



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**



PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

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

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.
PRESENTA:**

MARIA ISABEL ANAYA RAMÍREZ.

No. DE CUENTA: 401117145

ASESOR L.E.O. ANGELINA RIVERA MONTIEL

SEPTIEMBRE DEL 2004



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.

A mi madre y hermano en memoria.

*A mi compañero, con amor
Incondicional de siempre;
Pilar y sol de mi vida
Que me hace recobrar
Y mantener mi esencia.*

AGRADECIMIENTOS

A mis hijos, Eduardo, Karla y Graciela por su apoyo y comprensión. Gracias.

A mis hermanos, Abraham, José Luis, Rubén, Ignacio y Balka por su paciencia por haberlos mantenido alejados de mí durante estos dos meses que fueron de mucho trabajo.

A mis compañeras Las Pinkis. Lorena, Elvira, Mayte, Betty por su ayuda y comprensión en este recorrido que hemos iniciado juntas.

A mis amigas y maestras Rossy Pucheta y Carmelita Ruiz. Que han sido para mí una guía permanente de conducta y inspiración, donde quieran que estén por lo mucho que me han ayudado gracias

A los libros, que me han enseñado todo lo que se, gracias.

INTRODUCCIÓN

La enfermería es una profesión, ya que es un proceso que comprende juicios y actos dirigidos a la conservación o restablecimiento de la salud en los seres humanos, métodos de solución de problemas que se lleva a cabo con una relación de colaboración entre enfermera y paciente y comunicación interpersonal entre los miembros de la familia y con los del equipo de salud.

La enfermería es la ciencia y el arte de proporcionar cuidados al individuo familia y comunidad mediante el diagnóstico y tratamiento y respuestas humanas, y respuestas de salud reales o potenciales.

La historia de enfermería surgió con el nacimiento del ser humano.

La enfermería se deriva de la palabra *nutriere* (alimentación) y *nutrix* (mujer que cría). Conforme la sociedad ha ido evolucionando se le ha optado de manera más concreta, cuidadora paciente-enfermo.

Desde los orígenes del hombre, la actividad de enfermería está relacionada con la supervivencia del cuidado, durante el parto la lactancia y el destete.

A influido mucho el protagonismo de la mujer desde el origen de la humanidad, ya que los cuidados fueron proporcionados por la mujer desde la fecundidad.

Esta herencia ancestral se convirtió a la mujer en el elemento principal, que ha realizado a través de los tiempos, desde las condiciones higiénicas y hasta la forma de interpretar las causas de la enfermedad.

Identificándola con la enfermería por las actividades que ha realizado a través de los tiempos, desde las condiciones higiénicas y hasta la forma de interpretar las causas de la enfermedad.

JUSTIFICACIÓN

La esencia de la práctica de enfermería profesional es un proceso de pensamiento lógico y crítico el cual lleva a cabo al incorporar el proceso de atención de enfermería un método de soluciones de problemas así como un sistema para recopilar y organizar información, decidir que se necesita, seleccionar y ponerlo en práctica entre varios posibles y evaluar resultados.

Ya que es un método sistemático y reflexivo de fácil comprensión en cada una de sus etapas y a su vez visualicen un panorama general sobre su trascendencia en el ejercicio profesional de enfermería.

Es importante, la necesidad de contar con enfermeras especialistas, quienes al ser formadas mediante una preparación sólida y científica sean capaces de proporcionar atención y cuidado integral de enfermería al cliente.

Desde el punto de vista ayuda adquirir conocimientos que perfeccionar las prácticas cotidianas, mediante la descripción, la explicación, y predicción y control de los cuidados de enfermería.

La enfermera mejorara su capacidad a través del conocimiento teórico.

La teoría facilita a los profesionales autonomía de acción ya que sirve como guía en los aspectos prácticos, educativos y de investigación asociados a sus funciones profesionales.

Es valiosísimo que la enfermera conozca el proceso de atención de enfermería que los cuidados que proporcione estén bien fundamentados con conocimiento científico y humanístico.

Ya que es un método sistemático y reflexivo de fácil comprensión en cada una de sus etapas y a su vez visualicen un panorama general sobre su trascendencia en el ejercicio profesional de enfermería

Algunos autores hacen mención que las practicas de enfermería ya no serian de forma empírica si no con fundamentos científico. Con el propósito que desarrollen una metodología que permita la valoración integral del enfermo.

OBJETIVOS

Objetivo General

A través del Proceso de Atención Enfermería ayudar al cliente a satisfacer sus necesidades.

1.2. Objetivos Específicos

1.2.1. Mediante la valoración se integrara una base de datos que permita identificar las necesidades afectadas.

1.2.2. A través del análisis de la información obtenida integramos el diagnóstico de enfermería.

1.2.3. Identificar los factores y fuentes de dificultad que no permiten que los clientes satisfagan sus necesidades.

1.2.4. Con base a los diagnósticos identificados y considerando las fuentes y factores de dificultad vamos a planear las intervenciones independientes, dependientes e interdependientes de acuerdo a las formas de ayuda descritas por Henderson.

1.2.5. Evaluar los resultados de las intervenciones realizadas y retroalimentar el Proceso Atención de Enfermería.

II MARCO TEORÍCO

Es una investigación que tiene sus raíces en un modelo conceptual, estimula la investigación y la extensión del conocimiento; les proporciona dirección e impulso

A continuación se presenta el desarrollo de los contenidos que sustentan el estudio de caso.

2.1 CUIDADO

El cuidado es una actividad que ha existido desde el inicio de la humanidad, pues es algo innato y fundamental en la vida de las personas.

Durante varios años la enfermería se ha centrado en la enfermedad y la curación, sin embargo en la actualidad, gracias al desarrollo, filosófico y epistemológico, que a tenido la disciplina, el gremio a llegado a la conclusión de que el núcleo central de su conocimiento y practica, es el cuidado. Por lo tanto es necesario que desarrolle los conceptos relacionados con este rubro, que continuación se presenta.

2.1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DEL CUIDADO

La naturaleza de los cuidados de enfermería nace. Desde los albores de la humanidad, teniendo un significado real, siendo el contexto de la vida o más exactamente, el contexto de la vida y la muerte al que el hombre y los grupos humanos se enfrentan todos los días en el desarrollo de su existencia.

Como se ha podido ver los cuidados para el mantenimiento de la vida han sido durante miles de años, los cuidados mas corrientes, los mas numerosos, los mas importantes, seguramente porque estaba muy desguarnecido respecto a la curación de la enfermedad. La enfermería esta vinculada con los cuidados.

Desde el origen del hombre las actividades de enfermería tienen su reflejo en los cuidados más fundamentales que son los relacionados con la supervivencia; los cuidados durante el parto, la crianza, la lactancia y el destete; la perpetuación de las sociedades triviales dependían del nivel de éxito en tales cuidados, dada la extrema mortalidad que acechaba ese delicado período del que dependía la reproducción, mantenimiento y mejora del precario sistema social de la época. Debido a esta situación se distribuyeron las tareas siguiendo el criterio de la división sexual del trabajo y ocupándose a la mujer de realizar las labores del cuidado que hoy interpretamos como propias de la enfermería.

Esta herencia ancestral ha convertido a la mujer en el elemento funcional por excelencia, contribuyendo poderosamente a la identificación de la enfermería con las actividades femeninas. Durante toda la Prehistoria, el cuidado de la salud y el mantenimiento de la vida recayeron en la mujer y en el sanador. La mujer cuidadora: El protagonismo de los cuidados fue adjudicado a las mujeres. Son ellas las que desempeñan en cada familia las prácticas encaminadas al mantenimiento de la vida, a través de elementos naturales como la higiene, el vestido, la alimentación y todos aquellos cuidados que favorecen el bienestar. La práctica de este tipo de cuidados se entremezclaba con actividades rituales para la protección, la promoción y la continuación de la vida.

Los elementos empleados por la cuidadora formaban parte de la propia naturaleza. Para la higiene, el agua; para el abrigo, las pieles; para la alimentación, las plantas, y para transmitir bienestar, el contacto físico a través de la caricia.

El sanador: El hombre primitivo habitaba dos mundos, el conocido y el desconocido. El primero referido a todo lo que podía observar y entendía por qué sucedía, así comprendía las heridas producidas por agresiones. Cuando no encontró explicación a ciertos hechos, como ocurría al enfermar, buscó respuesta en elementos sobrenaturales, interpretándolos como fuerzas causantes de desastres y enfermedades. La incorporación de la creencia en espíritus influyó de forma decisiva en el cuidado de la salud.

La figura central responsable de este cuidado es el sanador, conocido con distintos calificativos como chamán, hombre-medicina, curandero, brujo, etc. Esta diferencia estaba determinada por una señal que recibía de la divinidad, siendo reconocido así como sanador. A veces, la diferencia se refería a una tara física (jorobado, tuerto, epiléptico, etc.).

Estos poderes solían considerarse hereditarios, de padres a hijos, y una vez heredados se comenzaba la instrucción por parte del más viejo al nuevo chamán. Casi siempre, la función del curandero era exclusiva y él se mantenía alejado del poblado, por el respeto que infundía la posesión de poderes sobrenaturales. En ocasiones, el ser hechicero implicaba ostentar el cargo de jefe del clan.

Era así como se entremezclaban los ritos mágicos, los conocimientos intuitivos y los cuidados domésticos

Esta etapa de los cuidados se denomina doméstica, por ser la mujer en cada hogar la encargada de este aspecto de la vida. El objetivo prioritario de atención de la mujer cuidadora es el mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio.

Alrededor de cada mujer en la familia se entrelazan y elaboran las prácticas rituales que tienden a asegurar la vida, su promoción y su continuidad. La mujer utiliza elementos que son parte de esa misma vida natural, como el agua para la higiene, las pieles para el abrigo, las plantas y el aceite para la alimentación y las manos, elemento muy importante de contacto maternal, para transmitir bienestar. En consecuencia, los cuidados van encaminados a ese mantenimiento de la vida a través de la promoción de la higiene, la adecuada.

Dada alimentación, el vestido y, en general, todas las medidas que hacen la vida más agradable, algunas de las cuales se han dado en llamar en nuestros días cuidados básicos.

La historia del cuidado, la enfermería se consolida como una disciplina, con un cuerpo de conocimientos propio y una responsabilidad definida en la atención a la salud de la población.

Tanto desde el punto de vista formal como sociológico, los cuidados de enfermería son muy distinta a como se practicaba hace un siglo.¹

2. 1. 2 CONCEPTO DE CUIDADO.

Colliere: Define al cuidado como un acto de vida que significa una variedad infinita de actividades dirigidas a mantener la vida permitir la continuidad y la reproducción.

Ya que es un acto individual, dado por uno mismo y para uno mismo, en el momento en que la persona adquiere autonomía precisa para ello. Igualmente es un acto reciproco que supone dar a toda persona que, temporalmente no definitivamente, tiene necesidad de ayuda para asumir sus cuidados de vida, por tanto, el cuidar es una actividad sencilla y habitual en el ser humano, que práctica continuamente como parte integrante de las actividades diarias de las personas para responder a la aspiración esencial de cubrir las necesidades fundamentales.²

Jean Watson: Describe el cuidado siendo el atributo más valórale que la enfermería puede ofrecer.³

Florencia Nathingale. Menciona que el cuidado Es a la vez un arte y una ciencia, por lo que requiere una formación formal, proporcionando al paciente el mejor entorno posible para que las fuerzas de la naturaleza permitan la curación o el mantenimiento de la salud. Ya que va dirigido a mantener la salud de la persona en todas las dimensiones; salud física, mental y social.⁴

¹ **SILES** José “fundamentos históricos de la enfermería”. Antología de Fundamentación teórica para el cuidado. ENEO-UNAM MEXICO. P. p.15-25.

² **COLLIERE**, Francois M. “Disquisiciones sobre la naturaleza de los cuidados, para comprender la naturaleza de los cuidados de enfermería” Antología en Fundamentación Teórica para el Cuidado. ENEO-UNAM MEXICO 2004, P. p. 33-34.

³ **Alicia E. Flores Torres.** MC “Teoría del cuidado humano” Teorías y modelos de enfermería. WRRAW-HILL INTERAMERICANA. P.p.129.

⁴ **KÉROUVAC**, Suzane. “Grandes Corrientes del pensamiento” Antología en sociedad, salud y enfermería. ENEO-UNAM MEXICO 2004. P.p.117

2.1.3 TIPOS DE CUIDADOS.

Colliere menciona en su documento que existen 2 tipos de cuidados, pero se halla una diferenciación de la naturaleza de los cuidados en cada uno de ellos, relacionado con las funciones de la vida.

1. LOS CUIDADOS DE COSTUMBRE Y HABITUALES: (CARE).

Estos cuidados representan a todos los cuidados permanentes y cotidianos que tiene como única función mantener la vida, reaprovisandola de energía, en forma de alimentos o de agua (hidratación, aseo), de calor, de luz, o de la naturaleza afectiva o psicosocial, etc. Todos estos aspectos interfieren entre si.

Ya que están relacionados con las funciones de conservación de la continuidad de la vida. Estos cuidados están basados en todo tipo de hábitos, costumbres y de creencias.

A medida que constituye la vida de un grupo nace un ritual.

Estos cuidados representan el tejido, la textura de la vida y aseguran su permanencia y su duración.

Los cuidados representan todo este conjunto de actividades que aseguran la continuidad de la vida como: el beber, comer, evacuar, levantares moverse, desplazarse, así como todo aquello que constituye el desarrollo de nuestro ser, estimulando los intercambios con todo aquello que es fundamental para la vida, las fuentes de energía vital. La luz, el calor, la relación con personas conocidas y objetos familiares.

Los cuidados habituales son todos aquellos cuidados que la madre le proporciona a su hijo, son los que nos vamos a proporcionar cada día a medida que adquirimos autonomía y que otros deben compensar, cuando vemos que esta autonomía se estrecha, disminuye, o cuando la hemos perdido.

2.-LOS CUIDADOS DE CURACIÓN (CURE).

Estos cuidados se relacionan con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida.

Estos cuidados se les dan el nombre de curación o tratamientos de la enfermedad. Ya que Garantizan la continuidad de la vida encuentra obstáculos o trabas, entre las principales, son el hambre, la desnutrición, la falta de recursos en energía alimentaría para mantener las funciones vitales, siendo el factor principal de la vida durante miles de años.

Los cuidados de curación se añaden los cuidados de habituales, de hecho solo pueden tener sentido si se mantiene todo aquello que contribuye a la continuidad y desarrollo de la vida. Cuando prevalece la cure sobre el care, es decir los cuidados de curación descuidando. Los cuidados habituales y de costumbre, se aniquilan progresivamente todas las fuerzas vivas de la persona, todo aquello que la hace ser y querer reaccionar, ya que se agotan las fuentes de energía vital, sean de naturaleza que sean (físicas, afectivas, social). Esta aniquilación puede llegar hasta un deterioro irreversible.

Sin el acompañamiento concomitante de los cuidados habituales (alimentarios, de higiene, las relaciones que implican (asistimos a la estabilización o el agravamiento del proceso de generación: la vida se retira cada vez que uno se preocupa de lo que se ha muerto más de lo que esta vivo.

Los cuidados de curación, Tienen como objeto limitar la enfermedad, luchando contra ella y atajar sus causas, los cuidados se encuentran centrados en el hombre y su entorno.

Como comentario la relación que existe en estos dos tipos de cuidados, están relacionados entre si, ya que el uno sin el otro no podría haber una continuidad de vida en el ser humano. Diferenciando de estos cuidados nos hace llegar a la encrucijada de las orientaciones y las opciones fundamentales con respecto a la función cuidadora del personal de enfermería, si no también al conjunto de la acción sanitaria y social.⁵

⁵ OPCT P.33-37.

2.1.4. CONNOTACION DEL CUIDADO

El cuidado es parte fundamental de la humanidad, pues todos en esta vida necesitamos de ellos en cualquier etapa de la misma, ya que estos representan un conjunto de actividades que aseguran la continuidad de la vida misma. Por lo tanto a continuación se hace mención de las connotaciones del cuidado:

a) Cuidar de uno mismo: Significa que la enfermera, vista como persona también requiere de cuidados para satisfacción de sus necesidades y cuando ella no satisfaga no es capaz de cuidar de otros.

b) Cuidar de otros: a nivel institucional implica la relación enfermera – paciente.

c) Cuidar con otros: esto a nivel de los hospitales que la enfermera que cuida al usuario con ayuda de otros profesionales y en algunos casos con la familia.⁶

⁶ IDEM. P. p.34

2.2 ENFERMERIA.

La enfermería es una disciplina tan antigua como el propio hombre, dado que tiene que ver con todos aquellos elementos y factores materiales y humanos que convergen en una actividad innata y esencial en el ser humano

Es una disciplina que atendido diversas etapas de desarrollo , en su proceso histórico y el ejemplo mas objetivo de estas trasformaciones es la transición conceptual paradigmática de la curación, enfermedad, a la persona- cuidada, por tal motivo y para (retomar a Florencia Nightingale).

Para mejor comprensión se ha incluido este capitulo referente a enfermería.

2.2.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DE ENFERMERIA

Los orígenes históricos y tradicionales de enfermería están profundamente influenciados por eventos religiosos y militares.

