



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO
'A un Adulto joven con la alteración de la Movilidad y Postura basado en la Valoración de las 14 Necesidades de Virginia Henderson'

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
GOMEZ GONZALEZ NORMA
NO. DE CUENTA 401104512

ASESORADO POR: MAESTRA SANDRA SOTOMAYOR SANCHEZ



MEXICO, D. F.

2005

0349841



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 PADRES

*Tomas Gómez Martínez
Aurora González Almazán*

A MIS HERMANOS

*Rafael Gómez González
David Gómez González*

*Les dedico este trabajo como muestra de todo mi cariño,
por haber creído en mí, por apoyarme en los momentos buenos y malos,
por hacer de mí la persona que ahora soy,
por su amor que siempre me han dado y sobre todo por ser mi mejor ejemplo;
los quiere mucho*

NORMA

INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	3
Objetivos Generales.....	3
Objetivos Específicos.....	3
METODOLOGÍA.....	4
CAPITULO 1 MARCO TEÓRICO	
1.1 Antecedentes de Enfermería.....	6
1.2 Enfermería Como profesión y como Disciplina.....	8
1.3 Proceso de atención de enfermería.....	12
1.3.1 Concepto.....	12
1.3.2 Antecedentes.....	13
1.3.3 Objetivos.....	14
1.3.4 Ventajas.....	14
1.3.5 Etapas del Proceso.....	15
1.4 Teoría de Virginia Henderson.....	23
1.4.1 Biografía.....	23
1.4.2 Aplicación del modelo de Virginia Henderson.....	27
1.5 Adulto Joven.....	32
1.6. Patología que afecta el sistema locomotor.....	36
CAPITULO 2 APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	
2.1 Presentación del caso.....	41
2.2 Plan de intervenciones de enfermería.....	47
CONCLUSIONES.....	55
SUGERENCIAS.....	56
BIBLIOGRAFÍA.....	57
ANEXOS.....	58

INTRODUCCION

El desarrollo profesional de enfermería, involucra actividades de carácter asistencial, docente y de investigación.

Actualmente se proponen esquemas diferentes de formación y desempeño laboral con el uso de teorías y modelos de enfermería, los cuales proporcionan guías generales para la práctica o desarrollo de las actividades, la teoría de Virginia Henderson es una de las más completas y aplicables.

Las experiencias sobre la aplicación de teorías de enfermería como sustento para el ejercicio laboral han sido satisfactorias, ya que amplían su práctica a partir del concepto del ser humano como un ser único y complejo en interacción constante con el medio ambiente en su lucha por alcanzar el equilibrio y bienestar que lo posibilite a aplicar su capacidad productiva y las potencialidades intelectuales y morales como ser social. La enfermería es un proceso que comprende juicios y actos dirigidos a la conservación o restablecimiento de la salud a través de una relación de colaboración entre enfermera y paciente, lo que incluye comunicación interpersonal entre ellos, con la familia y los miembros del equipo de salud.

Enfermería tiene un rol colaborativo y de ejercicio independiente que implica responsabilidades morales, legales y científicas para atender, confortar y guiar a través de la aplicación de sus conocimientos y experiencia en beneficio de la sociedad.

Para desarrollar un enfoque holístico de la salud, es necesario elaborar juicios sólidos acerca de los tratamientos, terapias y cuidados planeados y dirigidos a través de un proceso de enfermería, que es una guía metodológica y sistematizada de las intervenciones de enfermería sobre el cuidado de los individuos, las familias y las comunidades, basado en el Método Científico e incluye la planificación y la ejecución de los cuidados, así como la evaluación de los resultados.

Dadas las características del Proceso de Enfermería, es un método útil para la aplicación del modelo conceptual de Virginia Henderson como base teórica, permitiendo la conjugación

abstracta de la teoría con el desarrollo práctico y la ejecución del cuidado dirigido a un paciente con problemas de salud reales y potenciales.

Con base a lo anterior se ha elaborado este Proceso de Enfermería que se aplica a un paciente adulto joven de 23 años quién se encontraba hospitalizado en el Instituto Nacional de Rehabilitación y Ortopedia, en el servicio de Tumores Óseos, identificando sus necesidades y planeando los cuidados y evaluación en cada una de las etapas, analizando sus objetivos y señalando en cada uno de ellos las funciones propias de la enfermera para no asumir roles que le competen a otras profesiones, se elaboran los diagnósticos de Enfermería y se jerarquizan por orden de importancia.

Existen varios modelos de enfermería, no obstante se eligió el de Virginia Henderson como la base teórica, el cual define los postulados y valores que sustenten el rol de la enfermera a través de una conducta cuidadosa que permita identificar problemas y planear las intervenciones de enfermería en forma individualizada.

OBJETIVOS

General

- Aplicar el proceso de Enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson para identificar necesidades de dependencia en la persona, y a través de los cuidados de enfermería, con un enfoque holístico, maximizar la calidad de atención.

Específicos

- Identificar los problemas de salud de la persona para construir los diagnósticos de enfermería.
- Valorar el potencial del individuo para satisfacer sus necesidades relativas a su estado de salud.
- Definir las intervenciones de enfermería en un plan de atención dirigidas a proporcionar un cuidado holístico
- Identificar otras necesidades y replantear o modificar los cuidados durante el desarrollo del proceso.
- Valorar el grado de cumplimiento de los objetivos y la respuesta del individuo así como sus posibles variaciones.
- Contribuir al cuidado de calidad de enfermería para la salud del paciente.

METODOLOGÍA

Para la aplicación del Proceso de Enfermería se selecciono un paciente adulto joven fue atendido en el servicio de Tumores Óseos en el Instituto Nacional de Rehabilitación y Ortopedia.

- Recolección de datos.
- Elección de un paciente.
- Revisión de literatura acerca de proceso de enfermería.
- Elección del modelo a trabajar (Virginia Henderson).
- Búsqueda del instrumento de valoración.
- Construcción del instrumento de valoración basado en el modelo de Virginia Henderson.
- Aplicación del Instrumento de valoración.
- Análisis de los datos.
- Se procedió a la elaboración y priorización de los diagnósticos en un esquema de con apoyo de la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).
- Ejecución. La ejecución de los planes de enfermería se realizó en forma directa.
- El plan de intervenciones de enfermería se realizó basándose en los diagnósticos, considerando la necesidad de movilidad y postura. La evaluación se llevó a cabo en base al logro de los objetivos, la satisfacción del usuario.
- La evaluación se llevó a cabo en base al logro de los objetivos, la satisfacción del usuario.
- Valoración continúa.
- Consulta bibliográfica.
- Validación del proceso de atención de Enfermería para Titulación.
- Cumplimiento de requisitos para titulación.
- Titulación.



MARCO TEÓRICO

ENEE

CAPITULO 1

MARCO TÉORICO

1.1 Antecedentes de Enfermería

La transformación de la práctica enfermera tuvo lugar en el siglo XIX y parte del XX. No obstante, en las primeras décadas del siglo XIX se mezclaron diferentes tipos de cuidadores. De una parte, continuaron ejerciendo como enfermeras mujeres que hicieron que la enfermería se situara en el nivel más bajo que se conoce en la historia. Por otro, se mantenían las órdenes religiosas que atendían a los enfermos.

En el siglo XIX se inició una enfermería enseñada por principios. En este aspecto tiene gran significado histórico el libro *El arte de la enfermería*, escrito por los Hermanos de la orden de San Juan de Dios en el año 1883, y cuyo fin fue instruir a los enfermeros de esta orden sobre el cuidado a los enfermos. Los contenidos de esta obra, entre otros, describen las formas de administrar la alimentación a los enfermos, aplicación de los fármacos prescritos, realización del aseo y consuelo del espíritu.¹

En el siglo XIX se inició un movimiento de interés público por el progreso de la enfermería con distintas corrientes de opinión. Los médicos, el clero y los ciudadanos filántropos, abogaban por el establecimiento de sistemas de enfermería de diferente naturaleza. Mientras unos defendían el sistema avalado por los aspectos religiosos, otros lo hacían pensando en enfermeras remuneradas, preparadas y auspiciadas por el poder civil.

Esta preocupación social dio como resultado una serie de cambios que llevaron a la reforma estable de la enfermería. Fue el inicio de la enfermería moderna y con él, la profesionalización de la actividad de cuidar. Intentan y consiguen la reforma, entre otros, el matrimonio Flieder, Florence Nightingale y las órdenes surgidas en la Edad Moderna.

¹ Hernández Conesa Johana "HISTORIA DE LA ENFERMERIA", Análisis históricos de los cuidados de enfermería, Editorial Mc Graw Hill, año 1995, Pp. 133

Florence Nightingale

La persona de Florence Nightingale (12 de mayo de 1820 – 13 de agosto 1910) representa el fin de la actividad enfermera empírica y exclusivamente vocacional.

Es ella la verdadera pionera de la profesionalización, iniciando las artes literarias de la disciplina, la organización de la profesión y la educación formal de las enfermeras.

Florence Nightingale perteneció a una familia de la buena sociedad inglesa de la época. Nació en Florencia (Italia) al estar residiendo allí sus padres de forma accidental. Por voluntad de su padre recibió el nombre de la ciudad que la vio nacer. Realizó toda su actividad en Inglaterra, donde se trasladó desde Italia siendo muy pequeña.

Se interesó por la política, la sociedad, las humanidades, etc. Pero en realidad, su interés principal fue las obras sociales y, más específicamente, el cuidado del enfermo. Una vez que tomó la decisión de dedicarse a la enfermería y de iniciar la reforma para el mejor funcionamiento de los hospitales, tuvo que luchar para vencer las dificultades que se le presentaron, fundamentalmente la oposición de su madre, que consideraba deshonrosa la ocupación de enfermera para su hija.²

Florence Nightingale fue condecorada por la Reina Victoria, con la Cruz de San Jorge, por su obra en la Guerra de Crimea.

Florence Nightingale fue autodidacta, comenzó la adquisición de conocimientos visitando hospitales. La posición social en la que se encontraba le facilitó la relación con las personas influyentes que residían en el extranjero, desde dónde le enviaban informaciones sobre la enfermería. Por este medio conoció la obra de Fliedner, viajó a Kaiserwerth y permaneció un tiempo en el Instituto.

También viajó a otros lugares para conocer lo que se estaba haciendo en lo referido al cuidado de los enfermos. Con el fin de aprender, permaneció con grupos de enfermería en diferentes

² IBIDEM, Hernández Conesa Johann, Pp. 136

países; entre éstos, una comunidad de religiosas de Roma, unos misioneros americanos en Grecia y con las Hijas de la Caridad en Alejandría.

La historia de la enfermería es un relato de descubrimientos que reflejan los avances de generaciones desde la era de Florence Nightingale, hasta la creación de programas de formación y la investigación, dejando atrás el papel de sumisión y la discriminación de género para convertir a la enfermera en investigadora capacitada y excelente cuidadora, por lo que los conceptos de enfermería han sido también cambiantes ya que en la actualidad las enfermeras trabajan en formas y ambientes muy variados.

1.2 Enfermería como profesión y como disciplina

A comienzos del siglo XX en los Estados Unidos se pensaba que la institución de una matrícula estatal para las enfermeras las elevaría a un nivel profesional mediante la aplicación de pautas educativas mínimas en las escuelas de enfermería. Sin embargo, cuando aumentó la demanda de enfermeras, se crearon numerosas escuelas con diversas calidades-circunstancias poco favorables para mejorar el nivel profesional de la enfermería.

Al producirse la Segunda Guerra Mundial, la enfermería admiró mayor importancia. Hacia fines de la guerra apareció en el *American Journal of Nursing* un artículo de Bixler y Bixler, que valoraba la condición profesional de la enfermería. Los siete criterios identificados por Bixler y Bixler para una profesión fueron aplicados a la enfermería tal como se practicaba en esa época, proporcionando los fundamentos para considerarla como una profesión. Catorce años después, Bixler y Bixler, volvieron a examinar criterios y la condición profesional de la enfermería y confirmaron la validez de ambos.

Los criterios para una buena profesión eran los siguientes:

Criterio 1. En su ejército, una profesión emplea un cuerpo especializado, bien definido y bien organizado, de conocimientos en el nivel intelectual de la enseñanza superior.

