heces 1 vez al día Orina. 3 a 5 veces al día
Color consistencia heces Pastosas Orina Amarillo claro
Estreñimiento Si ocasionalmente. Hemorroides no Dolor menstrual si
Ayudas, líquidos, alimentos, medicamentos, enemas. Consume fibra cuando esta estreñida y toma mucha agua.

Problemas de: urgencia, retención, incontinencia, infecciones.

Intestino: dolor, diarrea, flatulencia, heridas, estomas.

Para mejorar tomo muscular, uso de mobiliario y calzado adecuado.

por el momento presenta los datos de urgencia ya señalados.

4. Moverse y mantener una buena postura.

Patrones de actividad y ejercicio, en su casa, en el trabajo y en el tiempo libre: Es
Muy activa trabaja 8 hrs. diarias y le gusta caminar.

Medidas higiénicas para moverse y tener una buena postura (ejercicios activos y pasivos para mejorar tono muscular, uso de mobiliario y calzado adecuado):

Limitaciones en la deambulación. Habitualmente ninguna, pero en el momento se siente Débil y cansada.

Postura habitual en relación al trabajo.

Dolor muscular inflamación de articulaciones, Defectos óseos.

Revisión: Capacidad funcional, mano dominante, utilización de brazos, piernas y manos,

Fuerza, presión, marcha utilización de aparatos: Actualmente presenta disminución de La fuerza por la debilidad, secundaria a intolerancia alimenticia con vómitos persistentes.

5. Descanso y sueño.

Patrones de reposo, sueño, horas en la noche, siesta Duerme 8 hrs. diarias regularm.
Y actualmente no ha podido dormir porque la persistencia de los vómitos. Por lo que Manifiesta cansancio y debilidad.

Alteraciones por estados emocionales Esta preocupa por el bienestar de su embarazo
Y se siente triste por la ausencia de sus esposo, manifiesta llanto.

Uso de reductores de tensión No

Facilitadores del sueño, masaje, relajación, música, lectura, medicamentos: ninguno

6. Uso de prendas de vestir adecuadas

Distingue relaciones entre higiene personal y salud. Si

Necesita ayuda para vestirse o desvestirse no

Hábitos sobre la higiene personal y del vestido: Se baña todos los días y realiza cambio de ropa.

Tiene los recursos económicos para vestir ropa limpia Cuenta
con el sueldo de su pareja que es militar y el suyo que le alcanza para lo necesario.

7. Termorregulación

Se protege con los cambios de temperatura ambiente Si

Sensibilidad extrema al frío o calor. Si presenta sensibilidad al calor y al frío.

Que valor le dá a: Comida, ropa, y manejo adecuados en el control de la temperatura,
otras medidas físicas: Cree muy importante la alimentación y se protege de los cambios

De temperatura.

8. Higiene y protección de la piel.

Hábitos higiénicos diarios que quiere mantener; higiene oral, higiene femenina,
arreglo personal:

Aseo de dientes, manos, baño, con que frecuencia. Se lava los dientes 3 veces al día,
Se baña diario y realiza cambio de ropa todos los días.

Uso de algún producto específico, colonia, crema, etc. Usa crema todos los días para
El cuerpo desodorante y perfume

Revisión de piel pigmentación, temperatura, textura, turgencia, lesiones,
contusiones.

hemorragias, cicatrices, masas, prurito, edema. La piel se encuentra con palidez y con

Perdida de su turgencia por la deshidratación.

Mucosa oral. Integra, deshidratada, hidratada. Mucosa deshidratada

9. Evitar peligros.

Prácticas que afectan la seguridad personal: hábitos, drogas, alcohol, tabaco, café, Bebi
das con cola, nivel de consumo: Toma bebidas de cola ocasionalmente.

Recursos de salud, médicos, odontólogos, hospitales. Cuenta con servicios médicos
En el Hospital Naval de Mazatlán ya que su esposo es militar y la tiene afiliada.

Prácticas de salud, manejo de estrés / ansiedad, técnicas de relajación. Trata de no
preocuparse mucho por problemas.

Auto examen de mama y testículos ocasionalmente se realiza auto examen.

Hogar, características que constituyen peligros para la seguridad: pisos, escaleras,
ninguno

Entorno físico, vecindario, presencia de peligros ambientales ninguno

Vive en la ciudad y cuenta con todos los recursos.

10. Necesidades para expresarse.

Facilidad para expresar sentimientos y pensamientos: tiene dificultad para expresarse
Siente temor.

Relaciones con la familia y con otras personas: No cuenta con familia en la ciudad, solo
Con su esposo y compañeras de trabajo y es muy Sociable.

Utilización de mecanismos de defensa, (agresividad/hostilidad, desplazamiento, etc.
Es tranquila y gusta tener amistad con compañeras de trabajo y con sus vecinos.

Limitaciones físicas que interfieran en su comunicación. Ninguna

Contactos sociales frecuentes y satisfactorios Cada semana se reúne con las

Familias de compañeros de su esposo y amigas de trabajo.

Facilitadores de la relación: confianza, receptividad, empatía, disponibilidad. Estuvo

Con temor durante las preguntas, pero siempre estuvo cooperadora.

11. Vivir según las creencias y valores. que debe practicar de su religión.

Frecuencia de algún servicio religioso: Acude a misa todos los domingos.

Valores que ha integrado en su estilo de vida: Honestidad, amor, respeto y fidelidad.