El origen de la enfermería se ubica con la implantación del sistema de Florencia Nightingale en 1860. En Europa desde el siglo XVII ya se daban entrenamientos a las mujeres que atendían enfermos, la escuela de las diaconizas de Kaiserworth, Alemania, donde Florencia Nightingale se entreno.

El primer sistema de formación profesional de enfermería consistió en el modelo de Florencia Nightingale, centraba el proceso educativo en la platica, estableciendo una fusión escuela- hospital, las aspirantes trabajaban con las estudiantes más avanzadas, las alumnas, personal del hospital rotaban cada tres meses por diferentes servicios, alternando turnos diurnos y nocturnos con la finalidad de adquirir una gama de experiencias que les permitiera enfrenta. La escuela gozaba de una autonomía derivada de legitimidad institucional conferida al jefe de enfermeras quien dirigía todos los servicios de enfermería como la escuela, sustentaba en sus cualidades personales, morales y sobre todo profesionales, derivadas de su propia formación.

En este sistema la enfermera ocupaba un lugar especifico que no se confundía con el medico ni con otro tipo de personal.

Sus funciones y cualidades eran determinadas desde la misma escuela: que consistían en la puntualidad, orden, limpieza, método, habilidad técnica en curación, vendajes, tendido de camas etc., dando relevancia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

El sistema Nightingale tuvo una amplia de difusión tanto en Europa como en Estados Unidos aunque de diferentes niveles de asimilación diferentes situaciones, recibían cursos teóricos impartidos por los médicos, Vivian en una residencia anexa al hospital.

La escuela gozaba de una autonomía derivada de legitimidad institucional conferida al jefe de enfermeras quien dirigía todos los servicios de enfermería como la escuela, sustentaba en sus cualidades personales, morales y sobre todo profesionales, derivadas de su propia formación.

En este sistema la enfermera ocupaba un lugar específico que no se confundía con el médico ni con otro tipo de personal.

Sus funciones y cualidades eran determinadas desde la misma escuela: que consistían en la puntualidad, orden, limpieza, método, habilidad técnica en curación, vendajes, tendido de camas etc., dando relevancia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

El sistema Nightingale tuvo una amplia de difusión tanto en Europa como en Estados Unidos aunque de diferentes niveles de asimilación

En Francia la primera escuela profesional de enfermería se estableció el 1 de abril de 1878 en el hospital de Salpetriere, su función principal consistió en proporcionar asistencia médica a los enfermos sin recursos.

En el siglo XVII se trataba de remplazar a las religiosas a quienes se les reprochaba no doblarse alas órdenes médicas, así como la falta de preparación en la atención de enfermos acordes con los nuevos avances científicos, privilegiados el cuidado del alma en contraposición al del cuerpo.

En 1902 ya existían escuelas de enfermería por todo el país, cada vez se valoraba más el papel de la enfermera como responsables del cuidado directo de los enfermos y colaboradora disciplinada pero inteligente, del médico y del cirujano,

delegando trabajos burdo como la cocina y la limpieza, para ello se hacia necesaria su preparación técnica que la hiciera sentirse orgullosa.

Este sistema modelo republicano, basado en la separación Iglesia-estado, legitima a la enfermera en función del merito derivado de sus capacidades cualidades desarrolladas en el proceso de instrucción que culminaba con un diploma obtenido a través de su examen como medida objetiva de sus capacidades.

El programa de estudios obligatorio fue establecido por la asistencia pública. Incluía cursos teóricos y prácticos de anatomía, fisiología, técnicas de cuidados, asepsia e higiene, impartidos por los médicos y cirujanos, pero también por los que aplicaban las ventosas y daban los baños, así que trasmitían su” saber hacer “. Las practicas consistían en lecciones sobre vendajes, el registro de signos vitales, el tendido de cama y la preparación de material y equipo quirúrgico, el internado era obligatorio para las alumnas con el fin de inculcarles la disciplina y responsabilidad para el servicio como la” devoción” a los enfermos

El Dr. Desire Bourneville aconsejaba ala alumnas “que siguieran estrictamente las prescripciones médicas que jamás deberían de modificar las órdenes administrativas; apoyándose una a las otras y sobre todos fueran bondadosas, desinteresadas y devotas con lo enfermos.

ESTADOS UNIDOS DE AMERICA.

A mitad del siglo XIX es cuando se fundaron las escuelas considerada como las pioneras en la formación de enfermeras, la del hospital de mujeres de Filadelfia en 1861 siguiendo el ejemplo de la Diaconizas de Kaisworth.

Eran atendidos por mujeres medicas reunidas para contrarrestar la discriminación femenina, uno de sus objetivos fundamentales fue la preparación de enfermeras, que se inicia en 1862 pero en 1872 se establece el programa formal de un año. Con enfoque central en la experiencia práctica, que se dividía en cuatro periodos: cirugía, medicina, maternidad y asistencia domiciliaría, así como guardias nocturnas hospitalaria. También se impartirían clases teóricas para las doctoras que incluían: conducta en los hogares de los pacientes, fisiológica, alimentación para enfermos, enfermería quirúrgica y de niños encamados, desinfectantes y enfermería general. El jefe de piso enseñaba a registrar los signos vitales,

vendajes y diversos procedimientos de enfermería, a cabecera del enfermo. El horario de trabajo era de 16 horas los siete días de la semana la exigencia tal que de 42 alumnas solamente solo se recibían cuatro enfermeras.

A consecuencia de la guerra de sucesión, que hizo evidente la necesidad de enfermeras, se acrecentó el interés por su formación existiendo ya en 1873 tres escuelas bien organizadas basadas en el modelo de Florencia Nightingale, conocido como el sistema de Bellevue, llegando a ser en 1900 alrededor de 400, con programas de dos a tres años. En aquel entonces ya se habían constituido dos asociaciones de enfermeras, las actuales ligas de enfermería (1893) y asociación americana de enfermeras. Así para principios de siglo la enfermera empieza a consolidarse como un campo profesional dirigido por integrantes mujeres, a consecuencia de las demandas de los servicios médicos hospitalarios desarrollados a partir de los avances científicos particularmente de la asepsia y la cirugía, así como el descubrimiento de los organismos y la expansión de las oportunidades educativas para las mujeres y su genuino compromiso con el ser humano.

Con el nuevo siglo, se inician cambios en la formación de las enfermeras; las estudiantes empiezan su preparación fuera de los servicios para contar con bases de enfermería antes de enfrentar la práctica real. Se impartían cursos clínicos de seis meses, clases teóricas y prácticas clínicas de anatomía, fisiología, higiene y ciencias domésticas en el laboratorio de dietética. Existía una estrecha supervisión y una evaluación cuidadosa que exigió la presencia de la instructora por tiempo completo, responsable de la docencia de la enfermería en 1899 contaban con cursos avanzados para la formación de enfermeras graduadas para dirigir escuelas y servicios de enfermería.

Formación de enfermeras en México

A finales del siglo pasado los establecimientos de la beneficencia pública adolecían de muchas deficiencias tanto en sus propias instalaciones como en la atención que brindaban los hospitales no contaban recursos materiales y humanos

adecuados para el cuidado de los enfermos raíz de la expulsión de las ordenes religiosas, principalmente de la valiosas de la hermanas de la caridad, se acrecentó la crisis de la atención hospitalaria ya que esta quedo bajo la responsabilidad de personas sin preparación especifica y sin motivación que la del trabajo reenumerado.

A través de esta necesidad de mejorar los servicios hospitalarios, proceso que se inicio como respuesta a las demandas de salud de una población creciente que implico (entre sus proyectos iniciales, el establecimiento del hospital general de México. El Dr. Eduardo Liceága tuvo un papel central en la concreción del proyecto; muchos de los avances introducidos fueron obras del el, pero entre sus innovaciones que le interesaban para la historia de la enfermaría es el proceso de la preparación de las enfermeras).

Desde el inicio del proyecto en 1882 se destaco la necesidad de capacitar enfermeras profesionales y de crear una escuela de enfermaría anexa al hospital como ya sucedió en Londres y nueva York. Para ello se considero la posibilidad de mandar jóvenes a prepararse fuera del país, basta mencionar que afínales del siglo solo el 9.3% de la oblación tenia acceso a la instrucción, y que este era posible solo para clases privilegiadas.

Para capacitar al personal de enfermaría fue contratar enfermeras norteamericanas recibidas que hablaran español esto fue a partir de 1896.

Por acuerdo en 1898 del presidente Porfirio Díaz la primera escuela practica y gratuita de enfermeros se estableció en el hospital de maternidad e infancia, estaba pensada para personas de ambos sexos que estuvieran trabajando en los hospitales o que reunieran los siguientes requisitos bastante cultura social revelada por sus sentimientos humanísticos, instrucción primaria y en caso del as mujeres estudio normal u y en los hombres algunos cursos de la escuela de preparatoria o haber desempeñado un empleo en las oficinas publicas.

El Dr. Liceága no cejo en su empeño seleccionando mas tarde a dos enfermeras norteamericanas para ocupar el puesto a partir de 1900, la primera enfermera Rose Crowder, egreso de la escuela de enfermeras del hospital del Este Illinois donde había sido preparada en : administración general, asepsia general y

quirúrgica, obstetricia, medicina, enemas, baños, masajes, enfermería general y cirugía.

Señala que la enseñanza de la enfermería debía iniciarse inculcando el orden, la limpieza y el uso del uniforme para continuar con los procedimientos: preparación de la unidad del paciente, tendido de camas, observación de síntomas especiales, registro de los signos vitales, el reporte de la enfermera, baños y cambios de ropa, preparación y administración de alimentos y medicamentos, enemas, duchas, asepsia esterilización, preparación y manejo de material quirúrgico, cirugía menor, curaciones actuación en la sala de operaciones y el cuidado de cirugía abdominal y craneal. Por último incluía. La obstetricia por requerir experiencia Por último incluía. Se consideraba en que todo proceso debía tenerse presente los principios de asepsia, cortesía y amabilidad, así como el cumplimiento de las órdenes médicas.

La segunda enfermera, Rose Warden, estableció con el Dr. Liceaga el plan de trabajo y un reglamento que guiaran a la preparación de las jóvenes en el cuidado del enfermo, la forma de informar a los médicos y de administrar los pabellones. Acordaron que también además de las prácticas en el hospital de maternidad e infancia, las estudiantes asistirían tres días a la semana por la tarde para recibir clases teóricas y prácticas.

Durante años entonces la enseñanza "formal" estuvo a cargo exclusivamente de las profesoras enfermeras e incluyen los contenidos y procedimientos de enfermería contemplados en el modelo de Nightingale, que por su influencia en los programas institucionales, de la época se incluyen en Francia y EU.

En 1905, al inaugurarse el Hospital General fue nombrada jefe de enfermeras, su compañera subjefe y la enfermera mexicana Sara Delgado secretaria su responsabilidad era estar en estrecho contacto con las enfermeras de los pabellones quienes le informaban todo lo sucedido y solicitaban aclaración de dudas e instrucciones, también tenía la autoridad pero debía informar al director cualquier problema y entregar informe periódico.

Las funciones de enfermería constaban de registro y reporte de los signos vitales, la administración de los medicamentos y dieta, la atención durante la visita

medica, las curaciones y las operaciones, el aseo y la atención de los enfermos, procedimientos tradicionales de enfermera.

Los modelos ingles, francés y norteamericanos y enseñados por las profesoras extranjeras del hospital de Maternidad e Infancia también realizaban otras funciones de carácter administrativo como el control de ropa y de los útiles que la enfermera primera debía subir y entregar por libreta al inicio y terminación de la de guardia.

La escuela de enfermería se inaugura dos años después del hospital, el 9 de febrero de 1907, siendo su director el Dr. Fernando López Sánchez Román

El reglamento se establece. Que la carrera se haría en tres años e incluiría las materias de anatomía, fisiología y curaciones en el primero; la higiene, curaciones y el cuidados de los niños, las parturientas, en el tercero atizando como libro de texto el “manual practico de la enfermera” del Dr., Bournaville.

El plan de estudios contenía asignaturas equivalentes a la de Francia y EU. de la época el reglamento era sumamente estricto las alumnas tenían la obligación de hacer ejercicios físico, usar el uniforme reglamentario, estando prohibido usar perfume, polvos y pintura en la cara; debían llamar al medico el señor doctor sin tener familiaridad con el en, ningún caso podían interrumpir las labores propias del hospital; perdían el empleo.

Florence Nightingale en sus notas: que es y que no es “escrita en 1859, nos enseñó que uno de los roles más importantes de la enfermería es crear las mejores condiciones para que la naturaleza actúe en su curso en el paciente, más de 100 años han transcurrido desde entonces y el valor de de esta visión sigue latente. Los escritos de Florence Nightingale reflejan el cuidado ofrecido a aquellos que sufrían consecuencias de la guerra de crímenes. Nightingale articuló uno de los mayores focos de la enfermería moderna; la conceptualización del entorno y su efecto sobre el paciente, ella trató por primera vez de diferenciar entre enfermería y medicina, ella argumenta que estas dos disciplinas tienen una perspectiva diferente del concepto de salud. Bajo esta perspectiva, la enfermera no necesita saber todo los procesos de enfermedades, debe entender la influencia en el medio ambiente ejerce sobre ellos.

Muchos factores han influenciado la profesión de enfermería y su identidad a través de los años. Los orígenes históricos y tradicionales de la enfermería están profundamente influenciados por eventos religiosos y militares.

La profesión de la enfermería vive hoy un momento de oportunidades y desafíos únicos. Mientras más se desarrollan los sistemas de salud y se vuelve más complejos y costosos, más imperativas se hace la necesidad de desarrollar al profesional de enfermería, como también a otros miembros del equipo de salud, parte de este desarrollo profesional incluye la capacitación tecnológica, la tecnología es sin duda alguna, un elemento positivo en el desarrollo de nuestro sistema de salud, ya que facilita la prevención, diagnóstico y el tratamiento de enfermedades. Y la promoción de la salud.

Sin embargo la tecnología es solamente una herramienta y no un fin en si mismo,. Hoy más que nunca es crucial que la enfermería fomente una visión integral de salud. Esta es la visión imprescindible para un mundo que se mueve mas y hacia el mecanismo y la adoración tecnológica. Yo pienso que la tecnología no puede ni debe ser usada para reemplazar al cuidado humano.⁷

2.2.2 CONCEPTO DE ENFERMERIA

Fawcett: Define a la enfermería como un arte y ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual la enfermera, junto con la persona beneficiaria de estos cuidados, identifica metas comunes para realizar y mantener la salud.

En esta definición incorpora los cuatro conceptos de la meta paradigma de enfermería. Persona, entorno, salud, y enfermería.⁸

Virginia Henderson: Define enfermería “la función singular de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo: en la realización de las actividades que contribuyan a la conservación de su salud o la recuperación (o a una muerte tranquila pacífica) y que el paciente llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la

⁷ **QUEZADA .Fox. C. S .Rubio** “ La función docente en la enseñanza clínica en enfermería” Antología docencia en enfermería ENEO UNAM P.91-105

⁸ **GRISPUN Doris.** “Identidad profesional, humanismo y desarrollo tecnológico”. Antología sociedad, salud y enfermería. P. p. 244-245 ENEO UNAM.

voluntad o el conocimiento necesario. Y esto de tal manera que le ayude adquirir independencia lo más rápidamente posible”.⁹

Doris Grispun. Define a enfermería como el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo.

- Enfermería es un arte porque requiere que la enfermera perciba el significado del momento de la persona que ella cuida y pueda rápidamente entender y actuar.
- Enfermería es una ciencia porque incorpora el conocimiento ganado a través de métodos científicos para poder describir, explicar, pronosticar y prescribir componentes del cuidado de enfermería.
- Enfermería es el cuidado integrado porque incorpora la complejidad biosicosocial del individuo y considera sus necesidades dentro del contexto de su mundo único.
- Enfermería es cuidado comprensivo porque valora y considera las diferentes, experiencia que la persona esta confrontando con el fin de asistir a la persona a entender estas experiencias y ganar fuerzas para movilizarse hacia un estado de salud.¹⁰

Leedy susan. Define a la enfermería como un proceso que comprende juicios y actos dirigidos a la conservación o restablecimiento del equilibrio en los sistemas humanos.

Leininger. Define a la enfermería como una ciencia y arte humanístico aprendido que se centra en las conductas, las funciones y los procesos personalizados que promocionan y mantienen la salud o recuperan de la enfermedad.

⁹ **GARCIA, González** Maria de Jesús.” proceso de enfermería por el modelo de Virginia Henderson
“Una propuesta para orientar la enseñanza en la practica de enfermería. P.P. 3

¹⁰ **OPCIP .P.P.244-245**

2.2.3 METAPARADIGMA DE ENFERMERIA.

Nos aporta la base fundamental de enfermería, esta base teórica es la que provee a las enfermeras en su práctica clínica profesional con un entendimiento integral del ser humano.

El entendimiento profundo sobre la meta paradigma de enfermería se logra a través del proceso educativo y la practica clínica, esto sucede gracias al desarrollo de conocimientos que se dan en la educación y en la práctica. El metaparadigma le provee a la enfermera un marco conceptual para entender su rol frente al paciente; el conocimiento que la enfermera desarrolla durante el proceso de formación a través de su trayectoria profesional, le permite aplicar este marco conceptual y lograr una vinculación efectiva con el paciente

El conocimiento que la enfermera desarrolla debe de se de cuatro tipos de conocimiento, empírico, estético, personal y ético

El conocimiento empírico: se refiere al conocimiento científico.