Criterio 2. En una profesión, el cuerpo de conocimientos crece en forma constante y mejora su técnica y pedagogía mediante la aplicación del método científico.

Criterio 3. Una profesión encomienda la institución de sus practicantes a instituciones de enseñanza superior.

Criterio 4. Una profesión aplica su cuerpo de conocimientos a servicios prácticos vitales para el bienestar humano y social.

Criterio 5. Una profesión se desempeña en forma autónoma para la formulación de la política profesional y por consiguiente, para el control de las prácticas.

Criterio 6. Una profesión ejerce atracción sobre individuos con cualidades intelectuales y personales que ponen el servicio por encima del beneficio personal y que consideran su elección laboral como una vocación.

Criterio 7. Una profesión se esfuerza por compensar a sus practicantes proporcionándoles libertad de acción, oportunidad para el continuo crecimiento profesional y seguridad económica.³

En fecha más reciente, Hall identifico las cinco siguientes actitudes componentes del profesionalismo:

1. Empleo de organizaciones profesionales como referentes principales.
2. Creencia en la autorregulación, que envuelve la idea de que solamente los profesionales especializados en una disciplina pueden acometer los estándares de la práctica.
3. Creencia en el servicio público, que comprende la esencia de la profesión.
4. Sentimiento vocacional por la disciplina o responsabilidad con la profesión como importantes intereses y deseos que trascienden las recompensas monetarias.

³ Beare/ Myers, "ENFERMERÍA PRINCIPIOS Y PRÁCTICA FUNDAMENTOS Y CUIDADOS EN EL ADULTO", Tomo I, Edición 1, Editorial Panamericana, Madrid España, 1993, Pp. 67.

5. Autonomía, dentro de la que se toman decisiones concenientes a la práctica sobre la base de los procedimientos estándares y el código de ética.

La adhesión a estos criterios requiere autodisciplina, tanto en la profesión como por parte del profesional. En la enfermería, la profesión debe aplicar estándares de práctica y establecer procedimientos para asegurar su cumplimiento. La enfermera profesional debe tener conocimiento de los estándares aplicables en su labor y actuar de acuerdo a ellos.

Tal vez la mejor manera de considerar la condición de la enfermería como profesión sea reflexionar acerca de cada uno de los componentes del profesionalismo como un continuo. En el interior de algunos de estos componentes, la enfermería se puede considerar muy profesional, mientras que en otros, se ajusta mejor a las características de una ocupación. Por ejemplo, menos de 10% de todas las enfermeras practicantes permanecen en American Nurses Association, pero la enfermería tiene uno de los mayores grados de participación en la fuerza laboral de una profesión. El último componente, y el más importante, la autonomía, sigue notoriamente ausente en el tránsito de la enfermería hacia el profesionalismo.

La aceptación de la enfermería como una ciencia más llegó durante la fase de utilización de la etapa de las teorías, es decir, cuando la atención dejó de centrarse en el desarrollo y se desplazó al empleo y aplicación de lo que ya se conocía. En la disciplina de la enfermería, la fase de la utilización repuso la práctica profesional como eje central de la profesión, con el reconocimiento de la teoría y la investigación como herramientas prácticas más que como fines en si mismo.⁴

Razones para la teoría

La teoría ayuda a adquirir conocimientos que permiten perfeccionar las prácticas cotidianas mediante la descripción, explicación predicción y control de los fenómenos. Las enfermeras han mejorado su capacitación a través del conocimiento teórico, ya que los métodos aplicados de forma sistemática tienen mayores posibilidades de éxito. Además, las enfermeras sabrán en cada momento las razones de sus actos. La teoría facilita a los profesionales autonomía de

⁴ IBIDEM, Beare/ Myers, Pp. 68.

acción, ya que sirve como guía en los aspectos prácticos, educativos y de investigación asociados a sus funciones profesionales. Además, el estudio de la teoría ayuda a desarrollar las habilidades analíticas, estimula el razonamiento, aclara los valores y suposiciones que se aplican, y determina los objetivos de la práctica, la educación y la investigación en enfermería.

Principales conceptos y definiciones en el desarrollo teórico

Filosofía

La filosofía es la ciencia que comprende la lógica, la ética, la estética, la metafísica y la epistemología. Puede definirse como la “investigación de las causas y las leyes que sustentan la realidad” e indaga “la naturaleza de las cosas sobre la base del razonamiento lógico, y no de métodos empíricos”.

Ciencia

La ciencia es la “observación, identificación, descripción, investigación experimental y explicación teórica de los fenómenos naturales”. En este sentido, se puede definir como la “doctrina del conocimiento”.

El conocimiento es la consciencia o percepción de la realidad adquirida a través del aprendizaje o la investigación”.

Hecho

Un hecho es “algo que se conoce con certeza”.

Modelo

“Un modelo es una idea que se explica a través de la visualización simbólica y física”. Los modelos simbólicos, que pueden ser verbales, esquemáticos o cuantitativos, se caracterizan por haber perdido toda forma física reconocible para alcanzar un nivel de abstracción superior al de los modelos físicos. Los modelos verbales son los que se expresan mediante enunciados verbales; los esquemáticos pueden adoptar la forma de diagramas, dibujos, gráficos o imágenes, en tanto que los cuantitativos utilizan símbolos matemáticos. Los modelos físicos, por su parte, pueden asemejarse a la realidad que representan, por ejemplo órganos del cuerpo humano, o bien estar dotados de un formato más abstracto sin perder por ello algunas de sus

propiedades físicas, como sucede en los electrocardiogramas. En cualquier caso, los modelos pueden utilizarse para “facilitar el razonamiento basado en los conceptos y las relaciones entre ellos”, o bien para planificar el proceso de investigación”⁵

Modelo conceptual

Los modelos conceptuales están constituidos por ideas abstractas y generales (conceptos), y proposiciones que especifican sus interrelaciones.

Paradigma

Un paradigma es un “diagrama conceptual”. Puede ser una amplia estructura en torno a la cual se articula la teoría.

Metaparadigma

- Persona
- Entorno
- Salud
- Enfermería

Teoría

Una teoría es un “conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, mediante el diseño de las interrelaciones específicas entre los conceptos y con el ánimo de describir, explicar y predecir dicho fenómeno”.

1.3 Proceso de atención de Enfermería

1.3.1 Concepto

El Proceso de Atención de Enfermería es un método racional y sistemático de organizar y prestar los cuidados de enfermería. Consiste en pensar como enfermera. Es el cimiento, la

⁵ Tómev Ann Marriner, “INTRODUCCIÓN AL ANÁLISIS DE LA TEORÍAS DE ENFERMERÍA”, 4ta Edición, Editorial Mosby Doyma, Barcelona, 1999, Pp. 3

capacidad constante esencial que ha caracterizado a la enfermería desde el principio de la profesión. Con los años dicho proceso ha cambiado y evolucionado y, por ende, adquirido mayor claridad y comprensión. El Proceso de Enfermería es cíclico; es decir, que sus elementos integrantes siguen un orden lógico, pero a veces hay más de un factor que interviene en un determinado momento. Al finalizar el primer ciclo, puede darse por terminado el cuidado si se han logrado los objetivos que se pretendían, o bien puede reanudarse el ciclo repitiendo la valoración.

1.3.2 Antecedentes

Antes que se desarrollara el proceso de enfermería, las enfermeras tenían tendencia a prestar la asistencia basándose en las órdenes redactadas por los médicos y que se concentraban en los procesos patológicos específicos más que en la persona que estaba siendo asistida. El cuidado de enfermería que se prestaba con independencia del médico se guiaba frecuentemente por la intuición y la experiencia más que por un método científico.

El término proceso de enfermería y el método de trabajo que implica son relativamente nuevos. En 1955, Hall creó el término, y Jonson (1959), Orlando (1961), y Wiedenbach (1963) fueron de las primeras que lo utilizaron para referirse a una serie de fases que describen el proceso de enfermería.

Desde entonces, varias enfermeras han descrito el proceso de enfermería y han organizado las fases de distinta manera. El proceso antes descrito con sus cinco fases es aceptado en la actualidad por la mayoría de los expertos.

El uso del proceso de enfermería en la práctica clínica adquirió más legitimidad en 1973, cuando la American Nurses Association (ANA) publicó la Standards of Nursing Practice, que describen las cinco fases del proceso de enfermería: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (ANA 1973). La mayoría de los estados ha revisado desde entonces sus leyes sobre el ejercicio de la enfermería para reflejar estos aspectos de la misma.⁶

⁶ Kosier Barbara, "ENFERMERÍA FUNDAMENTAL", Interamericana, México, 1994, Pp. 93.

1.3.3 Objetivos

- Su objetivo es identificar el estado de salud del paciente, los problemas reales o posibles de su salud.
- Organizar y establecer planes para atender a las necesidades que puedan identificar, y determinar las intervenciones específicas de enfermería para cubrir esas necesidades.

1.3.4 Ventajas

El proceso de atención de enfermería beneficia a los pacientes mejorando la calidad de los cuidados que reciben. Un alto nivel de participación del cliente, junto a una evaluación continua, asegura el nivel adecuado de calidad de los cuidados dirigidos a satisfacer las necesidades del cliente. Debido a que el proceso de enfermería proporciona unos métodos organizados y sistemáticos, las enfermeras pueden emplear el tiempo y los recursos con eficiencia, en beneficio propio y de sus pacientes.

Las enfermeras tienen la ventaja de saber que están prestando cuidados que satisfacen las necesidades de los consumidores de cuidados de salud y cumpliendo las normas de su profesión.

El proceso de enfermería, por tanto, es un método inestimable para las enfermeras. Mantiene a las enfermeras responsables y pendientes de la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación de los cuidados del paciente.

Debido a que los miembros del equipo de salud deben trabajar juntos para poner en práctica el plan de cuidados, el proceso de enfermería refuerza la colaboración u esto, a su vez, fomenta una atmósfera de trabajo más positiva. Por último, el proceso de enfermería puede ayudar a las enfermeras a definir su función ante otras personas ajenas a la profesión, demostrando claramente las aportaciones que hace la enfermería a la salud de los pacientes.⁷

⁷ IBIDEM, Kosier Bárbara, Pp. 95

1.3.5 Etapas del proceso

Valoración

Es la primera fase del proceso de atención, implica recolección y validación de datos necesarios para llegar al diagnóstico de enfermedad.

La valoración como un proceso sistemático y dinámico por medio del cual la enfermera a través de la interacción con el paciente, su familia y otros profesionales de la salud, reúne y analiza datos acerca del entorno.

La meta de la valoración es establecer una base de datos sobre la respuesta de un individuo a las preocupaciones de salud y o enfermedad para determinar las necesidades de cuidados de enfermedad.

La búsqueda inicial de información objetiva y subjetiva para medir las necesidades de cuidados de salud de una persona proporciona datos que sirven de ayuda en la formulación de objetivos del sistema de cuidado individualizado a instaurar para el paciente.

La búsqueda y análisis de datos debe continuar todo el tiempo que el individuo está recibiendo cuidados de salud, para proporcionar las atenciones que necesitará dentro de algún tiempo, deben establecer los medios para hacer un examen inicial y continuo de las dimensiones de la situación de cuidados de salud de cada paciente en relación con la visión que tiene el paciente y las que tienen los trabajadores de la salud y de las razones por las que necesitan los cuidados.

Por lo tanto se deduce que es necesario establecer medidas para hacer una valoración inicial y continuada de las dimensiones del cuidado enfermero en relación con las desviaciones de salud.

Sin embargo aún cuando el enfoque de valoración varíe según los conceptos teóricos, las técnicas de recolección de datos son aplicables en toda la fase:

- Recolección de información del expediente clínico

- Entrevista
- observación
- Exploración física

Para realizar la fase de valoración que comprende la recolección de datos, es necesario un formato o instrumento para el vaciado de los datos, organizados de tal forma que queden registrados aquellos que se pueden interrelacionar para determinar el déficit o desviaciones de la salud, así como identificar los factores de acontecimiento internos y externos que afectan las capacidades del individuo para satisfacer sus necesidades básicas.

