



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  
LICENCIADA EN ENFERMERIA  
Y OBSTETRICIA

PRESENTA.

VERONICA GUADALUPE ROJAS ZAZUETA  
No. DE CUENTA: 400107228

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

M347833



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**DEDICATORIA.**

**A mis hijos:**

**Kehyla Damaris, Verónica Paola y Arturo  
A quienes deseo de todo corazón alcancen  
las metas que se tracen y me permitan  
disfrutar con ellos su éxito.  
Que Dios me los bendiga toda la vida**

**A mi esposo Arturo:**

**Con quien he compartido mi mayor  
parte de mi vida, de mis ilusiones y  
éxitos  
Mi agradecimiento eterno**

**A mi nieta**

**Damaris Melissa que la adoro  
con toda mi alma y con su llegada  
ha llenado mi vida de inmensa felicidad**

## AGRADECIMIENTOS

A Dios:  
Por permitirme mi estancia  
en este mundo y por tener a mi madre  
y una familia fabulosa

A mi asesora Angelina Rivera por haberme tenido  
la paciencia y dedicación para la realización de este trabajo.  
deseándole el mayor de los éxitos en su carrera  
personal y profesional pero sobre todo a su  
incansable deseo de superación sin permitir  
desmayos en nuestra corta existencia

A mis amigas Yolanda y Alicia:  
por impulsarme y formar un trío  
armonioso para sacar adelante  
uno de nuestros anhelos

**¡Gracias de todo corazón!**

## INDICE

### INTRODUCCIÓN

### JUSTIFICACIÓN

#### OBJETIVO

General

Específico

#### MARCO TEÓRICO

Cuidado

Concepto

Antecedentes Históricos

Tipos de cuidado

Connotaciones del cuidado

Enfermería

Concepto

Antecedentes Históricos

Metaparadigma de enfermería

Proceso de atención de enfermería

Concepto

Antecedentes históricos

Etapas del proceso de enfermería

Modelo Conceptual de Virginia Henderson

Antecedentes históricos del modelos de Virginia Henderson

Principales conceptos de Virginia Henderson

Catorce necesidades básicas

PAE y Modelo Conceptual de Virginia Henderson

Características del adulto joven

#### METODOLOGÍA

Descripción del caso

Valoración

Diagnóstico

Planeación

Evaluación

#### ANEXOS

#### CONCLUSIONES

#### BIBLIOGRAFÍA

Pag. 1

Pag. 1

Pag. 1

Pag. 5

Pag. 7

Pag. 9

Pag. 11

Pag. 12

Pag. 14

Pag. 17

Pag. 21

Pag. 22

Pag. 22

Pag. 23

Pag. 27

Pag. 28

Pag. 29

Pag. 31

Pag. 37

Pag. 41

Pag. 45

Pag. 45

Pag. 48

Pag. 69

Pag. 79

Pag. 79

Pag. 94

Pag. 99

Pag. 100

## INTRODUCCIÓN

La enfermería como profesión ha evolucionado desde una concepción eminentemente empírica hasta una disciplina con una base de conocimientos propios que cada día delimita mas claramente su núcleo central de conocimientos "El Cuidado". Los integrantes de su gremio, ayudan y cuidan a las personas mediante la práctica de cuidados profesionales, para tal efecto las enfermeras utilizan al Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como un método que les permite el cuidado de las personas.

En este sentido el PAE, es el método mediante el cual se proporcionan cuidados individualizados al cliente y familia, es un enfoque deliberativo de resolución de problemas que requieren capacidades cognitivas técnicas e interpersonales y que va dirigido a satisfacer las necesidades del sistema cliente y familia.

Viendo la importancia del sustento de la práctica profesional se ha decidido la realización de un Proceso de Atención de Enfermería que sirva de base a futuras enfermeras como material de consulta en el mejoramiento de la práctica y en beneficio a la satisfacción de necesidades del cliente.

Este Proceso de Atención de Enfermería será aplicado en la etapa de crecimiento de una persona adulta, internada en el Hospital General de Zona #3 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) "Dr. Héctor González Guevara", ubicado en Mazatlán, Sinaloa; que presenta afectadas sus necesidades.

Como ya fue mencionado en la Metodología se empleó el Proceso de Atención de Enfermería cuyas etapas son: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación.

En un primer momento se reunió una base de datos (Valoración), que permitió identificar las necesidades afectadas para así efectuar diagnósticos de enfermería (Diagnóstico), para poder elaborar un plan basado en la acción fundamentada de la intervención (Ejecución), en el cumplimiento de los objetivos deseados (Evaluación); recordando que este proceso tiene la cualidad de ser dinámico, en el sentido de que está sometido a constantes cambios que obedecen la naturaleza propia del hombre.

## JUSTIFICACIÓN

La enfermería como disciplina centra su conocimiento en la atención de la salud humana y como profesión se preocupa por el bien fundamental de la humanidad donde ejerce su práctica bajo un marco de valores éticos legales para atender a la persona, familia y grupos sociales. La enfermera debe de ser capaz de asumir y sustentar su práctica profesional en conocimientos, centrados en el dominio de su disciplina y en los valores éticos de la profesión, ya que cuenta con un método en particular que le ayuda a tomar decisiones de manera reflexiva y analítica, con el fin de ayudar al individuo sano o enfermo en actividades que contribuyan a su salud y a su independencia siendo su misión el cuidar, ya que es un acto de vida, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener ya a consolidar la vida y permitir que esta se continúe y se reproduzca.

La utilización del Proceso de Atención de Enfermería requiere de habilidades y destrezas cognitivas y motrices para poder ayudar al cliente; en este sentido el proceso de Atención de Enfermería permite la toma de decisiones basadas en un proceso reflexivo, donde la enfermera pone en juego sus conocimientos y experiencias para realizar los diagnósticos y planear las intervenciones que contribuyan a mejorar, recuperar o mantener la salud y bienestar del cliente.

En este sentido se presenta el presente proyecto para realizar un estudio de caso dirigido a una cliente adulta puérpera, el cual tendrá como eje metodológico al PAE y como eje conceptual al Modelo de Virginia Henderson.



## I. OBJETIVOS

### 1.1 OBJETIVO GENERAL

Por medio del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y bajo la orientación del Modelo Conceptual de Virginia Henderson; se contribuirá a satisfacer las necesidades del Cliente.

### 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.2.1 A través de la valoración se construirá una base de datos que permita acceder a identificar las necesidades afectadas del cliente.

1.2.2 Se analizará la información obtenida para realizar los diagnósticos de enfermería apropiados a cada necesidad afectada.

1.2.3 Se identificará los factores y fuentes que obstruyen al cliente en la satisfacción de sus necesidades.

1.2.4 Con base a los diagnósticos establecidos, las fuentes y factores de dificultad; se propondrá las intervenciones independientes e interdependientes de enfermería, consideradas en las fuentes de ayuda expuestas por Virginia Henderson.

1.2.5 Se evaluará las acciones efectuadas en el logro de los objetivos fijados.

## II. MARCO TEORICO.

Dentro del marco teórico se presentan los elementos conceptuales que sustentan el estudio de caso.

### 2.1 Cuidado.

Históricamente la mujer ha sido el elemento esencial para el ser humano, pues es ella la protagonista en otorgar cuidados domésticos, cuidados fundamentales a satisfacer necesidades tales como; la alimentación, supervivencia, cuidados durante el parto, la crianza y la lactancia. "La perpetuación de las sociedades tribales dependía del nivel de éxito en tales cuidados dada la extrema mortalidad que acechaba ese delicado periodo del que dependía la reproducción, mantenimiento y mejora del precario sistema social de la época."<sup>1</sup>

La enfermería a través de su desarrollo histórico a tenido diversas transformaciones y entre ellas están las de aspectos paradigmáticos en este sentido la atención por varios años se ha centrado en enfermedad y curación y en la actualidad gracias al desarrollo epistemológico y filosófico de esta profesión se trata de ubicar en el cuidado y la persona, por tanto en este apartado se desarrollan conceptos relacionados con el cuidado y la persona.

#### 2.1.1 Concepto.

Cuidado de enfermería; son las intervenciones de enfermería con el cliente. Se define como lo que hace la enfermera, para por, y con la persona. El enfoque

---

<sup>1</sup> SILES, M. José Luis. Fundamentos Históricos de la Enfermería. Antología Fundamentación Teórica para el Cuidado ENEO. UNAM. 2004. pp15

primario de las intervenciones de enfermería son las interacciones transpersonales que ocurren entre la enfermera y el cliente.<sup>2</sup>

Para fines de conceptualización Colliere determina que el cuidado es; "ante todo un acto de VIDA en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad y actividades dirigidas a mantener y conservar la VIDA y permitir que esta se continúe y se reproduzca".<sup>3</sup>

Watson determina que los clientes requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado del cliente es un fenómeno social universal, que solo resulta afectivo si se practica en forma interpersonal. Según Watson, el cuidado es el atributo más valorable que la enfermería puede ofrecer. Su teoría se basa en suposiciones acerca de la ciencia del cuidado y la presencia de los factores de cuidado.

"Las suposiciones del cuidado son; que puede ser demostrado de manera afectiva y practicado de forma interpersonal, consta de factores de cuidados que pueden satisfacer las necesidades humanas,

El cuidado responde aceptando a una persona como es y lo que parece, además de lo que podría llegar a ser, la práctica del cuidado es fundamental para la enfermería; el cuidado conlleva una responsabilidad de la enfermería respecto al problema del cliente; la enfermería y el cliente colaboran para ayudar al individuo a que obtenga control, conocimientos y salud".<sup>4</sup>

---

<sup>2</sup> DURAN de Villalobos, M. Ciencia de Enfermería. En Antología teórica y Modelos para la atención de Enfermería. ENEO – UNAM. 2002 pp 139.

<sup>3</sup> COLLIERE, F.M Disquisiciones sobre la Naturaleza de los Cuidados de Enfermería; Antología Fundamentación Teórica para el cuidado. ENEO – UNAM. 2004 pp 37..

<sup>4</sup> WESLEY, Rubi, L. Teorías y Modelos de Enfermería. Ed. Me Graw – Hill, Interamericana 2da ed., México, D.F. pp 129 – 130.

Los clientes tienen derecho a recibir un cuidado integral de calidad ya que "el objetivo principal de la enfermería es el cuidado de la salud del ser humano considerado con todos sus valores, potencialidades y debilidades, mismas que son valorados junto con las experiencias que la persona está enfrentando en el momento que ha perdido su salud.

La enfermera le ayuda a entender y tener conocimiento de la situación, con lo que le permite incorporar y confrontar sus valores en situaciones adversas.<sup>5</sup>

"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.<sup>6</sup>

Es esencial el cuidado para la enfermera ya que este le da fundamento, especificidad a la disciplina el cuidado está dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones salud física, mental, social y espiritual, en situaciones vitales como el crecimiento y desarrollo de la persona, en la enfermedad y de la muerte.

La necesidad de cuidados es universal de cuidados es universal. Inherente a ello está el respeto a la vida, a la dignidad y a los derechos del hombre, aunque estos no están limitados por la nacionalidad, la raza, las creencias, el color, la edad, el sexo, el estado político y social.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> Código de Ética para los Enfermeros de México, [www.codigodeeticaparaenfermerosdemexico.ssa.gob.mx.activa](http://www.codigodeeticaparaenfermerosdemexico.ssa.gob.mx.activa)

<sup>6</sup> Aspectos Socioculturales del Servicio Enfermero un Análisis Antropológico a través de la Gestión de los Cuidados. <http://www.um.es/global/2/02do3.html>.

<sup>7</sup> GARCIA, G.M.J. El proceso de Enfermería por el Modelo de Virginia Henderson, una propuesta para orientar la enseñanza en la práctica de Enfermería. Ed. Progreso, S.A. México, D.F. 1991. pp 330.

Según Nightingale, los cuidados enfermeros están basados no solamente en la compasión, sino también en la observación y la experiencia, los datos estadísticos, el conocimiento en higiene pública y en nutrición y sobre las competencias administrativas (1959 – 1969).

“El cuidado es a la vez un arte y una ciencia, por lo que requiere una formación formal, estas ideas guían a Nightingale hacia la elaboración de un plan para la formación de enfermeras competentes”.<sup>8</sup>

Los cuidados enfermeros van dirigidos a todas las personas, enfermas y gente sana, independientemente de las diferencias biológicas, clase económica, creencias y enfermedades.

Kerouac señala que en el cuidado de enfermería el ser humano adquiere mayor importancia que la enfermedad. Se trasciende las técnicas y procedimientos, los cuales constituyen solo parte y medio para lograr la atención integral. Desde el sentido ontológico el cuidado es una manera de ser, mirar, pensar, compartir y participar con el otro; es describir la experiencia que permite al mismo tiempo el conocimiento propio.

“La enfermera, conciente de la amplitud de su responsabilidades, se da cuenta de que para tomar decisiones autónomas frente a los clientes, es esencial apoyarse en una concepción clara y explícita de los cuidados de enfermería”.<sup>9</sup>

La enfermería ha heredado una filosofía de responsabilidad y comportamiento ético para el cuidado de la vida humana, sustento que le da significado a su práctica,

---

\* KEROUAC, Suzanne, et. al., Grandes Corrientes del Pensamiento, En antología, Sociedad, Salud y Enfermería. ENEO – UNAM, Agosto 2002, pp 94.

† RIOPELLE, LISE, Cuidados de Enfermería un proceso centrado en las necesidades de la persona, Mc GRAW – HILL- Interamericana, Madrid, España 1993, pp 2

misma que contribuye para que el hombre obtenga bienestar en el aspecto bio – psicosocial y espiritual.

### 2.1.2 Antecedentes Históricos.

Las primeras narraciones de las civilizaciones antiguas ofrecen poca información sobre las personas encargadas de cuidar a los enfermos. Durante este tiempo, las creencias sobre las causas de las enfermedades estaban cargadas de supersticiones y de magia, y por eso, el tratamiento consistía a menudo en curas mágicas. Sin embargo, acorde estas sociedades fueron evolucionando, surgieron ideas prácticas sobre ciertas causas ajenas a la magia en las enfermedades que se observaban. Se sabe que las comadronas se encargaban de cuidar a las madres y a sus hijos en el alumbramiento, y también se sabe que las nodrizas a menudo amamantaban y cuidaban a los niños de las familias ricas. A menudo estas tareas las desempeñaban mujeres que eran esclavas. Las enfermeras esclavas dependían del maestro, del curandero o del sacerdote que se encargaban de instruir las y dirigir las en su trabajo. También era muy frecuente que el cuidado de los enfermos estuviera relacionado con el mantenimiento físico y el bienestar.

Las enfermeras son mencionadas de forma ocasional en el Antiguo Testamento como mujeres que cuidaban a los lactantes y a los niños enfermos, a los moribundos y que actuaban como comadronas asistiendo a las mujeres durante el embarazo y el parto.

En la antigua Grecia y Roma, el cuidado de los enfermos y heridos estaba muy avanzado tanto en la mitología como en la realidad.

En las culturas antiguas de África, las funciones de la enfermera eran las de comadrona, herborista, nodriza y cuidadora de niños y de ancianos. En la antigua India, los primeros hospitales estaban atendidos por enfermeras fijas que debían

cumplir cuatro requisitos: 1) conocimiento de preparar fármacos para administrarlos, 2) inteligencia, 3) dedicación al paciente, y 4) pureza de cuerpo y mente. Las mujeres indias actuaban como comadronas y cuidaban a los miembros enfermos de la familia.

Muchas de las religiones del mundo predicaban la benevolencia, pero ha sido el valor cristiano de amar al prójimo como a uno mismo el que ha tenido un gran impacto en el desarrollo de la enfermería de Occidente.

Las mujeres no eran las únicas que prestaban servicios de enfermería; en el siglo III, existía en Roma una organización de hombres llamada la Hermandad Parabolani. Este grupo de hombres cuidó a los enfermos y a los moribundos durante la gran plaga de Alejandría.

A finales del siglo XVI, Camilo DeLellis, santificado más tarde por su labor de caridad cristiana, fundó una orden de enfermería para cuidar a los pobres, los enfermos, los moribundos y los que se encontraban en prisión,

Los grupos de diaconisas, formados por mujeres que prestaban cuidados, tienen sus orígenes en el Imperio Romano de los siglos III y IV, pero fueron suprimidos en la Edad Media por las Iglesias occidentales. Sin embargo, estos grupos de profesionales de la enfermería reaparecieron de vez en cuando a lo largo de los siglos, sobre todo en 1836, cuando Teodoro Fliedner volvió a crear la Orden de las Diaconisas y abrió un pequeño hospital y una escuela de prácticas en Kaiserswerth, Alemania. Florence Nightingale obtuvo su capacitación en Enfermería en la Escuela de Kaiserswerth.

Durante la época de la Revolución Industrial, el papel adecuado en la vida de la mujer era mantener el hogar familiar limpio y elegante. Los cuidados que necesitaban los enfermos en los hospitales o las viviendas privadas los prestaban

mujeres bastantes extrañas; a menudo eran prostitutas o prisioneras que tenían poco o ningún entrenamiento como enfermeras.

La creación en Kaiserswerth, Alemania, del instituto de Diaconisas protestantes cambio todo esto. La orden de las Diaconizas hizo que se reconociera la necesidad de unos servicios prestados por mujeres para el cuidado de los enfermos, los pobres, los niños y la mujeres encarceladas. La escuela de enfermeras de Kaiserswerth enseñaba a cuidar a los enfermos hospitalizados, preparaba a las enfermeras para que hicieran visitas, les enseñaba la doctrina religiosa, la ética y la farmacia.

Durante la guerra de Crimea, Florence Nightingale, la alumna mas famosa de Kaiserswerth y sus enfermeras evolucionaron los hospitales militares creando cocinas dietéticas, lavanderías, centros de recreo, salas de lectura y organizando clases para los asistentes.

En 1860 Florence Nightingale Training School for Nurses. La escuela sirvió de modelo para la creación de otros centros. Los esfuerzos de Nightingale y sus enfermeras transformaron el prestigio de la enfermería convirtiéndola en una ocupación respetable para la mujer.<sup>10</sup>

### 2.1.3 Tipos de Cuidado.

El cuidado es esencial para proteger, mejorar y preservar a la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia.