Es el conocimiento ganado a través de la observación de hechos que se pueden verificar. Incluye procesos descriptivos, esplanatorios y prescrito

Conocimiento estético: se refiere a todo aquel conocimiento expresado a través del arte de enfermería.

Conocimiento personal: se refiere al conocimiento de uno mismo, mientras más la enfermera se conoce a si misma, mejor podrá conocer a otras personas. Este tipo de conocimientos requiere el poder de introspección, reflexión y autenticidad con uno mismo y con los demás.

Conocimiento ético: se refiere al conocimiento de las perspectivas éticas que como enfermeras enfrentamos. Este conocimiento incorpora valores y requiere clarificación con el paciente y abogacía.

EL METAPARADIGMA DE LA ENFERMERIA Agrupa cuatro conceptos; persona, entorno, salud, y enfermería.

1. **PERSONA** .Tiene un rol clave en la definición de enfermería se define como uno o más seres humanos. Pero representa un todo único y complejo definido con la interrelación entre los aspectos psicológicos, sociales, económicos y espirituales.
2. **ENTORNO**: Es definido como el mundo único de cada persona. Incorpora al medio ambiente físico, socio económico y psicológico en el cual la persona se desenvuelve. Este entorno es individual para cada persona.. Enfermería se concierne con personas en el contexto de su entorno. cuando intervenimos como enfermeras profesionales debemos reconocer la existencia de este mundo unido y entenderlo.
3. **SALUD**: es definida como un estado de bienestar biológica, físico, psicológico y socioeconómico
4. **ENFERMERIA**: Es la esencia de la enfermería reside en la habilidad de conectarnos, o vincularnos con la persona asiste a la persona a movilizar Fuerzas para el proceso de salud. Este vínculo interactivo entre persona y enfermera se da, entonces cuando estos tres de los conceptos básicos del meta paradigma de enfermería se encuentran: persona, entorno y enfermera. Aquí, enfermería es visto como un proceso activo. Enfermeras se vincula con la persona en el contexto de su mundo para lograr la salud. Es indiscutible que los cuatro tipos de conocimientos son indispensables para alcanzar un entendimiento profundo de la persona.¹¹

¹¹ IDEM P.244-247

2.3. PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

El proceso ofrece cuidados de enfermería individualizados. Cuya meta es identificar el estado de salud del paciente e iniciare diciendo que es un método sistemático y racional de planificar problemas reales y potenciales. Establece planes para cubrir las necesidades identificadas y ofrecer actuaciones específicas de enfermería para cubrir dichas necesidades.

Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

2.3.1 CONCEPTO DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA:

Rosa linda Alfaro(1993) : Define el proceso que es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centran en la identificación y el tratamientote las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales en el término paciente se incluye también a la familia o la comunidad.¹²

Ann Marriner: Define el proceso de enfermería es la aplicación de la resolución científica de los problemas a los cuidados de enfermería. Este proceso se utiliza para identificar los problemas del paciente, para planear y efectuar en forma sistemática los cuidos de enfermería y para evaluar los resultados obtenidos con estos cuidados.¹³

¹² **GARCIA.** González, Maria de Jesús. "El proceso de enfermería por el modelo de Virginia Henderson." Una practica para orientar la enseñanza en la practica de enfermería" P. p. 21

¹³ **ANN** Marriener, R. N. , P,H.D." El proceso de atención de enfermaría un enfoque científico". P.p.1

2.3.2 ANTECEDENTES HISTORICOS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

En el pasado, la enfermería se describía en términos funcionales: actividades realizadas por las enfermeras. A principios de las década de 1960, la enfermera ponía énfasis en los aspectos interpersonales, intelectuales y científicos de la profesión. Los aspectos interpersonales de la relación paciente- enfermera fueron subrayado por Ida Jean Orlando, quien destaco la necesidad de acciones mas bien deliberadas que intuitiva; por su parte Louis Knowles incorporo el planteamiento científico describiendo a la enfermería como involucrada en descubrir, sondear, hacer y discriminar, con un enfoque continuo en el planteamiento científico, los dirigentes de enfermería explicaron la forma de aplicarlo al desarrollo de la profesión.

En 1966 Kelly describió la información disponible para la valoración de enfermería como los signos y síntomas del paciente, la historia y el diagnostico medico, los antecedentes sociales, el bagaje cultural y los factores físicos y psicológicos del medio ambiente. Dorethy Jonson enfatizo la importancia de la recocción sistemática de datos y su análisis riguroso. el diagnostico de enfermería se definió en ese tiempo como la determinación de la causa y el alivio de un síntoma.

En 1967 Yura y Wallsh escribieron el primer libro que definía en forma integral, cuatro componentes del proceso de atención de enfermería, las autoras daban gran importancia a las destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas de la practica de enfermería.

En la década de 1970, la profesión de enfermería empezó a mirarse como una disciplina científica orientada a una practica con base teórica y centrada en el paciente; el proceso como hoy en día conocemos, se legitima en 1973, cuando la asociación americana de enfermeras.¹⁴ Publico las normas de la práctica de enfermería, como el reflejo del extenso campo que abarca.

¹⁴ JANE. W. Griffith." Practica de la enfermería con base teóricas"P.p.. 2-3

(ANA) publico “estándares del ejercicio de la enfermería” que describe los cinco pasos del proceso de enfermería: valoración, diagnosticar, planificar, actuar y evaluar.

Una vez legitimado se hace una revisión exhaustiva del ejercicio de la enfermería para reflejar estos aspectos en ella.

El proceso de enfermería, es un método sistemático racional de planificar el estado de salud del paciente y los problemas reales o potenciales, establece planes para cubrir las necesidades identificadas y ofrece actuaciones específicas de enfermería para cubrir dichas necesidades.

El proceso de enfermería es cíclico, sus fases o componentes siguen una secuencia lógica, puede estar implicado más de un componente a la vez.

De acuerdo a cada autor, el proceso de enfermería puede constar de cuatro o cinco componentes o fases.

El proceso de cuatro fases consiste: valorar, planificar, ejecutar y evaluar, en este planteamiento el diagnóstico, está incluido en la fase de valoración.

El planteamiento de proceso de cinco fases consiste en: valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar.

Tanto el proceso de cuatro, como el de cinco fases proporcionan una estructura organizada para alcanzar los objetivos del proceso.

En ambos es esencial la interacción entre el paciente y la enfermera.

2.3.3 ETAPAS DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.

Consta de cinco etapas, Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución, y Evaluación. Las cuales se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente.

a) **Valoración:** Es la primera etapa del proceso de atención de enfermería.

Es el primer paso de la identificación del problema cuando se reúne la información para asegurarse de que dispone de todas las piezas del rompecabezas que le permitan tener una idea clara del estado de salud del paciente. En esta fase se reúne la mayor información posible, para tener una

imagen lo mas completa y apegada a la realidad, sobre los problemas del paciente, como todas las decisiones e intervenciones de la enfermera se basan en la información reunida durante esta fase , esta etapa debería considerarse la mas importante.¹⁵

- b) **Diagnostico.**esla segunda etapa del proceso de atención de enfermería. Consiste en el análisis de los datos obtenidos con el propósito de identificar y examinar el grado de dependencia e independencia del paciente o su familia, sus necesidades y capacidades, en cada una de las necesidades básicas y los problemas de salud real o potenciales, se utilizaran las categorías de la Nanda.
- c) **Planeación:** es el desarrollo de un proyecto donde , donde se desarrolla un plan de acción, con el paciente y su familia, donde se establecen objetivos y acciones de enfermería encaminadas a predecir, prevenir y tratar problemas relacionados con la salud donde ambos han establecido. Registros del plan de cuidados. El plan de acción incluye las órdenes médicas.
- d) **Ejecución:** Es la realización de las actividades preescritas durante la fase de planificación. Se determinan las intervenciones del paciente o de su familia en el plan de cuidados y se identifican nuevos problemas o avances.
- e) **Evaluación:** se decide si el plan ha sido efectivo o si es necesario hacer algún cambio. La evaluación se hace en base a los objetivos propuestos.¿ se si ha logrado la independencia del paciente en cada una de las necesidades básicas?¹⁶

¹⁵ **LEFEVRE,Alfaro R.** "valoración"antologia Fundamentación teórica para el cuidado.P.P.275

¹⁶ **GARCIA. González, María de Jesús.** "El proceso de enfermería por el modelo de Virginia Henderson." Una practica para orientar la enseñanza en la practica de enfermería P. p. 21-44

2.4 MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON:

En Virginia Henderson, nace en ella la inquietud de crear un modelo conceptual diferente al tradicional que se manejaba en aquella época, el cual se daba de una manera medical izado para la enseñanzas de enfermería, esto producía insatisfacción en ella por la ausencia de un modelo de enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia.

2.4.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

Referencias y antecedentes personales.

Virginia Henderson nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos. Originaria de Kansas City, Missouri, paso su infancia en Virginia, ya que su padre ejercía la abogacía en Washington D .C.

Durante la primera guerra mundial, desarrollo su interés por la enfermería. Así en 1818 ingreso a la Escuela de Enfermería de la armada de Washigton, D.C. graduándose tres años más tarde En 1921 se graduó y acepto un puesto como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York,. En 1922 inicio su carrera docente en enfermería en el Norfolk Protestan Hospital de Virginia. Cinco años mas tarde ingreso en el Theacher Collage de la Universidad de Columbia, donde consiguió los títulos B .S. y M .A. en la rama de enfermería. En 1929, Henderson ocupo el cargo de supervisora pedagógica en la clínica de Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. Regreso al Thecher College en 1930 como miembro del profesorado e impartió cursos sobre las el proceso de análisis en enfermería y practica clínicas por el periodo de 1930 -1948.

Se dio a conocer en nuestra patria por los años 60, al revisar el libro de Berta Harper. Que se publico en español con el nombre de tratado de Enfermería Teórica y Práctica.

Virginia Henderson tuvo como influencia en sus primeros trabajos.

Anni W. Goodrich, fue decana de la Escuela de Enfermería del Ejército en la que Henderson recibió su formación básica. Quien constituyó una fuente de inspiración en el cuidado del paciente.

Carolina Stackpole. Fue profesora de filosofía, cuando Henderson fue estudiante. Fue ella quien imprimió en Henderson la idea de la importancia de mantener un equilibrio fisiológico.

Jean Broadhurst, fue profesora de microbiología quien Henderson aprendió de ella la importancia de la higiene y la asepsia.

Dr. Edward Thorndike. Trabajaba como psicólogo en el theacher collage el investigaba sobre las necesidades básicas del ser humano. Henderson se dio cuenta que la enfermedad es algo más que un estado patológico y que las necesidades básicas no satisfacen, en su mayoría, en los hospitales.

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

Bertha Harper. Enfermera canadiense autora original del Textbook of the Principles and Practice of Nurcing. existía una coincidencia en la definición que propuse Harmer en 1922 comienza diciendo que la enfermería se enraíza en las necesidades de la humanidad.

Ida Orlando. Influyo mucho en su idea sobre la relación existente entre la enfermera y el paciente, según sus propias palabras Ida Orlando (Pilletier) me ha hecho darme cuenta de lo fácil es equivocarse al valorar las necesidades del paciente cuando no contrasta con el las interpretaciones de dichas necesidades.

Todos estos personas, influyeron para que Henderson una tuviera su propia visión sobre su modelo conceptual.

Su modelo conceptual, se sustenta en las necesidades básicas del ser humano y en los 14 componentes, que parte de las necesidades físicas para llegar a los componentes psicosociales, se observa una correlación con la jerarquía de necesidades.¹⁷

¹⁷ **MARRINER**,Tomey A. Raile,Alligood M." Fundamentación teórica para el cuidados..204-208

2.4.2 PRINCIPALES CONCEPTOS DEL MODELO DE V. HENDERSON

Virginia Henderson, Se apoyo mucho en los postulados de Florencia Nightingale e incorporo en su teoría principios fisiológicos psicológicos a su concepto personal de enfermería. Esta teoría planteo los criterios acerca del entorno, la salud, y la persona, la cual definiéremos cada una de ellas.

1. Persona (Necesidades básicas): Cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad física y psicológica y promover su desarrollo y crecimiento, tiene la habilidad y la capacidad de satisfacerla de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida.

Existe una estrecha interrelación de los aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales y espirituales, siendo necesaria la interrelación de cada una de estas necesidades con las restantes para poder valorar el estado del individuo como un todo de una manera holística.

2. Salud (independencia/ dependencia y causa de dificultad):

V. Henderson, la considera un estado de independencia o satisfacción a adecuada de las necesidades. Ya que la salud es una cualidad de la vida y es básica para el correcto funcionamiento del organismo humano,(la salud es la habilidad del paciente para realizar sin ayuda la 14 necesidades componentes del cuidado de enfermería).

La enfermedad por lo tanto, es un estado de dependencia motivada por la insatisfacción o la satisfacción inadecuada de las necesidades.

Las causas se identifica por falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad.

- **Dependencia:** Es la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades.
- **Causa de Dificultad:** Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.

Virginia Henderson las agrupa en tres posibilidades

Falta de fuerza: Es capacidad del individuo para llevar a termino las acciones pertinentes a la situación. Lo cual vendrá determinando por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual.

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

Falta de conocimiento: Se refiere alas cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de la enfermedad. La propia persona tiene (auto conocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

(Cuando existe falta de conocimiento de los mecanismos de acción del desarrollo de las enfermedades, de los recursos de salud, los cuidados que se deben tener cuando se presenta la enfermedad para evitar su desarrollo, en general lo que se refiere ala prevención, curación y rehabilitación).

falta de voluntad: Se entiende como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades. (Cuando la voluntad se ve disminuida por los problemas de salud, frecuentemente este estado, esta relacionado con la capacidad intelectual y se ve limitado por la falta de recursos económicos o por factores socioculturales).

3. Rol profesional: Los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos. Porque todos tenemos los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes: sin embargo varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades. En otras palabras la enfermera se compone de los mismos elementos inidentificables, pero estos se han de adoptar a las modalidades y a la idiosincrasia de cada persona.¹⁸

¹⁸ **FERNANDEZ,** Ferrin, Carmen Novel y Marti Gloria."fundamentacion teórica para el cuidado. 264-269

La contribución de las enfermeras al trabajo en equipo multidisciplinario, considerando que colabora con ella los demás, en la planificación y ejecución de un programa global. ya sea para el mejoramiento de la salud o restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimiento a la hora de su muerte.

Ningún miembro del grupo debe exigir de las otras actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia.

En relación con el Paciente Henderson afirma que todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atienden como la figura central y comprender que primordialmente su misión consiste en asistir a esta persona, si el paciente no comprende ni acepta el programa tratado con el y para el ni coopera en su desarrollo, se perderán gran parte de los esfuerzos del equipo

Ya que el paciente o usuario es visto, como un sujeto activo y responsable de su propia salud, que participa en las decisiones y en logro de sus metas.¹⁹

Los niveles de dependencia en la satisfacción de las necesidades también son específicos y únicos para cada individuo, los cuales varían según los aspectos bio-fisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, considerados como parámetros de normalidad en cada caso concreto.

La presencia de estas 3 causas o de algunas de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente

4. Entorno: Es el medio ambiente en el que el individuo desarrolla su actividad: hogar, trabajo, escuela, hospital, los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno físico inmediato, la enfermedad puede intervenir en tal capacidad, por lo tanto las enfermeras pueden proteger a los pacientes de lesiones producidas por agentes externos, mecánicos o físicos.

Algunas autoras han criticado a Henderson el no incluir el concepto de entorno de una manera específica dentro de sus modelos sin embargo si se analiza el

¹⁹.IDEM. P.p.270.

contenido del modelo de Virginia Henderson. Vemos que la autora menciona una vez de forma implícita y otras explícitamente la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultural aprendizaje, factores ambientales, para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados, aunque no dedique un capítulo al análisis de estos aspectos, se puede afirmar que están contemplados sistemáticamente en la descripción de las características de las 14 necesidades y de los factores que influyen.

2.4.3 LAS CATORCE NECESIDADES BASICAS DE VIRGINIA HENDERSON.

1. Necesidad de oxigenación.

El ser humano, no nacido, se encuentra en el seno materno recibe el oxígeno de la placenta a través del cordón umbilical; una vez expulsado por el mecanismo de trabajo de parto debe de ser capaz de respirar por sí mismo, y su aparato respiratorio debe de empezar a funcionar espontáneamente en los primeros segundos de nacido.

La respiración es la función por medio de la cual el organismo absorbe (inspiración) del exterior, el oxígeno necesario para el sostenimiento de la vida y elimina (expiración), del interior los gases nocivos para la misma.

La frecuencia respiratoria normal en el adulto es de 16 a 20 respiraciones por minuto en el recién nacido varía de 30 a 50 por minuto y disminuye gradualmente hasta la edad de 10 a 12 años en que se iguala con el adulto.

Los factores que pueden producir variaciones en la frecuencia respiratoria son: ejercicio, reposo, fiebre, nutrición, e hidratación, postura, edad, sexo, estatura, emociones y hábitos.