En que medidas sus valores se han alterado por su situación actual de salud en ninguno

Hasta el momento ha presentado alteración de sus valores.

Creencias religiosas significativas. Cree en dios y se encomienda en todo momento

12. Necesidad de trabajar y realizarse.

Historia laboral, tipo de trabajo, duración Es empleada y trabaja 8 hrs. diarias.

El trabajo le provoca satisfacción o conflicto.:

La enfermedad que tipo de problema le ha traído: Psicológicos y económicos.

Psicológicos, económicos, laborales, otros.

Autoconcepto positivo/negativo de si mismo: Es positivo su auto concepto.

Capacidad de decisión y de resolver problemas: Se considera segura al tomar decisiones

Aunque a veces lo consulta con su esposo.

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

13. Participar en actividades recreativas.

Interese, pasatiempos y actividades recreativas que desarrolla en su tiempo libre. Le
gusta salir a caminar, ver la televisión, visitar amigas y estar con su esposo.

La última vez que participó en actividades de este tipo. Hace una semana se reunió con
Sus amigas.

El uso de su tiempo libre le proporciona satisfacción. Si porque tiene suficiente tiempo
para atender a su esposo.

Dispone de recursos para dedicarse a cosas que le interesan. Esta ahorrando para la
Compra de un automóvil.

La distribución de su tiempo es equilibrada entre el trabajo y recreación. si

14. Necesidad de aprendizaje.

Conocimientos sobre el desarrollo del ser humano en su ciclo vital. Cuenta con pocos conocimientos al respecto.

Conocimientos sobre sí mismo, sus necesidades básicas, su estado de salud actual, su tratamiento y autocuidado que necesita.: Tiene muchas dudas y miedo respecto al estado

de salud actual y eso le ocasiona temor.

Desearía incrementar sus conocimientos sobre aspectos relativos a su salud/enfermedad,

técnicas de autocontrol emocional, cambios necesarios en sus hábitos de vida. Si Porque Tiene miedo de embarazos futuros.

Situaciones que alteran la capacidad de aprendizaje, ansiedad, dolor, pensamientos, sentimientos, angustia. El temor por el bienestar fetal manifestado con llanto.

b). Historia clínica.

Datos personales

NOMBRE: M.S.P. EDAD: 20 a. SEXO: Femenino
EDO. CIVIL: Casada RELIGIÓN: Católica
ESCOLARIDAD: Secundaria OCUPACION: Empleada

A. VALORACIÓN POR PATRONES DE SALUD.

1.- Patrón de percepción- manejo de la salud.

- No ha tenido problemas importantes de salud, solo las enfermedades propias de la infancia y el problema importante que la hizo ingresar al hospital por deshidratación, náuseas con vómitos persistentes y sangrado transvaginal moderado.
- No fuma ni bebe alcohol.
- No ha presentado alergias conocidas.
- No ha estado hospitalizada previamente, describe su salud como buena.
- En este momento dice encontrarse triste por la pérdida de su embarazo.

- Solicita información acerca de su padecimiento ya que no quisiera tener otro problema similar a futuro y desconoce de las consecuencias que puedan repercutir en su salud.

2.- Patrón nutricional- metabólico.

- Realiza tres comidas al día, manifiesta gustarle de todo y con buen apetito. Pero con este padecimiento no tolero nada en dos días por presentar nauseas y vómitos persistentes.
- Bebe habitualmente 2 litros de agua al día.
- No presenta problemas de masticación ni deglución, solo continua con presencia de nauseas sin llegar a vomito.
- Hemoglobina de 9.5 mg/dl. Por perdida transvaginal y procedimiento quirúrgico (LUI).
- Piel turgente cálida al tacto sin datos de deshidratación ya corregida previamente.
- Peso de 58 450 grs.
- Talla de 1.60 mts.
- Temperatura de 36.5°C.

3.- Patrón de eliminación.

- Intestinal.- patrón habitual de 1 deposición al día sin problemas de estreñimiento.
- Vesical.- patrón habitual de 4 a 5 veces al día sin problemas a la micción.
- Actualmente presenta micción espontánea a la media hora de su intervención quirúrgica LUI.

4.- Patrón de actividad- ejercicio.

- Es empleada en tienda de ropa, es muy activa trabaja 8 hrs. diarias de lunes a sábado, los domingos habitualmente sale a caminar.
- T/A 110/60.
- Pulso 70 p/min.. Rítmico.

- F.R. 20 r/min.

5.- Patrón de sueño- descanso.

- Aproximadamente duerme de 8 a 9 hrs. diarias, pero con su padecimiento no lograba conciliar el sueño.
- Siente cansancio y fatiga debido a que por la preocupación y miedo a la cirugía no logro reponer el sueño, despertándose continuamente.

6.- Patrón cognitivo-perceptual.

- No presenta deficiencias sensoriales, no utiliza lentes, sin problemas de vértigos. Sensible al frío y calor.
- Orientada en tiempo y espacio.

7.- Patrón auto percepción- autoconcepto.

- Se siente muy triste por la pérdida de su embarazo, manifiesta tener miedo e incertidumbre por embarazos futuros.
- Su autoestima se encuentra baja por que se siente incapaz de concebir un embarazo normal.

8.- Patrón rol- relaciones.