---

<sup>10</sup> KOZIER, Barbara. ERB, Glenora. BLAIS, Kathleen. WILKINSON, Judith M. Fundamentos de Enfermería. Concepto, proceso y práctica. Ed. Mc Graw – Hill de España, S. A. U. 5ta. Ed. México, D.F., 1999. Vol. I, pp 4 – 6.



Colliere menciona que el vocabulario inglés respecto a la noción de cuidados, ha mantenido dos tipos de cuidados; los cuidados de costumbre y habituales; care relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida.

Están determinados los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida, y representan todo este conjunto de actividades que aseguran la continuidad de la vida: como beber, comer, evacuar, lavarse, levantarse, moverse, desplazarse, así como todo aquello que contribuye al desarrollo de la vida de nuestro ser, formando, manteniendo la imagen del cuerpo, las relaciones, estimulando los intercambios con todo aquello que es fundamental para la vida, las fuentes de energía vital, la luz, el calor, la relación con personas conocida, los objetos familiares.

Los cuidados de curación: cure relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida, tiene por objeto limitar la enfermedad, luchar contra ella y atajar sus causas, entre las que las principales son: el hambre, es decir la falta de recursos en energía alimentaria para mantener las funciones vitales.

"En determinadas circunstancias es necesario utilizar, además de los cuidados habituales para el mantenimiento de la vida, cuidados de curación, es decir, todo aquello que exige el tratamiento de la enfermedad. Estos cuidados se van a añadir a los cuidados habituales".<sup>11</sup>

Enfermería es una profesión orientada a cuidar (care) en contraste con otras disciplinas de salud orientada a curar (cure). El cuidado ha sido descrito como la esencia de enfermería y el enfoque central que unifica la práctica (Leininger). El cuidado de enfermera es diferente al cuidado que proveen otros profesionales de salud, requieren de más reflexión para lograr una imagen mental comprensiva y clara.

---

<sup>11</sup> COLLIERE, F. M. Op.Cit., pp 33 – 37.

#### 2.1.4. Connotaciones del Cuidado.

El cuidado esta vinculado con una relación interpersonal menciona Colliere que tiene tres configuraciones; cuidar de si mismo, cuidar de otros y cuidar con otros, porque conforme el sujeto va desarrollando actividades automotrices se va haciendo independiente y estas connotaciones se encuentran intimamente relacionadas a las etapas de desarrollo de la vida.

"Los cuidados humanos se contemplan como el ideal moral de enfermería son intersubjetivos; porque al trabajar con seres humanos interfieren las emociones, sentimientos, creencias. Son interpersonales; porque son de persona a persona".<sup>12</sup>

"Identificar el trabajo de enfermería requiere identificar los elementos que participan en la construcción del proceso de cuidados de enfermera, es decir, especificar a que conocimientos ha recurrido, que tecnología ha utilizado y cuales son las creencias y los valores sobre los que se basa la presentación de los cuidados de enfermería".<sup>13</sup>

Los conocimientos son fundamentos teóricos de la competencia de enfermería, donde se consideran las fuentes de conocimiento y su modo de organización y utilización.

La primera fuente de conocimientos: es la persona o el grupo que se expresa sobre un problema. Las personas cuidadas y sus familias tienen los signos indicativos del sentido, de la orientación y del limite de las informaciones que

---

<sup>12</sup> COLLIERE, F.M. Op.Cit. PP 37.

<sup>13</sup> COLLIERE, F.M. Op.Cit., pp 41 – 63.

comparten con los cuidadores. Los usuarios de cuidados son la primera fuente de conocimiento.

Organización y utilización de los conocimientos: el método es lo que orienta la organización de los conocimientos y su utilización, por el método se entiende; los principios operativos que ayudan a pensar por sí mismos. Como explica Edgar Morin el método de la complejidad que permite ir hacia lo desconocido de los seres vivos aclarando con ellos elementos conocidos para comprender situaciones y conducirlos.

Tecnología: Por tecnología entendemos un arte, un conocimiento de los instrumentos, es decir de todo lo que muestra su elaboración, su creación, la justificación de su utilización apropiada, y de la manera de servirse de ella. Los cuidados de enfermería, han recurrido a tecnologías diversas, siendo las principales todas aquellas que sirven para el mantenimiento de la vida, cuidados habituales.

El cuerpo, ha sido el primer instrumento usado por una persona que prestaba cuidados y aun sigue siendo el principal instrumento de los cuidados de enfermería, en el sentido de que es el vehículo, el mediador de los cuidados.

El tacto es el primer sentido utilizado en la prestación de cuidados, el oído transmite un mensaje, es el vehículo que la escucha, la vista sitúa a las personas en su entorno.

Después del cuerpo habría que tomar en cuenta las tecnologías relacionadas con los cuidados habituales, las relacionadas para la curación y las relacionadas con la información. Estas tecnologías son las que sirven para garantizar el mantenimiento de la vida cotidiana, su uso requiere por parte de los cuidadores, un estudio de los hábitos de vida que se refieren al aseo, tipo de alimentación, etc. Estas tecnologías compensan defectos funcionales.

Las tecnologías de curación van desde los instrumentos mas sencillos hasta las maquinas mas complejas y plantean el difícil problema del limite de su utilización y su finalidad real, ya que estas técnicas corresponden mas a los cuidados médicos y llevados a cabo por el personal de enfermería.

Todo instrumento para la curación requiere una justificación de su utilización con respecto a la naturaleza del mal, de la deficiencia o del daño funcional que espera durar o suplir.

En la tecnología de información: en el proceso de prestar cuidados hay que apelar a unos instrumentos y técnicas de recogida de análisis y consignación de la información Las tecnologías de la información se reúnen actualmente alrededor de dos tipos de instrumentos principales: los que constituyen las historias de enfermería o de acción de sanitaria y los que contribuyen a la gestión del servicio de enfermería, la historia de enfermería, instrumento fundamental de coherencia y de continuidad de los cuidados, es la expresión escrita de la evolución del proceso de prestación de cuidados.

Ciencia y Valores: "Los cuidados de enfermería se aplican cuando confluyen personas (cuidados y cuidadores) con costumbres y creencias diferentes y están sometidas a fluctuaciones en sus diferentes medios de vida. Los cuidados de enfermería se encuentran bajo la influencia del conjunto de valores predominantes transmitidos por el sistema social".<sup>14</sup>

## 2.2 Enfermería

En nuestros días la enfermería ha adquirido las peculiaridades de una profesión, su quehacer cada vez se asienta mas en un saber propio y con bases científicas, ya que la enfermería ha recorrido un largo camino en términos de desarrollo sistemático y definición de un cuerpo de conocimientos único y científicamente

---

<sup>14</sup> IDEM, pp 41 - 63.

sólido y una base teórica para establecer a la enfermería como una profesión completamente reconocida.

La enfermería al igual que otras actividades profesionales fue antes un hacer que un saber lo que durante muchos siglos dio la impronta particular al cuidado de los enfermos.

"La palabra enfermería es reciente pues es coetánea del término enfermedad (infirmas) tal vez por ello define de forma mucho más concreta la actividad del cuidador restringiendo la misma a los cuidados de los enfermos (Cuidador de enfermos / enfermera-o, lo cual ha llevado a confusión a la hora de interpretar de forma demasiado estrecha una actividad ancestral que desde sus orígenes se ha ocupado de tareas que iban más allá del cuidado de enfermos".<sup>15</sup>

### 2.2.1 Concepto.

Grinspun; conceptualiza a la enfermería como:

"Enfermería es el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual la enfermera, junto con la persona beneficiaria de estos cuidados, identifican metas comunes para realizar y mantener la salud. Esta definición incorpora los cuatro conceptos del metaparadigma de enfermería: persona, entorno, enfermería y Salud. Estos conceptos han sido articulados como el metaparadigma de enfermería por primera vez en 1984 (Fawcett), a continuación se analizan: Enfermería es un arte porque requiere que la enfermera perciba el significado del momento para la persona que ella cuida, y pueda rápidamente entender y actuar.

Enfermería es una ciencia porque incorpora el conocimiento ganado a través de métodos científicos para poder describir, explicar, pronosticar y prescribir componentes del cuidado de Enfermería.

---

<sup>15</sup> SILES, M. José Luis Op.Cit. pp 15

Enfermería es cuidado integrado porque incorpora la complejidad biopsicosocial del individuo y considera sus necesidades dentro del contexto de su mundo único.

Enfermería es cuidado comprensivo porque valora y considera las diferentes experiencias que la persona está confrontando, con el fin de asistir a la persona a entender estas experiencias y ganar fuerzas para movilizarse hacia a un estado de salud".<sup>16</sup>

IYER determina el concepto de enfermería como: "La ciencia y el arte de proporcionar cuidados al individuo, familia y comunidad.

Mediante el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales y potenciales así como la ejecución de acciones en colaboración para el diagnóstico y tratamiento de las respuestas fisiopatológicas".<sup>17</sup>

Las respuestas humanas; son todos aquellos fenómenos que acompañan a un individuo, familia y comunidad ante un problema de Salud y que preocupa a las enfermeras, entendiendo como fenómenos a las reacciones, inquietudes, sentimientos y conductas que presentan tanto los individuos sanos como enfermos.

La responsabilidad de la enfermera es; fomentar la salud, prevenir la enfermedad, restablecer la salud y aliviar el sufrimiento por lo que basado en este concepto, la enfermería es una profesión dinámica y la práctica de esta se encuentra en constante cambio.

Virginia Henderson menciona; la función singular de la enfermera es "asistir al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que promuevan la salud

---

<sup>16</sup> GRINSPUN, Doris. Identidad Profesional, Humanitarismo y desarrollo tecnológico. En antología Sociedad, Salud y Enfermería. ENEO – UNAM. 2002. PP 204 - 207

<sup>17</sup> IYER, W. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. Mc. Graw Hill – Interamericana, España, pp 3 – 5.

o su recuperación (o una muerte serena) que llevaría a cabo si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario y hacerlo a manera de ayudarlo a recobrar su independencia con la mayor brevedad posible".<sup>18</sup>

En la actualidad la enfermera debe basar su práctica profesional en los conceptos fundamentales del metaparadigma de enfermería (cuidado, persona, salud y entorno) para tener mayor facilidad en articular que es enfermería ya que esta dirigida al bienestar social. En donde su mística es el cuidado del hombre en las dimensiones física, mental, emocional, social y espiritual.

### 2.2.2 Antecedentes Históricos.

La enfermería desde sus orígenes era considerada como ocupación basada en la experiencia práctica y el conocimiento común, y no contemplaba el conocimiento científico de la profesión, esto nace con la primera teoría de enfermería.

"La enfermería existe desde hace milenios. Muy limitada en la antigüedad en donde se puede apreciar la influencia del genero femenino en la atención al individuo enfermo".<sup>19</sup> Los primeros grupos formados por viudas, diaconizas, vírgenes, canónigas y monjas en donde se observa el influjo religioso para prodigar cuidados a los necesitados. Llega una época en que estas labores se designan solo a las mujeres quienes tenían mas preparación por su conocimiento de remedios, y en nombre de la caridad conservaban y mantenían la Salud de sus semejantes.

No podemos afirmar que la enfermería fuera una profesión, ni su saber propio una ciencia, mientras que observamos como a lo largo de la historia se ha limitado a

---

<sup>18</sup> URBINA, L. O. El modelo de actuación de enfermería y su valor humanista. En Revista Cubana de Educación Medio Superior. Vol. 17. Julio - septiembre. 2003. pp 3.

<sup>19</sup> RIOPELLE, Lise. Op Cit, pp 2 - 3.

ejecutar las ordenes medicas y el cuidado no es mas que una tarea que resolvía el sentido común.

La creación de organizaciones, como las cruzadas y las hermanas de la caridad cimentaron el trabajo enfermero en su cuidado a la población mas miserable en la comunidad.

Con los movimientos sociales se vio favorecido el éxodo de emigrantes del viejo al nuevo continente llevando sus costumbres y el cuidado de las personas a un territorio donde los nativos tenían sus propios métodos de cuidar enfermos a través de curanderos o chamanes, quienes se valían de una medicina popular y mágica y de las mujeres que utilizaban hierbas y ejercían la función de enfermeras.

Las labores de enfermería se vieron dirigidas por el país de origen de los colonizadores a tal grado que estas eran ejercidas por personas contratadas a sueldos bajos o por internos de los correccionales. Transcurrió un largo periodo de tiempo en el cual la medicina fue evolucionando y es cuando liderada por los médicos, se solicita un replanteamiento de una nueva enfermería con reconocimiento de la ciencia y el arte de cuidar. En este resurgimiento hace su aparición Florence Nightingale quien con su preparación y dedicación logro desafiar a sus familiares y vencer la tradición formando el primer contingente de enfermeras en hospitales militares y tras una larga tarea de organización logro figurar y revindicar la imagen de la enfermera. En 1860 F. Nightgale desarrollo el primer programa de formación para enfermería: La Nightgale Training School for Nurses, Institución educativa independiente. El objeto de esta escuela era preparar enfermeras de hospital, de distrito para enfermos pobres y enfermeras capacitadas para formar otras. Su modulo rescato a la enfermería y la coloco en profesión respetable para las mujeres.

El nacimiento de la Cruz Roja Internacional fue otro punto clave para la reforma de la enfermería.



La guerra de Crimea marco e impulso la formación de un cuerpo permanente de enfermería institucionalizada dentro del departamento de medico del ejercito. Este acontecimiento determino el rumbo que se seguiría la aceptación social de la mujer, pues la desigualdad de la que era objeto se reflejaba en el avance de la enfermería pues el dominio masculino y una discriminación sexual se traducía en el desconocimiento de las enfermeras como profesionales. Desigualdad que se sigue presentando en la actualidad y que limita el desarrollo del máximo potencial de la enfermería. La necesidad de un control profesional que mantuviera los estándares de enfermería llevo a las diversas asociaciones americanas (ANA, entre otras) a buscar la certificación y reconocimiento de las enfermeras tituladas.

Apoyado en lo anterior Kerouac menciona que la disciplina enfermera ha evolucionado en el contexto de los acontecimientos históricos y movimientos sociales que han sucedido durante estos últimos años; se ha desarrollado al ritmo de las grandes corrientes de pensamiento que han marcado el cambio de los conocimientos. Las concepciones de esta disciplina se han especificado igualmente durante los últimos decenios. La multiplicidad de las situaciones de salud, los cambios complejos en el seno de la familia, la orientación de las opciones éticas hacia un proceso que da prioridad a los valores y la diversidad de los medios clínicos guían siempre la evolución de la enfermería a la concepción de los cuidados enfermeros.

Podemos deducir que la enfermería es una ciencia joven, nace con la primera teoría de enfermería de Florence Nightingale. La enfermería es una profesión que hoy en la actualidad se puede estar en condiciones de afirmar que es una ciencia joven. la existencia del grupo ocupacional de enfermería desde los inicios de la historia parece una cuestión inapelable y de gran importancia, tan conocida y asumida que no debe ser puesta en entredicho.

"Un factor de profesionalización es la autonomía de la profesión. En la actualidad la enfermera tiene reconocimiento social pues esta para su desarrollo tiene cuatro funciones, fundamentales como la función asistencial, función docente, función administrativa y función de investigación".<sup>20</sup>

### 2.2.3 Metaparadigma de Enfermería.

El metaparadigma de enfermería nos aporta la base fundamental de la enfermería. Esta base teórica es la que provee a las enfermeras en su práctica clínica profesional con un entendimiento integral del ser humano. Es por eso que la vinculación efectiva con el cliente requiere basar la práctica clínica en el pensamiento teórico de enfermería.

Dentro de la disciplina enfermera se debe considerar de los contextos que han marcado su crecimiento por lo que se sitúan las grandes corrientes del pensamiento (paradigmas) que han favorecido el resurgimiento de los actuales conceptos de la disciplina enfermera. Paradigma de Categorización, paradigma de la Integración y paradigma de la Transformación.

En la evolución de enfermería, las enfermeras han intentado delimitar el campo de la disciplina enfermera, establecer su propia área de investigación y de práctica. Tanto Fawcett (1984) como Flaskerud y Halloran (1980) han reconocido que los conceptos cuidado, persona, salud y entorno están presentes en los escritos de varias enfermeras teóricas, conceptos que desde 1859 se hallan en los escritos de Nightingale (1969). Es precisamente gracias a la manera particular con la que las enfermeras abordan la relación entre el cuidado, la persona, la salud y el entorno que se clarifica el campo de la disciplina enfermera.

---

<sup>20</sup> GRIFFITH, Janet. et. al. Practica de la Enfermería con base Teórica. Universidad, Estatal Wright. Enero de 1980. pp 3 – 4.

En el desarrollo de la ciencia enfermera, Kerouac, nos propone una clasificación de paradigmas inspirado en los trabajos de Newman, Sime y Corcoran – Perry (1991) y de Newman (1992): paradigma de la categorización, paradigma de la integración y paradigma de la transformación.

#### Paradigma de la Categorización

Aplicado en el campo de la salud, este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad distinguiéndose dos orientaciones en la profesión enfermera, una centrada en la salud pública y otras centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica.

#### Orientación hacia la Salud Pública

Esta Orientación se sitúa desde el siglo XIII al XIX y se caracteriza por la necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios. En esta época la población ignora las medidas preventivas más elementales, los cuidados enfermeros estaban influenciados por motivaciones espirituales y humanistas.

Florence Nightingale, se manifiesta como la única persona que dirige el cuidado enfermero hacia las personas sanas o enfermas proporcionando el mejor entorno posible con el propósito de mantener y recuperar la salud, y no solamente cuidados basados en la compasión.

Los conceptos de Florence Nightingale sobre la persona, el entorno, la salud y el cuidado son:

La persona: Es un componente de partes física, intelectual, emocional y espiritual, así como por su capacidad y su responsabilidad para cambiar una situación existente.

El entorno: Factores como el aire, la luz, el calor, la limpieza, el agua, la tranquilidad y una dieta adecuada tiene efecto sobre la salud de la persona,

tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad.

La salud: La salud significa la voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos y no solamente lo opuesto a la enfermedad.

El cuidado: Es a la vez un arte y una ciencia que requiere de una formación formal para administrar los cuidados.

#### Orientación hacia la Enfermedad

Surge a finales del siglo XIX en un contexto marcado por la expansión del control de infecciones, mejora de los métodos antisépticos, de asepsia y de las técnicas quirúrgicas (Dolan y cols., 1983). Entre 1900 y 1950 la erradicación de enfermedades transmisibles es prioritaria. Las enfermedades físicas son consideradas como una realidad independiente del entorno, de la sociedad y de la cultura. La salud es concebida como la ausencia de enfermedad; el origen de la enfermedad se debe a una causa única. El cuidado enfermero está caracterizado por la división de los cuidados en numerosas tareas.