Las causas más frecuentes de suministro insuficiente de oxígeno a las células (hipoxia) son las siguientes: obstrucción de las vías respiratorias por infecciones o secreciones, la anemia y la pérdida de sangre aguda o crónica y la insuficiencia circulatoria, la inflamación de los órganos implicados en la ventilación pulmonar,

puede producir hipo ventilación y / o disminución de la capacidad de difusión de la membrana respiratoria, la inflamación.

2. Necesidad de nutrición e hidratación.

El termino nutrición es una cualidad o estado de los seres vivos; cuando usamos este termino para referirnos a una persona humana; es fácil determinar si esta bien o mal nutrida.

Una persona adulta bien nutrida, es una persona saludable; que vive un estado de equilibrio porque el gasto energético y plástico que consume diariamente, lo repone regularmente en cantidad suficiente, y mantiene reservas que puede utilizar en momentos de mayor desgaste, evitando de esta manera alguna alteración de sus funciones.

Las sustancias nutritivas que contienen los alimentos, necesitan para su absorción en el intestino delgado de transformarse en moléculas simples que pueden atravesar la mucosa intestinal. Esta transformación se adquiere mediante el proceso de digestión.

Hidratación: el agua es un componente abundante y necesario en el organismo humano. El cuerpo del recién nacido está constituido de un 80% de agua. En el organismo del adulto este componente está presente del 45% al 60%.

En estado normal hay un equilibrio entre la ingestión y la perdida de agua, este se mantiene mediante una serie de fuerzas que controlan la salida y la entrada de ón puede ser ocasionada por: traumatismos, agentes químicos como: bacterias , humos, gases, alergenos y por microorganismos como virus bacterias y hongos.

agua, entre los diferentes espacios del organismo para conservar así, una cantidad adecuada de cada uno de ellos entre estas fuerzas se encuentran principalmente, la presión osmótica, producida por los electrolitos y las proteínas plasmáticas y la presión hidrostática de la sangre impulsada por el corazón.

Normalmente hay un ingreso de agua al organismo cuando se ingieren líquidos y alimentos con importante contenido hídrico como las frutas y las verduras.

El cuerpo pierde agua por transpiración cutánea, por el aire expirado, por la orina y por las heces.²⁰

3. Necesidad de eliminación.

Para conservar su funcionamiento normal, el organismo debe de desechar los residuos acumulados durante el catabolismo de los alimentos, así como los gases y otros elementos no utilizables, formados durante el proceso de la digestión.

Al acto de evacuar el intestino se le denomina defecación y a los desechos eliminados se le llama heces fecales.

Características que modifican la eliminación fecal: cada persona tiene un patrón único de eliminación fecal. Al valorar la eliminación fecal de las personas se deben de tener en cuenta los siguientes puntos: la edad, la dieta, defecación regular, la ingesta de líquidos y el ejercicio.

Problemas más frecuentes en la eliminación intestinal.

Estreñimiento: se le da este nombre a la expulsión de heces pequeñas y duras o la retención de heces durante cierto tiempo, situación que se acompaña de dificultad para la evacuación.

Diarrea: es la producción de heces líquidas y el aumento de las defecaciones.

Eliminación por el aparato urinario.

Los riñones son dos órganos cuya función es eliminar los productos de desecho del metabolismo. El volumen de orina excretada en 24 hrs. es variable pero se considera que no debe de ser menor de 500ml. Ni mayor de 3000 ml. En 24 hrs.²¹

²⁰ **GARCIA G.** María de Jesús "El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson" P.P. 55-68.

²¹ **GARCIA G.** María de Jesús "El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson" P. p. 97-107

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.

El ejercicio físico ayuda a mantener un corazón saludable porque hace que aumente la circulación coronaria y las fibras del miocardio se contraen con mayor fuerza para aumentar el gasto cardíaco.

Cuando el cuerpo está sano y bien alineado, los músculos están en un estado de ligera tensión. La buena alineación necesita una fuerza muscular mínima y mantiene un apoyo adecuado para la estructura y órganos internos del cuerpo.

Una buena postura mejora la salud y le da una buena presencia a nuestro cuerpo. La práctica de los mecanismos corporales correctos es esencial para que las enfermeras prevengan la fatiga, las torceduras y lesiones durante la práctica profesional.²²

5. Necesidad de descanso y sueño.

El descanso físico y mental son necesidades básicas del ser humano; cada persona necesita cubrir ciertos requerimientos del tiempo y condiciones favorables para satisfacer su necesidad de dormir y descansar, lo cual es muy importante para tener un funcionamiento óptimo de su organismo.

El descanso físico comprende la ausencia de dolor y un ambiente de armonía que favorezca la relajación.

Sueño.

Es un estado de inconciencia del que se puede sacar a una persona por medio de estímulos apropiados.

El sueño ayuda a recuperar la energía perdida durante las actividades cotidianas y el trabajo físico y mental del día.

Dolor: El dolor es uno de los problemas que con mayor frecuencia impiden a los enfermos la tranquilidad para dormir. Con un sueño profundo que repare sus fuerzas, ya de por sí debilitadas por la enfermedad.

Engel (1990) ha definido el dolor como “una sensación molesta referida al cuerpo, que representa el sufrimiento inducido por la percepción psíquica de un daño real o imaginario “el dolor es un síntoma premonitorio, de que algo anda mal

²² IDEM P.p.191.

fisiológicamente en un organismo, lo positivo del mismo es que obliga al paciente a que busque ayuda para solucionar su problema de salud.²³

De usar prendas de vestir.

6. Necesidad e vestir adecuadas.

La forma de vestir y la de acicalarse son parte importante de la personalidad de un individuo, es un rasgo particular que lo hace diferente a los demás.

La forma de vestir, es parte de la cultura en que vivimos, y nos hemos desarrollado. Los rasgos culturales son más firmes en las personas que viven en el campo y en las etnias, las cuales no cambian su forma de vestir en ninguna circunstancia, mientras que su arreglo personal es sencillo y vistoso.

En la mayoría de los hospitales privados o de gobierno no se permite a los pacientes que usen ropa personal, esta debe de ser sustituida por la ropa de hospital, desde el ingreso hasta que el paciente sea dado de alta.²⁴

7. Necesidad de termorregulación.

La temperatura corporal es el grado de calor que mantiene el organismo en un momento dado. La temperatura corporal, es un equilibrio entre el calor producido por el organismo, como resultado de la oxidación de los alimentos; el calor que recibe del medio ambiente y el calor que pierde en la transpiración, la respiración y la excreción principalmente.

Fiebre.

Es la elevación anormal de la temperatura corporal. Se piensa que la temperatura se eleva, por la acción de sustancias toxicas que afectan a la regulación de la temperatura.

Hipotermia.

Es la disminución de la temperatura corporal por debajo de lo normal.²⁵

8. Necesidad de higiene y protección de la piel.

²³ **GARCIA G.** María de Jesús "El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson"
P.P.128-142.

²⁴ **IDEM P.P.207.**

²⁵ **GARCIA G.** María de Jesús "El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson"
P.p.149

La higiene corporal es una de las formas más sencillas de conservar la salud física y proporcionar bienestar.

La piel esta formada por tres capas principales: la epidermis la dermis y el tejido subcutáneo o hipodermis.

Funciones de la piel:

- constituye una eficaz barrera contra las agresiones del ambiente.
- Protege contra el frío intenso y en altas temperaturas impide la perdida excesiva de líquidos corporales.
- Las capas conjuntivas protegen de los golpes.
- El tejido elástico favorece la cicatrización de pequeñas heridas.
- La sensibilidad al dolor, es útil como aviso para evitar lesiones mayores.
- La piel intacta, no permite la entrada a los microorganismos.²⁶

9. Necesidad de evitar los peligros.

Promoviendo la salud mediante la práctica de medidas para evitar riesgos de enfermar y morir, ayudaremos al cliente a adquirir la capacidad para practicar medidas de seguridad y evitar accidentes, como precaución se recomienda conservar la salud mediante el cuidado de evitar peligro como:

Los sentidos corporales: ojos, oídos, olfato, gusto y tacto. Son las facultades del ser humano.

10. Necesidad de comunicarse.

La comunicación es un proceso a través del cual, se transmiten y reciben ideas, emociones e informaciones entre personas y grupos personas. Comprende todos los mecanismos por medio de los cuales una persona se relaciona con otras personas.

El poder comunicarse con los demás, es de suma importancia para la conservación de la salud, en todas las etapas de la vida, porque la comunicación es un medio para satisfacer las necesidades básicas.

El medio o canal para recibir información del ambiente externo son los sentidos corporales. En el campo de la enfermería la comunicación es el medio por el cual la enfermera puede mantener una relación terapéutica con el paciente.²⁷

²⁶ IDEM.P.p.175

11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores.

Religión: este término significa las relaciones que el hombre tiene con su creador, el culto que se tributa a la divinidad.

Históricamente se puede comprobar así como en la propia vida podemos observar, que en situaciones adversas, sentimos una necesidad más apremiante de orar y comunicarse con Dios.

La enfermedad es una circunstancia adversa para toda la familia, pero principalmente para el propio enfermo, que se ve afectado físicamente, y con mucha frecuencia, también social y económicamente.

Todas las personas, sin importar su escolaridad, edad y condición social, sienten la necesidad de esta comunicación y práctica de su fe. Por eso la enfermera estará dispuesta para prestar la ayuda espiritual mano que le permiten comunicarse, estudiar, trabajar, conocer personas y lugares y poder disfrutar de la música el arte y la lectura.

Los sentidos también nos ayudan a percibir las situaciones de peligro y nos permiten modificar a tiempo tales situaciones.

El medio o canal para recibir información del ambiente externo son los sentidos corporales. En el campo de la enfermería la comunicación es el medio por el cual la enfermera puede mantener una relación terapéutica con el paciente.²⁸

Históricamente se puede comprobar así como en la propia vida podemos observar, que en situaciones adversas, sentimos una necesidad más apremiante de orar y comunicarse con Dios.

La enfermedad es una circunstancia adversa para toda la familia, pero principalmente para el propio enfermo, que se ve afectado físicamente, y con mucha frecuencia, también social y económicamente.

²⁷ **GARCIA G.** María de Jesús "El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson" p.212

²⁸ **GARCIA G.** María de Jesús "El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson" p.281

Todas las personas, sin importar su escolaridad, edad y condición social, sienten la necesidad de esta comunicación y práctica de su fe. Por eso la enfermera estará dispuesta para prestar la ayuda espiritual que el paciente necesita o le solicite.²⁹

12. Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas.

La recreación es una necesidad básica para todo ser humano en cualquier etapa de su vida. Para que sea verdaderamente beneficiosa, es necesario distinguir entre pasatiempo, recreación y oceo.

Pasatiempo. Es la actividad que entretiene pero no favorece el descanso ni el crecimiento personal.

Recreación. Es distracción, entretenimiento y placer.

Oceo. Es descanso, entretenimiento, obras de ingenio formadas en los ratos libres que dejan otras tareas.

Aprovechar el periodo de rehabilitación para aprender habilidades manuales que puedan servir como actividades recreativas y como ejercicio mental y físico y así poder ofrecer a los pacientes una variedad de actividades recreativas según sus gustos, capacidades y recursos.³⁰

idad de esta comunicación y práctica de su fe. Por eso la enfermera estará dispuesta para prestar la ayuda espiritual

13. Necesidad de trabajar y realizarse.

Trabajar es una necesidad básica del ser humano, es una forma de auto expresión importante a través de la cual la persona puede manifestar su capacidad y recursos.³¹

²⁹ IDEM. P.p.281

³⁰ IDEM. P.p.274

³¹ IDEM. P.p.295

14. Necesidad de aprendizaje

Un estado saludable es indispensable para alcanzar una vida plena en todos los aspectos que forman a la persona como son: los físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Cuando se conocen las medidas para promover la salud y proteger al organismo de enfermedades y se ponen en práctica durante toda la vida, los resultados son una existencia gozosa y productiva.

En cambio, el desconocimiento sobre el cuidado de la salud, solo conduce al descuido y a la enfermedad. El estado de salud no es un fin en sí mismo, lo que importa, es que la salud permita al individuo, el goce pleno de sus facultades para que disfrute el bienestar individual y colabore al progreso común (San Martín, 1979.³²

³² **GARCIA G.** María de Jesús “El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson”
P. p.231

2.5 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA DE VIRGINIA HENDERSON.

Ante la necesidad de encontrar un modelo para la enseñanza de enfermería que sea aplicable para la practica, útil en nuestro medio y que además se le puede hacer las adaptaciones necesarias para hacer aceptado y puesto en practica por las enfermeras clínicas. Se selecciono el modelo de Virginia Henderson que se sustenta en las necesidades básicas del ser humano. Según este modelo se estructuro el contenido de este trabajo.

2.5.1 CONCEPTO DE PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

Aunque Virginia Henderson, no lo definió como tal de la literatura revisada se interfiere que el proceso atención de enfermería es importante para la reflexión que la enfermera tiene que llevar a cabo para la conformación del plan de atencion

Rosa Linda Alfaro (1999) esta autora lo define” Que es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y el tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales. En término paciente se incluye también a la familia y comunidad.³³

2.5.2 ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Costa de cinco Etapas, Valoración, Diagnostico, Planificación, Ejecución, y Evaluación, a lo largo de cada una de las etapas o sea durante el proceso, la enfermera se guía por un modelo de enfermería.

Siguiendo el modelo de Virginia Henderson, y las 14 necesidades de los cuidados de enfermería orientan a las cinco etapas del proceso.

³³**GARCIA G.** María de Jesús “El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson “Una propuesta para orientar la enseñanza en la practica de enfermería.P.p.21

1. VALORACIÓN.

La valoración es la primera etapa del proceso de enfermería se hace reuniendo toda la información necesaria para determinar el estado de salud del paciente, mediante una historia clínica de enfermería, que abarca las 14 necesidades básicas del paciente.

En esta fase se reúne la mayor parte de la información posible, para tener una imagen lo más completa y apegada a la realidad, sobre los problemas del paciente.

2-DIAGNÓSTICO.

Se examina el grado de dependencia e independencia del paciente o su familia, (sus necesidades y capacidades). En cada una de sus necesidades básicas, y los problemas de salud, reales o potenciales, se utilizarán las categorías de la NANDA.

3. PLANIFICACION

Se desarrolla un plan de acción, con el paciente y su familia que incluirá las actividades siguientes; determinar prioridades, determinar objetivos, actividades de enfermería y actividades del paciente y familia que ayudaran a lograr los objetivos que ambos han establecido. Registro del plan de cuidados. El plan de acción incluye las órdenes médicas.

4. EJECUCIÓN.

Es la puesta en practica de lo planeado en la fase anterior, las fases de plantación y ejecución tiene una relación muy estrecha en la practica se pueden encontrar.

Se realizan las actividades preescritas durante la fase de planificación. Se determina las intervenciones del paciente o su familia en el plan de cuidados, se identifican nuevos problemas o avances.

5. EVALUACIÓN.

Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Al medir el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos, la enfermera valora la efectividad de las actuaciones de enfermería.

A esta etapa se le da el quinto lugar en el proceso de enfermería, es porque le corresponde siguiendo el orden lógico en el ordenamiento de las etapas. En la práctica, puede decirse que es un proceso que inicia desde la etapa de valoración y retroalimenta cada una de las etapas.

La evaluación del logro o no logro de los objetivos, es la clave para determinar la efectividad del plan.

En la aplicación del modelo de Henderson, la evaluación se dirige a determinar el grado de independencia alcanzado por el paciente y su familia, respecto de los problemas identificados al poner en marcha el plan de cuidados.³⁴

³⁴ **IDEM.**P.p.22-34

2.6 CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS DEL ADULTO JOVEN

Los individuos llegan a la edad adulta a los 20 años después de pasar la etapa de la adolescencia, esta etapa termina más o menos entre los 60 y 65 años, que es cuando inicia la etapa del adulto mayor o vejes.

Concepto: edad adulta es la etapa en la cual los individuos han adquirido todo su crecimiento físico, un gran desenvolvimiento social y emocional, un grado mayor de desarrollo, de autorrealización, de confianza en si mismo, en su capacidad de tomar decisiones, gozando de más independencia y manteniendo intimidad consigo mismo y con otras personas.

La edad adulta es de larga duración y se subdivide en etapas de adulto joven y etapa del adulto maduro, cada uno tiene aspectos y características especiales. El adulto joven abarca edades comprendidas entre los 20 y 40 años y su inicio depende de aspectos socioculturales, ambientales y familiares.

El adulto maduro va de los 40 a los 65 años y se le considera la etapa de la conciliación con la realidad práctica, en la cual el individuo es capaz de controlar sus emociones, de afrontar problemas y frustraciones sin esfuerzo indebido.

Los individuos en la etapa adulta en cuanto al crecimiento físico, han madurado en todos los sentidos; el tamaño de los huesos, masas muscular, del depósito de grasa en los tejidos blandos, en la anchura de los hombros en los varones y en la amplitud de las caderas en la mujer.

En relación con la talla, tienen un crecimiento continuo y acelerado hasta los 20 años, permaneciendo constante hasta la etapa de adulto mayor., cuando la posición y acomodación de los huesos producen una ligera disminución de talla.

Las necesidades básicas del adulto son las siguientes: nutrición, educación, trabajo, recreación, estímulo, seguridad y sentimiento de pertenencia, independencia, sueño y reposo, sexualidad y ejercicio. Los adultos jóvenes

atraviesan por varias situaciones, tales como la soltería, noviazgo, matrimonio, nacimiento de hijos, divorcio y separación.