- Esta casada, manifiesta tener buena relación con su marido, su pareja es militar y se ausenta por comisiones del servicio.
- No cuenta con familiares por parte de ella ni de sus esposo en la ciudad, ya que sus padres radican ambos en la ciudad de Acapulco; Gro.
- Se siente apoyada por sus compañeras de trabajo se describe como una persona muy sociable.

9.- Patrón sexualidad- reproducción.

- Menarquia a los 12 años, duración aproximada de 5 días.
- No utilizaba ningún método de planificación familiar.

- No presentaba molestias durante sus relaciones sexuales con su pareja, ni sangrado poscoital.
- Gestación única, con embarazo molar que es interrumpido por LUI.
- Actualmente presenta ligero cólico post-LUI, con ligero sangrado transvaginal, rojo sin mal olor.

10.-Patrón de adaptación-tolerancia al estrés.

- Se considera independiente para la toma de decisiones, aunque toma en cuenta la opinión de sus marido.
- No ha habido cambios importantes en su vida , excepto el embrazo molar que fue interrumpido.
- Expresa que la paso muy mal y tiene miedo de embarazos futuros y de no poder tener hijos, ya que ella desea tener un hijo.

11.-Patrón de valores y creencias.

- Religión católica.

EXPLORACIÓN FÍSICA.

A. DATOS GENERALES

Peso:: 58 Kg. Temperatura: 36.5 Respiración: 22

P.A.: 90/50. Pulso: 106

B. CABEZA.

Normocéfalo, no exostosis, pupilas isocóricas, normorefléxicas, conjuntivas pálidas (inferior), narinas permeables, mucosa oral deshidratada. Conducto auditivo externo izquierdo y derecho sin alteración.

C. CUELLO.

Cilíndrico, pulso presente, tráquea central movible, no megalias, no puntos dolorosos.

c). Hoja de registro de enfermería. (Anexo II)

d). Hoja de registro de control de líquidos. (Anexo III).

Es importante mencionar que no se presentan los registros de enfermería por ser un documento medico legal, que necesita la autorización del cliente y la institución.

3.3 Diagnostico.

Para la integración de los diagnósticos de enfermería se tubo que organizar y clasificar la información en necesidades con sus respectivas dimensiones señaladas por Henderson, biológicas, sociológicas, psicológicas y culturales. Lo cual facilito el análisis para conocer tanto las fuentes de dificultad como los problemas que la afectan, utilizando los formatos que mas adelante se presentan.

El tipo de diagnostico que se estructuro fue real, ya que refleja las necesidades actuales del cliente mediante características definitorias identificables.

El diagnostico de enfermería se estructuro de acuerdo al formato (P.E.S).

- Problema
- Etiología.
- Signos y síntomas.

Considerando las etiquetas de la NANDA. Por ser congruente teóricamente con el modelo conceptual de Henderson, ya que fueron trabajadas con base a necesidades.

Es importante señalar que se hizo un análisis de las 14 necesidades en la cual se señala la independencia o grado de dependencia.

a).

NECESIDADES	INDEPENDIENTE.	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	DEPENDIENTE.
1.-Oxigenación.	x		
2.-Nutrición e Hidratación.			x x
3.-Eliminación.	x		
4.-Moverse y mantener la postura.	x		
5.-Descanso y sueño		x	
6.-Usar prendas de vestir adecuadas.	x		
7.-Termorregulación.	x		
8.-Higiene y protección de la piel.	x		
9.-Evitar peligros.	x		
10.-Comunicarse.	x		
11.- Vivir según sus creencias y valores			
12.-Trabajar y realizarse		x	
13.-Jugar y participar en actividades recreativas	x		
14.-Aprendizaje		x	

De estas 14 necesidades para fines de este trabajo se identificaron dependencia en 5 y se presenta el análisis de 4.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE: M.S.P. EDAD 20 años PESO: 58 kg. TALLA: 1.60 Mts.
FECHA DE NACIMIENTO: 12 DE AGOSTO DE 1984. SEXO: femenino.
OCUPACIÓN: empleada en tienda de ropa. ESCOLARIDAD: Secundaria.
FECHA DE ADMISIÓN: 10 de Septiembre del 2004. HORA: 03:30 Hrs.
PROCEDENCIA: ciudad de Mazatlán, domicilio particular en la colonia Juárez.
FUENTE DE INFORMACIÓN: primaria directa del paciente. FIABILIDAD: 4.
MIEMBRO DE LA FAMILIA: Primera de tres hermanos.

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS.

NECESIDADES DE NUTRICION E HIDRATACIÓN.

SUBJETIVO:

DIETA HABITUAL (TIPO) . carnes , frutas y verduras dice gustarle todo tipo de alimentos tiene buen apetito. Realiza tres comidas al día, bebe habitualmente 2 litros de agua al día.

TRANSTORNOS DIGESTIVOS: Presenta alteración digestiva por presencia de nauseas y vómitos de 2 días de evolución.

INTOLERANCIAS ALIMENTICIAS Y ALERGIAS: Habitualmente no pero presenta intolerancia al alimento por la presencia de vómitos persistentes por su padecimiento.

PATRON DE EJERCICIO: Es empleada y trabaja 8 hrs. diarias de lunes a sábado, los domingos le gusta salir a caminar y hacer ejercicio, es muy activa.

OBJETIVO:

TURGENCIA DE LA PIEL: Con datos de deshidratación, mucosas secas y pérdida de la turgencia de la piel por resequeadad y palidez.