La orientación a los conceptos del seno de la disciplina de enfermería es:

La persona: Definido como un todo formado por la suma de sus partes, cada parte es reconocible e independiente.

El entorno: Es un elemento separado de la persona, es percibido negativamente por lo que debe ser manipulado y controlado.

La salud: La salud es percibida como positiva y la enfermedad como negativa. La salud es sinónimo de ausencia de enfermedad.

El cuidado: Está enfocado a eliminar los problemas, los déficits o la incapacidad de la persona según el modelo biomédico. La intervención de la enfermería significa "hacer para" las personas ignorando a la persona a participar en el autocuidado.

### Paradigma de la Integración

Entre los años 1950 y 1975 en América del Norte, este paradigma ha inspirado a la orientación enfermera hacia la persona, se caracteriza por el reconocimiento de la importancia del ser humano en el seno de la sociedad, dando lugar a una diferenciación de la disciplina enfermera con relación a la disciplina médica. La enfermera proporciona el cuidado de enfermería después de identificar la necesidad de la persona, considerando sus percepciones y su globalidad.

El significado de los conceptos característicos del paradigma de integración se resume de la siguiente manera:

La persona: Es un todo formado por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas; es un ser bio-psico-cultura-espiritual.

El entorno: Constituido por los diversos contextos en el que la persona vive. Las interacciones entre la persona y el entorno dan resultados positivos o negativos y de reacciones de adaptación.

La salud: Salud y Enfermedad son dos entidades distintas que coexisten y están en interacción dinámica.

El cuidado: Esta dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones. La intervención de enfermería significa "actuar con" la persona, a fin de responder a sus necesidades.

### Paradigma de la Transformación

El paradigma de la transformación representa a un cambio de mentalidad sin precedentes. Es la base de apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo, situado en la mitad de la década de los años 70. Cuidar a una persona supone el reconocimiento de sus valores culturales, de sus creencias y de sus convicciones (Leininger, 1991). La población se vuelve agente de su propia salud, participando en ella un compañero con el mismo grado que los profesionales de la salud.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> KEROUAC, Suzanne, et. al. *Op.Cit.*, pp 103

Los conceptos característicos del paradigma de transformación son:

La persona: Considerada como un todo indisociable, mayor que la suma de sus partes y diferentes de ésta.

El entorno: Compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte. Siendo distinto de la persona, el entorno coexiste con ella.

La salud: Entendida a la vez como un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona, se integra en la vida misma del individuo, la familia y comunidad.

El cuidado: Va dirigido al bienestar tal como la persona lo define. La enfermera y la persona atendida son compañeros en un cuidado individualizado.

El metaparadigma le prevé a la enfermera un marco conceptual para entender su rol frente al cliente, el conocimiento que la enfermera desarrolla durante el proceso de formación y a través de su trayectoria profesional le permite aplicar este marco conceptual y lograr una vinculación efectiva con el cliente. "El conocimiento que la enfermera debe poseer debe ser de cuatro tipos identificados por Carper en 1978. Empírico: es el conocimiento científico ganando a través de la observación de hechos verificables. Estético: conocimiento expresado a través del arte de enfermería. Ético: este conocimiento incorpora valores de la enfermera. Personal: se refiere al conocimiento de uno mismo. Mientras mas se conoce la enfermera a si misma, mejor podrá conocer a otras personas".<sup>22</sup>

### 2.3 Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

El P.A.E. es un método que ayuda a las enfermeras a otorgar cuidados profesionales y que le permiten planear acciones individualizadas dando respuesta a las necesidades y problemas del cliente y su familia. Por lo tanto en este apartado se describen su concepto y sus antecedentes.

---

<sup>22</sup> GRINSPUN, Doris *Op. Cit.*, pp 199 – 207.

### 2.3.1 Concepto.

El proceso de Enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos o alteraciones de salud reales o potenciales".<sup>23</sup>

Al aplicar el proceso se integran las etapas del método científico por lo que la atención de Enfermería se forma más científica al emplear los diversos procesos del razonamiento.

Por considerar al cliente como un ser humano con numerosas respuestas humanas y fisiopatológicas es holístico; es decir concibe al hombre como un ser total que no puede ser fragmentado.

### 2.3.2 Antecedentes Históricos.

Por la propia naturaleza de la profesión en evolución el proceso ha pasado por diversas etapas: al principio Hall lo describió como un proceso distinto (1955), Jonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) desarrollaron un proceso trifásico distinto que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases. En 1967, Yura y Walsh crearon el primer texto que describía un proceso con cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación

A mediados de la década de los años setenta, Bloch (1974), Roy (1975), Munding y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase de diagnóstico, dando lugar a un proceso de cinco fases.<sup>24</sup>

---

<sup>23</sup> ALFARO, Rosalinda Aplicación del Proceso de Enfermería, Ed. Doyma. pp 6 – 9

<sup>24</sup> IYER, W. op. Cit p 13

El proceso ha sido legitimizado como el marco de la práctica de Enfermería, en diversos países, por tal motivo su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas favoreciendo el desarrollo profesional de las enfermeras e incrementándose la calidad en la atención del cliente, familia y comunidad.

### 2.3.3 Etapas del Proceso de Enfermería.

El proceso consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrictamente relacionadas de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a las siguientes.

Valoración: Es la primera etapa del proceso consistente en la recolección de información sobre el cliente. "Nos permite reunir y examinar la información"<sup>25</sup> Referente al cliente, familia y comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas.

La fase de valoración trata principalmente de la recogida de datos en esta fase se realizan actividades específicas que ayudan a ser una pensadora crítica y a encontrar la información que se necesita para comprender problemas y tomar decisiones sobre el plan de cuidados.

Este método de recogida de información incluye las siguientes actividades: recolección, validación, organización, comunicación y anotación de los datos. Recolección de datos: Es importante contar con una guía diseñada bajo un modelo de enfermería que facilite la recolección de la información y que unifique criterios de Enfermería, para obtener información se recurrió a fuentes directas e indirectas como son el cliente, familia, personas significativas, otros profesionales de la salud, expediente clínico y bibliografía.

---

<sup>25</sup> ALFARO. Op cit. Pp 7 – 8.



La valoración física incluye la inspección, auscultación, palpación y percusión, identificación de los datos objetivos y subjetivos.

Subjetivo: son los que el cliente expresa y siente, sentimientos y percepciones.

Objetivos: son observables.

Validación de datos: Una vez reunida la información tiene que ser validada, es decir que los datos sean correctos. Así como sus interpretaciones.

Dentro de las actividades de la validación se; comprueban los datos, comprobar datos subjetivos y objetivos, clarificar las afirmaciones del cliente y familia y verificar inferencias.

Organización de datos: se organizan los datos en grupos de información que ayudan a identificar patrones de salud o enfermedad, información útil cuando se identifique los diagnósticos. Se puede utilizar un método para organizar los datos de acuerdo a: Maslow, Gordon y la NANDA.

Comunicación: anotación de los datos que consisten en informar sobre los hallazgos significativos.

Diagnostico de Enfermería: Es la segunda etapa del proceso de enfermería que da inicio con el razonamiento diagnostico, este consiste en analizar toda la información que se obtuvo del cliente para identificar los principales problemas así como las capacidades físicas y psicológicas de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del cliente. Consiste en el análisis de los datos obtenidos con el propósito de identificar; los principales problemas así como las capacidades físicas y psicológicas.

Con el razonamiento se puede llegar a conclusiones sobre el estado de salud lo que se evita el trato aislado de cada uno de los problemas detectados, para

realizar la etapa de diagnóstico, formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

El razonamiento diagnóstico es la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas (Alfaro 1999: 88) la enfermera durante el razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico.

El diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta (Alfaro 1999:81) humana de una persona familia o comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales y de riesgo, en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en forma independiente.

Diagnóstico de Enfermería es un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta humana de un individuo o grupo y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar independientemente.

Problema interdependiente: es un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta fisiopatología del cuerpo (a un traumatismo, enfermedad, estudios diagnósticos o modalidades terapéuticas) y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar en colaboración con el médico. Un diagnóstico enfermero debe contener el formato PES (problema, etiología, signos y síntomas) que aplica el principio básico de identificar el problema y su etiología y añade el concepto de validación.

Planeación; "Una vez identificados los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes específicos, se inicia al tercer paso del proceso de enfermería: la planificación es el momento en el que se determino como brindar los cuidados de Enfermería de forma organizada, individualizada y orientada a los objetivos. La planificación implica lo siguiente:

Fijación de prioridades, establecimiento de objetivos del cliente/resultados esperados, determinación de las acciones/actividades de enfermería, documentación del plan de cuidados de enfermería".<sup>26</sup> Determinar los problemas que requieren atención inmediata; es decir, problemas amenazadores para la vida, y determina los diagnósticos de Enfermería que se abordan en el plan de cuidados.

Establecimiento de objetivos. Los objetivos son los pilares del plan de cuidados, estos deben ser a corto plazo y deben estar centrados en el cliente.

Determinación de las acciones. Son actividades de la enfermera que debe efectuar para prevenir complicaciones, proporcionar bienestar físico, psicológico y espiritual, y promover, mantener y restaurar la salud. Dentro de la intervención se considero la educación sanitaria, la asesoría, la consulta y la incorporación de las ordenes del medico.

Ejecución; "consiste en decidir si el plan ha sido efectivo y si hay que hacer algún cambio en el mismo, para lo cual se debe consultar al cliente, familia y comunidad. Es la cuarta etapa del proceso de Enfermería que inicia una vez que se han concluido los planes de atención y esta caracterizada por la puesta en práctica de todas las acciones de enfermería establecidas. Son tres fases las que confirman: preparación, intervención y documentación".<sup>27</sup>

La preparación requiere que antes de aplicar un plan de cuidados la enfermera debe (hacer un repaso general de las actividades a realizar, analizando los conocimientos y habilidades requeridas para la ejecución de procedimientos; así como las posibles complicaciones que se pueden presentar; es necesario reunir todo el material y equipo para la intervención de enfermería y crear un ambiente seguro para el cliente) la intervención inicia posterior a la fase de preparación

---

<sup>26</sup> IDEM pp 101.

<sup>27</sup> IDEM pp 150 – 155

donde se desarrollan las actividades de enfermería independientes e interdependientes de acuerdo a lo planeado.

La documentación es el registro de cada cuidado proporcionado así como de los resultados obtenidos. Las notas de enfermería constituyen el registro legal permanente del cliente y un requerimiento legal para todas las instituciones de salud.

Evaluación; "es la última etapa del proceso de enfermería que esta presente la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución. La evaluación como proceso continuo formal incluye la recolección de datos sobre el estado de salud actual del cliente, comparación de resultados con objetivos establecidos y revisión del cliente para detectar cambios en las respuestas humanas y fisiopatológicas (teniendo presente que la valoración incluye la entrevista y el examen físico)".<sup>28</sup>

#### 2.4 Modelo Conceptual de Virginia Henderson

Virginia Henderson, incorporo los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería, "y las definió como: la única función de una enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que este realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer estos de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible. Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al cliente a cubrir estas necesidades es lo que Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el cliente".<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> IDEM pp 67

<sup>29</sup> LEDDY, Susan, PEPPER, J. Mac. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. Organización Panamericana de la Salud. New Cork 1989

Un modelo conceptual es una representación esquemática de algún aspecto de la realidad. Los modelos se agrupan en dos grandes clasificaciones:

**Modelos Teóricos:** Son representaciones del mundo real, expresado en símbolos lingüísticos y matemáticos.

**Modelo de Enfermería;** es el conjunto de conceptos, ideas, enunciados y supuestos que se han generado en Enfermería, para explicar su identidad y el objetivo de su práctica. Es esencial la aplicación de modelos conceptuales de Enfermería, pues contribuye de gran manera a lograr la autonomía profesional, porque orienta las funciones asistenciales, docentes y de investigación. Así mismo determina los propósitos de la práctica, la educación y la investigación en el campo de la Enfermería.

El modelo de Virginia Henderson ha sido clasificado por las teóricas, en el grupo de Enfermería humanística, porque se considera a la enfermería como un arte y una ciencia.

#### **2.4.1 Antecedentes Históricos del Modelo de Virginia Henderson.**

The Nurse of Nursing señala los primeros trabajos de V. Henderson:

De Annie W. Goodrich, recordaba la exaltación de las reflexiones por encima de la técnica y el trabajo rutinario, también le atribuyo a su primer discrepancia con el cuidado de paciente reglamentario y la idea de enfermería como complemento de la medicina.

Carolina Stackpole imprimió en Henderson la idea de la importancia de mantener el equilibrio fisiológico.

De Jean Broadhurst aprendió la importancia de la higiene y la asepsia.

El psicólogo E. Thorndike influyo con su idea de que la enfermedad es algo mas que un estado patológico y que las necesidades básicas no se satisfacen, en su mayoría, en el hospital.

Del Dr. George Deaver observo que el objetivo del esfuerzo de rehabilitación en el instituto era recuperar la independencia del paciente.

Henderson reviso el Textbook of the Principles and Practice of Nursing (Bertha Harper), y coincidió en que la enfermería se enriquece en la necesidad de la humanidad.

A partir de la teoría de Bernard, Henderson describe su punto de vista sobre la relación entre la medicina psicosomática y la enfermería, diciendo que era evidente que el equilibrio emocional no se puede separar del equilibrio fisiológico después de haber reconocido que la emoción es realmente nuestra interpretación de la respuesta celular a las fluctuaciones en la composición química de los fluidos intercelulares.

#### 2.4.2 Principales Conceptos del Modelo de Virginia Henderson

Dentro de las publicaciones de Henderson los supuestos que incluyó en su teoría fueron los siguientes:

Enfermería: la cual conceptualizó como; "La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo sano o enfermo a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad conocimiento necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite en consecución de independencia lo más rápidamente posible."<sup>30</sup>

Independencia: Capacidad de la persona para satisfacer sus necesidades por sí misma, de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo y situación.

Dependencia: Incapacidad de la persona para satisfacer sus necesidades de manera total o parcial y temporal o permanente.

Menciona que la enfermera es y debe ser legalmente una profesional independiente, capaz de hacer juicios independientes. Considera a la enfermera

---

<sup>30</sup> MARRINER, T.A. Modelos y Técnicas en Enfermería. En Antología Fundamentación Teórica para el Cuidado. ENEO-UNAM. 2002 pp206

como la mayor autoridad en los cuidados básicos de enfermería. Ubica estos cuidados en 14 componentes o necesidades básicas del cliente, que abarcan todas las posibles funciones de la enfermera.<sup>31</sup>

Persona: El cliente es una persona que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables.<sup>32</sup>

El cliente debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional. Porque la mente y el cuerpo de la persona son inseparables, la persona es capaz de aprender durante toda su vida, el cliente y su familia conforman una unidad.<sup>33</sup>

.Salud: Virginia Henderson la determinan como un estado de independencia o satisfacción adecuada de las necesidades. Enfermedad por lo tanto, es un estado de dependencia motivada por la insatisfacción o la satisfacción inadecuada de las necesidades

La salud es una cualidad de la vida y es básica para el correcto funcionamiento del organismo humano (salud es la habilidad del cliente para realizar sin ayuda las catorce necesidades básicas del cuidado de la Enfermería.<sup>34</sup>

Las causas de dificultad: son los obstáculos o limitaciones personales del cliente o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las clasifica:

Falta de fuerza: la dependencia proviene de que el individuo carece de fuerza, no solo de fuerza física sino también de fuerza moral, para tomar decisiones o comprometerse en las acciones necesarias para conservar y recuperar la salud.

Falta de voluntad: esta se ve disminuida por los problemas de salud, frecuentemente este estado, esta relacionado con la capacidad intelectual y se ve limitado por la falta de recursos económicos o por factores socioculturales.

---

<sup>31</sup> GARCIA, OpCit Pp 13

<sup>32</sup> MARRINER OpCit. Pp 206

<sup>33</sup> GARCIA, OpCit. Pp 13

<sup>34</sup> GARCIA, IDEM Pp 13

Falta de conocimiento: hay desconocimiento de los mecanismos de acción del desarrollo de enfermedades, de los recursos de salud, de los cuidados que se deben tener cuando se presenta la enfermedad para evitar su desarrollo en general lo que se refiere a prevención, curación y rehabilitación.<sup>35</sup>

Entorno: considerado el medio ambiente en que el individuo desarrolla su actividad; hogar, trabajo, escuela, hospital.<sup>36</sup>

Enfermera-cliente:

Virginia Henderson señaló que independencia es un término relativo, nadie es independiente de los demás, pero nos esforzamos por alcanzar una interdependencia sana, no una dependencia enferma.

Consideró los niveles de ayuda, la enfermera como sustituta del cliente en estado de enfermedad grave. La enfermera como auxiliar del cliente como apoyo para la recuperación, la enfermera como compañera del cliente como compañera y orientadora.

#### 2.4.4 Catorce Necesidades Básicas

Concepto.

Necesidades humanas básicas: Son requisitos fisiológicos, psicológicos y sociales fundamentales del hombre para mantener su equilibrio interno y con su entorno.

Son necesidades comunes en todos los seres humanos sanos o enfermos.<sup>37</sup>

Henderson identifica catorce necesidades básicas que son componentes del cuidado enfermero; la enfermera ayuda al cliente a satisfacer estas necesidades fundamentales de orden biopsicosocial y espiritual.

---

<sup>35</sup> GARCIA, IDEM. Pp 14

<sup>36</sup> GARCIA, IDEM. Pp 13

<sup>37</sup> DICCIONARIO DE MEDICINA, Océano, Grupo Editorial, S.A. 4ta edición Barcelona, España. pp 893



Las catorce necesidades básicas de Henderson son muy similares a las de Abraham Maslow<sup>38</sup>

De la 1 a la 7 están relacionadas con la fisiología

De la 8 a la 9 con la seguridad

La 10 esta relacionada con el autoestima

De la 10 a la 11 con el afecto y la pertenencia

De la 11 a la 14 con la autorrealización, crecimiento y desarrollo.

Considerando las 14 necesidades de forma conjunta proporcionan un enfoque holístico de la enfermería.