La mujer esta preparada para el matrimonio, entre los 22 y 25 años, mientras el hombre entre los 25 y 28 años. Durante esta época el hombre y la mujer adquieren el bagaje cultural, para su plena autonomía personal, también va adquiriendo una independencia económica y tienen mayor capacidad de convivencia con otros pensando, actuando y reaccionando en forma menos egoísta, impulsiva, más reflexiva y serena.

Después de los 25 años, los adultos miran el noviazgo como una escuela importante para llegar a una unión estable, poseen un alto grado de madurez emocional, afectiva sexual. Buscan un amor sincero y perdurable, totalmente desvinculado del que surge como consecuencia de una atracción física o de intereses de diversa índole (sociales y económicos).

En este periodo la pareja tiende a reflexionar y busca que ambas personas conozcan mutuamente sus intereses, ideales, criterios y aficiones; saber si sus caracteres son o no compatibles; es decir, el noviazgo en esta etapa exige inteligencia, dialogo, esfuerzo, responsabilidad y un alto grado de análisis y de madurez.

La decisión de engendrar una nueva vida, de tener un hijo es una de las responsabilidades más importantes que asumen los individuos, porque están contribuyendo a que se perpetúe la humanidad. El embarazo es un estado normal al cual esta expuesta toda mujer fértil, el cual comienza en el momento de la concepción y termina con el parto o el aborto.

Existen algunas alteraciones emocionales, que sumadas a los múltiples cambios fisiológicos del embarazo, también lo caracterizan. Ciertas mujeres multíparas reconocen el comienzo del embarazo por la Aparición de cambios en su personalidad. A menudo se presentan variaciones en el estado anímico, como depresión temporal, inestabilidad emocional, con crisis de llanto sin motivo

evidente, e irritabilidad; para otras en cambio, este es el mejor momento de su vida. Las nulípara, generalmente, se sienten excesivamente temerosas, aunque entusiasmadas; esta ansiedad es natural, pues presenta ante ellas una situación desconocida.

Durante el embarazo, no solo el útero y los tejidos circundantes están sometidos a un incremento funcional, si no también todo el conjunto de los órganos de la embarazada.

Aparecen una serie de signos y síntomas cuya intensidad y adaptación varía notablemente, según las peculiares características psíquico fisiológicas de la gestante.

Antes de concebir un (a) hijo(a), la pareja debe preocuparse por engendrarlo (a) a partir de un estado de salud satisfactorio, y después de su nacimiento mantener a menudo un control para que el (la) hijo(a) que acaba de nacer crezca saludablemente.

Los padres, al transmitir su carga genética en el momento de la concepción, dan el primer paso del largo camino de la vida del nuevo ser por la cual debe velar bajo múltiples aspectos, como son proporcionarles una nutrición, higiene y atención apropiadas; mantenerlos(a) bajo control pediátrico eficaz, integrando al (la) niño (la) adecuadamente en su status. Socioeconómico, procurando conocerle suficientemente para darle todo lo que necesita y de la forma más conveniente para su bienestar. El logro de la salud mental del niño o niña se concibe en el seno de la vida familiar y social.³⁵

Mi trabajo está enfocado en el cliente adulto joven sexo femenino de 26 años de edad.

Para fines de este trabajo se describirá la etapa de puerperio. Por lo anterior y a continuación mencionare lo que implica esta etapa.

Atravesando por esta etapa existen cambios psicológicos, biológicos, sociales por lo tanto hablare del puerperio

³⁵ MEDELLIN, G , y Muñoz 1995 "Crecimiento y desarrollo del ser humano." Antología. ENEO-UNAM." P.p.619-633

PUERPERIO

El puerperio: Es el tiempo que sigue al parto es una época de ajuste desde un enfoque físico y psicológico que inicia al terminar el alumbramiento continua hasta las seis semanas o hasta que el cuerpo ha recuperado el estado previo a la gestación.

El periodo post parto se ve influido por los procesos de la gestación donde el organismo se ajusta a los cambios corporales gradualmente, pero en el parto ocurren cambios físicos más acelerados que alteran y dan lugar a cambios de imagen corporal aunando al nuevo papel de adaptación a la crianza del hijo y de las reacciones de todos los miembros de la familia.

A continuación se describirán primero el cambio físico y psicológico que ocurren después del parto³⁶

Se divide en tres periodos que son:

- I. POSTPARTO INMEDIATO:** El útero continuo en su fase de contracción y relajación alterna, hasta que alcanza un estado de contracción fija, permanente e irreversible constituyéndose el globo de seguridad de pinar. En este periodo puede durar 1.2.3 y veces hasta las 24 hrs.
- II. PUERPERIO MEDIATO:** Es la segunda etapa donde el útero ya ha alcanzado su estado de contracción fija, permanente e irreversible, generalmente dura de 5-10 días.
- III. PUERPERIO TARDIO O DE RECUPERACION:** Del día nueve hasta los cuarenta recibe el nombre de puerperio tardío.³⁷

Ajustes anatómicos fisiológicos

Generales: aparatos y sistemas

Los cambios generales están en relación previo con el peso corporal, en el tiempo que sigue al parto inmediato se pierde peso en forma más rápida debido a que el

³⁶ **ALFARO.** Camacho. Maria Guadalupe” Participación de enfermería en la evolución clínica del puerperio “Antología obstetricia 1 ENEO UNAM”. P.163.

³⁷ **FELIX** Ramirez Alonso “ obstetricia para la enfermera profesional” P.181-188

útero se ha quedado vacío y por la pérdida de líquido: diaforesis por el esfuerzo hemodinámico y uresis; al final del tiempo que sigue del parto tardío la pérdida es aproximadamente de 8 a 10 Kg. de peso en total, a la regresión todos los órganos a su estado previo.

Los cambios en los signos vitales se manifiestan por la elevación de la temperatura el primer día puede haber aumento desde 1 hasta 2.5 centígrados por la absorción de pirógenos durante el trabajo de parto. Si se prolonga la hipertermia por dos o más días deberá pensarse en un proceso infeccioso.

El aumento en la frecuencia del pulso disminuye después del parto, por el estímulo del plexo nervioso abdominal neumogástrico. Entre 60 y 70 pulsaciones están en los rangos de la normalidad. Pero la presencia de taquicardia es un indicador de anemia o infección. La respiración sufre alteraciones en el último trimestre por la compresión abdominal que provoca disnea mecánica. La presión arterial en el puerperio inmediato no sufre cambios, si hay hipotensión persiste se pensará en hipovolemia, estado de choque.

El aparato urinario en el puerperio inmediato incrementa la eliminación de la orina de 1500 a 2000 ml en 24 hrs. En el examen microscópico de la orina (labztix), se puede observar elevación de albúmina en los 5 primeros días. Existe el riesgo de una retención urinaria por hipotonía vesical secundaria a sobre distensión o de innervación vesical vejiga neurogénica.

El sistema endocrino sufre una disminución muy rápida de los niveles de estrógenos, progesterona y gonadotropina y hay un aumento muy exacerbado de prolactina.

Locales aparato reproductor, útero y anexos

El útero, ovarios, cervix, vagina, aparato urinario y mamas.

El útero en el momento del alumbramiento pasa alrededor de 1000gr y regresa a su peso de 60 a 80 gr. a través del proceso de involución en forma rápida, al décimo o doceavo día esta a nivel del borde superior del pubis y en la sexta semana ha vuelto a su tamaño normal.

El flujo uterino está constituido por la sangre de los vasos del sitio placentario y desechos de la necrosis residual y recibe el nombre de loquios; gradualmente cambia el color de rojo rutilante, después sero hemático y blanco.

Los efectos de la inhibición de los estrógenos y la progesterona sobre la hipófisis anterior se eliminan cuando la placenta se expulsa y las secreciones de FSH y la hormona luteinizante se elevan en forma gradual.

El tiempo que transcurre para la función ovárica normal está determinado por la actividad ovárica y de la lactancia de la madre. En el puerperio inmediato el tamaño es de 17x 12x8 cm. con un grosor de 3 cm. la localización es pélvico abdominal, con una consistencia dura y el sangrado (loquios) sangre roja oscura al principio, sero hematina de los 4 a 8 días, y serosa posteriormente y cuando termina el puerperio tardío el tamaño es de 8x5x4 cm. con un grosor de 1.5 cm., se ubica en la pélvica, consistencia muscular y el sangrado que se presenta es menstrual si no hay lactancia.

Cervix

El cervix en el puerperio inmediato se encuentra sin consistencia y colgante de los fondos del saco vaginal, alrededor del octavo día se encuentra recuperada con disposición anatómica fisiológica: recupera su tono, el conducto cervical se forma de nuevo al contraerse los orificios internos y externos; alrededor del día 14 las laceraciones cervicales se regeneran mediante la proliferación de fibroblastos.

Ovarios

Al principio persiste la anovulación después entre los 40 y 80 días reinicia la ovulación siempre y cuando no haya lactancia.

Vagina

La vagina no recupera su forma pregrávida en algunas mujeres puede haber relajación aún cuando se haya realizado operación cesárea. El epitelio vaginal es delgado y lizo hasta que la función ovárica reinicia y aparece la producción de estrógenos.

Aparato urinario

La vejiga en la etapa del puerperio llega a tener alteraciones que van desde la hiperémesis y edema hasta la presencia de hemorragia submucosa a consecuencia del traumatismo del parto.

Mamas

En la gestación los tejidos glandulares y ductales de las mamas son estimulados por las altas concentraciones de estrógenos, progesterona y lactógeno placentario humano (h p l), prolactina, cortisol e insulina y se sostienen después del parto sólo si la madre amamanta a su hijo en forma continua en este caso por estímulo de succión.

En puerperio inmediato aparece la secreción del calostro, un líquido con escasa consistencia, color amarillo y alcalino con mayor cantidad de proteínas que grasa y carbohidratos que la leche. También es más elevada la concentración de globulina que la de albúmina. En algunas mujeres suele presentarse la distensión como consecuencia de la ingurgitación de los vasos sanguíneos y linfáticos.

La producción de leche está dada por la estimulación del niño que succiona el pezón y que propicia la secreción de la prolactina que libera oxitocina a partir del lóbulo posterior de la hipófisis. La oxitocina estimula las células epiteliales que están en el contorno de las glándulas mamarias a contraerse y forzar la eyección de la leche a través de los conductos hasta la salida por los pezones.³⁸

Adaptaciones psicológicas puerperales

El puerperio es un periodo de readaptación y ajuste para toda la familia, pero sobre todo para la madre. La mujer experimenta varias respuestas conforme se adapta al nuevo miembro de la familia.³⁹

1. periodo de adaptación

En el periodo del puerperio ocurren dos etapas de adaptación emocional.

³⁸ IDEM P.p. 163-166

³⁹ IDEM.P.p.169

En la primera fase de adaptación, se caracteriza por la pasividad y dependencia maternas: sigue reglas, sugerencias, se muestra ansiosa por tomar decisiones y preocupada por sus necesidades de sueño y descanso, alimentación.

La fase de tomar y retener se inicia después del tercer día del parto se siente capaz de readaptar el control de su propia vida. Inicialmente esta etapa por abarca el control de sus funciones corporales, si amamanta a su hijo se preocupa por la calidad de la leche y su éxito en la nutrición del mismo; su deseo de éxito lo manifiesta por la preocupación de ser una buena madre.

La **“tristeza posparto”** consiste en un periodo transitorio de depresión que sobreviene a menudo durante el puerperio. Se puede manifestar por anorexia, tendencia al llanto, dificultad para dormir y sensación de derrota. Esta depresión sobreviene a menudo durante la hospitalización, aunque puede suceder también en el hogar. Se considera que son factores causales tanto de adaptación del ego como cambios hormonales y desempeñar una función, a fatiga, el malestar, la sobrecarga estimuladora o la privación del estímulo.

Relación madre-padre-hijo

La relación con la madre con el hijo está en función de la educación, que varía su edad sus antecedentes, experiencias y expectativas. Una madre de diecinueve años de edad puede ser muy aprensiva en el cuidado de su hijo, mientras que otra de la misma edad se encontrara muy cómoda con este porque es la mayor de varios hermanos y que cuenta con amplia experiencia en la asistencia de los mismos.

La estimulación censo perceptiva del padre y de la madre con su hijo precisa de tocarlo hablarle con la finalidad que el niño aprenda a reconocer las voces de sus padres y al afecto que ellos le tienen le darán la seguridades su vida futura.

2. Aspectos socio culturales ligados al puerperio

La escolaridad formal es un indicador para valorar las necesidades de aprendizaje. Es fácil para la mujer que tiene educación más allá de la básica porque pasaran inadvertidas algunos incidentes y ella misma pedirá asesoria donde perciba

deficiencia. La valoración educacional se efectúa a través de la observación simple en la manera que manipula a su hijo, alimentos que selecciona y medidas higiénicas de la misma; la planeación de las experiencias educacionales en conjunto con el padre y la madre tiene la finalidad de satisfacer sus necesidades en el cuidado de su nuevo hijo desde como bañarlo como interpretar sus gesticulaciones y la forma de afrontar los cambios del papa el del padre y las realidades del nuevo niño.

En muchas culturas se insiste en rituales post parto para la madre y el niño, algunos de ellos tienen la finalidad de restablecer la armonía del balance del cuerpo entre lo caliente y lo frío. Los cambios dietéticas pueden reflejar la necesidad de evitar los alimentos frios y restablecer equilibrio entre lo caliente y lo frío.

III METODOLOGIA

Para la realización del estudio de caso esta integrado por dos ejes uno metodológico y el otro conceptual.

El primero de ellos de carácter metodológico, esta relacionado con en el proceso de atención de enfermería, el cual esta integrado por cinco etapas.

Valoración, diagnostico, planificación, ejecución, evaluación.

El segundo se encuentra centrado por el Modelo conceptual de Virginia Henderson

3.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO

Para realizar el presente estudio de caso se eligió a un cliente adulto joven post-operada de puerperio quirúrgico con (6 hrs. de evolución).que se encuentra internado en el área de Gineco- obstetricia de este hospital Dr. Martiniano carvajal. Que ingreso el día 23 de septiembre del 2004.

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

Para tal efecto se solicito el consentimiento informado del cliente por escrito (anexo 1) ya que el cuidado tiene implicaciones éticas sustentadas en cuatro principios:

Autonomía: Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

Confianza: Este principio se refiere a que el personal de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas.

La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades en los cuidados que brindan las personas y a la comunidad.

Beneficencia: se entiende como la obligación de hacer el bien.

No maleficencia: Se entiende como la obligación de evitar el mal.

Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien, prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada⁴⁰

Si al aplicar estos principios no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales; para la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad; esto tiene una aplicación individual y social. El estudio se realizó durante el tiempo que el cliente permaneció hospitalizado en el área de Gineco y obstetricia que fue de 72 horas, dándole seguimiento en su domicilio.

⁴⁰ Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México. P.P. 11

3.2 Valoración:

La valoración permite recabar una base de datos y para la cual se

Se utilizaron fuentes de técnicas e instrumentos que a continuación se describen.

3.2.1 FUENTES DE INFORMACIÓN

Para la obtención de la información se utilizaron.

Las fuentes primarias y secundarias , la primera se refiere al cliente y como fuente secundaria el expediente clínico, hoja de registro de enfermería, , familiares, profesionales de la salud y textos, entre otros.

3.2.2 técnicas

De igual manera se utilizaron técnicas como la entrevista, método clínico y observación.

a) Entrevista.

Es un contacto interpersonal que tiene por objeto recopilar datos verbalmente.⁴¹

La entrevista es una técnica observacional. Es un método que permite aprender acerca de las personas a través de una comunicación intencionada y dirigida hacia un fin. El propósito es animar al cliente a que exprese sus ideas, sus sentimientos y los hechos que permiten identificar sus necesidades inmediatas y alargo plazo.

La enfermera la da al paciente la oportunidad de encontrar solución para satisfacer sus propias necesidades. La calidad de la entrevista es influida por el ambiente que crea la enfermera. El ambiente son las condiciones y circunstancias inmediatas que afectan a una persona. Valorar el momento para la realización de la entrevista, el usuario debe encontrarse en condiciones físicas y emocionales, al elegir el sitio de la entrevista deben tomarse en cuenta las condiciones de color, ventilación, humedad, olor, ruido y mobiliario. Debe mantenerse un clima privado y confidencial.

⁴¹ OP CT. P. p.44. **GARCIA G.** María de Jesús “El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson”

Las preguntas deben de ser preparadas de forma que fluyan con facilidad, y no deben de ser tan formales que parezcan una actitud impersonal. Dedicar el tiempo necesario para la entrevista, ser amable cordial y respetado, formular preguntas claras y sencillas, considerando el nivel educativo del paciente.

Escuchar. El escuchar es la clave de una entrevista exitosa de una comunicación terapéutica y de que se le considera una conversación estimulante,(se debe de evitar escribir cuando el este hablando).

La comunicación no verbal apoya a la comunicación verbal.

Comunicación no verbal. El lenguaje no verbal puede ser accidental o deliberado a través de ella comunicamos nuestros verdaderos sentimientos. Los ademanes corporales, los movimientos, la postura, la marcha, las expresiones faciales y la apariencia, todos ofrecen indicios.