Alfaro define dos tipos de valoraciones la exhaustiva y la focalizada.

La valoración exhaustiva la refiere como la valoración que reúne los datos sobre los aspectos de la salud del usuario que generalmente se realiza en el contacto inicial. La valoración focalizada se orienta hacia un problema específico que ya ha sido identificado, generalmente forma parte de una valoración diaria.⁸

Diagnóstico de Enfermería

El diagnóstico de enfermería se considera como el segundo paso en el proceso de enfermería, en esta fase se analizan los datos reunidos durante la valoración y se identifican las áreas problemáticas o de riesgo para el individuo, familia o comunidad. Kim y colaboradores definen el diagnóstico de enfermería como “el resultado de un juicio clínico realizado por un profesional de la enfermería sobre las respuestas individuales, familiares o comunitarias a los problemas sanitarios reales o potenciales y a los proceso vitales.”

Orem describe que las enfermeras deben de ser capaces de atribuir significados a la información obtenida y a utilizarlos como base para hacer juicios y tomar decisiones de

⁸ Alfaro Rosalinda*“APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA”, Doyma, Barcelona, 1995, Pp. 20-22 P251

enfermería. Los juicios a los que hace referencia la autora son los diagnósticos de enfermería, los cuales dan significado a la información obtenida en las diferentes entidades específicas.⁹

Para emitir un juicio diagnóstico se refiere de 3 pasos específicos.

- Análisis de los datos
- Identificación de problemas
- Formulación de diagnósticos

Los diagnósticos de enfermería reales, se refiere a un problema existente en el presente.

Los diagnósticos de enfermería detectados en la valoración y que describen al individuo, familia o comunidad como susceptibles de presentar un problema a futuro inmediato o mediato.

Se pueden escribir diagnósticos de enfermería de 2 o 3 partes.

El planteamiento diagnóstico de enfermería consta de 2 partes:

- El problema.- Planteamiento de la respuesta del paciente.
- La etiología.- Factores contribuyentes o causas probables de las respuestas.
- El planteamiento diagnóstico de 3 partes:
 1. El problema
 2. La etiología
 3. Los signos y síntomas.
- La taxonomía de los diagnósticos de la NANDA.
- La taxonomía es un sistema de clasificación de los grupos, clases o conjuntos.

⁹ Potter, P.A., "GUÍA CLÍNICA DE ENFERMERÍA, VALORACIÓN DE LA SALUD", Mosby, Barcelona 1995, Pp. 5-7

Las ventajas de los diagnósticos de enfermería son:

- Los diagnósticos de enfermería promueven la responsabilidad profesional y la autonomía por medio de la práctica de enfermería.
- Proporcionan un vínculo de relación de la enfermera con otros profesionales del área de la salud.
- Aportan un principio de organización para la validez de las actuaciones de enfermería.

Planeación

Planificar y ordenar las partes de algo para lograr un fin u objetivo. En la planificación se designan las estrategias o actuaciones de enfermería requeridas para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas del individuo, familia o comunidad identificados durante la fase de diagnóstico.

Los objetivos generales para realizar la planeación son:

- Mantener el nivel actual de salud del paciente y su funcionamiento.
- Evitar lesiones o enfermedad.
- Recuperar un nivel previo de salud y funcionamiento.
- Mejorar el nivel de salud y funcionamiento.
- Adaptarse al nivel de salud y funcionamiento reducido, cuando no hay forma de mejorarlo.
- Adaptarse a un decremento del nivel de salud y funcionamiento en caso de enfermedad Terminal.

Fases de la planeación:

- Establecimiento de las prioridades
- Establecimiento de los objetivos tanto para la enfermera como para el paciente
- Planeación de las intervenciones de enfermería

Establecimiento de prioridades:

Se define como el proceso de establecer un orden preferencial para las estrategias, se requiere que la enfermera ordene el diagnóstico de enfermería priorizándolos, esto no quiere decir que aquellos de alta prioridad se tengan que resolver otros, ya que se pueden resolver en forma parcial y terminarse de manera simultánea con otros diagnósticos de menor prioridad.

Establecimiento de objetivos:

Los objetivos del cliente son los cambios deseados después de la intervención de enfermería.

Los propósitos de los objetivos del cliente son proporcionar una dirección para planificar las actividades de enfermería y que se cumplan los objetivos, así como establecer criterios de evaluación que midan la eficacia de la intervención.

Los objetivos del paciente derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería es decir de la identificación de la respuesta del paciente, siendo los de corto plazo los que mas se utilizan porque pueden evaluar el progreso del paciente, los objetivos de largo plazo son utilizados generalmente en pacientes con problemas crónicos.

Planificar las estrategias:

Las estrategias de enfermería se planean de acuerdo a los diagnósticos específicos para lograr los objetivos del paciente y eliminar o reducir las causas de dependencia.

La selección de estrategias de enfermería implica acciones alternativas que tengan probabilidad de solucionar el problema del cliente, siendo satisfactorio de 3 a 5 intervenciones para cada problema de salud ya que mas de ellas crean confusión.

Redactar las órdenes de enfermería son las acciones específicas que la enfermera debe realizar para ayudar al paciente a alcanzar los objetivos establecidos del cuidado de su salud.

Registrar el plan de cuidados:

Es una guía que organiza la información sobre el paciente y centra las actividades de enfermería necesarias para solucionar el problema diagnosticado y lograr los objetivos.

Ejecución

En esta etapa se implementan las acciones de enfermería planificadas y que determinan la relación directa entre la planeación de enfermería y la realización práctica de las intervenciones.

Para describir las actividades de enfermería y su tipo de intervención se utilizan las palabras:

Independiente, dependiente e interdependiente.

Una actividad independiente de enfermería es aquella que realiza la enfermera como resultado de su propio conocimiento y capacidad, la enfermera determina que el paciente requiere ciertas actividades de enfermería y las lleva a cabo o las delega a otras enfermeras, siendo responsable tanto de la decisión como de las actividades.

Las actividades dependientes de enfermería son aquellas que se realizan bajo la indicación o supervisión de un médico, las acciones que realiza están asociadas con la prescripción.

Las actividades interdependientes: son aquellas que se realizan conjuntamente con otros miembros del equipo de salud como resultado de decisión conjunta del equipo.

En la ejecución se distinguen los siguientes componentes:

- Desarrollo de las intervenciones y estrategias planeadas:
- Comunicación de las acciones desarrolladas en forma escrita para su evaluación.
- Validación del plan

Desarrollo de las intervenciones:

La práctica de enfermería puede enfocarse a cualquiera de los cuatro campos: promoción, mantenimiento, recuperación de la salud y cuidados durante la muerte.

Comunicación de las acciones:

La comunicación de las acciones debe de ser escrita una vez que se hayan realizado, ya que si se registran anticipadamente, puede que la enfermera decida no llevarlas a cabo después de valorar nuevamente al cliente o que exista objeción por parte del cliente.

Validación:

La validación del plan se lleva a cabo, confrontando su correcta elaboración con las necesidades del cliente y los resultados que se obtienen como respuesta inmediata.

Evaluación

Se considera la última etapa del proceso de atención de enfermería. Es actividad organizada e intencionada en la cual las enfermeras aceptan la responsabilidad de sus acciones por medio de la observación de los resultados de dichas intervenciones, esta etapa considera los siguientes aspectos:

- Documentación de las reacciones a las intervenciones en donde se registran, en instrumentos diseñados para ese fin, los indicadores objetivos y subjetivos observados en el paciente después de haber ejecutado las acciones de enfermería.
- Evaluación de la eficacia de las intervenciones, en donde se analizan los resultados obtenidos haciendo una relación directamente proporcional con el logro de los objetivos propuestos en el plan. Esta relación permite evaluar la eficacia de las intervenciones, permitiendo su adaptación o reemplazo por acciones que se consideren mas efectivas, también se deben revisar los factores que influyeron para la posible eficacia de las intervenciones.

- Evaluación del cumplimiento de los objetivos en donde se deben comparar los resultados obtenidos cuantitativamente y cualitativamente con los objetivos propuestos en la planeación.¹⁰

La evaluación permite recolectar nuevamente datos importantes para realizar una valoración focalizada y reiniciar el ciclo del proceso, con modificaciones del plan inicial, de tal forma que se implementa así un proceso dinámico y continuo en el ejercicio profesional de enfermería.

Para evaluar el logro de los resultados de los objetivos. Existen tres posibles resultados:

- Se ha alcanzado el objetivo, la respuesta del paciente es la esperada.
- El objetivo se ha alcanzado parcialmente.
- No se ha cubierto el objetivo.

Cuando los objetivos no se han cubierto o se logran parcialmente la enfermera debe revisar la base de datos, los propios diagnósticos y las estrategias.

- Base de datos para corroborar que es correcta y completa.
- Diagnósticos establecidos se deben revisar los diagnósticos para determinar si el problema fue identificado correctamente.
- Estrategias para saber si las estrategias elegidas fueron las adecuadas y si guardan relación con los objetivos, constatando también que se hayan cumplido las órdenes.

Cuando existe necesidad de cambiar de plan de cuidados, la enfermera debe llevar a cabo los siguientes pasos:

- Revisar los diagnósticos de enfermería.
- Revisar las prioridades, objetivos y criterios de resultados.
- Establecer estrategias de atención.¹¹

¹⁰ Kosier Bárbara, *op cit* Pp. 2-22

¹¹ *IBID* Pp. 244-246 p 84

1.4 Teoría de Virginia Henderson

1.4.1 Biografía

Virginia Henderson nació en 1897, originaria de Kansas City. Durante la primera guerra mundial, despertó en Henderson el interés por la enfermería. Así, en 1918 ingresó en la Escuela de Enfermería del Ejército en Washington. En 1921 se graduó y aceptó un puesto como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de New York. En 1922 inició su carrera de docente en enfermería. Cinco años más tarde ingresó en el Teachers Collage de la Universidad de Columbia, donde consiguió los títulos B.S. y M.A. en la rama de enfermería. En 1929, ocupó el cargo de supervisora pedagógica en la clínica de Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. Regresó al Teachers College en 1930 como miembro del profesorado e impartió cursos sobre técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas hasta 1948.

Henderson vivió una larga trayectoria profesional como autora e investigadora. Henderson falleció de muerte natural en marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su definición de enfermería es conocida internacionalmente y su trabajo sigue ejerciendo una gran influencia en la práctica, educación e investigación en el campo de la enfermería en todo el mundo. "La señorita Virginia Avenle Henderson significó para el siglo XX lo que Florence Nightingale para el XIX".

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de Enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación. Lo que a ella le llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. Ya desde la época de estudiante, sus experiencias teóricas y prácticas le llevaron a preguntarse qué es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de salud. El modelo es absolutamente medicalizado de las enseñanzas de enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia.¹²

¹² Tomey Ann Marriner, "INTRODUCCIÓN DEL ANÁLISIS DE LAS TEORIAS DE ENFERMERÍA", 4ta edición, Ed. Mosby Doyma, Barcelona, 1999 Pp 99-100

A partir de esta definición, se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson:

1.- PERSONA (paciente) Henderson. Pensaba en el paciente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables. Así contempla al paciente y a su familia.

Necesidades Básicas. En la obra de Henderson no aparece ninguna definición concreta de necesidad, si bien se señalan en ella 14 necesidades del paciente que abarcan todos los componentes de la asistencia en enfermería.

2.- SALUD. Henderson no dio una definición propia de salud, pero en sus escritos comparó la salud con la independencia. En la sexta edición de *The Principles and Practice of Nursing* citó diversas definiciones de salud de varias fuentes, entre ellas la del estatuto de la Organización Mundial de la salud. Interpretaba la salud como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería. Tal como declaró, “se trata más bien de la calidad de la salud que la propia vida, ese margen de vigor mental/físico, lo que permite a una persona trabajar con la mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción vital en sus más altas cuotas”.

- Independencia
- Dependencia

3.- ROL PROFESIONAL ENFERMERÍA. Henderson, definió enfermería en términos funcionales: “La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar 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 o conocimiento necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible”.