CARACTERÍSTICAS DE UÑAS Y CABELLO: De características normales.

FUNCIONAMIENTO NEUROMUSCULAR Y ESQUELETICO: con excitación nerviosa e irritabilidad, con presencia de tetanias en miembros inferiores.

OTROS: Sus signos vitales están alterados a su ingreso con taquicardia de 106 por minuto, Hipotensión de 90/50 mm Hg., respiración de 22 por minuto, temperatura de 36 °C. presenta sangrado transvaginal en moderada cantidad, presencia de llanto por temor del bienestar fetal. Hb. De 10 mg/dl. y pérdida de peso de 3 Kg. En un periodo corto.

NECESIDADES	DIMENSIONES			
	BIOLOGICA	SOCIAL	PSICOLOGICA	CULTURAL
HIDRATACION	Edad 20 años peso de 58 Kg. talla 1.60 mts. Resequeadad de mucosas, y pérdida de la turgencia de la piel. hipotensión arterial de 90/50, taquicardia de 106 x minuto. Presencia de nauseas y vómitos persistentes, tetanias en miembros inferiores, sangrado transvaginal moderado.	Habitualmente toma 2 litros de agua al día.	Temor por el bienestar fetal, manifestado con llanto y por el malestar general de 2 días de evolución con presencia de vómitos persistentes.	Ingiere sus alimentos en casa, es ocasional cuando come fuera de su hogar.

- FALTA DE FUERZA.
- FALTA DE VOLUNTAD.
- FALTA DE CONOCIMIENTO.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Alteración de la hidratación por falta de líquidos y electrolitos relacionado con la pérdida de líquidos, manifestado por náuseas y vómitos persistentes, sangrado transvaginal moderado.

OBJETIVO: Ayudar al cliente a su hidratación a través de cuidados especializados, con hidratación con líquidos parenterales para restablecer el estado hidroelectrolítico.

NECESIDADES	DIMENSIONES			
	BIOLOGICA	SOCIAL	PSICOLOGICA	CULTURAL
NUTRICION	Edad 20 años peso de 58 kg. talla 1.60 mts. Resequedad de mucosas, y pérdida de la turgencia de la piel. hipotensión arterial de 90/50, taquicardia de 106 x minuto. Presencia de náuseas y vómitos persistentes, tetanias en miembros inferiores. sangrado transvaginal moderado. Hb 10 mg/dl, pérdida de peso de 3 Kg. En un periodo corto.	Habitualmente toma 2 litros de agua al día. Le gusta comer de todo es de buen apetito.	Temor por el bienestar fetal. manifestado con llanto y por el malestar general de 2 días de evolución con presencia de vómitos persistentes.	Ingiere sus alimentos en casa, es ocasional cuando come fuera de su hogar.

- FALTA DE FUERZA.
- FALTA DE VOLUNTAD.
- FALTA DE CONOCIMIENTO.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Alteración de la nutrición por falta de la ingesta de alimentos, relacionado con la intolerancia a la vía oral y el consumo inadecuado de nutrientes, manifestado por náuseas y vómitos persistentes Hb 10 mg/dl. pérdida de peso de 3 Kg. en un periodo corto.

OBJETIVO: Avudar al cliente a su nutrición a través de cuidados especializados, para restablecer el estado nutricional.

NECESIDADES	INDEPENDIENTE.	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	DEPENDIENTE.
1.-HIDRATAACION			X
2.-NUTRICION			X

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

SUBJETIVO:

HORA DE DESCANSO: De 22:00 hrs. Habitualmente pero debido a su padecimiento se altero. HORARIO DE SUEÑO: De 22-06:00 hrs. Habitualmente, pero tiene dos días de no conciliar el sueño y descansa por periodos cortos.

HORAS DE DESCANSO: 10 hrs. HORAS DE SUEÑO: 08-09 hrs. Habitualmente, pero no ha logrado descansar y ha dormido muy poco.

SIESTA: no acostumbra, solo ocasionalmente.

INSOMNIO: Habitualmente no, pero debido su padecimiento con nauseas y vómitos persistentes no lograba conciliar el sueño, despertándose continuamente.

DESCANSADO AL LEVANTARSE: No siente que descansa ya que siente fatiga y necesidad de seguir durmiendo.

OBJETIVOS:

ESTADO MENTAL: No presenta deficiencias sensoriales, orientada en tiempo y espacio.

OTROS: Presenta llanto y se siente muy triste por la perdida de su embarazo, manifiesta tener miedo e incertidumbre por embarazos futuros, su autoestima se encuentra baja por que se siente incapaz de concebir un embarazo normal.

NECESIDADES	DIMENSIONES			
	BIOLOGICA	SOCIAL	PSICOLOGICA	CULTURAL
DESCANSO. Y SUEÑO.	Edad 20 años peso de 58 Kg. talla 1.60 mts. Fatiga y cansancio por la presencia de nauseas y vómitos persistentes de dos días de evolución y sangrado transvaginal moderado a su ingreso. Hábitos de descanso y sueño alterados. Presenta bostezos y ojeras. Manifiesta que no puede conciliar el sueño.	Habitualmente se considera una persona sana, duerme en promedio de 8-9 hrs. Diarias, es muy activa, se considera muy sociable. Se siente apoyada por compañeras de trabajo.	Presenta llanto y se siente muy triste por la perdida de su embarazo, manifiesta tener miedo e incertidumbre por embarazos futuros, su autoestima se encuentra baja por que se siente incapaz de concebir un embarazo normal.	Es de religión católica, No cuenta con familiares por parte de ella ni de sus esposo en la ciudad, ya que sus padres radican ambos en la ciudad de Acapulco; Gro.