#### 1. Necesidad de oxigenación. Respiración normal.

Objetivo: promover la salud y de la vida, conservando la función respiratoria en óptimas condiciones. Ayudar a recuperar las características saludables perdidas, a la mayor brevedad.

Diagnósticos de Enfermería

Alteración de la función, respiratoria, limpieza de vías respiratorias, deterioro del intercambio gaseoso, patrón respiratorio ineficaz, alto riesgo de aspiración, alto riesgo de asfixia, alteración de la perfusion tisular.<sup>39</sup>

#### 2. Necesidad de Nutrición e Hidratación.

Objetivos: conservar la salud mediante la ingestión diaria de una dieta y aparte de líquidos adicionales. Ayudar a recuperar la salud mediante la atención a los signos y síntomas de dependencia en la nutrición y en la hidratación.

Diagnósticos de Enfermería

Alteración de la nutrición por defecto, dificultades para la deglución, déficit de líquidos, exceso de líquidos, problemas para alimentarse, lactancia materna ineficaz.<sup>40</sup>

<sup>38</sup> WESLEY Rubi. L Op.Cit. pp 23.

<sup>39</sup> GARCIA G El Proceso de Enfermería por el Modelo de Virginia Henderson, una Propuesta para orientar la Enseñanza en la Práctica de Enfermería Ed. Progreso, S.A. Mexico, D.F. 1991pp 58

<sup>40</sup> GARCIA, G Op.Cit. pp 67-68

3. Eliminación: eliminar desechos corporales.

Objetivo: Mantener la salud, mediante la practica de medidas para conservar en condiciones optimas las funciones de eliminación, recuperar las características saludables afectadas en la función de eliminación.

Diagnósticos de Enfermería

Alteración de la evacuación intestinal, diarrea, estreñimiento, estreñimiento de origen colonico, incontinencia fecal, retención urinaria, incontinencia total, incontinencia refleja, incontinencia por urgencia, incontinencia funcional, incontinencia de esfuerzo, alteración de la diuresis.<sup>41</sup>

4. Necesidad de Termorregulación: conservar la temperatura corporal en limites normales.

Objetivos: promover la salud mediante la puesta en marcha de actividades para mantener la temperatura dentro de limites normales.

Prevenir complicaciones de las enfermedades detectadas por las variaciones de las cifras de temperatura, mediante la atención oportuna de las mismas.

Diagnósticos de Enfermería

Alto riesgo de alteración de la temperatura corporal, hipertermia, hipotermia, termorregulación ineficaz.<sup>42</sup>

5. Necesidad Descanso y Sueño: dormir y descansar las condiciones necesarias para tener un sueño y descanso adecuados.

Promover la salud reforzando los hábitos higiénicos que favorecen el sueño y descanso para recuperar plenamente las energías perdidas en el trabajo diario.

Proporcionar al cliente hospitalizado una ambiente que favorezca el sueño, evitando ruidos y tratamientos innecesarios.

Diagnósticos de Enfermería

Trastornos del patrón del sueño, alteración del bienestar, dolor, dolor crónico, miedo, ansiedad.<sup>43</sup>

---

<sup>41</sup> GARCIA, G. *Op.Cit*: pp 98-99

<sup>42</sup> GARCIA, G. *Op.Cit*: pp 119

6. Necesidad de Seguridad; para mantener la salud y la vida.

Objetivos: ayudar al cliente a adquirir la capacidad para practicar medidas de seguridad y evitar accidentes. Promover la salud mediante la práctica de medidas para evitar riesgos de enfermar y morir.

Diagnósticos de Enfermería.

Alteración de la protección, alto riesgo de traumatismo, alto riesgo de autolesionarse, riesgo de envenenamiento, respuesta postraumática, problemas para acceder al cuarto de baño, problema para usar utensilios.<sup>44</sup>

7. necesidad de Higiene y Protección de la Piel: conservar la protección de la piel.

Objetivos: promover la salud mediante la practica de actividades para proteger la integridad de la piel y conservarla en optimas condiciones. Fomentar en el cliente y familia la formación de hábitos higiénicos para protegerse de enfermedades.

Diagnósticos de Enfermería.

Deterioro de la integridad tisular, alteración de la mucosa bucal, deterioro de la integridad cutánea, déficit de la higiene personal, alto riesgo de transmisión de infecciones, alto riesgo de lesión.<sup>45</sup>

8. Necesidad de Moverse y Mantener Buena Postura.

Objetivos: mantener la salud mediante la puesta en práctica de actividades para conservar la buena postura y la capacidad de movimiento.

Conservar la función circulatoria en óptimas condiciones mediante la practica de ejercicios y medidas higiénicas.

Ayudar a recuperar o a conservar la función músculo-esquelética en optimas condiciones, protegiendo al cliente hospitalizado de riesgos de perderla por falta de movilización.

---

<sup>43</sup> GARCIA, G. Op Cit: pp 129

<sup>44</sup> GARCIA, G. Op Cit pp 146-149

<sup>45</sup> GARCIA, G. Op Cit: pp 174

Diagnósticos de Enfermería.

Intolerancia a la actividad, fatiga, deterioro de la movilidad física, disfunción del gasto cardíaco, disreflexia, alto riesgo de síndrome de descenso.<sup>46</sup>

9. Necesidad de Usar Prendas de Vestir: Poder elegir ropa adecuada y vestirse y desvestirse.

Objetivos: Mejorar el estado de salud del organismo, mediante el uso de ropa y calzado adecuados que eviten deformidades y proporcionen comodidad.

Prevenir enfermedades ocasionadas por el uso de artículos irritantes o agresivos al organismo..

Diagnósticos de Enfermería.

Alteración de la imagen corporal, dificultades para vestirse y acicalarse, incapacidad para vestirse.<sup>47</sup>

10. Necesidad de Comunicarse: Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores y opiniones.

Objetivos: tener una relación e ayuda con el cliente, que evite las barreras de comunicación, con una actitud que le inspire confianza para comunicar sus temores, necesidades y opiniones.

Prestar una atención individualizada al cliente, mediante la práctica de una buena comunicación.

Diagnósticos de Enfermería.

Alteración de los procesos familiares, alteración del concepto de uno mismo, afrontamiento ineficaz individual, conflicto con el rol de padres, duelo, duelo anticipado.<sup>48</sup>

---

<sup>46</sup> GARCIA, G. Op.Cit. pp 190-191

<sup>47</sup> GARCIA, G. Op.Cit. pp 207

<sup>48</sup> GARCIA, G. Op.Cit. pp 211-212

11. Necesidad de Aprendizaje: aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud, y a usar las instalaciones sanitarias disponibles.

Objetivos: Fomentar el aprecio del valor salud mediante la difusión de conocimientos básicos de epidemiología al individuo, familia y comunidad, recomendando la práctica de medidas para la promoción y protección de la salud así como, la atención oportuna en caso de enfermedad.

Diagnósticos de Enfermería

Prácticas de conducta que no promuevan la salud, síndrome de déficit de la atención de uno mismo, déficit de conocimientos sobre su salud o enfermedad, ignorancia y desatención de una parte del cuerpo, alteración de la adaptabilidad, problemas para utilizar instrumentos. (baumanómetro, termómetro, etc.)<sup>49</sup>

12. Necesidad de Participar en Actividades Recreativas.

Objetivos: poder ofrecer al cliente una variedad de actividades recreativas que puedan escoger las que estén de acuerdo con sus gustos y capacidades y con recursos.

Diagnósticos de Enfermería.

Deterioro de las interacciones sociales, déficit de actividades recreativas y ocupacionales, aislamiento social.<sup>50</sup>

13. Necesidad de Vivir Según Valores y Creencias.

Objetivos: Atender a las necesidades espirituales de los elementos considerándolos como unidades con componentes materiales y espirituales. Facilitar a los clientes las condiciones necesarias para la práctica de su fe, según sus necesidades espirituales determinadas por el curso de su enfermedad.

---

<sup>49</sup> GARCIA, G. Op.Cit: pp 230-231

<sup>50</sup> GARCIA, G. Op.Cit: pp 272

Diagnósticos de Enfermería.

Alteración de los Procesos familiares. Deterioro del mantenimiento domestico. Angustia espiritual. Desesperanza. Conflicto en la toma de decisiones.<sup>51</sup>

#### 14. Necesidad de Trabajar y Realizarse

Objetivos: Ayudar al cliente a iniciar el proceso necesario para un cambio de trabajo de actividad, cuando sea necesario para mejorar la salud o como consecuencia de sufrir una enfermedad.

Avanzar en el conocimiento personal de las motivaciones que influyen para la elección del trabajo o de carrera.

Diagnósticos de Enfermería.

Alteración en el desempeño del rol. Baja autoestima situacional. Alteraciones de la autoestima, baja autoestima crónica.<sup>52</sup>

### 2.5. P.A.E. 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.

El nacimiento del recién nacido y la integración del hijo con la madre es todo un proceso de nueva adaptación y con frecuencia causa inquietud y tensión, pues el nuevo miembro modifica totalmente el rol de la madre porque este requiere de cuidados específicos como la alimentación, baño, etc. En un momento dado puede sentirse frustrada por no continuar con sus estudios y no obtener la ayuda de los padres.

Las preocupaciones mas latentes y expresadas por la madre son: falta de reposo, cuidados del recién nacido, alimentación al bebe, cambio en su imagen corporal,

---

<sup>51</sup> GARCIA, G. Op.Cit pp 279-280

<sup>52</sup> GARCIA, G. Op.Cit pp 294

cambio total en su estilo de vida que deberá efectuar para continuar y lograr los objetivos que la madre tiene en el futuro.

### 2.5.1 Concepto P.A.E.

Según Rosalinda Alfaro (1993) Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de Enfermería individualizados. Que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del cliente a las alteraciones de salud, reales o potenciales. En el termino cliente se incluye familia y comunidad.<sup>53</sup>

### 2.5.2. Etapas del Proceso, vinculado con V. Henderson.

Consta de cinco etapas; Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación; siguiendo el modelo de Virginia Henderson, los 15 componentes de los cuidados de Enfermería orientan en las cinco etapas del proceso. Las enfermeras al aplicar el proceso pueden experimentar satisfacción al ser valoradas por los integrantes del equipo de salud por su capacidad y competencia profesional. Así mismo, el empleo de la nueva metodología facilita el trabajo y permite el logro de los objetivos. Por otra parte el proceso compromete al cliente y familia a tomar parte activa en las decisiones y cuidados para mantener o recuperar la salud.

#### Etapa de Valoración y Diagnóstico

"En la etapa de valoración y diagnóstico. Sirve de guía en la recogida de datos y en el análisis y síntesis de los mismos. En esta etapa se determina: el grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades. Las causas de la dificultad en tal satisfacción, la interrelación de unas necesidades con otras. La definición de los problemas y su relación con la causa de dificultad identificadas.

---

<sup>53</sup> ALFARO, R. Op. Cit. pp 6

### Etapa de Planificación y Ejecución

En las etapas de Planificación y ejecución, 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 adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo en su propio cuidado. Aquí se determinó el modo de intervención mas adecuado a la situación. Estos criterios son los que guían la etapa de ejecución.

### Etapa de Evaluación

"En la etapa de evaluación ayuda a determinar los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que nuestra meta es ayudar al cliente a conseguir su independencia en la satisfacción de las necesidades, lo mas rápidamente posible".<sup>54</sup>

Nuestra actuación va encaminada a ayudarlo a alcanzar dicha independencia por si mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos.

A continuación se describen los Diagnósticos Médicos Puerperio y Cesárea ya que además de ser un proceso fisiológico exige que se adapte y se mencione en este proceso, porque de antemano se sabe que como estos eventos influyen en las necesidades de la cliente.

No tanto que se haya centrado en la enfermedad, pero se considera importante señalarlos.

### Puerperio Fisiológico

Puerperio es la etapa del estado gravidopuerperal que comprende desde que termina el alumbramiento hasta que la involución genital del organismo materno se completa.

Este periodo dura de 6 semanas y es el tiempo que el organismo materno emplea en regresar a las condiciones pregestacionales, es decir, todas aquellas

---

<sup>54</sup> IDEM pp 270-271



modificaciones que se presentaron en el embarazo y en el parto van a desaparecer.

El puerperio se clasifica en:

Puerperio inmediato: considerado en las primeras 24 horas

Puerperio mediato: del segundo día al séptimo día

Puerperio tardío: del octavo día hasta la sexta semana<sup>55</sup>

## Cesárea

Concepto.

Cesárea es la extracción de feto vivo o muerto a través de una incisión abdominal seguida de otra en la pared uterina (histerotomía), en embarazos de 27 semanas o más.

El tipo de cesárea que actualmente se realiza con mayor frecuencia es la cesárea tipo Kerr, autor que en 1926 propuso la insición transversa sobre el segmento inferior uterino para la extracción del producto, es la cesárea que se practica con mayor facilidad, tiene menos adherencias intraperitoneales.

Las indicaciones de la cesárea son muy variadas, habrá que estudiar y escoger bien a la paciente candidata a cirugía, ya que a veces se conjugan varias situaciones e indicaciones en la misma mujer. Las indicaciones pueden clasificarse en la siguiente forma:

Indicaciones electivas, determinadas durante el embarazo o a inicio del trabajo de parto:

Paciente con dos o mas cesáreas anteriores o cicatrices uterinas, cesárea iterativa.

Paciente con cesárea anterior o con la misma causa persistente; por ejemplo, estrechez pélvica, cesárea repetida.

Desproporción cefalopélvica evidente

Sufrimiento fetal anteparto o producto con escasa reserva placentaria.

Presentación pélvica

---

<sup>55</sup> FELIX. R., Alonso. Obstetricia para la Enfermera Profesional, Ed. El Manual Moderno. Mexico, D.F. pp 181-186

Infecciones virales en el canal de parto, por ejemplo, la presencia de condilomas voluminosos, detección del virus del papiloma humano, herpes genital; estas dos últimas son indicaciones relativas.

Indicaciones urgentes

Prolapso del cordón umbilical

Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera

Sufrimiento fetal agudo, no recuperado

Placenta previa central, total o parcial, con sangrado abundante.<sup>56</sup>

## 2.6 Características del Adulto Joven.

El crecimiento y desarrollo del ser humano se divide en cuatro periodos: la infancia, la etapa preescolar, la adolescencia y la etapa adulta.

Los seres humanos llegan a la edad adulta a los 20 años, después de pasar la etapa de adolescencia. Esta etapa termina más o menos entre los 60 y 65 años, cuando se inicia la etapa del adulto mayor o vejez. La edad adulta se conceptualiza como la etapa en la cual los individuos han adquirido todo su crecimiento físico, un gran desenvolvimiento social y emocional, un grado mayor de desarrollo, de autorrealización, de confianza en sí mismos, en su capacidad de tomar decisiones, gozando de más independencia y manteniendo intimidad consigo mismo y con otras personas

Clasificación de la edad adulta. Esta etapa es de larga duración y se divide en: etapa de adulto(a) joven y etapa de adulto(a) maduro. La etapa de adulto abarca las edades entre los 20 y los 40 años. El inicio de esta etapa depende de aspectos socioculturales, ambientales y familiares.

La etapa del adulto mayor va de los 60-65 años hasta la muerte.

Características de los adultos: existe evidencia de que a lo largo de la vida se operan cambios sistemáticos en el SNC y en general en todo el organismo.

---

<sup>56</sup> IDEM pp 399-402

Aspecto general: los individuos en al etapa adulta, en cuanto a crecimiento físico, han madurado en todos los sentidos.

Se debe señalar que los cambios físicos no se producen con la misma intensidad en todos los individuos.

En efecto, las mujeres viven más tiempo que los hombres y son físicamente más resistentes en diferentes aspectos; como en el campo sexual, debido a que las cargas hormonales están en el nivel más alto, y logran una madurez orgánica que las capacita para la reproducción.

Necesidades básicas: en la edad adulta, como en cualquiera de las etapas anteriores, los individuos continúan con las mismas necesidades básicas propias de esta etapa.

1. Nutrición: los adultos deben de consumir una dieta balanceada, baja en grasas, condimentos, harinas, porque la actividad física y el metabolismo van disminuyendo conforme avanza la edad.

2. Educación: la edad adulta suele ser un periodo largo de preparación profesional o de capacitación para el trabajo.

Trabajo. El adulto es ya una persona que cree en si mismo, en su propia capacidad, posee la habilidad de contemplarse objetivamente y de analizar cuales son las cualidades que posee..

3. Recreación; a través de este los individuos requieren del juego tanto como los niños, la mente y el cuerpo necesitan un cambio periódico de aire, de ambiente agradable..

4. Estimulo; el estimulo es considerado como el motor de todas las actividades de la vida. El elogio sincero y merecido proporciona al individuo confianza en si mismo, con sentimiento de su propia estima y de dominio; así mismo el deseo de continua creciendo más desde el punto de vista social, personal y profesional.

5. Seguridad y sentimiento de pertenencia; son necesidades importantes para el adulto vinculada al amor y protección que reciben desde niños. La familia es el centro para tener esta seguridad, al igual que el unirse a grupos sociales.

6. Independencia; es una de las necesidades básicas de los adultos, por medio de la cual realizan actividades que el permitirán desarrollar su personalidad.

Se considera que esta independencia debe cubrir el aspecto físico y psíquico para que los individuos desarrollen más capacidades y asuman responsabilidades básicas en esta etapa.

7. Sueño y reposo: los adultos necesitan como mínimo de 8 a 10 horas diarias. El sueño debe ser en un ambiente tranquilo, cómodo, a fin de proporcionar el descanso y el reposo requerido, tanto físico como psíquico.

8. Sexualidad; el hombre y la mujer como seres sensibles, siempre buscan compañía desde la edad temprana. En la edad adulta la compañía es fundamental, ya que en algunos individuos la libido se encuentra desplazada al sexo opuesto, y a la necesidad de descarga de la libido es esencial.

9. Ejercicio; es importante el ejercicio en todas las edades, pero especialmente es en esta etapa cuando el cuerpo empieza a perder flexibilidad.

Adulto joven: características psicosociales

Esta comienza tan pronto termina la adolescencia, los adolescentes se han ido preparando paulatinamente para la etapa de adulto.