Los movimientos corporales por lo regular, acompañan a las palabras. El entrelazar los dedos o golpetear con ellos, el tirar del pelo, los suspiros profundos, el hacer garabatos y el balanceo de los pies, poner atención en lenguaje no verbal del usuario , este nos dice más que la palabras.

Los sentimientos son expresados de diferente manera por cada una de las personas, una expresión no siempre simboliza la misma emoción en una u otra persona. Las expresiones de dolor varían de acuerdo a la intensidad de este, a la percepción que tiene el paciente de su dolor y a la ecuación del paciente en cuanto a expresar su malestar.

La postura de una persona es influida por su constitución corporal, su desarrollo muscular, su ocupación, su salud, su actitud hacia si mismo. La selección personal del color, estilo, combinación y precio de la ropa, son otros posibles indicios de las características de su personalidad.⁴²

⁴² ANN Marriner, R , N., Ph. D. ” El proceso de atención de enfermería un enfoque científico”. P.p. 29-34.

Entrevista.

La entrevista es una labor compleja que requiere ante todo de habilidad en la comunicación y de la interpretación estrecha del usuario. Tiene como finalidad: la obtención de la información necesaria para el diagnóstico y planeación de actividades, la iniciación de un ambiente terapéutico caracterizado por el diálogo, respeto y confianza y el establecimiento de objetivos comunes entre enfermera y el usuario.

Se llevo a cabo en la hora establecida por el cliente: 15:00 hrs.

Enfermera: ¡Buenos días!

Cliente: ¡Buenos días!

Enfermera: Sra., M. permítame presentarme, me llamo Maria Isabel Anaya y voy a ser su enfermera durante el turno.

¿Quisiera colaborar conmigo?

Cliente: ¿De que se trata?

Enfermera: Es un trabajo que estoy realizando de investigación, para fines de mi titulación, y consiste en que usted me conteste unas preguntas que voy a realizarle.

Cliente: Sí, estoy de acuerdo.

Enfermera: ¿Que edad tiene?

Cliente: 26 años.

Enfermera: ¿Es usted casada?

Cliente: No vivo en unión libre.

Enfermera: ¿Ha que se dedica usted?

Cliente: me dedico al hogar.

Enfermera: ¿De que religión es?

Cliente: Católica.

Enfermera: ¿Hasta que año estudio?

Cliente: Pues, hasta tercero de secundaria.

Enfermera: ¿Vive algún familiar con usted?

Cliente: No mi esposo y yo vivimos en casa de mis padres.

Enfermera: ¿Quién la atiende ahora que se encuentra post-operada de cesárea?

Cliente: Por el momento me encuentro sola pero no tardan en llegar mi mamá y mi suegra.

Enfermera: ¿Ellas la irán auxiliar para realizar sus actividades como: moverse y cambio de toallas y para que le acomoden el cómodo?

Cliente: claro que si. Pero no han llegado del pueblo.

Enfermera: Al moverse siente que le duele mucho su herida.

Cliente: Un poco, no mucho.

Enfermera: ¿Fuma usted?

Cliente: No, nunca, ni he tomado bebidas alcohólicas.

Enfermera: Familiares cercanos, como sus padres que hayan padecido enfermedades del corazón, presión alta o alguna otra enfermedad.

Cliente: Mi abuela materna falleció de un infarto fulminante, y mi abuelo paterno falleció de la misma manera, mi abuelo materno se encuentra con derrame cerebral.

Enfermera: ¿Usted padece enfermedades como: presión alta, diabetes o enfermedades del corazón?

Cliente: No.

Enfermera: ¿Cuántos hermanos tienen?

Cliente: tengo dos hermanos.

Enfermera: ¿Y anteriormente ha estado internada?

Cliente: Si en dos ocasiones

Enfermera: ¿Le gustaría platicarme?

Cliente: Me realizaron cesárea, pero al siguiente día mi bebe falleció.

Enfermera: ¿de que falleció su bebe?

Cliente: Fue prematuro de 30 semanas de gestación.

Enfermera: ¿y la segunda ocasión?

Cliente: Me realizaron un legrado de 18 semanas de gestación.

Enfermera: ¿cuanto hace de esto?

Cliente: Un año.

Enfermera: ¿Por qué le realizaron la cesárea?

Cliente Bueno porque mi embarazo fue de alto riesgo:

Enfermera: ¿A que le llama de alto riesgo?

Cliente: a las 32 S. D. G presente modificaciones cervicales, con trabajo de parto con 2 cms de dilatación.

Enfermera: ¿Ha estado hospitalizada a raíz de lo sucedido?

Cliente: Si, una vez.

Enfermera: ¿Se acuerda en que consistió su tratamiento?

Cliente: Me comento el Dr. Que me iban atener en reposo y necesitaba ponerme antibióticos y medicamentos para detenerme el producto.

Enfermera: ¿Cuántos días permaneció internada?

Cliente: 4 días, durante mi estancia hospitalaria me detectaron diabetes gestacional.

Enfermera: ¿Como fue su detección de la diabetes?

Cliente: El medico me ordeno algunos exámenes de laboratorio y fue así como detecto que la glicemia estaba aumentada más de lo normal a 315 MG.

Enfermera: ¿se le aplico insulina?

Cliente:...Si más de tres ocasiones.

Enfermera: ¿y como se encuentra de su glicemia en este momento?

Cliente: no me comentado nada el Dr.

Enfermera: ¿Cuántas veces hace popo al día?

Cliente: normalmente cada tercer día

Enfermera: ¿De que color es el popo?

Cliente: café obscura y consistencia dura.

Enfermera: ¿Cuántas veces orina al día?

Cliente: Como unas dos veces al día.

Enfermera: ¿Y de que color es la orina?

Cliente: Fíjese que es amarilla concentrada.

Enfermera: ¿Siente dolor al orinar o al hacer popo?

Cliente: Al orinar no pero al hacer popo si me arde y me duele. Ya que arrojé puras bolitas duras.

Enfermera: ¿Le agrada la comida del hospital?

Cliente: No mucho.

Enfermera: ¿Normalmente que come y cuantas veces come al día?

Cliente: Doy tres comidas al día, me gusta la comida seca, me agrada las harinas y las pizzas y hamburguesas y por las tardes después de comer me gusta comerme un chocolate.

Enfermera: ¿cuanta cantidad de agua toma al día?

Cliente no más de dos vasos no me gusta el agua natural, me agrada el agua que contenga azúcar como el agua de jamaica, horchata, los refrescos.

Enfermera: ¿Puede moverse solo para ir al baño?

Cliente: Por lo pronto no, estoy recién operada.

Enfermera: ¿cuanto hace que la operaron?

Cliente: hace aproximadamente como 6 hrs.

Enfermera: ¿Por las noches duerme bien?

Cliente: Si, antes de internarme.

Enfermera: ¿cuantas horas dormía normalmente?

Cliente: De 9 a 12 hrs.

Enfermera: ¿Ha tratado de dormir en estas horas?

Cliente: No, existe mucho ruido aquí en el hospital

Enfermera: ¿Se siente cómoda en este momento?

Cliente: No mucho.

Enfermera: ¿Normalmente cada cuanto se baña?

Cliente: Todos los Días de la semana.

Enfermera: ¿Se lava los dientes después de comer?

Cliente: si dos veces en el transcurso del día.

Enfermera: ¿Ha consumido drogas?

Cliente: No

Enfermera: ¿Realiza algún ejercicio?

Cliente: No me gusta.

Enfermera: ¿Porque?

Cliente: Me fatigo mucho.

Enfermera: ¿Cómo se lleva con sus vecinos?

Cliente: Bien

Enfermera: ¿Su pueblo es tranquilo?

Cliente: En el día si, por la noche es mucho más tranquilo.

Enfermera: ¿Con quien platica sus problemas?

Cliente: Con mi madre y mi esposo.

Enfermera: ¿Cuál es su pasatiempo favorito?

Cliente: Ver la televisión y jugar lotería con mis vecinos por las tardes.

Enfermera: ¿Tiene dolor?

Cliente: No por el momento, solamente cuando me muevo.

Enfermera: ¿Creo que es todo, muchas gracias nos vemos mañana?

Cliente: Hasta mañana.

Enfermera: ¿Gusto en conocerla espero verla más tarde?

b) Método clínico:

El método clínico permitió obtener información con relación a los aspectos biofisiológicos del cliente y esta integrado por 4 aspectos que son: inspección, palpación, auscultación y percusión

Los datos obtenidos se registraron en la historia clínica.

1. La Inspección:

Consisten en la valoración utilizando los sentidos de la vista, olfato, oído. Es un proceso activo en donde la enfermera debe saber que va inspeccionar y el orden a seguir; Con la inspección se puede valorar, la forma del cuerpo, expresiones faciales, características de la piel, movimiento realizado, olor ruidos que emite el usuario.

2. La palpación:

es el examen del cuerpo utilizando el sentido del tacto, es decir con las yemas de los dedos, ya que por su innervación las hace sensibles para determinar : textura,, temperatura, posición y tamaño de órganos, pulso periféricos etc. la palpación puede ser superficial (extensión de los dedos de la mano dominante en forma paralela a la superficie de la piel con expresión suave en sentido circular) y

profunda (intervienen las dos manos, la mano dominante para presionar y la otra para sujetar un órgano desde abajo). Para tener éxito en la palpación es necesario que el cliente se encuentre relajado, que las manos del explorador estén tibias e iniciar con la palpación superficial y en las zonas que no sean dolorosas.² La auscultación:

3. La percusión:

Es un método de valoración en que la superficie del cuerpo es golpeada para producir sonidos o vibraciones se emplea para estimar el tamaño del órganos, la presencia de líquidos, aire o algún sólido, la percusión puede ser directa cuando coloca contra la piel el dedo medio de la mano dominante y procede a golpear con la punta del dedo de la otra mano.

3. La auscultación.

Es el proceso de escuchar sonidos producidos por el cuerpo, y sirve para la valorar el funcionamiento de diversos órganos. Al igual que la percusión esta puede ser directa cuando únicamente se emplea el sentido de la audición e indirecta empleando un estetoscopio.⁴³

f) **Observación:**

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

En el momento del primer encuentro con el cliente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

⁴³ **BERTHA** Alicia Rodríguez Sánchez." Proceso de enfermería" P.p. 44

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados”¹

Los datos obtenidos fueron registrados en diferentes instrumentos.

3.2.3 INSTRUMENTOS

La información obtenida fue registrada en diferentes instrumentos como: hoja de enfermería, historia clínica, hoja de valoración de necesidades.

En el caso de la hoja de enfermería es un documento medico legal que integra el expediente clínico por lo cual no se anexa a este trabajo.

A continuación se presenta los instrumentos utilizados.

a) Historia clínica (agregar exploración física)

Es un registro escrito de la información acerca del paciente. Facilita los datos sobre lo que se valoran los problemas actuales y potenciales del paciente y es la base para planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería.⁴⁴

⁴⁴ ANN Mariner, R , N., P h. D. ” El proceso de atención de enfermería un enfoque científico”. P. 34.

EXPLORACION FISICA

Forma parte del proceso de recopilación de datos que tiene lugar durante la valoración y para la cual se utilizaron técnicas explorativas fundamentales como: inspección, palpación, percusión y auscultación

Nombre: M. R. L.

Edad: 26 años

Sexo: Femenino

Signos vitales y somatometria

P/A: 110/70

Pulso: 88x`

Res: 22x`

Temperatura: 36.8°C

Peso: 88 kilos

Talla: 1.68cms

Hábitos exteriores

Edad aparentemente a la cronológica, complexión robusta, bien orientada en tiempo y espacio, cooperadora, con facies de cansancio y refiriendo leve dolor.

Piel

Tez morena clara, de textura tersa, con buena hidratación.

Cabeza

Forma normal, tamaño de acuerdo a su edad, sin cicatrices, no se observan depresiones, ni mesas, ni zonas dolorosas.

Cabello

Cabello con buena implantación, de textura suave, color negro largo y lacio.

Ojos, cejas y parpados.

Ojos sin compromisos, cejas semipobladas, parpado sin edema.

Oídos

Pabellones bien implantados, flexibles, tamaño y coloración normal.

Oído medio: membrana timpánica normal.

Nariz

Nariz de tamaño regular, se observa ligera desviación en el tabique nasal, no epistaxis ni secreciones.

Cavidad bucal

Labios íntegros, sonrosados, con dentadura completa se observan molares con amalgamas, sin halitosis y lengua íntegra sin frenillo.

Cuello

Cuello simétrico, sin limitación al movimiento, no había presencia de masa, ni ganglios inflamados, tiroides normal, pulso carotídeo presente.

Tórax y pulmones

Tórax simétrico, hombros alineados, con movimientos respiratorios normales, campos pulmonares bien ventilados, sin soplos.

Mamas

Mamas simétricas, gestocicas debido al amansamiento.

Cardio vascular

Ruidos cardíacos rítmicos de buen tono e intensidad.

Abdomen

Semi globoso a expensas de útero en involución, con presencia de estrías y cicatriz de cesárea con disminución del peristaltismo intestinal.

Genitourinario

Labios mayores, y labios menores y meato urinario con edema, útero en involución de tres dedos por abajo del nivel de la cicatriz umbilical, con salida de loquios hemáticos moderados.

Extremidades superiores e inferiores

Extremidades superiores sin alteración, extremidades inferiores, con buena leve presencia de edema, coordinación de movimiento.

Neurológico

Sin compromiso

Nota: Esta exploración física del cliente se realizó durante su estancia hospitalaria en la área de Gineco-obstetricia.

Historia clínica de enfermería

Ficha de Identificación

Nombre: ----- M .R .L.

Edad: ----- 26 Años

Sexo: ----- Femenino

Lugar de origen: ----- El Roble Sin

Lugar De Nacimiento: Saltillo Coahuila

Escolaridad: ----- Tercero de Secundaria

Religión: ----- Católica

Edo Civil: ----- Unión libre

Ocupación: ----- Hogar

Fecha De Ingreso: --- 23/ Sep/2004

Antecedentes heredo familiares:

Abuela materna: finada de I. A. M.

Abuelo materno: vivo, cursa con derrame cerebral.

Abuela paterna: viva aparentemente sana.

Abuelo paterno: finado de I. A. M.

Madre viva aparentemente sana.

Padre: vivo aparentemente sano.

Antecedentes no patológicos

Niega tabaquismo, alcoholismo, toximánias.

Refiere vivir en casa de sus padres, en vivienda de material, con buena ventilación iluminación, la cual cuenta con 3 cuartos y un baño aparte. Cuenta con todos los servicios públicos, agua, luz. Drenaje

Niega hacinamiento, conviven con un perro.

Refiere buenos hábitos higiénicos, refiere esquema de vacunación completo.

Antecedentes patológicos

Refiere hospitalización y quirúrgico hace aproximadamente 2 años y medio en la ocasión que le realizaron la cesárea, niega fracturas, transfusiones, alergias , niega padecimientos crónicos, tales como D. M., C. A. H .A. S., T. B.

Antecedentes Gineco- obstétrico

Menarca los 12 años, ritmo 28 x 4. IVSA a los 18 años, refiere una sola pareja sexual aparentemente sana. G3, P,0,1 Aborto y 2.cesáreas

Fecha ultima de cesárea hace dos años y medio, producto que nació vivo con un peso de 825 grs. prematuro, que murió al segundo día del alumbramiento.

Refiere un aborto hace aproximadamente 12 meses, control prenatal (+) en 6 ocasiones, se vitamina y tomo hierro.

Padecimiento actual:

Paciente de 26 años con 6 hrs. de puerperio quirúrgico, post-operada de cesárea por diabetes gestacional.

Paciente que se refiere asintomático.

Inicia puerperio quirúrgico hace aproximadamente 6 horas de evolución, con herida quirúrgica limpia con salida de loquios hemáticos moderados, sonda foley a

derivación con buena respuesta de diuresis concentrada y hematúrica, refiriendo leve dolor al movimiento.

Actualmente cursa con tratamiento con antibióticos (ampicilina 1 gr. c/ 6 hrs. Metamizol 1 gr. IV c/ 6 hrs., ketorolaco 30 MG IV c/8 hrs. soluciones P/8 HRS. 1000 ml + 20 UI oxitocina, Vendaje abdominal, VSTV Y Atonia uterina, lactancia materna, baño y deambulación.

S. V. T/A 11080 F.C.84X' F.R.22X' TEMP.36.8c

Paciente cooperadora tranquila, con buena hidratación y coloración de piel y mucosas, craneofacial sin alteraciones, cuello sin adenomegalias, campos pulmonares limpios y bien ventilados, ruidos cardiacos de buen tono e intensidad, abdomen semigloboso a expensas de útero en involución, con loquios hemáticos moderados extremidades integra con leve edema y sin compromiso neurovascular.

Exámenes de laboratorios

Biometría hemática.

. Hemoglobina.10.4,

H. CT. 31.0,

T.protombina. 11. 4 ,

TPP. 25.6 seg.

GPO Sanguíneo AB RH (+)

Inmunología

V. D. R. L. (-)

Proteína "C" Reactiva: Negativa

Química sanguínea

Glucosa: 75 MG/DL.

Nota. Se aclara que durante recogida de datos, el cliente mantuvo una actitud de cooperación a pesar del poco tiempo que tenía de habersele practicado la cesárea.