- FALTA DE FUERZA.
- FALTA DE VOLUNTAD.
- FALTA DE CONOCIMIENTO.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Alteración del descanso y sueño relacionado con malestar general de dos días de evolución, manifestado por nauseas y vómitos persistentes, temor por perdida del embarazo y presencia de ojeras y bostezos.

OBJETIVO: Ayudar al cliente a favorecer el patrón del sueño, propiciando de 5 a 8 hrs. de sueño continuo.

NECESIDADES	INDEPENDIENTE.	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	DEPENDIENTE.
1.-DESCANSO Y SUEÑO		X	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Duelo anticipado relacionado con amenaza real por perdida del embarazo, manifestada por llanto, ansiedad y temor .

OBJETIVO: Ayudar al cliente a comprender y afrontar la perdida del embarazo.

NECESIDADES	INDEPENDIENTE.	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	DEPENDIENTE.
1.-DUELO		X	

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

SUBJETIVO:

TRABAJA ACTUALMENTE: SI. TIPO DE TRABAJO: Empleada en tienda de ropa. RIESGOS: Ninguno. CUANTO TIEMPO DEDICA AL TRABAJO: 8 Hrs. ESTA SATISFECHA CON SU TRABAJO: SI. SU REMUNERACIÓN LE PERMITE CUBRIR SUS NECESIDADES BASICAS: SI ESTA SATISFECHA CON EL ROOL FAMILIAR QUE JUEGA: No por las ausencias de su esposo en comisiones ya que es militar. A pesar de que es muy sociable se siente sola.

OBJETIVO:

ESTADO EMOCIONAL: Se encuentra con presencia de llanto, inquieta, triste y temerosa, por la perdida de su embarazo y por el riesgo de quedar desempleada, ya que su trabajo no lo considera muy seguro, pero si le es indispensable para cubrir sus necesidades básicas.

NECESIDADES	DIMENSIONES			
	BIOLOGICA	SOCIAL	PSICOLOGICA	CULTURAL
TRABAJAR Y REALIZARSE	Edad 20 años peso de 58.4 Kg. talla 1.60 mts. POST- OP de LUI.	Habitualmente es muy activa, se considera muy sociable. Se siente apoyada por compañeras de trabajo. su esposo se encuentra fuera de la ciudad.	Presenta llanto y se siente muy triste por la perdida de su embarazo. y por el riesgo de quedar desempleada.	Es de religión católica, No cuenta con familiares por parte de ella ni de sus esposo en la ciudad, ya que sus padres radican ambos en la ciudad de Acapulco; Gro.

3.4 Planeación.

Para la etapa de planeación de acuerdo al tipo de dependencia se eligió el rol de enfermería entendiendo como las acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según el grado de dependencia, en el cual según Henderson pueden ser:

a). La enfermera como suplencia del paciente.

Éste se dará siempre que el cliente tenga un proceso grave, que por falta de conocimiento, fuerza o voluntad, no pueda sentirse completo e independiente, es una situación temporal donde la enfermera lo suple totalmente.

b). La enfermera con ayuda del paciente.

Queda claro que un grado menor de implicación, y la enfermera presta servicios concretos pero deja que desarrolle una parte de su independencia.

c). La enfermera como compañera del paciente.

La enfermera en este caso supervisa y educa al paciente pero es él mismo el que realiza sus cuidados.

Ayudando al cliente a través de intervenciones:

- Independientes. Las que uno realiza como enfermera.
- Dependientes. Las que derivan del tratamiento médico.
- Interdependientes. Las que derivan del tratamiento multidisciplinario.

En el formato del plan de atención se incluye el objetivo, metas, criterios de evaluación o resultados y la fundamentación de las intervenciones de enfermería.

A continuación se presentan los planes de atención.

PLAN DE ATENCIÓN.

INICIALES DEL CLIENTE: M.S.P. FECHA: 10 DE Septiembre del 2004.

NECESIDAD: Hidratación. TIPO DE DEPENDENCIA: Dependiente.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Alteración de la hidratación por falta de líquidos y electrolitos relacionado con la pérdida de líquidos, manifestado por náuseas y vómitos persistentes, sangrado transvaginal moderado.

OBJETIVO: Ayudar al cliente a su hidratación a través de cuidados especializados, con hidratación con líquidos parenterales para restablecer el estado hidroelectrolítico.