Características psicosociales

En el adulto joven se pueden identificar las características psicosociales específicas bien definidas: terminación de una profesión o establecimiento de un empleo, formación de un hogar para tener su propia familia, expresión de las emociones, hallar un lugar en la comunidad, tomar decisiones y aceptar responsabilidades, necesidad de orientación para el cambio de decisiones, tolerancia para la frustración, satisfacción e intereses.<sup>57</sup>

La cliente se encontraba hospitalizada en el Hospital General de Zona No. 3 "Dr. Héctor González Guevara", Mazatlán Sin. Por tener alteradas sus necesidades en donde la participación de Enfermería fue de ayuda ya que era una cliente parcialmente dependiente El estudio de caso se llevo a cabo durante sus días de hospitalización (setenta y dos horas) en donde se fijaron metas a corto plazo, se analizaron las necesidades y se relacionaron para el proceso de Enfermería para

---

<sup>57</sup> MEDELLIN, C. G. *Características Biopsicosociales y Necesidades del Adulto*. En *Antología Crecimiento y Desarrollo*. ENEO-UNAM pp 691-699

titulación por el tiempo en cuanto a metas, pero no significa que no se ayudó al cliente en las metas de largo plazo. Se estableció compromiso de hacer seguimiento entre enfermera-cliente.

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1 Descripción del Caso Clínico

Para presentar el actual estudio de caso se eligió a un cliente adulta joven, soltera, estudiante universitaria la cual se encuentra hospitalizada porque presentó alteraciones de sus necesidades, hasta el día del inicio de caso contaba con dos días de internamiento.

Para la realización de este trabajo se solicitó el consentimiento informado del cliente, el cual se realizó en forma verbal pero existe el compromiso enfermera-cliente ya que el cuidado tiene implicaciones.

Es importante aclarar que aunque se requiere el nombre de la patología el estudio de caso se centro en la persona por lo tanto las intervenciones de enfermería estarán enfocadas a ayudar a satisfacer sus necesidades afectadas dependiendo del grado de dependencia (total y parcialmente)

De antemano la acotación de que por su etapa de crecimiento y desarrollo y en su estado actual M.A.R. es parcialmente dependiente ya que de acuerdo a Henderson identifica tres niveles de función enfermera; sustituta (Compensa lo que le falta al cliente para sentirse completo e independiente), ayudante (establece las intervenciones clínicas para recuperar su independencia), o compañera (fomenta una relación terapéutica con el cliente y actúa como un miembro del equipo de salud, además imparte educación sobre la salud al cliente).

Para tal efecto se solicito el consentimiento informado del cliente y del principal cuidador en este caso la Madre que la acompañaba al momento de realizar el estudio de caso, ya que el cuidado tiene implicaciones éticas sustentado en cuatro principios a) autonomía, b) confiabilidad, c) beneficencia y no maleficencia.

- a) Autonomía; significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones producto de sus valores y convicciones personales
- b) Confiabilidad; se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas.
- c) Beneficencia y no maleficencia; se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales; hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

El estudio se realizó durante su tiempo de hospitalización que fue de 72 hrs. (3 días) posterior al procedimiento quirúrgico.

Para la valoración se tuvieron como fuentes de información directa la entrevista con el cliente, fuentes indirectas el expediente, familia (madre) y hoja de enfermería.

Las técnicas utilizadas fueron; a) entrevista, b) observación, y exploración física, observación; es esencial para planear los cuidados de enfermería, es una técnica que requiere el uso de todos los sentidos, la vista; para percatarse de cambios de coloración, características de la respiración y de la comunicación no verbal, audición; para escuchar lo que el cliente dice, los sollozos, desesperación pueden indicar que está angustiado.

Oído; para evaluar la respiración, el corazón y ruidos intestinales. Tacto; para determinarse el tamaño, la forma y la textura de una protuberancia, o de un órgano aumentado del volumen, olfato; para detectar olores desagradables de material drenado de una herida quirúrgica lo cual puede indicar una infección.

Entrevista; método que permitió aprender acerca de las personas a través de una comunicación intencionada y dirigida hacia un fin. 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, la enfermera estimula al

cliente a que reconozca sus necesidades y sus metas, la cual se da oportunidad de encontrar la solución para satisfacer sus propias necesidades de salud, la calidad de la entrevista es influida por el ambiente (condiciones y circunstancias inmediatas que afectan a una persona) que crea la enfermera.

Exploración física; debe ser completo, preciso y sistemático ya que permite la identificación de respuestas objetivas del cliente hacia su enfermedad; así como determinar la eficacia de las actuaciones medicas y de enfermería, incluye la observación, palpación, percusión, auscultación, somatometria y medición de constantes vitales.

Para el registro de la información se realizo en diversos instrumentos; a) valoración de necesidades, b) Historia clínica, c) Hoja de enfermería, d) Notas Médicas.

Ya obtenidos los datos se organizaron y clasificaron en necesidades considerando las dimensiones señaladas por Henderson a) Biológicas, b) Psicológicas, c) Sociológicas, d) Culturales.

Para identificar las fuentes de dificultad a) falta de fuerza, b) Falta de voluntad, c) Falta de conocimientos.

Falta de fuerza; la dependencia proviene de que el individuo carece de fuerza, no solo de fuerza física sino también de fuerza moral para tomar decisiones y comprometerse en las acciones necesarias para conservar o recuperar la salud, fuerza de voluntad, la voluntad se ve disminuida por los problemas de salud, este estado esta relacionado con la capacidad intelectual y se ve limitado por la falta de recursos económicos o por factores socioculturales, falta de conocimiento, hay desconocimiento de los mecanismos de acción del desarrollo de enfermedades, de los recursos de salud, de los cuidados que se deben tener cuando se presenta la enfermedad para evitar su desarrollo, en general lo que se refiere a prevención, curación y rehabilitación. De esta manera conocer el grado de dependencia que puede ser total o parcial.



Con base en la reflexión de los datos obtenidos se establecerá los diagnósticos y rol de enfermería.

Los diagnósticos de enfermería pueden ser reales y potenciales, un diagnóstico real es aquel que existen manifestaciones, para su redacción se estructura con base al formato PES (problema, etiología, signos y síntomas).

Cuando se trate de un diagnóstico potencial deben solamente redactarse con el problema y etiología (factores contribuyentes ya que no existen aun manifestaciones), considerando las etiquetas diagnósticas porque están basadas en respuestas humanas y es congruente en nuestro modelo conceptual.

Para la etapa de planeación de acuerdo al tipo de dependencia que presentaba al cliente se eligió del rol de enfermería el de ayudante. El tipo de intervenciones que se planearon fueron: dependientes, independientes e interdependientes, cada diagnóstico contó con su objetivo, meta y criterios de evaluación cada una de ellas contó con una fundamentación teórica.

Plan de atención. La evaluación se realizó considerando los criterios de evaluación y considerando la valoración inicial y la evaluación actual.

### **3.2 Valoración**

La finalidad de la 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.**

Para la valoración se obtuvieron fuentes de información primarias y secundarias.

### 3.2.2 Técnicas

Las técnicas utilizadas fueron: entrevista, método clínico y observaciones

Entrevista. Es un método que permite aprender acerca de las personas a través de una comunicación intencionada y dirigida hacia un fin.

## Entrevista

Entrevista que se realizo a una clienta adulta, joven, hospitalizada en el Hospital General de Zona No. 3 "Dr. Héctor González Guevara" en Mazatlán Sinaloa

1. ¿Ha dormido bien Señora M.A.R?

No puedo dormir en otro lado que no sea mi casa, además en el hospital hay mucho ruido, calor además el dolor de mi operación y el despertarme cada tres horas para darle pecho a mi bebe-

2. ¿Esta feliz con el nacimiento de su hijo?

-Si, muy feliz. Aunque no tengo una relación estable con mi novio. Para mi mi hijo es lo mas importante en este momento-

3. ¿Piensa seguir estudiando?

-Yo espero que si, aunque estoy preocupada por que no se como no se como hacerle con mi nueva situación pero, no quiero interrumpir mis estudios-

4. ¿Tiene el apoyo del padre de su hijo?

-Pues realmente económico no, porque los dos estudiamos y los dos somos hijos de familia-

5. ¿Piensa amamantar a su hijo al seno materno?

-Claro que si, aunque desconozco técnicas para amamantamiento y la salida de leche eficaz-

6. ¿Cree que sus padres la apoyen en su nueva situación?

-Confio en que si aunque se que es mi responsabilidad mi hijo, me siento triste por haberle fallado a mis padres, ya que pienso que ellos tenían otras perspectivas para mi-

7. ¿le gusta su nueva imagen corporal?

-Para nada, estoy preocupada porque gane demasiado peso, mi ropa no me queda y aparte no se si le guste a mi novio-

8. ¿Le gusta a su novio su nueva imagen corporal?

-No se, pues esas cosas nunca le pregunto aunque estoy triste porque siento que las personas gordas no son aceptadas por la sociedad-

9. ¿Qué tipo de alimentos le gustan y como es su alimentación?

-De todo tipo, aunque prefiero las comidas sólidas, no me gustan los caldos y además me encantan los antojitos-

10. ¿Cómo son sus hábitos de eliminación intestinal? ¿Evacua normalmente?

-Soy muy estreñida, hago del baño cada tres o cuatro días y hago popó muy duro-

Método Clínico. Fue utilizado para valorar dimensiones biológicas utilizando la inspección, palpación, percusión y auscultación.

## GUIA DE VALORACION DE LA ENFERMERA

### FECHA DE IDENTIFICACION

Nombre: M.A.R. Edad: 21 Peso: 80Kg. Talla 1.59  
Fecha de nacimiento: 4/04/1983 Sexo: Fem. Ocupación: estudiante  
Escolaridad: estudiante de segundo año de arquitectura  
Fecha de admisión: 27/08/2004 Hora: 5: 00 A.M.  
Procedencia: Mazatlán Fuente de información: Directa  
Fiabilidad (1-4):      Miembro de la familia / persona significativa: Primogénita

### VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

#### 1.- NECESIDADES BASICAS DE:

Oxigenación, nutrición e hidratación, Eliminación y termorregulación.

#### NECESIDADES DE OXIGENACION

- Subjetivo:

Disnea debido a: sobrepeso Tos productiva/ seca:      Dolor asociado con la respiración:      Fumador: No Desde cuando fuma/cuantos cigarros al día/ varía la cantidad según su estado emocional:     

- Objetivo

Registro de signos vitales y características: T.A: 130/90 F.C. 92 x' F.R: 24 x' T °C 36.6, se perciben ruidos cardiacos normales, ruidos respiratorios con leve dificultad por disnea. Temperatura dentro de parámetros normales

Tos productiva/ seca:      Estado de conciencia: alerta

Coloración de piel/ lechos ungueales/ peribucal: piel ligeramente pálida, lechos normales, buen llenado capilar

Circulación del retorno venoso: Buen retorno venoso

Otros:

## NECESIDADES DE NUTRICION E HIDRATACION

- Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): Desequilibrada (consumo de alimentos fuera de horarios de comidas, ricos en grasas y tipo chatarra)

Número de comidas diarias: tres mas una merienda

Trastornos digestivos: Agruras

Intolerancias alimentarias/ Alergias: -----

Problemas de la masticación y deglución: -----

Patrón de ejercicio: no realiza rutinas de ejercicio (ni durante su embarazo ni actualmente)

- Objetivo:

Turgencia de la piel: Ligero edema de miembros inferiores, piel con buena textura, suave e hidratada y temperatura normal, buena turgencia

Membranas mucosas hidratadas / secas: mucosas hidratadas

Características de uñas / cabello: Buena textura y color con llenado capilar normal, cabello bien implantado, sano y abundante, color negro

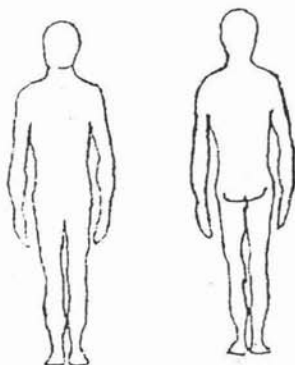
Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Equilibrio al caminar, buena motricidad, no contracturas, buena fuerza muscular, huesos con estructura normal

Aspectos de los dientes y encías: Dientes completos con presencia de caries

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: Herida quirúrgica en abdomen en condiciones normales (cursando sus primeras 48 horas)

Otros: Presencia de estrías en abdomen

Señale en el esquema siguiente:



## NECESIDAD DE ELIMINACION

- Subjetivo:

Hábitos intestinales: Irregulares (estreñimiento) características de las heces, orina y menstruación: heces duras y secas color café

Historia de hemorragias/ enfermedades renales, otros: ----

Uso de laxantes: ----- Hemorroides: -----

Dolor al defecar / menstruar / orinar: Dolor al defecar

Como influyen las emociones en su patrones de eliminación: -----

- Objetivo:

Abdomen características: Abdomen inflamado por herida quirúrgica, simetría normal y presencia de estrías

Ruidos intestinales: Ruidos peristálticos disminuidos.

Palpación de la vejiga urinaria: Normal

Otros: -----

## NECESIDADES DE TERMORREGULACION

- Subjetivo:

Adaptabilidad de los cambios de temperatura: Sensible al clima caluroso

Ejercicio / tipo y frecuencia: no realiza ejercicio

Temperatura ambiental que le es agradable: Clima frío

- Objetivo:

Características de la piel: piel pálida, bien hidratada, turgencia y textura normal Transpiración: normal

Condiciones del entorno físico: Vive en un medio urbano, cuenta con todos los servicios, miembro de una familia integrada

Otros: no hay elasticidad normal por presencia de ligero edema de miembros inferiores y herida quirúrgica en abdomen

## 2.- NECESIDADES BASICAS DE:

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

### NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

- Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: Actualmente limitada por presencia de herida quirúrgica en abdomen, descansando en posición decúbito lateral izquierdo

Actividades en el tiempo libre: Leer y ver televisión

Hábitos de descanso: 6 a 7 horas diarias por la noche ocasionalmente siestas de una hora de duración

Hábitos de trabajo: estudiante profesional ayuda en los quehaceres de la casa

- Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético. Fuerza: Buena fuerza muscular, no deformidades

Capacidad muscular. Tono / resistencia / Flexibilidad: Flexibilidad y tono muscular normal

Posturas: Decúbito lateral izquierdo por herida quirúrgica

Necesidad de ayuda para la deambulación: Si (inicia deambulación precoz después del puerperio inmediato (24 horas)

Dolor con el movimiento: si con irradiación en herida quirúrgica

Presencia de Temblores: ---- Estado de conciencia: Alerta

Estado emocional: Aparentemente tranquila después del nacimiento de su hijo

Otros: Comenta de estar angustiada por el nuevo rol al que se enfrentara ( madre, estudiante e hija de familia

### NECESIDADES DE DESCANSO Y SUEÑO

- Subjetivo:

Hora de descanso: \_\_\_\_\_ Horario de sueño: 23:00 a 6: 00 horas

Horas de descanso: 3 horas Horas de sueño: 4 horas

Siesta: 1 hora Ayudas: -----

Insomnio: si, horas de sueño variables Debido a: ruidos externos y preocupaciones de nuevo rol de adaptación

Descansado al levantarse: Refiere que en ocasiones se siente cansada, con sueño y somnolienta



- Objetivo:

Estado mental. Ansiedad / estrés / lenguaje: Pensamiento coherente, se encuentra ansiosa por nueva situación

Ojeras: si Atención: Si Bostezos: Si Concentracion: Normal

Apatia: No Cefaleas: No

Respuesta a estímulos: Buena respuesta a estímulos externos, verbales y dolorosos

Otros: En el medio hospitalario refiere que le incomoda la cama y distractores externos (ruidos y pláticas) el despertarse cada tres horas a proporcionarle pecho a su bebe

#### NECESIDADES DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

- Subjetivo:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: Si aunque el tipo de ropa que usa es holgada (no le gusta apretada)

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: Si

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

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: No

- Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: Si

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Normal

Vestido

Incompleto: --- Sucio: ----- Inadecuado: -----

Otros: Bata amplia (propia del embarazo) comenta que su ropa normal no le vendrá por haber ganado peso

#### NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

- Subjetivo:

Frecuencia del baño: Cada 24 horas

Momento preferido para el baño: En las mañanas (antes de irse a la universidad)

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

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

Tiene creencias personales o religiones que limiten sus hábitos higiénicos: No

- Objetivo:

Aspecto general: Aspecto limpio, aseada, uñas de manos y pies limpias y recortadas, ropa limpia hospitalaria

Olor

corporal: Normal Halitosis: No

Estado del cuero cabelludo: Buena simetría

Lesiones dérmicas Tipo: presencia de estrías en abdomen

(Anote la ubicación en el diagrama)

Otros: \_\_\_\_\_

### NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

- Subjetivo:

Que miembros componen la familia de pertenencia: Padres, 2 hermanos y su hijo recién nacido

Como reacciona ante situación de urgencia: Actuaría de inmediato

Conoce las medidas de prevención de accidentes.