- Cuidados Básicos de enfermería
- Relación con el equipo de salud

4.- ENTORNO. Tampoco en este caso dio Henderson una definición propia de entorno. Acudió, en cambio, al Webster's New Collegiate Dictionary de 1961, en el que se define entorno como "el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y desarrollo de un organismo".

- Factores ambientales
- Factores socioculturales

La persona y las 14 necesidades básicas

Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así, cada persona se configura como un ser humano único y complejo con los componentes biológicos, Psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 Necesidades Básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento:

- Necesidad de Oxigenación
- Necesidad de Nutrición e Hidratación
- Necesidad de Eliminación
- Necesidad de Moverse y mantener una buena postura.
- Necesidad del Descanso y sueño
- Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas
- Necesidad de Termorregulación
- Necesidad de Higiene y protección de la piel
- Necesidad de Evitar peligros
- Necesidad de Comunicarse
- Necesidad de Vivir según sus creencias y valores
- Necesidad de Trabajar y realizarse
- Necesidad de Jugar/Participar en actividades recreativas
- Necesidad de Aprendizaje

Las diferencias personales en la satisfacción de las 14 necesidades Básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así como por la estrecha interrelación existente entre las diferentes necesidades, que implica que cualquier modificación en cada una de ellas pueda dar lugar a modificaciones en las restantes.

Virginia Henderson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales.

- El concepto de INDEPENDENCIA puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus Necesidades Básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación
- La DEPENDENCIA puede ser considerada en una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.
- LAS CAUSAS DE LA DIFICULTAD son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades:
 - 1.- Falta de fuerza
 - 2.- Falta de conocimientos
 - 3.- Falta de voluntad

El rol profesional. Cuidados Básicos de Enfermería y Equipo de salud.

Los cuidados Básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel

de dependencia identificando en la persona. Como dice Henderson *"...éste es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación..."*¹³

1.4.2 Aplicación del Modelo de Virginia Henderson.

Virginia Henderson ofrece una visión clara de los cuidados de enfermería, el individuo sano o enfermo es considerado como un todo completo que presenta 14 necesidades fundamentales que debe satisfacer, la finalidad de los cuidados tal como se deduce en esta concepción, consiste en conservar o restablecer la independencia del usuario en la satisfacción de sus necesidades; el rol de la enfermera consiste en ayudar al individuo o recuperar o mantener su independencia, supliéndolo en aquello que el no pueda realizar por sí mismo para responder a sus necesidades.

Los postulados y valores en que se apoya esta organización conceptual son:

Postulados

- Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea
- El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
- Cuando una necesidad permanece insatisfecha, el individuo no está completo, entero o independiente.

Valores

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

¹³ Carmen Fernández Fernán, Ed Masson Salvat, Barcelona/España, EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Estudio de casos Marco Conceptual V. Henderson Taxonomía Diagnóstica NANDA. Pp. 4-8

El marco conceptual de Virginia Henderson se fundamenta en la presencia de un ser humano con necesidades fundamentales; una necesidad fundamental es una necesidad vital, esencial que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente.

Necesidades Fundamentales:

1. Oxigenación
2. Hidratación y alimentación
3. Eliminación
4. Moverse y conservar buena postura
5. Descanso y sueño
6. Usar prendas de vestir adecuadas
7. Termorregulación
8. Higiene y protección de la piel
9. Evitar peligros
10. Comunicarse
11. Vivir según sus creencias
12. Trabajar y realizarse
13. Recrearse
14. Aprendizaje

Cada una de estas necesidades está relacionada con las dimensiones del ser humano, en cada una de ellas puede descubrirse las dimensiones biológica, psicológica, sociología cultural y espiritual. La enfermera que desee prestar cuidados personalizados ha de considerar estos cuidados en su conjunto y planificar intervenciones apropiadas considerando estas diferentes dimensiones que implica que cualquier modificación en cada una de ellas pueda dar lugar a modificaciones en las restantes.

Desde un punto de vista holístico, es decir el estudio por separado de cada una de estas necesidades en ningún momento nos da la visión del ser humano en su totalidad sino solamente de una parte de la realidad de la persona, siendo necesaria la interrelación de cada

una de estas necesidades con las restantes para poder valorar el estado del individuo como un todo.

La salud. Independencia, dependencia y causas de la dificultad

Virginia Henderson desde una filosofía humanística, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos tanto reales como potenciales, en este sentido buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto la satisfacción de las necesidades, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud, cuando es no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas que identifica como: falta de fuerza, falta de voluntad y falta de conocimiento.

El concepto de independencia se define como la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo y situación.

La dependencia puede ser considerada en una doble vertiente, por un lado la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer sus necesidades o bien que realice actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de sus necesidades.

Falta de fuerza:

No solo la falta de capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación determinada por su estado emocional, funciones psíquicas y capacidad intelectual.

Falta de voluntad:

Limitación o incapacidad cuando la persona no desea tomar decisiones adecuadas a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer sus necesidades.

Falta de conocimiento:

En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona y sobre los recursos disponibles.

La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas da lugar a una dependencia total o parcial a sí como la temporal o permanente, aspectos que deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes. El tipo de actuación de suplencia o ayuda será determinado por el grado de dependencia.¹⁴

Rol profesional, cuidados básicos de enfermería y equipo de salud

Los cuidados básicos de enfermería son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su definición propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda según el nivel de dependencia identificando en la persona. Henderson dice “este es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación”.

Los cuidados básicos son considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente las mismas porque todos tenemos necesidades comunes, sin embargo varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades; en otras palabras la enfermería se compone de los mismos elementos identificables pero estos se han de adaptar a las modalidades de cada persona; de ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad. Henderson analiza también la contribución de las enfermeras con el equipo multidisciplinar, considerando que colabora con los demás miembros del equipo así como estos colaboran con ella en la planificación y ejecución de un programa global ya sea para el mejoramiento de la salud, el establecimiento del paciente o para evitade sufrimientos.

¹⁴ Phaneuf Margot “LAS NECESIDADES FUNDAMENTALES” “Según el enfoque de Virginia Henderson en “Cuidados de enfermería”, Pp. 116- 118

El modelo de Virginia como un marco conceptual, es aplicable en todas y cada una de las etapas del proceso de enfermería.

Las etapas de valoración y diagnóstico sirven de guía para la recogida de datos y análisis y síntesis de los mismos en estas etapas se determina:

- Grado de dependencia e independencia en la satisfacción de las necesidades.
- Causas de dificultad en tal satisfacción.
- Interrelación de unas necesidades con otras.
- Definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad.

En las etapas de planificación y ejecución, se formulan los objetivos de independencia en base a las causas de dificultad detectadas y las intervenciones de enfermería más adecuadas.

La evaluación ayuda a determinar los criterios que nos indican los niveles de independencia alcanzados.¹⁵

El Modelo de Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso de Atención:

1. En las ETAPAS 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 la satisfacción.
 - La interrelación de unas necesidades con otras.
 - La definición de los problemas y su relación con las causas de la dificultad de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

¹⁵ Henderson Virginia "LA NATURALEZA DE LA ENFERMERÍA", Interamerica, Madrid, 1994, Pp 21-27

2. 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) más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo – siempre que sea posible – en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación. Todos estos criterios serán los que guiarán la etapa de ejecución.
3. Finalmente, en la etapa de EVALUACIÓN, el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que según esta autora nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápidamente posible. Evidentemente, esto no significa que nosotras le proporcionaremos la independencia, sino que nuestra actuación va encaminada a ayudarlo a alcanzar dicha independencia por si mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos.

1.5 Adulto Joven

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

Características físicas.

El desarrollo físico casi ha alcanzado su máximo nivel, el cuerpo toma la forma que le caracteriza el sexo, la talla ha llegado a la longitud que conservará hasta los 40 años, los signos vitales generalmente se mantienen dentro de los siguientes rangos:

- Tensión arterial: 100/90 a 110/80
- Frecuencia cardíaca: 70 a 80 por minuto
- Respiraciones: 16 a 24 por minuto
- Temperatura: 36.1 a 37.2 grados centígrados

Características psicosociales:

1. Logro de un sentido de identidad diferenciándolo de la fantasía.
2. Es más real en sus aspiraciones, comienza a elaborar planes futuros.
3. Aunque no se rompe con los lazos afectivos de los padres se independiza de ellos.
4. terminación de una profesión o establecimiento de un empleo.
5. formación de un hogar para tener su propia familia.
6. expresión de sus emociones.
7. hallar su lugar en la comunidad.
8. tomar decisiones y aceptar responsabilidades.
9. Necesidad de orientación para el cambio de decisiones.
10. tolerancia para la frustración, satisfacción de intereses.

Erikson ubica al adulto joven en un periodo de galanteo y la vida familiar temprana, que se extiende desde finales de la adolescencia hasta los 40 años. Cuando Erikson habla de la intimidad en esta etapa, se refiere más que a la vida amorosa, a la capacidad de compartir con otra persona y cuidar de ella. El éxito o el fracaso ya no dependen directamente de sus progenitores, solo indirectamente en la medida en que han contribuido en las etapas anteriores, también aquí las condiciones sociales facilitarán o dificultarán el establecimiento de un sentimiento de relación afectiva entre amigos, compañeros, familia y relaciones amorosas.

El adulto joven debe buscar una autodefinición y su autoestima y una de las formas es independizarse gradualmente de los padres y la toma de decisiones personales, enfrenta la realidad, descubra sus propias fuerzas y debilidades y se proponga objetivos realistas. En esta etapa pasan por varias situaciones: soltería, noviazgo, matrimonio, nacimiento de los hijos, divorcio o separación, independencia económica, preocupándose por el bienestar y felicidad propia y de los seres vinculados a ellos; los sentimientos, emociones e ideas son mas firmes. Después de los 25 años buscan un amor sincero y perdurablemente para compartir obligaciones y responsabilidades económicas, sociales y efectivas.¹⁶

¹⁶ Gladis Medellín y Esther Cilia Tascon, "CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL SER HUMANO", Tomo II, Interamericana, México 1992, Pp. 819-823. P 986

En esta primera fase de la vida adulta se producen los cambios más críticos y trascendentales en el status de edad del individuo, por ser el paso a la vida adulta y porque a partir de ésta se define realmente la madurez.

El joven adulto se siente alejado de la familia y siente la necesidad de independizarse, tiene sentido de su propia autonomía y observa cómo la vida adulta “se le viene encima”.

Se trata de una fase de importantes cambios sociales en los ámbitos de la vida profesional (elección y establecimiento de una carrera profesional) y familiar (separación de su familia y fundación de una propia). Se producen cambios en el estilo de vida e en los roles sociales necesarios para llevar a cabo una serie de tareas (la elección de una pareja, de un trabajo, de aprendizaje en la convivencia de pareja, paternidad, etc.), cambios en la percepción de la imagen corporal y en el sistema de valores y creencias.

Según Erikson (1980), el sentimiento de identidad personal y la dedicación a un trabajo productivo dan lugar a una nueva dimensión interpersonal con un sentimiento de intimidad en uno de los extremos y de aislamiento en el otro. El joven adulto está preparado para comprometerse en una relación más íntima. Cuando Erikson habla de intimidad se refiere a mucho más que al hecho de la vida amorosa, lo hace a la “capacidad de entregarse a afiliaciones y asociaciones concretas y de desarrollar la fuerza ética necesaria para cumplir con estos compromisos, aún cuando éstos pueden exigir sacrificios significativos”. Se refiere a la capacidad de compartir con otra persona y de cuidar de ella sin temor de perderse a sí mismo. Si no se establece un sentimiento de intimidad con amigos o con su cónyuge, el resultado es un sentimiento de aislamiento, de encontrarse solo.¹⁷

Aunque en cierta forma es necesario un grado de aislamiento para mantener la propia individualidad, la incapacidad de unirse a otra persona de forma íntima puede llevar a un estado de soledad y aislamiento, en la que no se comparte nada ni se cuida a nadie.