	TOTALMENTE DEPENDIENTE
X	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

X	ROL DE AYUDA
	ROL SUPLENCIA
X	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

INTERV. INDEPENDIENTE	(IID)
INTERV. DEPENDIENTE	(ID)
INTERV. INTERDEPENDIENTE	(ITD)

METAS	CRITERIOS DE EVALUACION	INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
5 a 10 minutos.	-Identificación de los datos de deshidratación	-valorar la turgencia de la piel, la hidratación de las mucosas, densidad urinaria, así como registro de signos vitales,(I.I.D).	La valoración de datos objetivos, son importantes ya que se puede corregir una acidosis metabólica y un shock hipovolemico.	Se identificaron los datos de deshidratación con datos subjetivos objetivos.
De 1 a 4 hrs.	-Corregir el déficit de hidratación así como el desequilibrio hidroelectrolítico	iniciar con hidratación parenteral con instalación de venoclisis. (I.I.D) -registrar control de líquidos. ingresos y egresos. (I.I.D.)	La restauración de líquidos y electrolitos requiere de la restauración parenteral, hasta que se pueda tolerar la vía oral.	se logró corregir la deshidratación y el desequilibrio hidroelectrolítico con la ministración de líquidos electrolitos intravenosos.
De 10 a 15 minutos.	-Iniciar con tratamiento antiemético para la disminución del vomito.	-ministrar antieméticos i.v. y vía rectal, (I.D). registro de la cantidad y frecuencia de los vómitos así como sus características. (I.I.D) -registro de peso diario. (I.I.D)	La valoración precisa del estado hemodinámico y proporciona una base para la planificación y valoración de las intervenciones.	la clienta respondió satisfactoriamente a la ministración de antiemético disminuyendo los vómitos.

PLAN DE ATENCIÓN.

INICIALES DEL CLIENTE: M.S.P. FECHA: 10 DE Septiembre del 2004.

NECESIDAD: Nutrición. TIPO DE DEPENDENCIA: Dependiente.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Alteración de la nutrición por falta de la ingesta de alimentos, relacionado con la intolerancia a la vía oral y el consumo inadecuado de nutrientes, manifestado por nauseas y vómitos persistentes Hb 10 mg/dl, perdida de peso de 3 kg. en un periodo corto.

OBJETIVO: Ayudar al cliente a su nutrición a través de cuidados especializados, para restablecer el estado nutricional.

	TOTALMENTE DEPENDIENTE
X	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

X	ROL DE AYUDA
	ROL SUPLENCIA
X	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

INTERV. INDEPENDIENTE	(IID)
INTERV. DEPENDIENTE	(I D)
INTERV. INTERDEPENDIENTE	(ITD)

METAS	CRITERIOS DE EVALUACION	INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
En las primeras 24 hrs.	-estimular la hidratación y alimentación por vía oral de acuerdo a tolerancia	-ofrecer líquidos que prefiera la paciente. (I.I.D) -estimular la ingesta de líquidos aumentando la cantidad de acuerdo a la tolerancia. (I.I.D)	La nutrición es necesaria y esencial para mantener la salud y crecimiento normal.	la tolerancia a la vía oral fue mejorando progresivamente. la paciente tolera satisfactoriamente dieta hasta el tercer día de estancia hospitalaria
Durante su estancia hospitalaria y seguimiento extrahospitalario.	-Restablecer el estado nutricional así como el aumento de peso perdido	-iniciar dieta de acuerdo a tolerancia. -ofrezca pequeñas cantidades atractivas ajustándose a las preferencias de la paciente. (I.I.D) sugerir interconsulta con el servicio de nutriología. (I.T.D.)	El déficit de aporte de nutrición puede ocasionar desnutrición y anemia, Así como atrofia muscular.	Recupero parcialmente peso perdido al 4 día con 450 grs.. Se espera recuperación parcial con apoyo de nutrición.

PLAN DE ATENCION.

INICIALES DEL CLIENTE: M.S.P. FECHA: 10 DE Septiembre del 2004.

NECESIDAD: Descanso y Sueño. TIPO DE DEPENDENCIA: Parc.Dependiente.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Alteración del descanso y sueño relacionado con malestar general de dos días de evolución, manifestado por nauseas y vómitos persistentes, temor por perdida del embarazo y presencia de ojeras y bostezos.

OBJETIVO: Ayudar al cliente a favorecer el patrón del sueño, propiciando de 5 a 8 hrs. de sueño continuo.

	TOTALMENTE DEPENDIENTE
X	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

X	ROL DE AYUDA
	ROL SUPLENCIA
X	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

INTERV. INDEPENDIENTE	(IID)
INTERV. DEPENDIENTE	(I D)
INTERV. INTERDEPENDIENTE	(ITD)

METAS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
De 6 a 8 horas.	Disminuir las interrupciones de sueño continuo.	Organizar los procedimientos para disminuir las molestias durante el periodo de sueño. Reducir el ruido. (I.I.D.)	La alteración del patrón del sueño es un trastorno de la calidad y cantidad del sueño, suspensión de la conciencia periódica limitado en el tiempo. Que corresponde a sus necesidades biológicas y emocionales.	Se logro que la cliente descansara en promedio de 5 a 6 horas continuas con interrupciones mínimas. Se logro que la cliente aceptara la perdida, disminuyendo los temores e inquietudes para embarazos en el futuro.
30 minutos a una hora.	Disminuir sus temores y sentimientos de aprensión.	Proporcionar apoyo emocional para que la cliente comparta sus preocupaciones y emociones y este preparada para asumir la perdida de su embarazo. (I.I.D.)	El temor es el sentimiento de inquietud o aprensión hacia una amenaza especifica.	Se logro a través del refuerzo positivo que la cliente mejorará su autoestima
30 minutos a una hora.	Ayudarla a mejorar su autoestima y confianza en si misma	Animar a la cliente a que manifieste sus emociones y fomentar la valoración de la misma a través del refuerzo positivo, reconociendo sus capacidades. (I.I.D.)	La alteración de la autoestima se debe a la experimentación de sentimientos negativos hacia uno mismo como respuesta a una perdida y a la inseguridad.	manifestando a su egreso la seguridad en si misma y la certeza de que si podrá ser madre en el futuro imponiend la juventud.