Hogar: Si

Trabajo: Estudiante No solamente en casos de desastres (ciclones)

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: No

Familiares: Desconoce

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: En ocasiones refiere comiendo y viendo televisión

- Objetivo:

Deformidades congénitas: No

Condiciones del ambiente en su hogar: Se percibe un ambiente armonioso

Trabajo: Estudiante es amigable mantiene buenas relaciones

Otros: \_\_\_\_\_

### 3.- NECESIDADES BASICAS DE:

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

#### NECESIDAD DE COMUNICARSE

- Subjetivo:

Estado civil: Soltera Años de relación: 2 Años Viven con: Padres e interrelaciona con sus hermanos

Preocupaciones / estrés: Si Familia: Si (por su embarazo)

Otras personas que pueden ayudar: Su pareja

Rol en estructura familiar: Primogénita de 21 Años

Comunica problemas debido a la enfermedad / estado: No Tiene dificultad para expresar sus pensamientos a su pareja y familia

Cuanto tiempo pasa sola: Casi nunca

Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: a diario con sus compañeros en su centro educativo

- Objetivo:

Habla claro: Si Confusa: No

Dificultad:

Visión: No Audición: No

Comunicación verbal / no verbal con la familia con otras personas significativas: deficiente en cantidad y calidad con su novio

Otros: \_\_\_\_\_

#### NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

- Subjetivo:

Creencia

religiosa: Católica

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: no

Principales valores en la familia: Honestidad (aunque refiere que ella les fallo a sus padres por salir embarazada), sencillez Y unión

Principales valores personales: perseverancia y responsabilidad

Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: No (porque refiere que fue su irresponsabilidad tener a su bebe

- Objetivo:

Hábitos específicos de vestido. (grupo social religioso): No  
Permite el contacto físico: Si  
Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: Si  
(tiene como imagen religiosa a la virgen de Guadalupe) refiere tener fe en ella  
Otros: \_\_\_\_\_

#### NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

- Subjetivo

Trabaja actualmente: No Tipo de Trabajo: Estudiante  
Riesgos: truncar la carrera Cuanto tiempo le dedica al trabajo: 5 horas  
(estudio)  
Estas satisfecho con su trabajo: Si (Estudiante) Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia: Dependiente de sus padres  
Esta satisfecho (a) con el rol familiar que juega: Si

- Objetivo:

Estado emocional / calmado / ansioso / enfadado / temeroso / irritable / inquieto / eufórico: Ansiosa, temerosa, inquieta por no poder conciliar el sueño  
Otros: Feliz por realizarse como madre

#### NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

- Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: ve televisión ,estudia y lee libros  
Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: Si  
Recursos en su comunidad para la recreación: cuenta con una cancha de fútbol (aprox. 10 cuadras de distancia de su hogar)  
Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: No

- Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: fuerza muscular, equilibrio y motricidad normal  
Rechazo a las actividades recreativas: No  
Estado de ánimo. Apático / aburrido / participativo: Participativo  
Otros: espera llevar a cabo a su bebe todas las necesidades de atención

## NECESIDAD DE APRENDIZAJE

- Subjetivo:

Nivel de educación: Bachillerato (estudiando profesional)  
Problemas de aprendizaje: No  
Limitaciones cognitivas: No Tipo: -----  
Preferencias: leer / escribir: Ambas  
Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: Si DIF  
Universidad  
Sabe como utilizar esas fuentes de apoyo: Si (recibe aprendizaje en la  
universidad se encuentra en etapa de formación)  
Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: Si por la cuestión de  
su niño  
Otros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Objetivo:

Estado del sistema nervioso: Normal  
Órganos de los sentidos: Órganos de los sentidos simetrías normales  
Estado emocional: ansiedad, dolor: Refiere dolor  
Memoria reciente: La recuerda  
Memoria remota: Recordable  
Otras manifestaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Observación. Examinar con atención al cliente

Los datos obtenidos de la observación se registró en diversos instrumentos como son: historia clínica, hoja de enfermería



## HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE ELABORACION	
ORIGINARIO	FECHA DE NACIMIENTO
DOMICILIO	
ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL
Nº DE DEPENDIENTES	Nº DE BENEFICIARIOS

--

PESO	TALLA	T.A.
------	-------	------

<b>1.- ANTECEDENTES FAMILIARES</b>

<b>2.- ANTECEDENTES PERSONALES</b>
PATOLOGÍAS
TRATAMIENTOS RECIBIDOS Y EVOLUCION
TOXICOMANIAS
MEDIO AMBIENTE LABORAL Y/O FAMILIAR
TIPO DE ACTIVIDAD SEXUAL
USO DEL TIEMPO LIBRE

M-2

ALIMENTACION

3.- ANTECEDENTES OBSTETRICOS

PLANIFICACION FAMILIAR METODOS TEMPORALES		
FECHA	TIPO	BAJA
METODO DEFINITIVO		
INTERVENCION	FECHA	

INMUNIZACIONES Y DETECCIONES	FECHA	OBSERVACIONES
D.P.T		
SABIN		
B.C.G		
ANTI SARAMPION		
TOXOIDE TETANICO		
ANTI-TIFOIDICA		
D.C.C		
D.C.D		
HIPERTENSION		
T.B		
SIDA		
OTROS		

4.- ANTECEDENTES LABORALES			
OCCUPACION	ANTIGUEDAD	DANOS EN EL TRABAJO	AÑO





### 3.2.3 Instrumentos de Registro

Para registrar la información se utilizaron: la hoja de enfermería, la historia clínica y hoja de valoración de necesidades.

Es importante mencionar que no se presentan los registros originales porque son documentos médicos legales y para su utilización se requieren de la autorización del cliente y de la institución.

#### Hoja de Valoración de la Enfermera

##### Características personales

Nombre: M.A.R. Edad: 21 Años Sexo: Femenino Estado Civil: soltera

Religión: Católica Etnia: idioma español Escolaridad: Bachillerato

Ocupación: estudiante de Arquitectura

¿Cuál es su objetivo de salud?: estar sana, vive actualmente el primer día de puerperio + embarazo Hospitalizaciones previas: -----

Motivo de ingreso: embarazo 39 SDG / cesárea

¿Esta tomando medicamentos?: analgésicos y antibióticos como profiláctico

Signos vitales: Temp. 36.6 °C Pulso: 92x' Resp: 24x' Ten. 130 Art. 90

Familia: No de miembros: 5 + su bebe recién nacido con quien vive: padres

Problemas de relación con la familia: Si    No    \* porque:   

##### 1. Oxigenación

Estilo de vida: Sedentaria:    Activa Ni (aunque durante los 9 meses no realizó actividad física)

Realiza sus actividades cotidianas: Resp. Costal presenta ligera disnea por sobrepeso

Secreciones, tos, aleteo nasal, dolor asociado a la respiración: dolor asociado a la herida quirúrgica

¿Cuántos cigarrillos fuma al día? Desde cuando: no toxicomanias

Antecedentes de enfermedades cardiorrespiratorias. Dolor precordial, asma, taquicardia, hipertensión, anemia, varices. Niega antecedentes de enfermedades

##### 2. Nutrición e Hidratación

Se alimenta solo Si con ayuda: No

Horario y número de comidas habituales: 3 convencionales y dos entre comidas

Cantidad y tipo de líquidos que ingiere al día: 1 ½ litro

Preferencias o desagradados: Pizzas y comidas sólidas

Patrones de aumento/perdida de peso: aumento de 10 Kg. de peso

Suplementos de alimentación: Comida chatarra

Conocimiento de factores que favorecen la digestión: negativo

Anorexia, náuseas, vómito, indigestión, hiperacidez: hiperacidez

Medidas para purificar el agua: hierva, desinfecta, garrafón

Revisión: Peso: 70 Kg, talla: 1.59 m.

Boca: capacidad para hablar, masticar y deglutir.

Lengua: hidratación, úlceras, inflamación.

Encías: color, edema, hemorragia, dolor

Dientes: caries, prótesis, sensibilidad al frío o calor sensible al clima caluroso

Labios: color, hidratación, grietas, hidratados

### 3. Eliminación

Frecuencia y cantidad en 24 horas. Heces c/ 3 o 4 días

Orina 1500 ml/día

Color. Consistencia Heces Heces duras y secas color café orina Amarillo Normal

Estreñimiento (\*) hemorroides ( ) Dolor menstrual ( )

Ayudas. Líquidos, alimentos, medicamentos, enemas. \_\_\_\_\_

Problemas de urgencia, retención, incontinencia, infecciones.

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

Genitales: erupciones e irritaciones perineales, lesiones, secreción anormal. \_\_\_\_\_

### 4. moverse ya mantener una buena postura

Patrones de actividad y ejercicio, en su casa, en el trabajo y en el tiempo libre: le gusta caminar, aunque durante el embarazo y actualmente no efectúa ninguna rutina de ejercicio

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

Ejercicios pasivos, uso calzado muy adecuado a su estado actual (puerperio).

Limitaciones en la deambulación. Por Intervención quirúrgica (cesárea)

Postura habitual en relación al trabajo. Estar sentada en pupitre escolar

Dolor muscular, inflamación de articulaciones, defectos óseos.

Revisión: capacidad funcional, mano dominante, utilización de brazos, piernas y manos. fuerza, presión, marcha, utilización de aparatos: cuerpo articulado no utilización de aparatos

### 5. Descanso y sueño

Patrones de reposo, sueño, horas en la noche, siesta. Durante el embarazo refirió 7 horas en la noche y una hora de siesta, las horas de sueño actualmente son variables

Alteraciones por estados emocionales. Si; estrés, preocupación

Uso de reductores de tensión: \_\_\_\_\_

Facilitadores del sueño, masaje, relajación, música, lectura.

medicamentos \_\_\_\_\_

6. uso de prendas de vestir adecuadas

Distingue relaciones entre higiene personal y salud: Si

Necesita ayuda para vestirse o desvestirse: Si por el dolor que presenta en herida quirúrgica

Hábitos sobre la higiene personal y del vestido: Aspecto limpio, vestidos holgados

Tiene los recursos económicos para vestir ropa limpia y que conserve el calor: Si, es nivel socioeconómico medio bajo

7. termorregulación

Se protege en los cambios de temperatura ambiente: Si, es sensible al clima caluroso refiere que nunca le ha gustado la época de calor

Sensibilidad extrema al frío o calor. Sensibilidad la clima caluroso

Que valor le da a: comida, ropa manejo adecuados en el control de la temperatura. Valor de seguridad

Otras medidas físicas: -----

8. Higiene y protección de la piel

Hábitos higiénicos diarios que sugieren: higiene oral, higiene femenina, arreglo personal. Refiere llevar a cabo todos los hábitos higiénicos

Aseo de dientes, Manos, baño, con que frecuencia: Aseo de dientes 3 veces al día y baño corporal diario

Uso de algún producto específico, colonia, crema, etc. Uso de crema

Revisión de piel. Pigmentación, temperatura, textura, turgencia, lesiones, contusiones, hemorragias, cicatrices, masas, prurito, edema. Pigmentación, ligero edema de miembros inferiores y estrías en abdomen

Mucosa oral. Integra, deshidratada, hidratada. mucosas orales hidratadas

9. Evitar peligros

Prácticas que afectan la seguridad personal: hábitos, drogas, alcohol, tabaco, café, bebidas con cola, nivel de consumo. en ocasiones un refresco normal diario, toxicomanías negativas

Recursos de salud, médicos, odontólogos, hospitales. en su medio sociourbano cuanta con todos los profesionales de la salud

Prácticas de salud. Manejo de estrés, ansiedad, técnicos de relajación. -----

Autoexamen de mama y testículos. -----

Hogar, características que constituyen peligros para la seguridad: pisos, escaleras, aislamiento. -----

Entorno físico. Vecindario, presencia de peligros ambientales contaminación (polvo)

10. Necesidad de comunicarse

Facilidad para expresar sentimientos y pensamientos. No, difícilmente comunica sus sentimientos y pensamientos

Relaciones con la familia y con otras personas. Buenas relaciones humanas

Utilización de mecanismos de defensa. (Agresividad/hostilidad, desplazamiento, etc.). \_\_\_\_\_

Limitaciones físicas que interfieran en su comunicación. \_\_\_\_\_

Contactos sociales, frecuentes y satisfactorios. Amigos, su novio

Facilitadores de la relación: confianza, receptividad, empatía, disponibilidad.  
acepta los cuatro elementos mencionados anteriormente como facilitadores de la comunicación y de relaciones

#### 11. vivir según las creencias y valores

Ritos que debe practicar de acuerdo a su religión. Rezar

Frecuencia de algún servicio religioso. No

Valores que ha integrado en su estilo de vida. Perseverancia y responsabilidad

En que medida sus valores se han alterado por su situación actual de salud.

Durante el embarazo, pues refiere que fue por irresponsabilidad propia haberse embarazado (aunque es feliz con su bebe)

Creencias significativas en ese momento. Católica

#### 12. necesidad de trabajar y realizarse

Historia laboral, tipo de trabajo, duración. Actualmente estudiante de segundo año de arquitectura

El trabajo le provoca satisfacción o conflicto. Le gustan sus estudios

La enfermedad, que tipo de problemas le ha traído. \_\_\_\_\_

Psicológicos, económicos, laborales, otros. Actualmente preocupada por su nuevo rol de madre

Autoconcepto positivo/negativo de si mismo. No le gusta su nueva imagen corporal

Capacidad de decisión y de resolver problemas. Le falta decisión para resolver problemas

Problemas en: olfato, tacto, memoria, orientación. \_\_\_\_\_

#### 13. Participar en actividades recreativas

Intereses, pasatiempos y actividades recreativas que desarrolla en su tiempo libre.

Ver televisión y leer

La última vez que participo en actividades de este tipo. No

El uso de su tiempo libre le proporciona satisfacción. Si

Dispone de recursos para dedicarse a cosas que le interesan. No ya que es hija de familia y le solventan sus estudios sus padres

La distribución de su tiempo es equilibrada entre el trabajo, y la recreación. No le gusta ningún de porte, le gusta ver televisión y leer

#### 14. Necesidad de aprendizaje.

Conocimientos sobre el desarrollo del ser humano en su ciclo vital. Si, refiere que un ser humano nace, crece, se desarrolla y muere

Conocimientos sobre si mismo, sus necesidades básicas, su estado actual, su tratamiento y autocuidado que necesita. Si, necesidad de adaptación a su nuevo rol de estudiante, madre e hija de familia

Desearía incrementar sus conocimientos sobre aspectos relativos a su salud/enfermedad. Técnicas de autocontrol emocional, cambios necesarios en sus hábitos de vida. quiere ampliar sus conocimientos acerca de la lactancia materna y bajar de peso

Situaciones que alteran la capacidad de aprendizaje, ansiedad, dolor, pensamientos, sentimientos, angustia. Dolor por herida quirúrgica

#### 15. Sexualidad y reproducción.

Demuestra comodidad con la propia identidad sexual. Refiere que si, satisfecha con la relación de su novio

Capacidad para gozar y controlar la propia conducta sexual reproductiva de acuerdo con una ética personal y social. Mantiene relaciones sexuales con su novio que es el padre de su bebe

Superación del miedo, de los sentimientos de culpa y de otros factores psicológicos, que inhiben la respuesta sexual y deterioran las relaciones sexuales.

Tiene sentimiento de culpa hacia sus padres por haber salido embarazada de su novio. Los padres le manifiestan su apoyo ante su situación actual

Presencia de enfermedades que dificultan las funciones sexuales y reproductivas.

Mujer

Menstruación, tipo regular, cada 28 días flujo. Normal

Cantidad. 50 ml. Aprox. Dismenorrea. \_\_\_\_\_

Hipermenorrea. \_\_\_\_\_ metrorragia. \_\_\_\_\_

Historia del embarazo. Gesta. 1 Partos. 0 Abortos. 0

Cesáreas. 1 Medidas de control de natalidad. Se le colocó DIU

Examen de papanicolau. Si. \_\_\_ No. \* Cuando. nunca

Otros problemas. \_\_\_\_\_

### 3.3 Diagnóstico

Para la integración de los diagnósticos de enfermería se tuvo que organizar y clasificar la información en necesidades con sus respectivas dimensiones, lo cual facilitó el análisis para conocer tanto las fuentes de dificultad como los problemas que afectaron, utilizando los formatos que más adelante se presentan. Los tipos de diagnósticos que se estructuraron fueron diagnóstico real y potencial.

Diagnóstico de enfermería es un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta humana de un individuo o grupo y que la enfermera es responsable de identificar y tratar independientemente. Su estructura fue con base al formato PES (problema, causa y etiología, signos y síntomas) el formato PES aplica el principio básico de identificar el problema y su etiología, y añade el concepto de validación.

Apoyándose de las etiquetas diagnósticas de la NANDA las cuales tienen coherencia teórica con el modelo de Virginia Henderson, ya que fueron trabajadas en base a necesidades.

Es importante señalar que se hizo un análisis de las catorce necesidades valoradas en el cual se señala la independencia o el grado de dependencia, el cual a continuación se presenta

De estas catorce necesidades para fines del trabajo solo se presenta el análisis de cuatro necesidades que son: necesidad de eliminación de desechos corporales, necesidad de imagen corporal, necesidad de aprendizaje y necesidad de descanso y sueño.

De las catorce necesidades se observó que tiene dependencia en diez necesidades.

A continuación se presentan las dimensiones o factores de dificultad de las cinco necesidades.

### Conclusión Diagnostica de Enfermería

Necesidad	Grado de dependencia		Diagnostico de enfermería
1. Oxigenación	I		Alteración de la función respiratoria relacionada con fatiga de los músculos respiratorios manifestado por disnea incremento de peso y fatiga
	PD		
	D	*	
2. Nutrición y eliminación	I		Desequilibrio nutricional por exceso relacionado con aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas manifestado por patrones alimentarios inadecuados
	PD	*	
	D		
3. Eliminación	I		Estreñimiento relacionado con una dieta inadecuada, falta de ejercicio y aumento de peso manifestado por dificultad y dolor para defecar, presencia de heces duras y secas y disminución en la frecuencia
	PD	*	
	D		
4. Moverse y mantener una buena postura	I		Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor, malestar y herida quirúrgica manifestado por fascies quejumbrosas y dificultad para girarse en la cama
	PD	*	
	D		
5. Descanso y sueño	I		Deterioro del patrón del sueño relacionado con dolor, cambios ambientales manifestado por dificultad para conciliar el sueño y despertarse en forma continua
	PD	*	
	D		
6. Usar prendas de vestir adecuadas	I		Déficit autocuidado: vestido relacionado con ansiedad, imagen corporal y malestar manifestado por sobrepeso y elegir ropa adecuada
	PD	*	
	D		
7. Termorregulación	I		Termorregulación ineficaz relacionada con temperatura ambiental fluctuante manifestado por diaforesis intensa, inquieta
	PD	*	
	D		
8. Higiene y protección de la piel	I		Déficit autocuidado: baño relacionado con dolor en herida quirúrgica y cansancio manifestado por dificultad para bañarse y realizar movimientos
	PD	*	
	D		

Necesidad	Grado de dependencia		Diagnostico de enfermeria
9. Evitar peligros	I		
	PD		
	D		
10. Comunicarse	I		Deterioro de la comunicación verbal relacionado con estima y autoconcepto, barreras psicológicas manifestado por dificultad para expresar sus pensamientos y sentimientos verbalmente
	PD	*	
	D		
11. Vivir según sus creencias y valores	I		
	PD		
	D		
12. Trabajar y realizarse	I		
	PD		
	D		
13. Jugar y participar en actividades recreativas	I		
	PD		
	D		
14. Aprendizaje	I		Lactancia materna ineficaz relacionado con aporte insuficiente de leche, falta de conocimientos e insuficiente ingesta de líquidos
	PD	*	
	D		



GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES

DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL CLIENTE: M.A.R.