La edad adulta joven, por lo tanto, es un período activo de cambios rápidos, los cuales tienen consecuencias significativas a largo plazo (comportamientos de afrontamiento que se deberían

¹⁷ Novel Martí Gloria, “ENFERMERÍA CIENCIAS PSICOSOCIALES”, serie de manuales modernos de enfermería, Ed. Masson, Barcelona España 2000, Pp. 223.

desarrollar a lo largo de la vida, en el éxito personal como pareja, profesional etc.). Todos estos acontecimientos, que implican una nueva experiencia, un paso adelante en la vida adulta, conllevan necesariamente ansiedad, confusión e incertidumbre frente a las nuevas y desconocidas demandas psíquicas y sociales que recaen sobre el individuo. El paso de una etapa a otra (adolescencia – vida adulta) está siempre impregnado de cierta tensión psicológica, lo cual será síntoma de evolución, de peso, de crecimiento y en definitiva, de maduración.

Al llegar a esta etapa, el crecimiento físico se ha completado. Son, en general, años de buena salud y gran energía, especialmente de los 20 a los 40 años, con cambios muy ligeros y graduales que no se recibirían hasta la etapa media. Se pueden empezar a notar signos de pérdida de elasticidad en la piel, cambios en el peso habitual, menor elasticidad de los músculos y en los sistemas orgánicos no son ya tan eficaces y tienden a perder parte de su capacidad de reserva.

Una de las características que se consideran esenciales en el adulto, es desde un nivel cognitivo, el razonamiento y la lógica. La teoría de Piaget del desarrollo nos indica que la solución adecuada de la etapa de las operaciones formales (etapa final del desarrollo intelectual) culmina termina con el refinamiento del funcionamiento intelectual de orden superior en la edad adulta, como consecuencia de las demandas intelectuales que esta etapa requiere (estudios, desarrollo profesional, etc. Por lo tanto se puede afirmar que el funcionamiento cognitivo permanece alto en el adulto joven.

Desde el modelo involutivo se creía que dicha capacidad alcanzaba el punto más alto en la primera etapa (hacia los 20-25 años) para ir disminuyendo a medida que se avanzaba. Sin embargo, diversos estudios indican que existen ciertas formas de inteligencia que se desarrollan durante toda la vida.

Y es que la inteligencia no es apuntar alto en un test de inteligencia, no son sólo los conocimientos, la velocidad o la capacidad de reacción al ejecutar una respuesta. La inteligencia es algo más: la capacidad de resolver nuevos problemas, proponer ideas creativas, etc., y en este sentido la experiencia acumulada a lo largo de la vida puede compensar la

disminución de ciertas capacidades. Es lo que se denomina “sabiduría”, la habilidad para obtener el mayor rendimiento de las posibilidades existentes.¹⁸

1.6 Patología que afecta el sistema locomotor

Osteosarcoma

El Osteosarcoma es una enfermedad en la que se encuentran células cancerosas (malignas) en el hueso. Entre los niños ocurre más comúnmente en los huesos alrededor de la rodilla. El osteosarcoma ocurre más a menudo en adolescentes y adultos jóvenes.

El sarcoma de Ewing es otro tipo de cáncer de hueso; no obstante, a través del microscopio las células cancerosas son diferentes a las células cancerosas del osteosarcoma.

Si un paciente tiene síntomas (como dolor e hinchazón de un hueso o de una región ósea), el médico puede ordenar rayos X y exámenes de sangre. Si se sospecha que el problema es osteosarcoma, su médico podría recomendarle que vea a un especialista llamado oncólogo ortopédico. El oncólogo ortopédico puede cortar un pedazo de tejido del área afectada. Este procedimiento se conoce como biopsia. El tejido será observado a través del microscopio con el fin de determinar la presencia de células cancerosas. Este examen puede llevarse a cabo en el hospital.

La probabilidad de recuperación (pronóstico) y la elección de tratamiento dependerán del tamaño, localización, tipo y etapa del cáncer (qué tanto se ha diseminado el cáncer), por cuánto tiempo ha tenido síntomas el paciente, que tanto el cáncer se ha eliminado por quimioterapia y la edad del paciente, los resultados de los exámenes de sangre y otros, y su estado de salud en general.

¹⁸ Morris G. Charles “PSICOLOGÍA”, Editorial Prentice Hall Año 2001, Pp. 585.

Explicación de las etapas

Etapas de osteosarcoma

Una vez detectado el osteosarcoma, se deberán hacer más exámenes para determinar si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo. Este proceso se conoce como clasificación por etapas. En la actualidad no existe un sistema de clasificación para osteosarcoma; en su lugar, la mayoría de los pacientes se agrupa dependiendo de si el cáncer se halla en una sola parte del cuerpo (enfermedad localizada) o si se ha diseminado de una parte del cuerpo a otra (enfermedad metastásica). El médico necesita saber la localización del cáncer y qué tanto se ha diseminado para planear el tratamiento adecuado. Los siguientes grupos se usan para osteosarcoma:

Localizado:

Las células cancerosas no se han diseminado más allá del hueso o del área del tejido en que el cáncer comenzó. En pacientes jóvenes, la mayoría de los tumores ocurren alrededor de la rodilla.

Metastático:

Las células cancerosas se han diseminado desde el hueso donde comenzó el cáncer a otras partes del cuerpo. El cáncer se disemina a los pulmones con más frecuencia. También puede diseminarse a otros huesos.

Recurrente:

Enfermedad recurrente significa que el cáncer ha regresado (recurrido) después de haber sido tratado. Puede regresar a los tejidos donde comenzó inicialmente o puede regresar a otra parte del cuerpo.¹⁹

¹⁹ Zamudio V. Leonardo, Breviario de "ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA", 3era Edición, Ediciones Científicas la Prensa Mexicana S.A. de C.V. 1995, Pp. 135-136.

Aspectos generales de las opciones de tratamiento

Tratamiento del osteosarcoma

Si se sospecha que el problema es osteosarcoma, antes de la primera biopsia, el médico podría recomendarle ver a un especialista conocido como oncólogo ortopédico.

Existen tratamientos para todos los pacientes con osteosarcoma. Se usan tres clases de tratamientos:

- Cirugía (extracción del cáncer en una operación)
- Quimioterapia (administración de medicamentos para eliminar las células cancerosas)
- Radioterapia (el uso de los rayos X en dosis altas para eliminar células cancerosas).

La cirugía es un tratamiento común para osteosarcoma. El médico puede remover el cáncer y parte del tejido sano alrededor del cáncer. Algunas veces todo o parte del brazo o la pierna necesita ser removido (amputado) para asegurarse de que todo el cáncer sea extraído. Si el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos, los ganglios linfáticos serán removidos (disección de ganglios linfáticos).

En pacientes con osteosarcoma que no se ha diseminado más allá del hueso, los investigadores están estudiando se puede realizar cirugía sin amputación del brazo o la pierna (procedimiento para salvar la extremidad) sin que el cáncer regrese. Algunas veces el cáncer puede ser extraído sin amputación y se pueden usar dispositivos artificiales o huesos de otras partes del cuerpo para reemplazar el hueso que se removió.

La radioterapia consiste en el uso de rayos X u otros rayos de alta energía para eliminar células cancerosas y reducir tumores. La radiación para osteosarcoma generalmente proviene de una máquina externa al cuerpo (terapia de radiación externa).

La quimioterapia consiste en el uso de medicamentos para eliminar células cancerosas. La quimioterapia puede tomarse en forma oral, o puede administrarse en el cuerpo por medio de una aguja en una vena o músculo.



**APLICACIÓN DEL PROCESO DE
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

CONEP

CAPITULO 2 APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Basado en el modelo de Virginia Henderson, aplicado en un paciente adulto joven con la alteración de la movilidad y postura.

2.1 Presentación del caso.

Institución: Instituto Nacional de Rehabilitación, y Ortopedia

Servicio: Tumores Óseos

Grupo sanguíneo: O Rh positivo

Nombre: M. R. M

Edad: 23 años

Sexo: Masculino

Lugar de origen: Chiapas

Ocupación: Campesino

Fecha de admisión: 2 de mayo del 2005. Hora: 10am.

Estado civil: Soltero

Motivo de ingreso: Tumor en la tibia izquierda

Fuente de información: El paciente

Religión: Cristiano

Grado de escolaridad: Secundaria Certificada

Antecedentes personales y familiares

Actualmente vive en Quintana Roo, con su madre, dos hermanas y dos sobrinos, su padre falleció hace 5 años, Marcelino se dedicaba al campo por que eso le gusta.

La persona que se hace responsable de él es su hermano que tiene la edad de 35 años en el hospital, como esta lejos y no tienen muchos recursos económicos solo él se hace cargo, claro con apoyo de sus demás hermanos y hermanas económicamente.

Su vivienda esta ubicada cerca de la playa y le encanta su casa y desea estar allá muy pronto, tiene todos los servicios, agua, drenaje, iluminación, recolección de basura. Esta construida por tabique, techo de concreto, piso de cemento, cuenta con 3 habitaciones, una cocina, comedor, sala, y un pequeño patio, con excelente ventilación e iluminación, limpieza adecuada, misma que realiza el y su madre.

La accesibilidad de los servicios de salud es el DIF de Chetumal el cual acude toda la familia cuando es necesario.

Valoración Inicial del servicio de Tumores óseos.

Marcelino es un paciente de 23 años de edad, que ingresó al Instituto Nacional de Rehabilitación y Ortopedia al servicio de tumores de óseos el día 1 de mayo del presente año, con dolor, aumento de masa muscular y deficiencia en la movilidad del la pierna izquierda. Sin antecedentes de heredo familiares de cáncer. Es el décimo parto de once hermanos, obtenido de parto eutócico, atendido por partera, no hubo control prenatal, sin complicaciones del parto.

Inicia en diciembre del 2004 al notar aumento del volumen a nivel de Tibia proximal, superficie lateral, sin limitación funcional en el momento, sin embargo refiere aumento del volumen de la masa sobre tibia, así como dolor, fiebre por lo que acude al DIF de Chetumal donde lo valoran y refiere a este centro a valoración y manejo.

Se observa a Marcelino muy delgado con edad aparente a la cronológica, con facies normal, piel y tegumentos hidratados con buena pigmentación.

Se observa con aumento de volumen sobre superficie medial la cual a expensas de partes blandas de 4x5cm aproximadamente la cual no es móvil, pero si dolorosa a la palpación, arcos de movilidad con flexión a 120 grados, extensión de 10 grados, hipotrofia muscular para cuádriceps, sensibilidad sin alteraciones, Red Venosa colateral.

El la marcha se observa claudicante a expensas de MPI, la cual es dolorosa al apoyo y desplazamiento.

En las extremidades se observa con hipotrofia muscular marcada para cuádriceps extremidad izquierda.

Se le realizan varios estudios de laboratorio:

- Recolección de orina
- Examen general de orina
- Glucosa
- Biometría hemática

Estudios de Gabinete:

- Rayo X, (serie ósea), (teletoras).
- Gammagrafía
- Tomografía
- Resonancia Magnética
- Electrocardiograma
- Biopsia

Se realiza la biopsia el 10 de mayo del 2005, y se realiza protocolo de estudio, el día 16 de mayo del mismo año tienen los resultados de la biopsia y le informa al paciente que tiene un tumor maligno (osteosarcoma) en la pierna izquierda y que es necesario amputar la pierna, Marcelino acepto el tratamiento y de acuerdo con los médicos el día 17 de mayo baja a cirugía.

Marcelino recibió apoyo de la Psicóloga y por supuesto del personal de enfermería, y médicos. Se le brindaron cuidados preoperatorios en piso y baja a cirugía a las 8:00am, el se encontraba tranquilo pero en realidad el estaba muy triste, su cirugía termino a las 11:30 y estuvo en recuperación 30min, subió a piso con residuos de anestesia subaracnoidea e infusor, el refirió tener hambre y se le dio su dieta líquida, y se le aplicaron medicamentos. Estuvo estable las 24

horas después de la cirugía. Los días pasan y Marcelino se encuentra cada vez mejor física y emocionalmente gracias al apoyo y cuidados que se le brindó por el personal de enfermería, Psicología y rehabilitación.

Le hacen valoración de oncología y medicina interna para aplicarle la quimioterapia a Marcelino, después los médicos nos dan las indicaciones por escrito para comenzar el tratamiento.

Se le informa que tienen que aplicarle quimioterapia lo más pronto posible, y se hidrato por 3 días y comenzó la quimioterapia el día 30 de mayo del presente año por 3 días.