PLAN DE ATENCIÓN.

INICIALES DEL CLIENTE: M.S.P. FECHA: 10 DE Septiembre del 2004.

NECESIDAD: Duelo anticipado TIPO DE DEPENDENCIA : Parc. Dependiente.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Duelo anticipado relacionado con amenaza real por perdida del embarazo. manifestada por llanto, ansiedad y temor.

OBJETIVO: Ayudar al cliente a comprender y afrontar la perdida del embarazo.

	TOTALMENTE DEPENDIENTE
X	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

X	ROL DE AYUDA
	ROL SUPLENCIA
X	ROL DE ACOMPANAMIENTO

	INTERV. INDEPENDIENTE	(IID)
	INTERV. DEPENDIENTE	(ID)
	INTERV. INTERDEPENDIENTE	(ITD)

METAS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
10 a 20 minutos.	Identificación de los signos de duelo.	Vigilar el estado anímico de la cliente, permitiéndole que exprese sus sentimientos. (I.I.D)	La valoración de los cambios en el estado de animo, ayudan a detectar signos de duelo, en los que se detectan los sentimientos en respuesta a una perdida importante.	Se logro participación de cliente al permiti manifestar si expresar sus sentimientos y temores.
30 minutos a 1 hora.	Ayudar a afrontar la perdida y tratar la etapa de duelo sin complicaciones.	Tranquilizar al cliente explicado en forma clara y sencilla que estos sentimientos son esperados y que forman parte de una respuesta normal a una perdida. (I.I.D)		La cliente disminú sus temores acepta aunque muy convencida perdida de embarazo.
30 minutos	Elevar la autoestima de la cliente.	Ofrecer información sobre su situación ayudando a elevar su autoestima, fomentando sentimientos de control sobre la situación. (I.I.D) Concientisar a la cliente que es una persona joven con un futuro por delante y que si puede llegar a ser madre. (I.I.D.)	El miedo a lo desconocido durante la etapa de duelo puede disminuir orientando a la cliente.	La cliente al ser egresada del hospital present signos de du disminuidos.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

3.5 Ejecución y evaluación.

La ejecución involucra la acción o puesta en marcha de las intervenciones planeadas, exigiendo no solo el conocimiento de la enfermera, sino también su experiencia y habilidades desarrolladas.

Para la evaluación se tubo que recurrir nuevamente a la valoración para obtener datos que permitieran comparar los resultados obtenidos con los criterios de evaluación, y saber si se cumplió o no el objetivo y retroalimentar el plan de atención de enfermería.

Este método me permitió prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. En donde detecte necesidades del cliente. Mediante la valoración y el análisis de la información, con la obtención de datos subjetivos y objetivos, que a través del proceso de atención de enfermería y bajo la guía conceptual de Virginia Henderson, se lograron identificar, los factores y fuentes de dificultad que no permiten que el cliente satisfaga sus necesidades. Identificando las necesidades afectadas para la formulación de los diagnósticos de enfermería y se planearon las intervenciones independientes, interdependientes y dependientes, considerando las formas de ayuda de Henderson. Evaluando los resultados de las intervenciones realizadas, siendo estas satisfactorias, por que se lograron los objetivos establecidos durante su estancia hospitalaria.

IV. CONCLUSIONES.

A través del proceso de atención de enfermería y el modelo conceptual de Virginia Henderson, implicó que se comprendiera la función de ayudar al cliente en la búsqueda de detección de necesidades y en su más pronta independencia, en donde el trabajo y función de la enfermera es controlar y ser dueña de la situación. La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera. Profesionalmente, el proceso de atención de enfermería define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad, el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería. Para la profesión de enfermería, se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer. Estas 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.

Con bases y fundamentos, se logró ayudar al cliente y la experiencia obtenida me da claridad para conocer el proceso de atención de enfermería. Este método me permitió prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. En donde detecte necesidades del cliente. Mediante la valoración y el análisis de la información, con la obtención de datos subjetivos y objetivos, que a través del proceso de atención de enfermería y bajo la guía conceptual de Virginia Henderson, se lograron identificar, los factores y fuentes de dificultad que no permiten que el cliente satisfaga sus necesidades. Identificando las necesidades afectadas para la formulación de los diagnósticos de enfermería y se planearon las intervenciones independientes, interdependientes y dependientes, considerando

las formas de ayuda de Henderson. Evaluando los resultados de las intervenciones realizadas, siendo estas satisfactorias.

Además comprendí las características que presenta el proceso de atención de enfermería, ya que tiene una finalidad por que se dirige a un objetivo. Es sistemático por que implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo. Es dinámico ya que responde a un cambio continuo. Es interactivo por que se basa en las relaciones recíprocas que se establecen entre enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud. Es flexible por que se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades, sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente. Tiene una base teórica ya que el proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

Las dificultades que se tuvieron en el desarrollo del presente trabajo fueron las de referencias bibliograficas, ya que en la localidad no se consiguen con facilidad libros de texto que nos den información y datos específicos del proceso de enfermería aplicado al modelo de V. Henderson. Este proceso también implicó el desarrollo de nuevas habilidades como la búsqueda de información por Internet, uso de referencias bibliograficas, el trabajar en redes de apoyo. Esta experiencia me da herramientas para continuar con mi formación profesional.