Durante el interrogatorio, se iban realizando intervenciones de enfermería requeridas por las necesidades del cliente.

b) Hoja de valoración de necesidades.

Ya obtenido los datos reorganizaron y se clasificaron las necesidades considerando las dimensiones señaladas por Virginia Henderson.

Dimensión biológica: son toda aquella que la persona entrevistada percibe de la persona y que ella hace mención verbalmente (es todo aquello que concierne a la persona).

Dimensiones psicológicas: es todo aquello que le afecta, se relaciona con la paciente, por ejemplo; temor a la hospitalización.

Dimensiones socioculturales: es todo aquello que influye en su padecimiento, entorno, familia.

Dimensiones culturales: lo que el paciente tiene como hábitos y costumbres.

Lo anterior se realizó para identificar las fuentes de dificultad, que son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno que impide a las personas satisfacer sus propias necesidades, estas fuentes de dificultad Henderson las agrupa en tres:

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

Falta de conocimiento: En lo relativo se refiere a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de la enfermedad. La propia persona (auto conocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

Falta de voluntad: Se entiende como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades y de esta manera conocer el grado de dependencia que puede ser total o parcial, así como temporal o permanente.

HOJA DE VALORACIÓN DE NECESIDADES.

Ficha de identificación:

Nombre: M. R. L. Edad: 26 Años Peso: 88 Kg. Talla: 1:68 cm.

Fecha de Nacimiento: 19/05/1978 Sexo: femenino

Ocupación: Ama de casa Escolaridad: 3º Secundaria. Fecha de admisión: 23/09/2004 Procedencia: de Villa Unión Fuente de información: Fiabilidad (1-4):

Miembro de la familia: Es la tercera de las hijas.

Cual es su objetivo de salud: Restablecer al máximo al la normalidad del paciente.

Hospitalizaciones previas. Hace dos años y medio se le realizo cesárea y hace aproximadamente un año que le realizaron legrado,

Motivo de ingreso: programada para cesárea.

Esta tomando medicamentos: si

Signos vitales: Temp. 36.8°C Pulso: 84x´ Resp: 22x T/A: 110/80

Familia N° de miembros: 7 Con quien vive: con mis padres, hermanos y esposo.

Problemas de relación con la familia: SI No. X Por que.

1. Necesidad de oxigenación

Actualmente la paciente refiere llevar una vida sedentaria, y no le agrada realizar ningún tipo de ejercicio, solo realiza sus actividades cotidianas dentro del hogar, no presentando fatiga, ni dificultad al respirar, a la realización de estas, sin antecedentes de enfermedades cardiorrespiratorios, niega tabaquismo.

2. Necesidad de nutrición e hidratación

Se alimenta sola, en numero de comidas de 3 a 4 comidas al día, normalmente lo hace en cantidades moderadas y comidas secas, (carnes y frutas) incrementando la cantidad de estas de estas en las ultimas fechas, relacionándolo con a su embarazo , por lo que ha tenido aumento de peso considerable.

Refiere poca ingesta de agua en el día, coca colas 5 refrescos al día, le agradan mucho las hamburguesas, y chocolates.

Peso actual 88 kilos, y talla 1.68 cms.

3. Necesidad de eliminación

Refiere la paciente estreñimiento durante mucho tiempo atrás, pero debido a su embarazo se le incremento, teniendo presencia de hemorroides, defecando cada tercer día , al defecar siente dolor y picazón (bolas de consistencia duras cafesosas).

Eliminación urinaria en número de 2 a 3 veces en 24 hrs. Durante su embarazo presento I. V. U. lo que le ocasiono ardor al la micción. , el ardor disminuyo conforme ha llevado su tratamiento, pero su orina continua amarilla concentrada.

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.

Refiere vida sedentaria, sus actividades son propias del hogar, como pasatiempo, lee el periódico, ver la televisión acostada en su cama, por las tardes juega lotería con sus vecinas.

Actualmente se encuentra limitada de sus actividades, pues se encuentra hospitalizada post-operada de cesárea.

5. Necesidad de descanso y sueño.

Normalmente duerme de 9 a 12 hrs. Por la noche, con 2 hrs. de siesta por las tardes después de la comida, actualmente en su permanencia en el hospital refiere dificultad para conciliar el sueño llegando al insomnio debido al ambiente del hospital, la luz, el ruido y los medicamentos que se administran por la noche.

Cuando esta en casa consigue relajarse viendo la televisión.

6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuada

Con buenos hábitos higiénicos, viste de acuerdo a su edad, embarazo y medio ambiente, refiere no necesitar ayuda para vestirse.

7. Necesidad de termo regularización.

Su temperatura corporal se mantiene dentro de los límites normales.

8. Necesidad de higiene y protección de la piel

Con buenos hábitos higiénicos, baño diario, aseo de dientes dos veces al día, usa aceite de almendras para evitar las estrías, con pigmentación en ciertas áreas del abdomen, con cicatriz de cesárea, mucosa oral integra hidratada.

9. Necesidad de evitar peligros.

Refiere no consumir drogas, alcohol, tabaco, café, solamente coca colas, no cuenta con servicio médico en su comunidad, si se a realizado examen de DOC. Revisión de mamas cada año, al igual de las detecciones que contiene el paquete básico de salubridad.

10. Necesidad de comunicarse.

Expresa sus sentimientos fácilmente, mantiene buena relación con su familia, y su pareja, conservando la confianza y el respeto ante todo, no tiene limitación física que le impida la comunicación.

11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores.

Practica la religión católica, la que considera como balance espiritual, acude a la iglesia solamente los domingos porque no hay párroco en su comunidad. Tiene fe en sus creencias religiosas, creando cierto conflicto interno al vivir en unión libre con su pareja.

12. Necesidad de trabajar y realizarse.

No realiza ninguna actividad laboral que le renumere un ingreso económico, depende totalmente de su pareja, aunque manifiesta el deseo de poder contribuir en los gastos de la casa. Tal vez en el futuro le gustaría estudiar repostería, pero ya que su bebe este más grandecito de edad.

13. Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas.

Solo se dedica a las labores de el hogar, como único pasatiempo es ver televisión, leer el periódico, y jugar lotería con sus vecinos.

Ahora que nació su bebe tal vez ya no tenga tiempo para realizar algunas cosa que hacia. Por su rol de madre lo tendrá el 100% dedicado a su hijo.

14. Necesidad de aprendizaje.

Tuvo el conocimiento de su problema de salud durante su embarazo porque el medico le explico detalladamente como debía cuidarse para llegar a tener a su bebe en las mejores condiciones de salud al igual que ella.

Le angustiaba pensar en la idea de volver a perder de nuevo a su bebe. Y trato de cuidarse como se lo sugería el Médico.

3.3 DIAGNOSTICO

Para integrar los diagnósticos de enfermería se tuvo que organizar y clasificar la información en necesidades con sus respectivas dimensiones.

De las 14 necesidades valoradas para fines del trabajo solo se representan el análisis de 4 necesidades.

Las cuales son. Nec. De Eliminar desechos corporales, Nec. De Nutrición e Hidratación, Nec. De Conservar la integridad de la piel, Nec. De Dormir adecuadamente..

Lo cual facilito el análisis para conocer tanto las fuentes de dificultad como los problemas que le afectaron, utilizando los formato que mas adelante se presentan.

El tipo de diagnostico que se estructuro fueron real potencial, entendiendo por

a) **Diagnostico Real:** es el que reúne todos los datos que se requiere para confirmar su existencia.

b) **Diagnostico Potencial:** es el que no esta presente en el momento de la valoración, pero existen suficientes factores de riesgo de que puede aparecer en un momento posterior.

En el primer formato que continuación se presenta aparece el análisis general de necesidades en el cual se determino, dependencia o grado de dependencia.

Conclusión diagnóstica de enfermería.

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

El segundo formato se presenta el análisis de las necesidades valoradas.

GUIA PARA EL ANALISIS DE LAS NECESIDADES 1

DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL CLIENTE: M. R.L FECHA: 23/09/2004

NECESIDAD AFECTADA: Eliminación de los desechos corporales.

BIOLOGICA	PSICOLOGICA	SOCIAL	CULTURAL
Edad 26 años Peso 89 Kg. Talla 168 cm. Heces duras Defecación dolorosa cada 3 días. Presencia de hemorroides. Distensión abdominal.	Siente dolor al evacuar y manifiesta un alto nivel de estrés, por las complicaciones que pudiera presentar respecto a su problema de hemorroides. Su actitud es inadecuada, respecto a su disciplina de alimentación. Falta de conocimiento sobre aspectos fundamentales en la nutrición.	Nivel socio económico bajo No practica ningún tipo de ejercicio. Sedentarismo. Malos hábitos de eliminación intestinal. Vive con sus padres. Tiene una relación de unión libre.	Malos hábitos de alimentación con dieta alta en grasa, y el consumo de refrescos. Falta de preparación del déficit del conocimiento. Insatisfacción por no controlar sus hábitos de eliminación

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

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

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA: Estreñimiento relacionado con la baja ingesta de fibra y con el aporte insuficiente de líquidos, manifestado, con dolor durante la defecación, por la presencia de hemorroides, distensión abdominal, disminución del peristaltismo.

GUIA PARA EL ANALISIS DE LAS NECESIDADES 2

DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL CLIENTE: M. R. L FECHA: 23/09/2004

NECESIDAD AFECTADA: Nutrición e Hidratación

BIOLOGICA	PSICOLOGICA	SOCIAL	CULTURAL
Edad 26 años Talla 168 cm. Peso 68kg	Manifiesta desagrado por su imagen corporal.	Nivel socioeconómico bajo.	Tiene el habito de comer tres veces al día, más golosinas entre comidas acompañados de refrescos.
Obesidad	Siente tristeza que su esposa no la vea atractiva.	Vive con sus padres.	No le agrada el agua natural, al menos que tenga azúcar.
Alimentación por exceso.	Expresa que le gustaría ir con un nutriologo para bajar de peso, pero no tiene los recursos económicos suficientes.	Secundaria terminada.	Falta de conocimientos en el esquema básico de alimentación.
Consumo inadecuada de nutrientes.	Refiere cargo de conciencia después de consumir alimentos que no la nutren.	Sedentarismo.	

	F. FUERZA
	F. VOLUNTAD
x	F. DE CONOCIMIENTOS

	TOTALMENTE
	DEPENDIENTE
x	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA: Alteración de la nutrición por exceso relacionado con obesidad, manifestado por malos habitos alimenticios y por el incremento de peso mayor de 20 kg.

GUIA PARA EL ANALISIS DE LAS NECESIDADES_ 3

DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL CLIENTE: M. R. L. FECHA: 23/09/2004

NECESIDAD AFECTADA: Higiene y protección de la piel

BIOLOGICA	PSICOLOGICA	SOCIAL	CULTURAL
<p>Edad 26 años Peso 68 Kg. Talla 1.68 cm.</p> <p>Déficit de la higiene corporal.</p> <p>Mal olor producidos por la salida de loquios</p>	<p>Manifiesta sentirse disgusto, por la salida de loquios y no poderse movilizar para el cambio de toallas.</p> <p>Expresa sentimientos de soledad de no tener a su pareja a su lado y a ningún familiar por el momento.</p> <p>Manifiesta desagrado por su imagen corporal que proyecta.</p>	<p>Vive en casa de sus padres.</p> <p>Nivel socio económico bajo.</p> <p>Secundaria hasta tercer año.</p>	<p>Tiene el habito de bañarse a diario al igual con cambio de ropa-</p> <p>Su suegra le ha mencionado más de una ocasión, que no debe de bañarse ni mojarse después de los 40 días. De post-operada de cesárea.</p> <p>Tiene la cultura que debe de permanecer con calcetines o medias y con la cabeza tapada con un pañoleta..</p>

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

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

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA: Déficit del auto cuidado baño/higiene relacionado con dolor en herida Q x, manifestado por mal olor y/o salida de loquios hematico moderado.

GUIA PARA EL ANALISIS DE LAS NECESIDADES 4

DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL CLIENTE: M. R. L **FECHA:** 23/09/2004

NECESIDAD AFECTADA: DORMIR ADECUADAMENTE

BIOLOGICA	PSICOLOGICA	SOCIAL	CULTURAL
Edad 26 años Peso 89kg Talla: 1:68 cm. Ojeras Bostezos constantes Cansancio Pocas horas de sueño (3 hrs.). Durante su estancia hospitalaria	Su actitud es de irritabilidad ya que le molesta todo. Siente pena con sus familiares, que la han visitado ya que su aspecto es de cansancio y esta bostezando constantemente. Expresa que el personal de enfermería, no respeta las horas de sueño ya que entran y salen prendiendo luces y ruidos que proporcionan, y esto hace que la despierten y ya no pueda dormir	No existe una buena interacción entre enfermera del turno nocturno y el paciente. Mantiene una relación de afectividad con familiares y amigos. Manifiesta desagrado por su imagen corporal que proyecta	Sus hábitos cotidianos de descanso y sueño son de 9 a 12 hrs., Manifiesta agotamiento en poner en práctica por primera vez su rol materno. Siente tristeza por su aspecto corporal por mantenerse obesa por su aspecto físico.

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

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

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA: Trastorno del patrón del sueño relacionado con insomnio, ojeras, cansancio, bostezos, irritabilidad, manifestado por el ambiente del hospital, la luz, el ruido y los medicamentos que se administran por la noche.

Para estructurar los diagnósticos se utilizó el formato (PES) así como las etiquetas de la Nanda las cuales tienen congruencia teórica con Henderson al derivar de la teoría de necesidades.

Este formato PES es valioso porque identifica el problema y su etiología, además añade el concepto de validación, por la inclusión de los signos y síntomas.

P= Problema: es la respuesta del cliente a las alteraciones por los procesos vitales.

E= Etiología: describe los factores fisiológicos de situaciones de maduración causantes del problema o influyentes del desarrollo y pueden ser la conducta del cliente, factores ambientales o una interacción de ambos.

S= Signos y síntomas: son características definitorias que se refieren a un conjunto de indicaciones derivadas de la valoración e indicativas de problemas de salud.

La decisión de trabajar con las etiquetas diagnósticas es que estas fueron realizadas con base a necesidades locuaz guarda a tiene relación teórica con el modelo de Virginia Henderson. Como se puede ver en el análisis identifico las fuentes de dificultad y los problemas que alteran la necesidad.

3.4 PLANEACION

Ya identificados los diagnósticos de enfermería. Se procedió a analizar a planear las intervenciones de enfermería, las cuales fueron dependientes, independientes e interdependientes en el formato que continuación se presenta se consideraron los objetivos, metas y criterios de resultados. A continuación se presentan los planes de cuidados.

PLAN DE ATENCION

INICIALES DEL CLIENTE: M. L. R. FECHA : 23 09/2004

NECESIDAD AFECTADA: Eliminación de Desechos corporales .

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Estreñimiento relacionado con la baja ingesta de fibra y con el insuficiente aporte de líquidos, manifestado por dolor durante la defecación, por presencia de hemorroides, distensión abdominal y disminución del peristaltismo.

OBJETIVO: I Sra. recupere su función de eliminación normal mediante la ingesta de alimentos ricos en fibra y el consumo de abundantes líquidos orales y la de ambulación.

<input type="checkbox"/>	TOTALMENTE DEPENDIENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	ROL DE AYUDA
<input type="checkbox"/>	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>	ROL DE SUPLENCIA
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

INTERV. INDEPENDIENTE (I I D)

INTERV. DEPENDIENTE (I D)

INTERV. INTERDEPENDIENTE (I I T D)

NECESIDAD AFECTADA: Eliminación de desechos corporales. **HOJA N° 1**

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: : Estreñimiento relacionado con la baja ingesta de fibra y con el aporte insuficiente de líquidos, manifestado, con dolor durante la defecación, por la presencia de hemorroides, distensión abdominal, disminución del peristaltismo.

META	CRITERIOS DE EVALUACION	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
A corto plazo.	Lograr el cliente, logre el ablandamiento de las heces y la función intestinal y que las molestias disminuyan. Que el cliente refiera satisfacción al movimiento y ala movilización ya que esto ayuda a su peristaltismo.	.fomentar y proporcionar y estimular una dieta rica en fibra y sin irritantes. la ingesta abundante de líquidos. Alentar a la paciente a que realice ejercicios antes de levantarse de la cama después de 8 a 12 hrs. Ayudar a la deambulación.	La dieta rica en fibra y la ingesta de mayor cantidad de líquidos modificaran el patrón habitual de eliminación intestinal en la usuaria El levantarse de la cama favorece la actividad de los intestinos y ayuda a tonificar a los músculos del perine y del recto. En las primeras hrs., del puerperio. Las	Se lleva acabo un programa básico de alimentación ricos en fibra. y logrando que la cliente los consumiera. La cliente logro realizar sus ejercicios y su deambulación. Después de 12 hrs. De

	<p>Que el usuario refiera comodidad con los baños de asiento, disminuyendo la inflamación.</p>	<p>Vigilar el estado de las hemorroides se aplicaran baños de asiento.</p>	<p>pacientes al incorporarse a caminar refieren mareos como consecuencia de la perdida sanguínea y la permanencia en cama. El ayudar a la de ambulación pone en practica el principio básico de enfermería, evitar lesiones.</p> <p>Las hemorroides son venas hemorroidales dilatadas, congestionadas y en ocasiones trombosadas pueden ser internas o externas. Se producen por una serie de factores como el retorno venoso deficiente, durante el embarazo, el esfuerzo a la defecación y la debilidad congénita de las paredes de las venas.</p> <p>La expresión de sentimientos y la escucha activa por parte de la enfermera, ayuda a la usuaria a disminuir su estrés.</p>	<p>puerperio quirúrgico.</p> <p>La usuaria expresa sus sentimientos, refiriendo sentirse escuchada y valorada</p>
	<p>Que el cliente logre canalizar su estrés y que satisfice sus necesidades de eliminación y que manifieste bienestar.</p>	<p>Permitir que exprese sus sentimientos.</p>		

PLAN DE ATENCION

INICIALES DEL CLIENTE: M. L. R. **Fecha:** 23/09/2004

NECESIDAD AFECTADA: Nutrición e Hidratación

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: alteración de la nutrición por exceso relacionado con obesidad, manifestado por malos hábitos alimenticios y por el incremento de peso mayor de 20 Kg.