La valoración de Oncología, 13 días de amputación supracondilea femoral el cual refiere asintomático, ha tolerado vía oral, buenas condiciones generales, ya se ha incorporado de manera parcial a sus actividades físicas. Se encuentra Marcelino clínicamente sin ganglios inflamados presentes, tórax bien ventilado, muñón sin alteración, comienza el primer ciclo de quimioterapia el 30 de mayo.

Se va de alta el 3 de junio del presente año y se le da cita dentro de un mes en la consulta externa para darle fecha a su sendo ciclo de quimioterapia.

Datos de independencia y dependencia obtenidos en la valoración.

1. Necesidad de oxigenación

INDEPENDENCIA: automatismo respiratorio normal, vías respiratorias permeables, piel y mucosas de color rosado frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria normales.

DEPENDENCIA: no se observan.

2. Necesidad realimentación e hidratación

INDEPENDENCIA: capacidad física y de desarrollo suficientes para preparar sus alimentos o sugerir a su madre que le gusta y que debe de comer.

DEPENDENCIA: no se observa.

3. Necesidad de descanso y sueño

INDEPENDENCIA: Marcelino refiere que duerme bien por la noche aunque no acostumbra descansar demasiado en la tarde, si lo hace no altera su sueño normal.

DEPENDENCIA: cuando se encuentra hospitalizado en ocasiones las actividades nocturnas del equipo de salud interrumpen su sueño.

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura

INDEPENDENCIA: después de la amputación tardó en reincorporarse a la rutina de la vida diaria.

DEPENDENCIA: postura inadecuada por la falta del miembro pélvico izquierdo.

5. Necesidad de eliminación

INDEPENDENCIA: su patrón de eliminación es normal, refiere evacuar 1 vez al día de características normales.

DEPENDENCIA: no hay.

6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.

INDEPENDENCIA: puede vestirse y desvestirse así como preparar su ropa sin ayuda.

DEPENDENCIA: problema de autoestima no le importa lucir bien o mal con la ropa que se siente cómodo, generalmente usa a misma. Su ropa es limpia.

7. Necesidad de termorregulación.

INDEPENDENCIA: prefiere el calor que el frío, conoce los medios físicos y químicos para el control de la temperatura corporal.

DEPENDENCIA: no hay alteración de la temperatura.

8. Necesidad de higiene y protección de la piel

INDEPENDENCIA: es capaz de llevar a cabo su autocuidado en relación a esta necesidad, su aspecto es limpio, se ducha y lava el pelo diariamente, higiene dental dos veces al día.

DEPENDENCIA: no hay ninguna alteración en cuanto a su higiene ni su cuerpo.

9. Necesidad de evitar peligros

INDEPENDENCIA: Marcelino es una persona consciente y orientado.

DEPENDENCIA: permanece gran parte del día en casa.

10. Necesidad de comunicarse

INDEPENDENCIA: integridad de los órganos de los sentidos.

DEPENDENCIA: sus contactos sociales son irregulares, vive en su casa con su mamá y sus dos hermanas y se lleva excelente con ellas y adora a sus sobrinos.

11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores

INDEPENDENCIA: es cristiano, acude cada ocho días a la iglesia, no cree que su enfermedad y el tratamiento sea un castigo de Dios.

DEPENDENCIA: nadie interfiere en su religión puesto que él dejó de ser católico por ser cristiano, él dice que nadie se opone y él está mejor así. Su religión le ayudó mucho a superar su enfermedad.

12. Necesidad de recrearse

INDEPENDENCIA: le gusta el fútbol y aunque ya no lo realiza le gusta verlo por lo menos en televisión y le gusta mucho leer.

DEPENDENCIA: le gustaría ver más televisión más tiempo solo que la disciplina de su hogar donde vive no se lo permite.

13. Necesidad de aprendizaje

INDEPENDENCIA: integridad física y de los órganos de los sentidos

DEPENDENCIA: le gustaría meterse a la escuela para aprender más y terminar su bachillerato.

14. Necesidad de trabajar y realizarse.

INDEPENDENCIA: el problema de la falta del miembro izquierdo, impide que realice cualquier trabajo.

DEPENDENCIA: depende económicamente de su madre y hermanos.

2.2 PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

NECESIDAD DE: *Movilidad y Postura alterada, por falta de fuerza*

FUNDAMENTACIÓN: Se nombra así a una situación en que la persona tiene una limitación del movimiento independiente a pie en el entorno.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de la movilidad del miembro pélvico izquierdo relacionado a proceso de amputación manifestado por falta de equilibrio, dolor y ansiedad.

OBJETIVOS:

- Disminuir el dolor físico y hacer hincapié en el dolor emocional para ayudarlo.
- Lograr que el paciente tenga confianza en sí mismo para que logre caminar con ayuda de las muletas.
- Disminuir el grado de ansiedad del paciente.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se ministra analgésico para disminuir el dolor después; 30mg de ketorolaco vía intravenosa cada 6 horas. 2. Analizar lo que el paciente siente sobre el procedimiento quirúrgico. 3. Hablar con el fisioterapeuta para que visite al paciente en el postoperatorio. 4. Comentar expectativas para el postoperatorio: <ul style="list-style-type: none"> • Aspecto del muñón • Sensación fantasma • Fisioterapia inmediata • Sentimientos de pérdida 5. Enseñar al paciente después del postoperatorio, a caminar con muletas. 6. Valorar el nivel de ansiedad si es leve, moderado, grave o pánico. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El analgésico es un medicamento que ayuda a disminuir el dolor. 2. Compartir opiniones y sentimientos proporciona oportunidades para aclarar los temores y permite a la enfermera decirle que sus preocupaciones que siente son normales. 3. La información preoperatorio sobre la actividad postoperatoria ayuda al paciente a centrarse en la rehabilitación en vez de en la cirugía; esto puede ayudar a disminuir la ansiedad. 4. Las explicaciones pueden ayudar a reducir los temores asociados a situaciones desconocidas y disminuir la ansiedad. 5. La práctica puede aumentar la confianza del paciente a reducir el temor, (riesgo a la lesión). 6. La ansiedad es diferente del temor en el que hay un estímulo identificado. 7. La ansiedad es un 	<p>La evaluación fue muy buena y positiva, gracias a su desempeño en salir adelante, aprendió rápido con las muletas se desvaneció el dolor y la ansiedad disminuyó notoriamente.</p>

	sentimiento motivado por una amenaza vaga e inespecífica.	
--	---	--

NECESIDAD DE: Creencias y valores alterada por falta de fuerza

FUNDAMENTACIÓN: Se nombra así una situación en que la persona experimenta una sensación vaga de malestar o amenaza acompañada de una respuesta automática cuyo origen es con frecuencia inespecífico o desconocido para el individuo; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro que permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración emocional relacionado con amputación de miembro izquierdo manifestado por depresión y ansiedad.

OBJETIVOS:

- Verbalizará una percepción realista de su imagen.
- Explicará los cambios reales o percibidos en su imagen corporal.
- Identificará cómo utilizar los recursos internos y externos de que dispone para eliminar o minimizar los efectos del cambio o pérdida.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar conjuntamente los estereotipos culturales con los que compara su propia imagen y discutir su idealización. 2. Fomentar la participación en la toma de decisiones, en la planificación y en el desempeño de las actividades cotidianas. 3. Estimular que la persona mire y toque la parte corporal afectada. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre que la persona, tras una enfermedad, o lesión que ha modificado su aspecto o función corporal necesite reajustar la imagen mental que tiene de sí misma. 2. La importancia que la sociedad actual confiere al cuerpo hace que la autoimagen sea un aspecto muy importante de la autopercepción. 3. El tocar su cuerpo y darle confianza ayuda al paciente a aceptarse tal y como es ahora. 	<p>Al principio fue difícil que expresara sus sentimientos acerca de su pierna, pero poco a poco el fue demostrando sus emociones.</p> <p>No fue difícil que el tocara su muñón, por que su familiar y su enfermera lo hacían como si estuviera completa, además sin temor, rechazo ni algún otro sentimiento de extrañeza.</p> <p>Marcelino logró aceptarse y además más adelante esta decidido a ponerse una prótesis y por eso le echa muchas ganas.</p>

NECESIDAD DE: Creencias y valores alterada por falta de fuerza.

FUNDAMENTACIÓN: Se nombra así a una situación en la que la persona experimenta un fracaso o prolongación en el uso de respuestas intelectuales y emocionales mediante las que los individuos (familias, comunidades) tratan de superar el proceso de modificación del autoconcepto provocado por la percepción de una pérdida.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Duelo disfuncional relacionado con la pérdida del miembro izquierdo manifestado por expresión de sentimientos de tristeza por la pérdida.

OBJETIVOS:

- Lograr que supere el duelo.
- Lograr independencia en el paciente.
- lograr que el paciente exprese su dolor emocional y físico.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>1. Explicarle al paciente, las etapas de duelo para que sepa diferenciar en que etapa se encuentra.</p> <p>2. Dar oportunidad al paciente de expresar sus sentimientos, comentar abiertamente la pérdida y analizar el significado personal de dicha pérdida y analizar el significado personal de dicha pérdida.</p> <p>2. Animar al paciente a expresar características positivas de su persona.</p> <p>3. ayudar al familiar a afrontar la situación como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar conductas que faciliten la adaptación. • Animarlos a mantener su rol y sus comportamientos habituales comer, dormir, platicar etc. 	<p>1. Las etapas de duelo son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Negación • Cólera • Negociación • Depresión • Aceptación <p>El conocer las etapas de duelo ayuda al paciente para que este preparado y tenga conocimiento de que es lo que le sucede.</p> <p>2. La amputación puede originar sentimientos de impotencia, cólera, profunda tristeza y demás respuestas de dolor. Las conversaciones abiertas y francas pueden ayudar al paciente y a los familiares a aceptar y afrontar la situación y su respuesta a la misma.</p> <p>3. Centrarse en las características positivas aumenta la aceptación de uno mismo y la aceptación de la pérdida.</p>	<p>El paciente demostró positivamente sus sentimientos, además que su religión le ayudó mucho para aceptarse así mismo, no lo ve como castigo aunque es obvio que le dolió mucho.</p> <p>En las etapas de duelo, le ayudo mucho el tener conocimiento, a pesar de que no demostraba sus sentimientos en cuanto a su tristeza, el me confesó es exactamente lo que el paso.</p> <p>Su hermano que es el familiar que se hizo responsable de él mientras su estancia en el hospital, apoyo mucho y el tratarlo como siempre Marcelino logró ser independiente y aceptar el duelo.</p>

	<p>4. Una respuesta positiva por parte de la familia o los allegados del paciente es uno de los factores más importantes de la aceptación de la pérdida por parte del paciente.</p>	
--	---	--

NECESIDAD DE: *participar en actividades recreativas por falta de fuerza.*

FUNDAMENTACIÓN: Se nombra así a una situación en la que la persona experimenta una disminución de la estimulación, del interés o de la participación en actividades recreativa o de ocio.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit de actividades recreativas relacionado con el entorno del hospital manifestado por afirmaciones del paciente que se aburre.

OBJETIVOS:

- Lograr que el paciente se sienta ocupado y participe en las actividades recreativas que pueda realizar.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<ol style="list-style-type: none"> 1. Preguntarle al paciente que le gustaría hacer que este al alcance del paciente y de la enfermera. 2. Estar alerta ante los indicadores de aburrimiento del paciente, como el deseo de leer o de hacer alguna cosa, la somnolencia diurna y la incapacidad manifiesta para realizar los entretenimientos usuales a causa de la hospitalización. 3. Proporcionar actividades sencillas proporcionales a la tolerancia del paciente, (p.ej., juegos de mesa, revistas o libros 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El preguntarle al paciente que prefiere o le gusta, es respetarlo y no imponerlo a las actividades, para que el se sienta a gusto. 2. El aburrimiento es un estado de cansancio y fastidio del individuo y que si no se realiza alguna actividad suele deprimirse o estar ansioso. 3. Las actividades suelen ser eficaces para que el paciente mantenga su mente ocupada y los miembros superiores "brazos" estén ocupados y en movimiento. 4. La presencia de la enfermera puede 	<p>Las actividades realizadas fueron de gran ayuda para el paciente, y le gustaron más los juegos de mesa como la lotería el memorama, entre otros juegos. Sus familiares participaron y agradecieron las atenciones que se brindaron al paciente.</p> <p>El haberle preguntado que le gustaba me ayudo mucho, lo que, no le gustaba era hacer manualidades como pulseras de hilo ó de chaquiras.</p>

relacionados con el interés recreativo del paciente. 4. Centrar la atención al paciente con la actividad realizada junto con su familiar.	ayudar a rarificar la importancia del paciente y proporciona a los demás un modelo de actuación con el paciente.	
--	--	--

NECESIDAD DE: Evitar peligros por falta de fuerza.