FECHA

20/09/2004

NECESIDAD AFECTADA Eliminación de desechos corporales

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
Como antecedentes ella manifiesta: Heces duras y secas Dolor al defecar Evacua cada 3-4 días Hábitos intestinales irregulares Falta de ejercicio Puerperio inmediato Abdomen inflamado por herida quirúrgica Consumo de alimentos no nutritivos	Ansiedad por las molestias que le ocasiona el evacuar.  Desesperación por no presentar regularidad en la defecación  Triste por el dolor que le causa el defecar	Consume alimentos en cantidad tipo chatarra fuera de las tres comidas convencionales. Estos los consume en la universidad con sus compañeros. No come suficiente cantidad de alimentos ricos en fibra ni líquidos. Comprende el daño del consumo de alimentos tipo chatarra	Ella prefiere tomar refrescos que agua  No realizo ejercicio durante el embarazo por flojera  Refiere que prefiere ver televisión y leer  Alimentación sólida, pocos alimentos en caldo (no le gustan)

-*	F. FUERZA
*	F. VOLUNTAD
	F. DE CONOCIMIENTOS

	TOTALMENTE DEPENDIENTE
*	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA Estreñimiento relacionado con una dieta inadecuada, falta de ejercicio y aumento de peso manifestado por dificultad y dolor al Defecar, heces duras y secas y disminución en la frecuencia.

GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES  
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL CLIENTE: M.A.R.

FECHA 20/09/2004

NECESIDAD AFECTADA Eliminación de desechos corporales

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
Como antecedentes ella manifiesta: Poca ingesta de líquidos			

- \* F. FUERZA
- \* F. VOLUNTAD
- F. DE CONOCIMIENTOS

- TOTALMENTE DEPENDIENTE
- \* PARCIALMENTE DEPENDIENTE

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA Estreñimiento relacionado con una dieta inadecuada, falta de ejercicio y aumento de peso manifestado por dificultad y dolor al Defecar, heces duras y secas y disminución en la frecuencia.

GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES

DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL CLIENTE: M.A.R.

FECHA

20/09/2002

NECESIDAD AFECTADA Imagen Corporal

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
Falta de ejercicio Poca ingesta de líquidos Consumo de alimentos no nutritivos Aumento de peso Peso habitual 60 Kg. Peso actual 70 Kg.de 10 Kg. Sobre su peso habitual.	Le causa preocupación de quedarse con su peso actual (70 Kg.) Expresiones de inconformidad con su aspecto físico Temor al rechazo de su pareja Triste por no haber cumplido la meta que sus padres tenían para ella	Ella cree que su pareja la rechace por su nuevo aspecto físico Se siente sola pues la relación con su pareja es inestable ya que son novios (duración 2 años) En su ámbito familiar sus padres la apoyan no la rechazan por ser madre soltera.	Ella menciona que las personas obesas son criticadas y rechazadas por la sociedad La cliente sabe que el ejercicio favorece al mantenimiento de la salud pero aun sabiendo no lo practico. Ella refiere sentir antojos por consumir alimentos en la calle Tiene hábitos alimenticios indicados

*	F. FUERZA
*	F. VOLUNTAD
	F. DE CONOCIMIENTOS

	TOTALMENTE DEPENDIENTE
*	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA: Trastorno de la imagen corporal relacionado con sobrepeso manifestado por inconformidad con el aspecto físico y temor al rechazo de su pareja

GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES

DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL CLIENTE: M.A.R.

FECHA

20/09/2004

NECESIDAD AFECTADA Imagen Corporal

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
		Socialmente ella se siente mal por no haber cumplido con los convencionalismos tradicionales de la sociedad (haberse casado con su novio)	

*	F. FUERZA
*	F. VOLUNTAD
	F. DE CONOCIMIENTOS

	TOTALMENTE DEPENDIENTE
*	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA . Trastorno de la imagen corporal relacionado con sobrepeso manifestado por expresiones de inconformidad con su aspecto físico y temor al rechazo de su pareja

GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES

DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL CLIENTE: M.A.R.

FECHA

20/09/2004

NECESIDAD AFECTADA Aprendizaje

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
Primigesta Madre soltera Estudiante Ausencia de leche(Calostro) Puerperio inmediato No control prenatal Senos moderadamente congestionados Postura inadecuada para amamantar	Feliz por el nacimiento de su hijo Angustia por no poder alimentar a su bebe al seno materno por ausencia de leche Ansiosa porque produzca suficiente leche materna y amamantar a su bebe	Entorno nuevo y desconocido para la cliente No asistió al control prenatal No cuenta con conocimientos de lactancia materna ni con tecnicas de amamantamiento a su bebe Ha escuchado que los niños alimentados al seno materno son mas sanos y fuertes	Desconocimiento de lactancia materna Interés de conocer técnicas de lactancia materna

<input type="checkbox"/>	F. FUERZA
<input checked="" type="checkbox"/>	F. VOLUNTAD
<input checked="" type="checkbox"/>	F. DE CONOCIMIENTOS

<input type="checkbox"/>	TOTALMENTE DEPENDIENTE
<input checked="" type="checkbox"/>	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA Lactancia materna ineficaz relacionado con falta de conocimientos manifestado por aporte de leche insuficiente (puerperio inmediato)

GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES

DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL CLIENTE: M.A.R.

FECHA

20/09/2004

NECESIDAD AFECTADA Descanso y sueño

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
Insomnio (últimos meses del embarazo y actualmente) Horas de sueño variable Fascies de cansancio Bostezos Somnolienta Ojerosa Ansiosa Dolor en la herida quirúrgica Dolor al movimiento	Se la pasa pensando en las noches y no duerme corridas sus siete horas habituales Preocupada por su nuevo rol de madre, estudiante e hija de familia Angustiada por su nueva situación con respecto a la alimentación y cuidado del bebe Cambio de hábitat (casa-hospital) Miedo de pensar que sus padres no la apoyen	Actualmente ambiente diferente (medio hospitalario) Distractores que no permiten el descanso y sueño (ruidos externos, platicas, alimentación del bebe medicamentos que se le ministra) Ambiente hospitalario caluroso. La cama la siente diferente,(extraña su cama) Desea estar en su casa.	Visitas (sus compañeras de la universidad) Ella dice que normalmente dormía siete horas actualmente no descansa lo suficiente (3 horas) No desea interrumpir sus estudios universitarios con su nuevo rol de madre Ella dice que su madre la apoya

*	F. FUERZA
*	F. VOLUNTAD
	F. DE CONOCIMIENTOS

	TOTALMENTE DEPENDIENTE
*	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA Alteración del patrón de sueño relacionado por dolor, cambios ambientales manifestado por dificultad para conciliar el sueño y despertarse en forma continua

GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES

DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL CLIENTE: M.A.R.

FECHA

20/09/2004

NECESIDAD AFECTADA Descanso y sueño

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
	Preocupada por haberle fallado a sus padres (se embarazo de su novio)		

*	F. FUERZA
*	F. VOLUNTAD
	F. DE CONOCIMIENTOS

	TOTALMENTE DEPENDIENTE
*	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA Alteración del patrón de sueño relacionado por dolor, cambios ambientales manifestado por dificultad para concluir el sueño y despertarse en forma continua

### 3.4 Planeación

Con base al diagnóstico y a las fuentes de dificultad se seleccionó el rol de enfermería el cual según Henderson pueden ser: de ayuda, de suplencia y de acompañamiento. Ayudando al cliente a través de intervenciones dependientes, independientes, e interdependientes. En el formato del plan de atención se incluyó el objetivo, meta, criterios de resultados y la fundamentación de las intervenciones de enfermería, a continuación se presentan los planes de cuidados.

### 3.5 Ejecución y evaluación.

La ejecución involucra la acción o la 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 tuvo que recurrir nuevamente a la valoración para obtener datos que permitieron comparar los resultados obtenidos con los criterios de evaluación y saber si se cumplió o no el objetivo, pero sobre todo retroalimentar el plan de atención.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**



PLAN DE ATENCIÓN

INICIALES DEL CLIENTE: M.A.R.

FECHA 20/09/2004

NECESIDAD AFECTADA Eliminación de desechos corporales DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA \_\_\_\_\_

Estreñimiento relacionado con una dieta inadecuada, falta de ejercicio y aumento de peso manifestado por dificultad y dolor al  
Defecar, presencia de heces duras y secas y disminución en la frecuencia.

OBJETIVO Ayudar al cliente a mejorar su función intestinal durante su estancia hospitalaria

	TOTALMENTE DEPENDIENTE
*	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

*	ROL DE AYUDA
	ROL DE SUPLENCIA
	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

INTERV. INDEPENDIENTE	(I ID)	*
INTERV. DEPENDIENTE	(I D)	*
INTERV. INTERDEPENDIENTE	(I ITD)	*

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA Estreñimiento relacionado con una dieta inadecuada, falta de ejercicio y aumento de peso

Manifestado por dificultad y dolor al Defecar, heces duras y secas y disminución en la frecuencia

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
72 horas (la estancia hospitalaria reglamentaria)	<p>Corroborar presencia de motilidad intestinal</p> <p>Evaluaciones de consistencia pastosa</p> <p>Consumo total de alimentos y líquidos (en medio hospitalario)</p> <p>Vigilar efectividad del consumo de ablandadores de las heces</p>	<p>Acciones independientes</p> <p>Fomentar el ejercicio positivo precoz asistida</p> <p>Vigilar ingesta de dieta preescrita en el primer día post operatorio consumo; de líquidos claros, te gelatina y agua fresca</p> <p>2do día consumo dieta blanda por residuo que consiste en: fruta, verdura, caldos</p> <p>Fomentar ingesta del líquidos</p>	<p>Ejercicio; es importante para mantener tono muscular, la creatividad también estimula el peristaltismo y de esta forma facilita el movimiento del intestino a lo largo del colon.</p> <p>DIETA; es necesaria la ingesta suficiente de fibra y de alimentos nutritivos y balanceados para producir un volumen fecal. Ayuda a la actividad peristáltica del colon</p>	<p>El primer día consumió dieta líquida 1800 ml. En 24 hrs. E ingesta de líquido de 2000 ml. En 24 hrs.</p> <p>Segundo día; inicia por la mañana con una dieta blanda por residuo.</p> <p>El primer día la cliente inicia por la mañana movimiento fuera de la cama (se sentó fuera de la cama).</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA Estreñimiento relacionado con una dieta inadecuada, falta de ejercicio y aumento de pesoManifestado por dificultad y dolor al Defecar, heces duras y secas y disminución en la frecuencia

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
		<p>Acciones dependientes Administración de ablandadores de las heces, senosidos 2 tab. c/ 12 horas 8-20</p> <p>Acciones interdependientes Canalizar a la cliente con nutriologa para apoyo dietetico</p> <p>Acción independiente Vigilar presencia de reacciones secundarias al medicamento; nauseas retortijones, eructos, diarreas</p>	<p>En la economía orgánica; el colon tiene dos tipos de movimiento de mezcla (que facilitan la absorción y movimiento de propulsión que conducen el contenido intestinal hacia el ano) El paso de las heces hacia el recto (debido a los movimientos de propulsión inicia el reflejo de la defecación. Senosidos Aumentan la perístalsis por acción directa sobre la musculatura lisa intestinal y promueve la acumulación de agua y electrolitos en colon</p>	<p>Por la tarde inicia deambulacion pasiva durante 10 minutos. El primer día se escucharon ruidos peristálticos disminuidos. El segundo día los ruidos peristálticos fueron perceptibles Tercer día; se escuchan ruidos peristálticos normales Presenta evacuación pastosa de 200 gr. aproximadamente. La cliente refiere meotorismo</p>

PLAN DE ATENCIÓN

INICIALES DEL CLIENTE: M.A.R.

FECHA 20/09/2004

NECESIDAD AFECTADA Imagen Corporal

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Trastorno de la imagen corporal relacionado con sobrepeso manifestado por expresiones de inconformidad con su aspecto físico y temor al rechazo de su pareja

OBJETIVO Ayudar al cliente a identificar los factores para disminuir de peso

	TOTALMENTE DEPENDIENTE
*	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

*	ROL DE AYUDA
	ROL DE SUPLENCIA
	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

INTERV. INDEPENDIENTE	(I ID)	*
INTERV. DEPENDIENTE	(I D)	
INTERV. INTERDEPENDIENTE	(I ITD)	*

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Trastorno de la imagen corporal relacionado con sobrepeso manifestado por de  
 inconformidad con el aspecto físico y temor al rechazo de su pareja

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>72 horas (tiempo de hospitalización)</p>	<p>La cliente describirá en un mínimo del 80% los factores que condicionan disminución de peso (anexos I y II)</p> <p>Iniciar con nuevos sistemas de apoyo de profesionales de la salud</p>	<p>Acción independiente                      Informar a la cliente sobre los factores importantes que contribuyen a que ella bajo un régimen de orientación y ejecución (sobre dieta, ingesta de líquidos y ejercicios)</p> <p>Accepte con el fin de obtener la imagen corporal que desea</p> <p>Acción interdependiente                      Derivar al cliente al departamento de nutriología                      Psicología por los problemas de su aspecto físico y sobrepeso</p>	<p>La información completa y veraz sobre los factores que favorecen la disminución de riesgo estimularon a la cliente para someterse a un programa de actividad (dieta y ejercicio) el cual le darán la oportunidad de obtener el aspecto físico que ha deseado</p> <p>El contar con el apoyo del personal profesional de otras áreas permite que la cliente tenga mayor información y mas control sobre sus sentimientos por las necesidades detectadas</p>	<p>La cliente retroalimenta los factores por disminuir de peso (ANEXO I y II)</p> <p>se tramitó consulta con profesionales de la salud</p> <p>nutriologo en 1 semana</p> <p>Psicóloga cita en 10 días hábiles</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Trastorno de la imagen corporal relacionado con sobrepeso manifestado por de  
inconformidad con el aspecto físico y temor al rechazo de su pareja

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
72 horas (estancia hospitalaria)	Perder peso. Identificar patrones de alimentación que contribuyan a disminuir su peso	A. independientes Orientar y enseñar a la cliente sobre consumo de elementos nutritivos esenciales Verificar ingesta de alimentos balanceados y nutritivos durante su hospitalización Fomentar el ejercicio y deambulacion precoz a las 12 hrs. Monitoreo nutricional durante su estancia hospitalaria Monitoreo del peso corporal cada 24 horas Ayudar a la cliente a cumplir con un régimen terapéutico y ayudar desarrollarse un estilo de vida saludable	El consumo de una dieta balanceada y nutritiva ayuda a la construcción, conservación y reparación de tejidos corporales, la síntesis de sustancias necesarias para el correcto funcionamiento del organismo y producción de energía. La obesidad es el resultado de un consumo excesivo y regular de calorías respecto del gasto de energía	Retroalimentación de la guía de enseñanza-aprendizaje para perder peso Continua con sobrepeso Enseñanza sobre aporte de nutrimentos requeridos a sus condiciones metabólicas Se canalizo cliente a profesional de la salud (Nutriologo)  Compromiso de la cliente que al egreso de su hospitalización iniciara programa de ejercicio

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Trastorno de la imagen corporal relacionado con sobrepeso manifestado por de  
inconformidad con el aspecto físico y temor al rechazo de su pareja

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
		A. independientes Orientar sobre guía de enseñanza aprendizaje para perder peso (anexo I y II) Aumentar sus conocimientos sobre causas de la obesidad y la importancia del ejercicio y reducción en la ingesta de calorías Cambiar patrones de alimentación de por vida Ayudar a la cliente a modificar su estilo de vida (nutrición, ejercicio)	Una nutrición balanceada es un conjunto de procesos en la ingesta de nutrientes en su utilización y asimilación para el funcionamiento del organismo y para el mantenimiento de la salud.	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Trastorno de la imagen corporal relacionado con sobrepeso manifestado por de  
inconformidad con el aspecto físico y temor al rechazo de su pareja

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
		A. Interdependientes Ayudarle a remitirse a grupos de apoyo de personas que tratan de perder peso Envío al departamento de nutriología para que inicie programa dietético (reducción de peso) Planificar un programa para ejercicio		



PLAN DE ATENCION

INICIALES DEL CLIENTE: M.A.R.

FECHA 20/09/2004

NECESIDAD AFECTADA Aprendizaje

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA \_\_\_\_\_

Lactancia materna ineficaz relacionado con falta de conocimientos, ansiedad manifestado por aporte de leche insuficiente (puerperio inmediato)

OBJETIVO favorecer la lactancia eficaz a través de un proceso educativo

	TOTALMENTE DEPENDIENTE
*	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

*	ROL DE AYUDA
	ROL DE SUPLENCIA
	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

INTERV. INDEPENDIENTE	(I ID)	*
INTERV. DEPENDIENTE	(I D)	
INTERV. INTERDEPENDIENTE	(I ITD)	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Lactancia materna ineficaz relacionado con falta de conocimientos manifestado por aporte de leche insuficiente (puerperio inmediato)

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
72 horas (horas de hospitalización)	<p>Orientar en el puerperio Técnicas de lactancia materna</p> <p>Vigilar el apego para el amamantamiento</p> <p>Verificar afectividad de ofrecer a su bebe leche materna cada tres horas</p> <p>Primeras horas de puerperio salida de calostro</p> <p>Identificar actividades que contraindican a favorecer la lactancia materna</p>	<p>A. Independiente</p> <p>Apoyar emocionalmente durante su estancia hospitalaria</p> <p>Asesoramiento en la lactancia materna</p> <p>Técnicas sobre el amamantamiento (anexo III)</p> <p>Valorar conocimiento sobre lactancia materna</p> <p>Ayudar durante la primera toma</p> <p>Posición cómoda y adecuada</p>	<p>Lactancia materna</p> <p>Es la mejor fuente de nutrición durante los primeros seis meses porque contiene carbohidratos, proteínas, grasas y suministra las enzimas digestivas, los minerales, las vitaminas y las hormonas que los niños requieren, además contiene anticuerpos de la madre que lo ayudan a contrarrestar las infecciones.</p>	<p>La cliente retroalimenta enseñanza y técnicas sobre la lactancia materna durante su estancia hospitalaria.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Lactancia materna ineficaz relacionado con falta de conocimientos manifestado por aporte de leche insuficiente (puerperio inmediato)

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
		<p>Aconsejar a la madre que aumente la duración de las tomas de forma gradual, empezando con 10 minutos cada mama e ir aumentando de tres a cinco días</p> <p>Enseñar a la madre que debe ofrecer ambas mamas en cada toma</p>		

PLAN DE ATENCIÓN

INICIALES DEL CLIENTE: M.A.R.