ANEXO I
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CASO.

Yo M.S.P de 20 años de edad.
Con domicilio: calle insurgentes 1284. colonia : Benito Juárez.
En la Ciudad de: Mazatlán Estado: Sinaloa.

DECLARO QUE:

El pasante de enfermería: José Manuel Rivera Zepeda solicita mi autorización para realizar un estudio de caso sobre mi persona. Para llevar a cabo su Titulación de Licenciado en enfermería Y obstetricia de la Escuela Nacional de Enfermería Y Obstetricia.

ME EXPLICO QUE:

El estudio de caso, es el estudio de una persona en particular a la cual se le realiza una entrevista (interrogatorio) y exploración física para obtener información y poder detectar necesidades afectadas respecto a la salud en esa persona y se elabora un plan de cuidados de enfermería para favorecer su pronta recuperación.

1. Mi nombre no aparecerá, solamente mis iniciales.
2. El estudio requerirá de dos o más entrevistas.
3. En caso de ser necesario se le entrevistará a mi madre y a mi esposo.
4. De ser necesario habrá una visita a mi domicilio particular.
5. Verá mi expediente clínico como un auxiliar para recopilar datos (indicaciones médicas, registros de enfermería, estudios de laboratorio).
6. Tengo el derecho de reservarme algunas respuestas.
7. Se requiere de una exploración física (revisión) para obtener más datos.
8. Confidencialidad.
9. Llevará por título estudio de caso de un adulto joven con alteración de sus necesidades.

Mi estudio lo mandará a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y a la Universidad Nacional Autónoma de México; donde realizará su examen profesional ante un jurado, el cual se basará sobre mi estudio.

Tengo derecho a negarme a la realización del estudio a pesar de haber dado mi autorización, si es así automáticamente se suspenderá. No habrá represalias sobre mi persona por tal negativa.

VENTAJAS.

Se detectaran las principales necesidades afectadas a las cuales se le brindaran los cuidados necesarios y se brindara una atención de calidad.

Por tal motivo autorizo al pasante de enfermería José Manuel Rivera Zepeda. Que realice su trabajo, estudio de caso sobre mi persona. Ante lo cual presento mi firma.

M.S.P

Mazatlán Sinaloa Septiembre del 2004.

(ANEXO III)
 DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE SANIDAD NAVAL.
 SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA.
 JEFATURA DE ENFERMERÍA.

FORMATO DE BALANCE DE LIQUIDOS.

NOMBRE _____ RFC. _____ PESO _____
 SERVICIO _____ NUMERO CAMA. _____ FECHA. _____

	INGRESOS				EGRESOS.						
	VIA ORAL.	VIA PARENTERAL	HEMO-DERIVADOS	MEDICAMENTO PARENTERAL.	VOMITO	URESIS	EVACUACION	SANGRADO	DRENAJES	SONDAS	PERDIDAS INSENSIBLES
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
S. TOTAL.											
15											
16											
17											
18											
19											
S. TOTAL.											
20											
21											
22											
23											
24											
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
S. TOTAL											
TOTAL											

TOTAL INGRESOS _____ TOTAL EGRESOS _____ BALANCE 24 HORAS _____
 OBSERVACIONES _____

BIBLIOGRAFÍA.

ALFARO, Lefevre R. " Aplicación del Proceso Enfermero". Guía paso a paso. 4 Ed. Barcelona 1998 p 30.

COLLIERE, F.M. "Promover la vida_". Ed. Interamericana. Madrid. España 1993.

COLLIERE F.M. "Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros". Revista de Roll. Enfermería 1999.

ENEO- UNAM. México. Antología "Docencia en Enfermería" México. 2004. P 299.

ENEO- UNAM. México. Antología "Fundamentación Teórica para el cuidado". México 2004 P. 423.

ENEO- UNAM. México. Antología. "Sociedad Salud y Enfermería". México. 2003. P. 313.

ENEO- UNAM. México. Antología."Teorías y Modelos para la Atención de Enfermería." México 2002. P. 331.

FELIX Ramirez Alonso. "Obstetricia para la Enfermera Profesional". Editorial Manual Moderno. México DF. 2002. p. 195-198.

GARCIA González Ma. De Jesús. "El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson". - Propuesta para orientar La Enseñanza y la Practica de Enfermería. ENEO-UNAM. México. DF. 1997. P. 321.

KOZIER. B. "Manual clínico de Fundamentos de Enfermería". Ed. McGraw Hill. Interamericana 5Ta. Ed.

LYNDA J. Carpenito: "Manual de diagnóstico de enfermería" Ed. Mc.Graw Hill. Interamericana 4Ta Ed. P.587.

LUDERMILK, Perry, Bobak. " Enfermería Materno Infantil" Ed. Harcourt-Océano. 6ta. Ed. P.1386.

LUIS Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. "El pensamiento de Virginia Hendersón en el siglo XXI". De la teoría a la práctica. Barcelona: Masón, 1998. P. 128.

N.A.N.D.A. "Manual de diagnósticos de enfermería" Ed. Harcourt. 1ra. Ed. 2002. P. 264.

RUBY L. Wesley. "Teorías y Modelos de Enfermería" Ed. Mc.Graw Hill. Interamericana 2da. Ed. 1995. P.180.