FUNDAMENTACIÓN: Se nombra así a una situación en que la persona puede sufrir una lesión inespecífica como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con recursos adaptativos por defensivos.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de lesión relacionado por falta de equilibrio por proceso de amputación.

OBJETIVOS:

- Lograr que el paciente tenga independencia y evitar peligros, a través de la información que se le proporciona al paciente.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<ol style="list-style-type: none"> 1. Informar al paciente sobre las sensibilidades del miembro amputado y la sensación fantasma. 2. Enseñarle a subir y bajar las escaleras con muletas. 3. Enseñarle a sentarse adecuadamente en la cama y en la silla. 4. Proporcionarle información acerca de búsqueda de cómo utilizar los transportes para discapacitados, como folletos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las sensaciones fantasmas se deben a la estimulación del nervio próximo a la amputación, que anteriormente llegaba al miembro. El paciente percibe la estimulación como si procediera del miembro ausente. 2. El enseñarle al paciente a utilizar las muletas, practicando en la escalera, ayuda a tener confianza e independencia en si mismo, además que práctica y cualquier duda que tenga, se encuentra la enfermera y el terapeuta para supervisar que lo haga correctamente. 3. El enseñarle al paciente a sentarse correctamente, ayuda que el muñón se forme adecuadamente. 4. El uso de transportes 	<p>La información que se le dio al paciente fue favorable para ayudarlo a tener independencia en si mismo y se logro el objetivo.</p> <p>También es importante mencionar que él esta dispuesto a seguir practicando y a echarle ganas para salir adelante.</p>

	adecuados para discapacitados es apto para evitar peligros y sea cómodo para ellos.	
--	---	--

NECESIDAD DE: *Aprendizaje por falta de conocimientos*

FUNDAMENTACIÓN: Estado en que la persona/familia no comprende, no aprende, ni demuestra conocimientos sobre las medidas de cuidados necesarios para mantener o mejorar su salud.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit de conocimientos relacionado con el cuidado del muñón izquierdo manifestado por movimientos incorrectos del miembro.

OBJETIVOS:

- Lograr que el paciente identifique signos y síntomas de alarma.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<ol style="list-style-type: none"> 1. Enseñarle al paciente a que observe la incisión del muñón en busca de: edema en línea de sutura, hemorragia, hematoma, cambios de color de la piel, sangre oscura en la línea de sutura, sensibilidad en un punto a la palpación. 2. Abstenerse de poner una almohada debajo del muñón. 3. Mantener la pierna afectada en posición horizontal y evitar que cuelgue. Usar una silla de ruedas con sujeción para la pierna y tener el muñón con vendaje compresivo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El tejido lesionado responde con linfoma edema. Hay que detectar el edema excesivo para evitar lesión sobre la línea de sutura, ya que puede producir sangrado. 2. Colgar almohadas debajo del muñón produce flexión en la articulación proximal, fomentarlo a las contracturas en flexión de cadera. 3. Después de que la amputación de la pierna elimina la acción de bombeo muscular sobre el retorno venoso, la influencia de gravedad sobre el drenaje venoso llega a ser crítica. La posición pendiente produce éxtasis venosa, 	<p>Marcelino logró tener cuidado en el muñón, y no tubo síntomas de alarma excepto un poco de edema y sangrado moderado durante las primeras 24 horas después de la cirugía solamente.</p>

	favoreciendo el edema.	
--	------------------------	--

NECESIDAD DE: Comunicarse por falta de voluntad

FUNDAMENTACIÓN: Se nombra así a una situación en que la persona participa en un intercambio social inefectivo o cuantitativamente insuficiente o excesivo.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la interacción social relacionada con aislamiento manifestado por proceso depresivo.

OBJETIVOS:

- Adquirirá o aumentará las habilidades físicas necesarias para mejorar su interacción social.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<ol style="list-style-type: none"> 1. Fomentar la participación de la familia para evitar el aislamiento de la persona. 2. Animar a la persona a cambiar de entorno como y al cine o al teatro cuando salga del hospital. 3. Discutir los beneficios de asistencia a terapias de grupo o de grupos de ayuda mutua. 4. Ayudar a la persona a identificar elementos positivos que faciliten la aceptación de si mismo como sus cualidades. 5. Pactar las actividades de tiempo libre que puede y le gustaría hacer: como leer, dibujar, seguir estudiando etc., así como la forma de incluirlas en su vida 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La participación familiar, apoya al paciente a sentirse más en confianza y disminuye el aislamiento. 2. El cine y el teatro son buenas opciones de distracción para la persona. 3. Las terapias, y los grupos de apoyo son un medio en el cual la persona puede expresar con otras personas similares a su problema y poder superar su problema o enfermedad. 4. La aceptación de uno mismo es lo esencial para poder identificar cosas positivas para seguir adelante. 5. El fomentar actividades, da opción a la persona de que hay alternativas para realizar alguna otra 	<p>Lo que más le gusto a Marcelino es la opción de compartir su problema con otras personas, para poder seguir adelante y no caer en una depresión muy fuerte.</p> <p>Se logró el objetivo de integrarlo al medio social, además dio otras opciones que le gustarían realizar como ayudarla a vender alguna mercancía a su mamá para así ayudarla y sentirse más útil, y como también le gusta dibujar eso lo hará en sus ratos libres y así mismo expresara sus sentimientos.</p>

diaria.	actividad que esté a su alcance realizar y pueda desenvolverse en la vida cotidiana.	
---------	--	--

NECESIDAD DE: Trabajo y realización por falta de fuerza

FUNDAMENTACIÓN: Estado en que la persona/familia no comprende, no aprende, ni demuestra conocimientos sobre las medidas de cuidados necesarios para mantener o mejorar su salud.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit de conocimientos relacionado con falta de interés por aprender manifestado por conducta negativa.

OBJETIVOS:

- Lograr que se entusiasme para realizar alguna actividad que le agrade a futuro.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<ol style="list-style-type: none"> 1. Fomentar el entusiasmo para realizar un proyecto de vida como: estudiar el bachillerato y una licenciatura posteriormente, que le gustaría ser a futuro. 2. Sugerirle actividades como, ayudar a los demás en un centro de apoyo. 3. Sugerir que ocupe su tiempo libre en desarrollar actividades como leer, o aprender inglés, computación etc... 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El proyecto de vida es importante para decidir que puede hacer la persona a futuro y tener organización en sus proyectos. 2. Las terapias, y los grupos de apoyo son un medio en el cual la persona puede expresar con otras personas similares a su problema y poder superar su problema o enfermedad. 3. El fomentar actividades, da opción a la persona de que hay alternativas para realizar alguna otra actividad que esté a su alcance realizar y pueda desenvolverse en la vida cotidiana. 	<p>Marcelino se entusiasmó mucho al compartir sus experiencias y así mismo ayudar a los demás, puesto que también su religión lo ayuda.</p> <p>Se logró que Marcelino tuviera conocimientos para poder aprender cada día más.</p>

CONCLUSIONES

Uno de los retos que existen para la enfermería en estos momentos es consolidar la identidad profesional que nos permitirá sobrevivir como profesión independiente, es el de identificar que es lo que hacemos, como, para qué y para quien lo hacemos, y porque son necesarios nuestros servicios, identificando también las situaciones que son de nuestra exclusiva competencia.

El trabajo que actualmente desarrolla enfermería desde el punto de vista humanístico, intelectual y holístico tiene ciertas creencias que le impiden mantener la excelencia en los estándares de calidad.

Las intervenciones de enfermería como promoción, protección y recuperación de la salud y la prevención de la enfermedad, forman parte de nuestro quehacer cotidiano, planificar y desarrollar nuevos métodos para brindar cuidados de calidad a los usuarios, es un reto constante en este mundo rápidamente cambiante.

Después de incursionar en el modelo de Virginia Henderson y utilizando en forma práctica en la atención de un paciente con alteración en la movilidad y postura, considero haberle proporcionado atención de enfermería que cumplió con los objetivos establecidos para el paciente y para mí como pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

Percibí un cambio importante en mi persona en cuanto a la concepción que tenía sobre el proceso de enfermería y sus objetivos, pero también fue determinante el cambio que percibí en Marcelino que sintió un grado importante de responsabilidad en el manejo de su situación de salud, al sentir que alguien se interesaba en su persona y cuidado, aún con las limitaciones y problemáticas sociales en su entorno.

El hecho de haber estado hospitalizado Marcelino durante un mes y medio, valida el trabajo realizado y puede favorecer la disminución de complicaciones en el paciente.

El apoyo de la taxonomía de la NANDA y el enfoque del modelo de Virginia Henderson me permitieron detectar las alteraciones de la salud y las demandas de atención y favorecer la

elaboración de diagnósticos de enfermería que considero la etapa de mayor dificultad seguida de la elaboración de objetivos, que sin embargo me dieron el punto de partida para la planeación de las intervenciones de enfermería.

De igual forma puede constatar que hay una gran diferencia en la forma en que se concibe y desarrolla el proceso de enfermería, anteriormente lo percibía con un enfoque médico-curativo dirigido a signos y síntomas de la enfermedad había una mala percepción de los diagnósticos de enfermería, el plan de cuidados también se inclinaba hacia el diagnóstico médico, puede identificar la función propia e independiente de la enfermera.

El desarrollo del proceso de enfermería fue apegado a la metodología indicada, me favoreció en la comprensión de los datos obtenidos y su clasificación, valoración y el diagnóstico haciendo posible la planeación, ejecución y evaluación de las intervenciones de enfermería.

SUGERENCIAS

En la formación profesional y el desarrollo del trabajo cotidiano se debe dedicar más tiempo a los aspectos teórico- práctico del proceso de enfermería.

Una mayor difusión del proceso para que el personal de enfermería tome conciencia de su profesión, sin intervenir en funciones que corresponden a otros profesionales.

Que el personal directivo de Enfermería de las Instituciones de Salud, tengan un conocimiento mas profundo sobre el proceso de Enfermería y que se realice la búsqueda de metodologías que permitan que el personal operativo lleve a cabo su aplicación en el desempeño de su trabajo.

Que en las instituciones de salud, se apliquen programas específicos de educación continua al personal de enfermería directivo y operativo sobre el proceso de enfermería.

Se debe dar mayor importancia durante la enseñanza en servicio, sobre el proceso de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alfaro R. "APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA", 2da EDIC. Doyma, Barcelona 1995.
2. Carpenito Linda "PLANES DE CUIDADOS Y DOCUMENTACIÓN DE ENFERMERÍA" Tr. De la Fuente M., M. Inés, Interamericana Mc Graw Hill Madrid 1994.
3. Fernández Ferrín Carmen, et. AL, "EL MODELO DE HENDERSON Y EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA". Masson Salvat, Barcelona, 1995.
4. García Catalina, Martín Cano, Martínez María Luisa, DE LA ENFERMERÍA", Historia del cuidado enfermero Ed, Hatcour, 2001.
5. Gross D. Richard. "PSICOLOGÍA" "La ciencia de la mente y la conducta", Ed. Manual Moderno, 1994.
6. Hernández Conesa Joana. "HISTORIA DE LA ENFERMERÍA un análisis histórico de los cuidados de enfermería". Interamericana Mc Graw Hill, 1995.
7. Moran Aguilar Victoria, Mendoza Robles Alba L. "MODELOS DE ENFERMERIA", Ed, Trillas, México, 1993.
8. Morris G. Charles. "PSICOLOGÍA", Ed, Prentice Hall, 2001.
9. Murray – Atkinson. "PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA", 5ta edición, México, Mc Graw Hill, 1996.
10. Novel Martí Gloria, "ENFERMERIA, CIENCIAS PSICOSOCIALES", Serie de manuales de enfermería, Ed Masson Barcelona/España, 2000.