OBJETIVO: Conservar la salud mediante una dieta saludable de alimentos nutritivos y balanceados y el aporte adecuado de líquidos.

<input type="checkbox"/>	TOTALMENTE DEPENDIENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	ROL DE AYUDEA
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ROL DE SUPLENCIA
<input checked="" type="checkbox"/>	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>	ROL DE ACOMPañAMIENTO

INTERV. INDEPENDIENTE (I ID)

INTERV. DEPENDIENTE (I D)

INTERV. INTERDEPENDIENTE (I ITD)

NECESIDAD AFECTADA: Nutricio e Hidratación

HOJA Nº 2

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA: alteración de la nutrición por exceso relacionado

con obesidad, manifestado por malos hábitos alimenticios y por el incremento de peso mayor de 20 Kg.

META	CRITERIOS DE EVALUACION	INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
A largo plazo	Lograr cambios en el cambio de hábitos actuales. Que el cliente logre establecer horarios en su alimentación.	Ofrecer enseñanza sobre los 4 principios, básicos de alimentación y la importancia de una dieta equilibrada. Establecer horarios en la ingesta de alimentos	Promover una nutrición adecuada y un buen funcionamiento del aparato gastro intestinal. El estomago se vacía cada 3 o 4 hrs. Después de una comida normal. Un horario regular p/ efectuar las comidas con tiempo, para llevar una buena masticación. Durante las primeras semanas,	La Sra. Mostró interés por la información ofrecida y desconocía los 4 principio básico de alimentación.. La cliente sugiere que hará lo posible de por establecer una rutina de alimentos. Se logro establecer la ingesta de líquidos en la paciente 8 vasos de agua durante
	Mantener bien	Aumentar la		

	<p>hidratada al cliente para la producción de la leche, para que sea productiva.</p> <p>Que el cliente logre bajar de peso.</p>	<p>ingesta de líquidos.</p> <p>Gestionar una entrevista con el nutriologo del hospital, para que se le sea asignada una dieta balanceada.</p>	<p>de</p> <p>conforme el útero recupera su tamaño normal, se liberan líquidos de los tejidos y la volemia vuelve a lo normal al fin de mantener las heces blandas.</p> <p>Se debe interrogar, observar y explorar al cliente en busca de signos y síntomas que se refieran a su problema nutricional reales y potenciales.</p>	<p>el turno.</p> <p>Acepto las recomendaciones del nutriologo y se le ofreció ayuda cada mes. Citándola dentro del hospital para su control.</p>
--	---	---	--	--

PLAN DE ATENCION

INICIALES DEL CLIENTE: M. R. L.

FECHA 23/09/2004

NECESIDAD AFECTADA: Higiene y protección de la piel

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Déficit del auto cuidado baño/ higiene relacionado con el dolor en la herida quirúrgica, manifestado por mal olor por la salida de loquios hemáticos moderados.

OBJETIVO: Fomentar en el cliente la formación de hábitos higiénicos.

<input type="checkbox"/>	TOTALMENTE DEPENDIENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	ROL DE AYUDEA
<input type="checkbox"/>	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>	ROL DE SUPLENCIA
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ROL DE ACOMPañAMIENTO

INTERV. INDEPENDIENTE (I ID)

INTERV. DEPENDIENTE (I D)

INTERV. INTERDEPENDIENTE (I ITD)

NECESIDAD AFECTADA: Higiene y protección de la piel **HOJA N° 3**

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Déficit de la Higiene personal relacionado por Incapacidad de la movilización Manifestado por mal olor, por la salida de loquios hemáticos moderados..

META	CRITERIOS DE EVALUACION	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
A corto plazo. De 1 a 2 hrs.	Al término de la explicación, la usuaria entenderá la importancia de la higiene personal.	Explicar a la usuaria la importancia de la higiene.	La higiene corporal es una de las formas más sencillas de conservar la salud física y proporcionar bienestar.	La Sra. dio su consentimiento para su aseo de genitales
	El cambio de toalla sanitaria nos ayuda a valorar la cantidad de sangrado y características de loquios.	Proporcionar aseo de genitales con agua y jabón y cambio de toallas sanitarias.	.el aseo de los genitales permitirá la limpieza de loquios acumulados. Así la secreción ocasionada por la transpiración del perine.	Se logro el objetivo propuesto. Refiriendo la paciente bienestar y comodidad.
	Lograr bienestar y confort en el paciente través	Proporcionar un baño de esponja, pues durante el	En el puerperio aumenta el sudor, pues se eliminan los líquidos acumulados	Mejoro la apariencia física y hece mención

	del baño de esponja.	puerperio, hay un aumento de transpiración.	durante embarazo.	el	verbalmente se siente cómoda y limpia.
--	----------------------	---	-------------------	----	--

PLAN DE ATENCION

INICIALES DEL CLIENTE: M. R. L. **FECHA:** 23/09/200

NECESIDAD AFECTADA: Alteración del patrón del dormir y descansar

Adecuadamente.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Trastorno del patrón del sueño relacionado con insomnio, ojeras, cansancio, bostezos, irritabilidad Manifestada por el ambiente del hospital , la luz, el ruido y los medicamentos , que se deben administrar por la noche.

OBJETIVO: Proporcionar en el paciente hospitalizado un ambiente que favorezca el descanso y el sueño , evitando ruidos innecesarios.

<input type="checkbox"/>	TOTALMENTE DEPENDIENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	ROL DE AYUDA
<input checked="" type="checkbox"/>	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>	ROL DE SUPLENCIA
		<input checked="" type="checkbox"/>	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

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

NECESIDAD AFECTADA: Dormir Adecuadamente. **HOJA N° 4**

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Alteración del patrón del sueño

Manifestado por bostezos, ojeras, cansancio relacionados por los ruidos del hospital.

META	CRITERIOS DE EVALUACION	INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
A corto plazo 1 a 3 días.	a) Ofrecerle confianza para que exprese sus sentimientos b) Que la paciente refiera comodidad.	Animar a paciente que exprese sus sentimientos Proporcionar un ambiente cómodo aislado de los ruidos del hospital,	. La mujer post- op de puerperio se encuentra agotada física y emocionalmente, por lo que suele requerir por lo mínimo 6 horas de sueño al no lograrlo puede presentar cambios importantes en su estado de ánimo y su conducta. El control de los ruidos, es fundamental para	La Sra. se encuentra mas tranquila después de platicar con la enfermera sobre sus sentimientos y sentirse escuchada con atención , y realizando lo recomendado para su bienestar Mejoro el sueño dando solución a su

		cerrando puertas y cortinas.	garantizar la tranquilidad del paciente y facilitar que goce de un descanso reparador, se a de procurar mantener la habitación con la puerta cerrada para evitar sonidos molestos provenientes de los corredores.	problema. Al cambiarla de sala y mantenerla alejada del control de enfermería.
	C) Que realice el baño, con agua tibia, bajo regadera.	Brindar baño tibio de regadera	El agua tibia produce vaso dilatación y relajación con lo que se induce el sueño en la usuaria.	La Sra. Bajo regadera manifiesta bienestar y comodidad.
	d) Hacer participe al esposo para que cuide, del bebe mientras ella duerme.	Involucrar al padre que participe en el cuidado del bebe	La participación del padre en el cuidado del bebe, favorece el apego temprano. A través permite el descanso de su compañera.	El padre participa en el cuidado del R/N.

OBJETIVO: Proporcionar en la cliente un ambiente que favorezca el sueño, evitando ruidos innecesarios.

3.5 Ejecución y Evaluación

La ejecución implica la acción de enfermería al realizar las intervenciones en ayuda del cliente el cual permite obtener resultados que sean comparados con los criterios de evaluación.

Por lo tanto es necesario comprender las etapas del proceso están en una relación continua.

IV CONCLUSIONES

Como enfermera he llegado a la conclusión que el trabajo realizado dentro del área hospitalaria lo lleve a la práctica de una manera mecanizada, tenía las herramientas más no contaba con el conocimiento. Que me guiara a través de un modelo conceptual de enfermería y poder entender las necesidades propias del enfermo, como son las de origen biológico, psicológico, social y cultural.

Hoy cuento con estos conocimientos para brindar una atención de calidad donde el cliente será el beneficiado, y yo como enfermera me sentiré satisfecha de lograr un mejor entorno y a una pronta recuperación.

Ser enfermera es mucho más que una lista de actividades que hay que efectuar, ya que es una imagen incompleta y no contribuye a clarificar el verdadero sentido de nuestra profesión, a través de este trabajo realizado he comprendido que hay mucho que hacer como enfermera para mejorar la calidad de nuestros cuidados hacia nuestros pacientes y crear las condiciones para un mejor bienestar.

La enfermería se ha convertido en el alma gemela de la medicina al ir adquiriendo las mismas costumbres y dejando de ser aquella enfermera creada por la madre de la enfermería, Floréense Nightingale.

En resumen, lo que el trabajo me ha aportado es el significativo tan importante que es el P. A. E. tiene para la enfermería de hoy, es el de contar con una base sólida y herramientas seguras para ejercer la enfermería y brindar cuidados especializados y seguros, con fundamentos totalmente sólidos

El modelo de atención de Virginia Henderson a despertado en mi el interés por la enfermería, y de ver y canalizar las necesidades fundamentales del paciente.

A través del proceso de atención de enfermería de V. Henderson he llegado a la conclusión que hay mucho más que aprender de esta autora, sobre todo de la función que realizamos como enfermeras, en nuestra comunidad y en el ámbito hospitalario.

Que nunca es tarde para aprender y nunca es tarde para empezar ya que todos los días hay algo por aprender. Ahora hago propio el dolor del paciente para poderlo ayudar porque solamente así he llegado a entender que si, hago mío el dolor ajeno podré ayudar humanizándome para poder realizar aun mejor mi trabajo.

A través del trabajo que he estado realizando durante estos dos últimos meses para presentar mi estudio de caso, me he dado cuenta que hay mucho que hacer por la enfermería y por el bienestar del paciente brindándole una mejor atención bio-psico y social.

La falta de interés del gremio de enfermería, para seguir actualizándose es la falta de amor hacia el prójimo y me he dado cuenta que a través del proceso hay mucho por explorar de esta carrera que es tan maravillosa que es la profesión de enfermería.

V ANEXOS

Resumen de Valoración de enfermería

M. R. L. Femenina de 26 años de edad, vive en unión libre. Con escolaridad de nivel secundaria, católica ama de casa. Ingresa al hospital el 23 de septiembre del 2004 al servicio de toco, procedente del área de consulta externa, programada para cesárea.

Entre los antecedentes personales de importancia durante el embarazo están los cuadros gripales, de faringe amigdalitis y alergias por el frío, así como haber permanecido en el hospital por 4 días cuando tenía 32 SDG donde le detectaron diabetes gestacional y traía trabajo de parto con 2 cms. de dilatación. La mantuvieron en tratamientos y reposo absoluto y se le estuvo aplicando insulina, la dieron de alta pero con condiciones, con dieta para diabético, reposo absoluto.

La cliente tiene antecedentes familiares de IAM (abuela materna y abuelo paterno). Y el abuelo materno vivo cursa con (derrame cerebral).

Niega tabaquismo y alcoholismo, ingesta excesiva de coca cola, alimentación rica en grasa (chatarra), poca ingesta de líquidos, vida sedentaria.

Refiere dolor leve en abdomen por herida quirúrgica, evacuaciones cada tercer día y le molesta tener sonda foley.

Manifiesta padecer de insomnio y despierta cada rato por el ambiente del hospital, la luz, el ruido y los medicamentos, que se deben administrar por la noche.

Por el personal de enfermería. Hace mención que solamente duerme 3 hrs. en la noche.

Menciona que quedo con mucho sobre peso y tiene temor que su pareja el la rechace.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO (POST- PARTO)

Paciente femenina de 26 años de edad con diagnostico, Puerperio Quirúrgico, con 6 horas de evolución.

Presentando involución uterina valorando tono y posición del útero por palpación abdominal con dos o tres centímetros debajo de la cicatriz umbilical.durante las primeras horas del puerperio, palpando con suavidad el útero observándose contraído el globo de seguridad.

Se revisa aposito de la herida quirúrgica observándose limpia sin secreción ni hemorragia.

Se evalúan loquios de color rojos hemáticos tras vaginal, realizando cambios de toalla por dos ocasiones.

Se exploran mamas, palpándose firmes con hipersensibilidad a la succión.

Menciona flatulencia pero no ha evacuado el intestino, se obsculata abdomen percibiendo peristaltismo disminuido

Se observan miembros inferiores con poco edema, refiere la cliente que padece de insomnio ya que duerme solamente tres horas en la por el ambiente del hospital, la luz, el ruido y los medicamentos, que se deben administrar por la noche.

Por el personal de enfermería Se mantiene tranquila con optimismo por ver realizado su sueño y tener a su bebe entre sus brazos.

CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE POR ESCRITO Y FIRMADO:

Yo M. R. L. en uso de mis facultades mentales, y estando agradecida con todas las personas, por la atención brindada durante mi estancia hospitalaria. En el Hospital .Dr. Martiniano Carvajal. Por encontrarme post-operada de cesárea. Autorizo

La Srta. Enfermera Maria Isabel Anaya Ramírez. A la utilización de la información y de los datos que brinde durante mi estancia en dicho hospital, para fines de su trabajo de titulación de Licenciada en Enfermería, el cual por información de la misma deberá de presentar en la ciudad de México.

GRACIAS POR TODO.

FIRMA_____

VI BIBLIOGRAFIA.

ENEO – UNAM Fundamentación teórica para el cuidado Edit. Finos Yuceda. México D. F. 2004 compiladoras: PACHECO. A. A. Laura, Piña. G. M. Aurora, Jiménez. R. Sofía. P. 423.

GARCIA. G: María de Jesús. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Editorial progreso México D. F. 1997. P.320.

RODRÍGUEZ, Bertha Alicia proceso enfermero aplicación actual. editorial Cuellar segunda edición Guadalajara Jalisco, México 2001 P. 277.

ENEO – UNAM Sociedad salud y enfermería. Edit. Talleres de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia México D. F. 2003 compiladora: PACHECO. A. A. Laura.

ENEO – UNAM Teorías y modelos para la atención de enfermería. Edit. Talleres de la Escuela de Enfermería y Obstetricia. México D. F. 2002.

ENEO – UNAM Docencia en enfermería Edit. Talleres de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. México D. F. 2003 compiladoras: ESPINOSA. O. Artemisa, Jiménez. R. Sofía.

BRUNNER y Suddarth Enfermería medicoquirúrgica. Edit. Interamericana octava edición, vol. I México D.F. 1998 p. 1133.

H. YURA, M. B. Walsh. El proceso de enfermería. Edit. Alhambra. S. A. primera edición española 1982 P.222.

MARRINER, Ann. R. N; Ph. D. El proceso de atención de enfermería un enfoque científico. Edit. El Manual Moderno. A. Segunda edición 1983. P. 225.

ENEO – UNAM Crecimiento y desarrollo .Edit. Talleres de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia México D. F. 2004. Compiladoras:
GUILLÉN. V. Roció Del C. Martínez M. Adelina, Pérez Z. Sofía Elena.

POTTER A. Patricia Fundamentos de enfermería Edit Océano Barcelona España Quinta edición, tomo IV P.1747.

NORDMAK, Rollwedr. Bases científicas de la enfermera. Séptima edición Edit Copilco México D. F. 1991 P.712.

Enciclopedia de enfermería fundamentos- técnicas Edit. Océano Grupo editorial, S. A. 1997 P192.

ARLENE. E. Murkoff. Heidi. Hathaway Sandee. Que se puede esperar cuando se esta esperando. Primera edición edit Workman publishing. New York.1996 P551.

RUBY L. Wesley, RN, PhD, CRRN. Teorías y modelos de enfermería. Segunda edición. Impreso en México Edit. Interamericana, S. A. De C. V.1997 P.175.

Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México .primera edición
México D. F. 2001 P. 27.

CARPENITO. Linda Manual de diagnóstico en enfermería. Tercera edición México
D. F. Edit. Harla México.1990 P.351.

CAGLE. Francis, Van Leuven. White. Manual clínico de fundamentos de
enfermería. Quinta edición Madrid España. 1998. P.304.

NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. Madrid España
Edit. Elsevier. 2004 P. 287.