FECHA

20/09/2204

NECESIDAD AFECTADA Descanso y sueño

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA \_\_\_\_\_

Alteración del patrón de sueño relacionado con dolor, cambios ambientales, manifestado por dificultad para conciliar el sueño y despertarse en forma continua

OBJETIVO Proporcionar a la cliente hospitalizada una ambiente que favorezca el sueño evitando ruidos y tratamientos en horas inadecuadas

	TOTALMENTE DEPENDIENTE
*	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

*	ROL DE AYUDA
	ROL DE SUPLENCIA
	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

INTERV. INDEPENDIENTE	(I ID)	*
INTERV. DEPENDIENTE	(I D)	*
INTERV. INTERDEPENDIENTE	(I ITD)	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Alteración del patrón de sueño relacionado con dolor, cambios ambientales manifestado por dificultad para conciliar el sueño y despertarse en forma continua

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
72 horas (tiempo de hospitalización)	Que el cliente duerma 3 horas sin interrumpir Disminuir factores que inhiben el sueño Hospitalización Ruidos externos Horario nocturno de medicamentos Alimentación al bebe cada tres horas Toma de constantes vitales Dolor	Acciones independientes Reducir el ruido externo Disminuir el numero de molestias durante el periodo de sueño Al otorgar medicamentos Administrarle los tratamiento preescritos Monitoreo de constantes vitales en horarios adecuados  Acciones dependientes Ministración de dipirona 1g IV cada ocho horas 8- 16-24	La organización de procedimientos de acciones independientes ayudó a disminuir el número de molestias durante el periodo de sueño (otorga medicamento, tomar signos vitales en el tiempo que la cliente permanezca hospitalizada en horas accesibles	Se modifico rutina hospitalaria sobre la ministración de medicamento 6- 14- 22 Toma de constantes vitales por turno 8- 14:30-21:30 Se pidió al personal de turno nocturno específicamente sobre disminuir el tipo de voz y ruidos externos (mas perceptible) Con relación a la alimentación y cuidado del recién nacido cada tres horas duerme entre los intervalos y su madre la apoya en el cuidado del bebe Se observo que la cliente logro descansar un promedio de tres horas sin interrumpir

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Alteración del patrón de sueño relacionado con dolor, cambios ambientales manifestado por dificultad para conciliar el sueño y despertarse en forma continua

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
72 horas (Tiempo de hospitalización)		Vigilar presencia de manifestaciones adversas: somnolencia, cansancio, cefalea, nauseas, vómitos y anemia	Dipirona Analgésico. Antipirético la acción del medicamento es tanto como a nivel central y periférico, actúa sobre el centro hipotalámico regulador de la temperatura para reducir la fiebre	No refirió ninguna manifestación

# ANEXOS

## ANEXO I

### GUIAS DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE para perder peso

#### Panorama general

1. Se explica que la pérdida de peso se relaciona con una reducción en: glucosa sérica, colesterol, presión sistólica y ácido úrico. Otros trastornos físicos que supuestamente mejoran con la pérdida de peso son disnea, cansancio rápido, retención de líquidos, trastornos gástricos, cefaleas, disminución del nivel de energía, falta de interés por la actividad sexual, dolor articular, calambres musculares, baja frecuencia del pulso, sueño inquieto, infecciones urinarias y varices.
2. Se explica que cualquier tratamiento para bajar de peso debe ser siempre una empresa seria muy motivada y un compromiso de largo plazo. Con este enfoque se incrementan las posibilidades de que se cumpla con el plan hasta que se reduce el peso y que la reducción se mantenga.
3. El ritmo de pérdida de peso recomendado es de 0.5 a 1 kg por semana.
4. Para perder 0.5 kg debe haber un déficit de 3 500 kcal, lo cual se logra reduciendo la ingestión de energía en 500 kcal/día e incrementando el gasto energético en una cantidad similar.
5. Se explican las dificultades para no recuperar esa pérdida. Los tejidos adiposos tienden a volver a ocuparse, de modo que los individuos con sobrepeso deben cambiar sus patrones de alimentación y aprender habilidades para conservar el peso bajo.
6. Es necesario pesarse semanalmente, incluso después de alcanzar el peso deseado.
7. Se ayuda al interesado a localizar en su comunidad un programa de control de peso que incorpore modificación de la conducta, dieta y ejercicio.
8. Si se ha prescrito medicación, se explica la dosis, cuándo tomarla, los posibles efectos secundarios y la forma de minimizarlos.

#### Diets hipocalóricas

1. Se explica la importancia de una dieta balanceada con cantidades adecuadas de nutrientes pero baja en calorías.
2. Se señalan estos puntos acerca de las dietas para reducir:
  - a. Para satisfacer todas las necesidades de nutrientes, excepto energía, se necesitan alimentos de todos los grupos.
  - b. Es muy importante que la cantidad total de alimentos se divida en tres o más comidas para reducir el síndrome de privación y evitar el consumo excesivo de alimentos (El desayuno es básico.)
  - c. La dieta debe ser atractiva, flexible y económica porque la persona tendrá que vivir con esos cambios para siempre.
  - d. La grasa se reduce a menos de 30% del total de calorías porque las grasas constituyen la fuente más concentrada de energía.
  - e. Se requiere un mínimo de 20% de ingreso calórico en forma de grasa para incrementar la saciedad y aportar vitaminas liposolubles y ácidos grasos esenciales.
  - f. En el cuadro 10.5 se incluyen sugerencias para reducir el contenido de grasa de los alimentos.
  - g. Los alimentos deben aportar de 50 a 60 g de proteína.
  - h. Se permiten cantidades moderadas de carbohidratos complejos, pero se emplean cantidades mínimas de azúcar y otros endulzantes.
  - i. Se fomenta el consumo de alimentos ricos en fibra como hortalizas crudas y otros "relienos", por ejemplo, sopas aguadas o caldos.
  - j. Se insta al paciente a que pese o mida los alimentos.

3. Se ayuda a la persona a cambiar algunos patrones que contribuyen al exceso en el comer arrojándola a:
  - a. Llevar un diario en el que registre lo que comió, la cantidad, cuándo y por qué para revelar los antecedentes de ingestión de alimentos.
  - b. Comer regularmente en el mismo lugar.
  - c. Sentarse a comer.
  - d. Dejar sobre la mesa los cubiertos entre un bocado y otro.
  - e. No ver televisión ni leer mientras se come.
  - f. Tomarse cuando menos 20 min para cada comida.
  - g. Disponer un platillo atractivo en un plato pequeño.
  - h. Dejar una pequeña cantidad de comida en el plato (uno o dos bocados).
    - i. Almacénar (o congelar) la comida sobrante de inmediato, para evitar volver a servirse.
    - j. Comparar sólo el alimento necesario.
    - k. No probar mientras se cocina; una opción para ayudarse a resistir la tentación, es masticar chicle o cepillarse los dientes.
4. Si se aplica una dieta muy baja en calorías:
  - a. Se discute el régimen planeado.
  - b. Se explica que es esencial una supervisión médica estrecha mientras esté vigente la dieta.
  - c. Es vital un programa de mantenimiento de la dieta de cuando menos 12 meses. (El 36% de las mujeres y el 39% de los varones que bajan de peso se mantienen después de 42 meses.)
5. Incluso si la persona ha sido sometida a cirugía para ayudar a la pérdida de peso, son necesarios cambios alimentarios para lograr la reducción y prevenir otras complicaciones.
6. Si los procedimientos quirúrgicos son apropiados o se han realizado, se explican el plan y los problemas alimentarios que pueden presentarse. Estas precauciones son más importantes luego de gastroplastia vertical en banda:
  - a. Luego de la cirugía, al principio la alimentación se limita a líquidos, de 10 a 30 ml ingeridos en un periodo de 30 minutos.
  - b. Se evitan los líquidos y sólidos suaves densos altos en calorías (helado, queso, malteadas) y alimentos fáciles de disolver (pastel y galletas).
  - c. Carne roja, pan blando, pasta y cáscaras de cítricos pueden ocasionar obstrucción.
  - d. Es importante la masticación adecuada.
  - e. Los alimentos no deben ser "empujados" con líquidos.

#### Ejercicio

1. Se recomienda una consulta con el médico antes de iniciar cualquier programa de pérdida de peso, en especial respecto de los riesgos del ejercicio.
2. Se analiza la forma en que el paciente puede participar en un programa de ejercicios o incrementar el gasto de energía.
3. Se señalan los beneficios del ejercicio:
  - a. El ejercicio reduce la pérdida de masa muscular y quemar calorías.
  - b. El gasto energético declina cuando se reduce la ingestión de energía, posiblemente debido a la pérdida de masa corporal magra, la reducción del costo de la actividad física como resultado de un menor peso corporal y el efecto termógeno menor de los alimentos relacionado con el decremento de la ingestión.
  - c. El ejercicio es un comportamiento alternativo a la ingestión de alimentos y evita el aburrimiento.

### GUIAS DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE (Continuación)

4. Explicar que la meta ideal es un ejercicio de intensidad adecuada cuando menos durante 20 min tres veces a la semana, pero cualquier actividad física, incluso en un nivel más bajo que el ideal, produce beneficios fisiológicos y metabólicos. Ahorrar energía al estacionar el auto más cerca para caminar menos o ver televisión 30 min más en

lugar de emprender una tarea más activa fácilmente pueden provocar un aumento de peso de alrededor de 5 a 10 kg al año.

5. Se analiza el tipo de ejercicio que la persona prefiere, porque ningún programa durará sólo si la persona no lo disfruta.



## ANEXO II

### Factores que Favorecen Disminución de Peso

Una dieta balanceada comprende alimentos del grupo de la carne, de la leche, de las frutas y verduras, del pan y los cereales.

Ejercicio

Consumo de líquidos de 3 litros al día

Mejorar hábitos alimenticios

Establecer un horario específico de comidas

No suprimir alimentos

Evitar el consumo de tabaco y alcohol

## ANEXO III

### 1.3.1. Puerperio Inmediato

#### Manejo

Los funcionarios de las Salas de Maternidad, deben apoyar el **Contacto Temprano y el Inicio Precoz** de la Lactancia Materna, realizando las siguientes actividades:

Seque al recién nacido y colóquelo sobre el pecho de la madre inmediatamente después del nacimiento para facilitar el Contacto Temprano, permitiendo el contacto piel a piel, inicie la succión del seno durante la siguiente media hora después del parto a no ser que exista alguna contraindicación médica para hacerlo. Se debe cubrir al niño con una compresa o cobija previniendo así la hipotermia, en este momento se puede realizar la valoración del APGAR.

Explique que entre más temprano se inicie la estimulación del seno a través de la succión del bebé de la succión del bebé, más rápido comenzará la producción de leche materna, no siendo necesaria la utilización de bebidas prelácteas como dextrosa, agua o leches de fórmula.

La succión estimula la producción de oxitocina ayudando al alumbramiento rápido, favorece la involución uterina y evita hemorragias posparto

### 1.3.2. Puerperio Mediato

#### Manejo

La madre debe recibir orientación clara acerca de:

Mecanismos de producción y eyección de la leche.

Técnicas de la Lactancia Materna.

Extracción manual de la leche materna.

Asegure el alojamiento conjunto para que la madre pueda brindar al recién nacido alimentación a libre demanda día y noche.

No brinde al niño bebidas prelácteas (dextrosa, agua azucarada, agua aromática, leche de fórmula, entre otras), a no ser que exista alguna indicación médica.

Asegúrese que la madre esté tranquila, relajada, en posición cómoda y adecuada, ya sea sentada o acostada.

Observe la técnica de amamantamiento, corrigiendo los errores existentes.

Observe que el niño esté en buena posición y el agarre del pezón y la areola sea correcto.

Enseñe a la madre técnicas para retirar al lactante del pecho:

Introduzca el dedo meñique en la boca del lactante por un lado del pezón.

Hale suavemente el mentón hacia abajo.

Retírelo.

Apoye a la madre para que gane confianza y manifieste sus dudas para darles solución.

Permita a la madre que exprese sus sentimientos acerca de su nuevo rol.

Motive y refuerce en el grupo familiar, la importancia de la Lactancia Materna.

Recuerde a la madre lo siguiente.

El calostro es todo lo que el niño necesita durante los primeros días de vida para suplir sus necesidades.

La succión frecuente ayuda a una mayor producción de leche y es la mejor manera de aumentar gradualmente su cantidad. (Ley de oferta y demanda).

Al iniciar la producción de leche materna es posible que se presente congestión de los senos, se hinchen y endurezcan por unos días. Explique a la madre que esto es normal.

No debe imponerse horarios fijos para la alimentación del niño, ni límites de tiempo de mamada. Hay que dejar que el bebé succione hasta que el mismo suelte el pezón.

La succión nocturna es necesaria y ayuda a mantener elevada la producción de leche.

Cada vez que coloque el niño al seno, permita que lo desocupe completamente para que así obtenga la leche del final que es más rica en grasa, logre satisfacer la demanda y obtener una ganancia adecuada de peso. Si desea ofrézcale el otro seno.

Todos los lactantes tragan aire durante la succión, por lo que se debe sacar los gases después de ser alimentados. A veces se expulsan con el aire residuos de

leche no digerida, si la regurgitación se repite con frecuencia coloque al niño en decúbito lateral derecho o decúbito prono con la cabeza rotada y elevada.

Toda madre al salir de la institución, debe practicar adecuadamente la Lactancia Materna y conocer las técnicas de extracción manual.

Recomiende a la madre asistir el control post-parto donde se valorará el éxito o el fracaso durante el amamantamiento y se reforzarán las medidas según el caso.

Promueva la creación de los Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna a nivel comunitario. Oriente a remita a la madre a grupos existentes es su área de influencia.

## CONCLUSIONES

Al realizar el presente estudio de caso y llevar a cabo el proceso de enfermería basado en el modelo conceptual de Virginia Henderson que sustenta su teoría sobre las catorce necesidades del individuo, necesidades que son esenciales para el desempeño de la función profesional de la enfermera y que además el dominio del proceso centra su actuación en el campo de la respuesta humana.

Esto facilitó la elaboración del presente trabajo y se encontró una guía que posibilitó la interiorización de cada una de las etapas en donde se permitió: valorar, diagnosticar, ejecutar y evaluar las intervenciones en el cliente con el fin de conservar y recuperar su salud ya que esto orientó en forma planeada, sistematizada y organizada las acciones de enfermería en donde la práctica de Enfermería está dirigida al bienestar del cliente.

La realización de este trabajo fue una experiencia personal muy satisfactoria pues se observó que a pesar de ser la primera experiencia de manera planeada, en ocasiones fue muy desesperante pero a través del proceso se pudo ayudar y se otorgó una atención integral al cliente.

Además reconocer que el proceso de atención de enfermería no solamente se centra en la enfermedad.

Ya que nuestra misión es el cuidado del individuo en las dimensiones física, mental, social y espiritual en donde la filosofía de la enfermera es de responsabilidad y de comportamiento ético para el cuidado. En consecuencia la enfermera y el cliente comparten responsabilidades para el alcance de metas convenidas para el logro de los objetivos trazados.

## BIBLIOGRAFIA

ALFARO Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería. 2da. Edición Ed. Doyma. S.A. España 1992.

CARPENITO L.J. Manual de Diagnostico de Enfermería 5ta edición Mc. Graw Hill-Interamericana. España. 1997 pp 638

El Proceso de Enfermería por el Modelo de Virginia Henderson una Propuesta para Orientar la Enseñanza en la Practica de Enfermería 1era Edición. Ed. Progreso, S.A..México D.F.pp 330

LUCKMANN. Joan. Cuidados de Enfermería Vol. 1 1era Edición Ed. Mc. Graw Hill-Interamericana México D.F. 2000

MEDELLIN. C.G. Características Psicológicas y Necesidades del Adulto en Antología Crecimiento y Desarrollo. ENEO-UNAM. pp. 691-699

NORDMARK. Madelyn, Bases Científicas de la Enfermería 2da Edición Ed. La Prensa Medica Mexicana S.A. de C.V pp 712

PACHECO. A. Ana Laura. Fundamentacion Teórica para el Cuidado ENEO-UNAM 2004 pp 423

PACHECO. A. Ana Laura., Antología Sociedad, Salud y Enfermería. ENEO-UNAM México D. F. 2002 pp 272

RIOPELLE. Lise Cuidados de Enfermería un Proceso Centrado en las Necesidades de la Persona Mc. Graw Hill-Interamericana España pp 352

RODRIGUEZ S. Bertha A. Proceso Enfermero 2da Edición Ed. Cuellar pp 277

RODRÍGUEZ. C. R. Vademécum Académico de Medicamentos. 3era Edición Mc. Graw Hill-Interamericana. México D.F.

SPARKS R. Sheila. Et al. Diagnósticos Enfermeros de la NANDA 1era edición Ed. Elseiver. España 2003 pp 287

WESLEY Rubi L. Tecnicas y Modelos de Enfermería 2da Edición. Mc. Graw Hill-interamericana México D.F. 1997

ASPECTOS SOCIOCULTURALES DEL SERVICIO ENFERMERO. UN ANÁLISIS ANTROPOLÓGICO A TRAVÉS DE LA GESTIÓN DE LOS CUIDADOS  
<http://www.um.es/eglobal/2/02d03.html>

Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México.  
[www.codigodeeticaparaenfermerasyenfermerosenmexico.ssa.gob.mx.activa](http://www.codigodeeticaparaenfermerasyenfermerosenmexico.ssa.gob.mx.activa)

Lactancia materna. [http://www.encolombia.com/lactancia\\_nacimiento11.htm](http://www.encolombia.com/lactancia_nacimiento11.htm)

METAMIZOL SÓDICO (DIPIRONA) <http://www.hsmq.cl/farmacia/farm018.htm>

PACHECO, A. Ana Laura. Fundamentacion Teórica para el Cuidado Programa electrónico ENEO-UNAM 2004

MEDELLIN, C. G. Características Biopsicosociales y Necesidades del Adulto. En Antología Crecimiento y Desarrollo. ENEO-UNAM

FELIX, R., Alonso. Obstetricia para la Enfermera Profesional. Ed. El Manual Moderno. Mexico, D.F. pp 552

DICCIONARIO DE MEDICINA. Océano. Grupo Editorial, S.A. 4ta edicion Barcelona, España. pp 893

GARCIA, G. El Proceso de Enfermería por el Modelo de Virginia Henderson, una Propuesta para orientar la Enseñanza en la Practica de Enfermería. Ed. Progreso, S.A. Mexico, D.F. 1991 pp 330