11. Kosier Bárbara " ENFERMERÍA FUNDAMENTAL", Interamericana,, México 1994.
12. Phaneuf Margot "LAS NECESIDADES FUNDAMENTALES SEGÚN EL ENFOQUE DE VIRGINIA HENDERSON" en "Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería" "Tr. Carlos Ma. López y Julia R. Mc Graw Hill, Madrid 1993.
13. Potter P.A. "GUÍA CLINICA DE ENFERMERÍA, VALORACIÓN DE LA SALUD". Mosby Doyma, Barcelona, 1995.
14. Tomey Ann Martiner "INTRODUCCIÓN AL ANÁLISIS DE LAS TEORÍAS DE ENFERMERÍA". 4ª Edic. Mosby Doyma, Barcelona, 1999.
15. Zamudio V. Leonardo, "BREVIARIO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA", 3ra edición, Ediciones científicas la prensa mexicana S.A de C.V, 1995.
16. Luis Rábago María Teresa, "LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS", Revisión crítica y guía práctica, Editorial Masson, Barcelona/España, 2000.
17. <http://www.tumoresoseos.com/osteosarcoma/>





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OSTETRÍA
 INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN Y ORTOPEDIA
 INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA: EN BASE A LAS 14
 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

Ficha de identificación

Nombre del paciente: _____	Edad: _____	Peso: _____
Fecha de nacimiento: _____	Sexo: _____	Ocupación: _____
Escolaridad: _____	Fecha de admisión: _____	
Estado civil: _____	Lugar de procedencia: _____	
Fuente de información _____	Forma de llegada: _____	
Ingreso de: _____	Fiabilidad(1-4): _____	
Miembro de la familia significativo: _____		
Información obtenida de: _____		
Teléfono: _____	No de Registro: _____	Servicio: _____
No de Cama: _____		

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Subjetivo: (información que proporciona el paciente/familiar)

Dificultad para respirar, debido a: _____
 Tos productiva/seca: _____
 Características de las expektoraciones: _____
 Dolor asociado con la respiración: _____
 Fumador: _____ Tiempo: _____ Cantidad de cigarrillos _____
 ¿De acuerdo al estado emocional varía la cantidad de cigarrillos? _____

Objetivo: (Valoración que realiza el alumno)

Presencia de:
 Disnea: _____ Sin esfuerzo: _____ Con esfuerzo: _____
 Tos productiva/seca: _____ Características de las expektoraciones: _____
 Hialinas: _____ Amarillo-verdosas: _____ Hemoptisis: _____ Otras: _____
 Frecuencia respiratoria _____ frecuencia cardiaca _____ T/A _____ P.V.C. _____
 Dolor asociado a la inspiración o espiración: _____
 Tabaquismo positivo/negativo: _____
 Síndrome de abstinencia: _____
 Uso de O2 _____ Puntas nasales: _____ Mascarilla: _____ Ventilador: _____
 Parámetros del ventilador: _____
 Presencia de cánula endotraqueal/traqueostomía: _____
 Coloración de la piel/lechos ungueales/ peribucal: _____

Palidez: _____ Cianosis: _____ Rubicundez: _____ Otros: _____
Llenado capilar: _____

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Subjetivo

No de comidas diarias: _____
Trastornos digestivos: _____
Alergia alimenticia o intolerancia: _____
Problemas de masticación y/o deglución: _____
Aumento de peso: _____ Pérdida de peso: _____ Realiza ejercicio: _____
Uso de suplemento alimenticio: _____ Uso de fármacos: _____
Ingestión de sustancias que reducen el apetito: _____
Otros: _____

Dieta habitual:

ALIMENTOS	DIARIO	C/3er DIA	C/8 DIAS	ESPORÁDICA	NUNCA
Leche					
Carne					
Pescado					
Huevo					
Fruta					
Verduras					
Legumbres					
Cereales					
Pan					
Tortilla					
Chatarra					

Objetivo:

Dieta indicada: _____
Coloración de piel: Ictérica: _____ Pálida: _____ Grisácea: _____
Estado de la piel: _____
Estado de mucosas: Integra: _____ Hidratadas: _____ Secas: _____
Características de las uñas y cabello: _____
Aspecto de los dientes y encías: Adoncia _____ Adantulia _____
Afección y manifestaciones de tubo digestivo: _____
Paámetro de P.V.C. _____
Otros: _____

EXAMENES DE LABORATORIO

TIPO	RESULTADOS	
	NORMALES	DEL PACIENTE

EXAMENES DE GABINETE

TIPOS	INTERPRETACIÓN

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Subjetivo:

Hábitos intestinales: Evacuación normal _____ Estreñimiento _____
Diarrea frecuente: _____
Características de las heces: _____
¿Toma usted algún laxante? SI _____ NO _____
¿Cuál? _____
¿El estrés le ocasiona diarrea? SI _____ NO _____
Orina: Características _____
Con dolor _____
Antecedentes de afecciones renales, hemorrágicas u otras: _____
Presencia de hemorroides: _____
Dolor al evacuar: _____ Prurito: _____ Sangrado: _____
¿Se siente molesto a causa de una sudoración abundante? SI _____ NO _____

Objetivo:

Características del abdomen: _____
Ruidos intestinales: _____
Palpación globo vesical: _____
Exploración de genitales: _____
Presencia de edema: _____ Características del drenaje: _____

4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____
¿Temperatura ambiente que le es agradable? _____

Objetivo:

Temperatura corporal: _____
Características de la piel: Fría _____ Caliente _____ Húmeda _____
Transpiración: _____
Condiciones de entorno físico: _____
Otros: _____

5. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: _____

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____

¿Qué actividad física práctica? _____

Actividad en su tiempo libre: _____

¿Da algún paseo fuera de su casa? SI _____ NO _____

Uso de prótesis u ortesis: _____

Objetivo:

Nivel de conciencia: _____

Estado del sistema neuro-músculo esquelético: _____

Fuerza: _____ Tono: _____ Motricidad: _____

Sensibilidad: _____ Posición: _____

Posturas: _____ Ayuda para deambular: _____

Presencia de temblores: _____

Como influyen las emociones en la movilidad y postura: _____

Dolor con el movimiento: _____

Estado emocional: _____

Patrón de rehabilitación específico de acuerdo al caso: _____

6. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo:

¿Tiene hábitos que favorecen el sueño? SI _____ NO _____

Horario de descanso: _____ Horas de descanso: _____

¿Padece insomnio? _____

¿A que considera que se debe? _____

¿Siente cansancio al levantarse? _____

¿En que forma se manifiesta? _____

¿Al egresar del hospital quién le ayudará en su casa después de la cirugía? _____

¿Por cuánto tiempo? _____

¿En que actividades de ayudará? _____

Objetivo:

Actitud: Ansiedad _____ Estrés _____
Ojeras: _____ Atención: _____ Bostezos: _____
Concentración: _____ Apatía: _____ Cefalea: _____
Respuesta a estímulos: _____

7. NECESIDAD DE USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo

¿Elige su vestuario en forma personal? _____
¿Necesita ayuda para vestirse y desvestirse? _____
¿Sus prendas de vestir incluyen accesorios completos? _____
¿Influye su estado de ánimo para la selección de las prendas de vestir? _____

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir? _____

¿Sus creencias le impiden vestirse como usted le gustaría? _____

Objetivo:

¿Acepta el uso de bata hospitalaria? _____
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Subjetivo:

Frecuencia de baño y aseo de cavidades: Baño diario: _____
Cada tercer día: _____ Esporádico: _____
Horario preferido para bañarse: Mañana _____ Tarde _____ Noche _____
¿Cuántas veces se lava los dientes al día? _____
Prótesis dentales: SI _____ NO _____ Parcial _____ Completa _____
Fecha de la última visita al dentista _____
Aseo de manos antes y después de comer _____
Después de ir al baño _____
¿Tiene creencias personales que limiten sus hábitos higiénicos? _____

Objetivo:

Aspecto general con relación a su higiene: _____

Olor corporal: _____ Halitosis: _____

Estado del cuero cabelludo: _____

Presencia de lesiones dérmicas: _____

Micosis: _____ Puntos de presión en salientes ósea: _____

Zona de injerto: _____ Lesiones por quemadura: _____

Otros: _____

Fármacos específicos: _____

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS**Subjetivo:**

Miembros que componen su familia de pertenencia

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? _____

¿Realiza controles periódicos de salud cada año? _____

¿Cómo canaliza las situaciones de tensión en la vida diaria? Autoconcepto, autoimagen, autoestima: _____

¿Es usted alérgico a algún medicamento o alimento? SI _____ NO _____

¿Cuál? _____

Que actitud toma ante situaciones de tensión en su vida? Tranquilo _____

Se estresa _____ Le da sueño _____ Come sin control _____

Ríe mucho _____ Indiferencia _____

¿Busca una solución inmediata? _____

Mencione las causas que considera que le pueden provocar peligro: dificultad para:

Escuchar: _____ Hablar: _____ Ver: _____ Desplazarse _____

Uso de aparatos ortopédicos: _____
Otros: _____

Objetivo:

¿Afecciones corporales detectadas y grado de afección? _____

Métodos invasivos: _____

¿Condiciones del ambiente en la unidad del paciente? :

Iluminación: _____ Ventilación: _____ Humedad del piso: _____
Higiene: _____ Otros: _____

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

Subjetivo:

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

Preocupaciones actuales: _____

¿Manifiesta estas preocupaciones? _____

¿A quién? _____ Rol en la estructura familiar: _____

¿Comunica sus problemas debido a su afección o estado? _____

¿Cuánto tiempo pasa solo? _____

¿Tiene contactos sociales en la actualidad? _____

¿Con que frecuencia? _____

¿Con que frecuencia? _____

¿Cuánto tiempo pasa solo? _____

Objetivo:

Habla claro: _____ Confuso: _____ Dificultad en la visión: _____

Dificultad en la audición: _____ Comunicación verbal/ no verbal: _____
con la familia: _____

Otros: _____

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Subjetivo:

Tipo de religión: _____

¿Sus creencias le generan conflictos personales? _____

Principales valores personales: _____

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? _____

¿Qué creencias tiene acerca de la vida y de la muerte? _____

Objetivo:

Hábito específico de vivir (relacionado con su grupo social religioso): _____

¿Permite el contacto físico? _____

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias? _____

¿Demanda la atención de algún guía espiritual? _____

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente? SI _____ NO _____

Tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____

¿Cuánto tiempo dedica a su trabajo? _____

¿Esta satisfecho con su trabajo? _____

¿La remuneración que percibe le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia?

SI _____ NO _____ ¿Por qué? _____

¿Qué actividades le hacen sentir útil y satisfecho? _____

¿Esta satisfecha con el rol familiar que juega? _____

¿Cómo influye en su estado emocional, la incapacidad que presenta para trabajar?

Objetivo:

Estado emocional: Tranquila, ansioso, enfadado, retraído, temeroso, irritable, inquieto,
eufórico: _____

Otros: _____

13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: _____

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad de este tipo?

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

¿Existen recursos recreativos en su comunidad? _____

¿De que tipo? _____

¿Participa en alguna actividad lúdica o recreativa? _____

Objetivo:

¿Presenta alguna afección del sistema neuromuscular que le limite realizar actividades lúdicas o recreativas? _____

¿Rechaza las actividades recreativas? _____

Su estado de ánimo es: Apático _____ Aburrido _____ Participativo _____

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

Nivel de educación: _____

Problemas de aprendizaje: _____

Limitaciones cognitivas: _____

Tipo: _____

Preferencias para leer y/o escribir: _____

¿Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo? _____

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud? _____

Objetivo.

Estado del sistema nervioso central: _____

Órganos de los sentidos: _____

Memoria reciente: _____

Otras manifestaciones: _____

ELABORO: _____ FECHA: _____