



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



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**“ESTUDIO DE CASO A UN CLIENTE ADULTO
CON ALTERACIÓN DE SUS NECESIDADES”.**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

Oneida Araceli Carrillo Ramírez.

No de Cuenta: 401117365

ASESOR: L.E.O. Angelina Rivera Montiel.

Noviembre de 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.

INDICE.

INTRODUCCIÓN.

JUSTIFICACIÓN.

I. OBJETIVOS.

II. MARCO TEORICO	1
2.1. Cuidado.	1
2.1.1. Concepto.	1
2.1.2. antecedentes históricos.	2
2.1.3. tipos de cuidado: Caren y Curen	3
2.1.4. Connotaciones del cuidado.	4
2.2. ENFERMERÍA.....	6
2.2.1. Antecedentes históricos.	6
2.2.2. Concepto.	7
2.2.3. Meta paradigma.	8
2.3. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.	10
2.3.1. Concepto.	10
2.3.2. Antecedentes históricos.	10
2.3.3. Etapas del proceso.	11
2.4. MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON.	14
2.4.1. Antecedentes.....	14
2.4.2. Principales conceptos del modelo de Virginia Hendersón.....	15
2.4.3. Catorces necesidades básicas.....	16
2.5. P.A.E. MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON.....	23
2.5.1. Concepto.....	23
2.5.2. antecedentes histórico.....	24
2.5.3. Etapas del (P.A.E.) de Virginia Hendersón.	24
2.6. CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS Y SOCIALES.....	28

III. METODOLOGIA.	37
3.1. Descripción.....	37
3.2. Valoración.....	38
3.2.1. Fuentes de información.....	38
3.2.2. Técnicas utilizadas para la obtención de información.....	38
3.2.3. Instrumento de registro.....	43
3.3. Diagnostico.....	53
3.4. Planeación.....	63
3.5. ejecución y evaluación.....	68
I.V. CONCLUSIONES.	
BIBLIOGRAFIA.	

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo consistió en un estudio de caso del proceso de atención de enfermería enfocado en el modelo de Virginia Henderson, el cual fue analizado desde diferentes posturas, con el fin de lograr una mejor comprensión del mismo, puesto que es un modelo humanista reflexivo y es fundamentado en catorce necesidades básicas del ser humano.

Henderson nos dice que el proceso de atención de enfermería es muy importante para la enfermera ya que es un método sistemático, que consiste en brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente, dicho proceso se encuentra conformado por cinco etapas, que siguen un orden lógico y conducen al logro de los resultados como valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

De acuerdo con Henderson la enfermería es una disciplina por la cual se proporciona asistencia al individuo sano o enfermo en la realización de sus actividades que contribuyen a la conservación de la salud o la recuperación de una muerte pacífica y que el paciente llevaría a cabo si tuviera la fuerza y la voluntad y el conocimiento necesario.

Henderson también consideraba que es muy importante el trabajo en equipo, ya que la enfermera juega un papel muy importante en su relación de interdependencia con otros profesionales de la salud ejemplificando con las porciones de una tarta con el grado de participación de los profesionales del equipo de salud a la atención del cliente.

Este trabajo fue dirigido a una persona adulta que se encontraba hospitalizado en el hospital Naval de Mazatlán Sinaloa. Durante la aplicación del P.A.E. el enfermo

recibió todos los cuidados propuesto por este modelo con el fin de cumplir los objetivos propuestos al inicio del trabajo y estableciendo los diagnósticos de enfermería.

JUSTIFICACIÓN

De acuerdo a la necesidad urgente de que se ha reconocida la carrera de enfermería como una profesión humanística dentro de la cual el profesionista no solo proporciona ayuda y apoyo al paciente si no también conocimientos que le son adquiridos en el escuela, y los cuales fundamentan su trabajo y la hacen ser una parte esencial dentro del trabajo hospitalario. Por tal motivo se presentó la necesidad de contar con personal capacitado en el área de la enfermería, los cuales son capaces de proporcionar atención integral a todo el publico en general que así lo manifieste.

este enfoque ayudo a adquirir conocimientos que permitieron perfeccionar la práctica cotidiana mediante la descripción y control de los cuidados de enfermería, así la enfermera mejoro su capacidad a través del conocimiento teórico.

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

Este método permitió proporcionar cuidados de calidad a toda persona sana o enferma jerarquizando todas las necesidades de acuerdo a su enfermedad, con el fin de mejorar su calidad de vida.

La metodología que se utilizo dentro del proceso de atención de enfermería fue de forma reflexiva ya que esta fundamentada con conocimiento científico y humanístico la cual fue abordada desde varias posturas, puesto que algunos autores coincidieron al considerar que la practica se ha empírica con el propósito de mejorar la atención dentro del área hospitalaria.

I. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

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

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

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

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

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

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

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Cuidados.

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

2.1. Cuidado.

Durante varios años la enfermería se ha concentrado en la enfermedad y en la curación, sin embargo en la actualidad gracias al desarrollo fisiológico y epistemológico que ha tenido la disciplina, el gremio ha llegado a la conclusión que el núcleo central de sus conocimientos y práctica es el cuidado por lo tanto es necesario que se desarrollen los conceptos relacionados a este rubro y que a continuación se presentan.

2.1.1 Conceptos

Colliere dice: "que los cuidados es un conjunto de actividades que aseguran la continuidad de la vida como el beber, comer, evacuar, dormir, moverse, así como todo aquello que es fundamental para la vida..."¹

Colliere define al cuidado "como un acto de vida en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que esta se continúe y se reproduzca."²

Para María Mercedes Durán dice que las primeras prácticas de enfermería al igual que los médicos, ejercían la práctica individualmente en los hogares, en situaciones de salud en las cuales se generaban una relación persona a persona con el propósito de nutrir / cuidar a nuestro cliente."³

¹. Colliere, F, M, **Promover La Vida**, En: antología **fundamentación Teórica de Enfermería**, ENEO. UNAM. 2004 p. 33-37.

² **IDEM**, pp. 33- 37.

³ **IDEM** pp.33-37

2.1.2. Antecedentes histórico.

“Colliere nos dice que durante la enfermería se presentaron dos tipos de instrumentos principales dentro de la tecnología de información:

Los cuales constituyen la historia de enfermería o de acción sanitaria y la gestión del servicio de enfermería.”⁴

“De la misma manera la historia de enfermería es un instrumento fundamental de coherencia y de la continuidad de los cuidados. Es la expresión escrita de la evolución del proceso de la prestación de los cuidados; consiste en recoger la bases de un producto de cuidados establecidos a partir de un tipo de problema de orden físico, psíquico y afectivo que se plantean la enfermo por su enfermedad y por la distintas deficiencias que estas producen y de los cuidados que requieren.

Por otra parte la historia de acción sanitaria y social es considerada como la expresión escrita del análisis de una situación familiar, enfocada a identificar el origen de las dificultades de los problemas que se plantean a las familias etc.

La historia solo tiene sentido si es eficaz, si las personas que la realizan han desarrollado una capacidad de realizar con el proceso de los cuidados o el del acción sanitaria.

A manera de síntesis y de acuerdo a lo mencionado se puede concluir lo siguiente que los instrumento de información no pueden bastarse por si solos si no existen formas de recopilar datos, reuniones de servicios, reuniones referentes a los cuidados o a la acción sanitaria enfocada a elaborar y evaluar el proceso de los cuidados o de la acción sanitaria, reuniones de gestión de servicios.

La integración de los procedimientos tecnológicos y el proceso de relación es también inseparables en los cuidados curativos desde el punto de vista medicinal. Como infusiones, posiciones, fricciones, bajo otros aspectos: Masajes, vendajes etc.”⁵

⁴ IDEM, p.33

⁵ <http://www.google.com.mx/search?hl=es&q=cuidado+virginia+henderson.&meta> .ACTIVA.

“Las costumbres al igual que las creencias que se derivan de ellas afectan fundamentalmente a todos los grande aspectos que aseguran el mantenimiento de la vida. Por tal motivo tiene origen en las practicas relativas a la alimentación y el cuerpo, dichas practicas son el punto de partida de todas la costumbres y todas a creencias, que constituyen las costumbres mas ancestrales del mundo y siempre están seguidas a las formas de expresión del proceso de atención, por su parte los valores juegan un papel importante dentro de este apartado ya que se basan en el reconocimiento de las costumbres y los distintos grupos que hay que mantener en un medio dado. Así mismo es importante mencionar que el único valor fundamental universalmente reconocido es la prohibición del incesto, existiendo sin embargo un umbral critico diferente de una sociedad a otra.”⁶

2.1.3. Tipos de cuidados: *caren y curen.*

Diferenciar la naturaleza de estos dos tipos de cuidados nos hace llegar a la intersección de la orientación y de las opciones fundamentales que guían las elecciones que se hacen no solo respecto a la función cuidadora del personal sanitario, si no también del conjunto de la acción sanitaria y social.

“Cuidados de costumbres y habituales o cuidados de conservación y de mantenimiento de la vida: *care.*- representa todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida.

Los cuidados de curación tienen por objeto finiquitar la enfermedad luchar contra ella y atajar sus causas, los cuidados centrados en el hombre en relación con su entorno se han polarizado, en la sociedades occidentales, cada vez mas en las enfermedades comprometiendo un proceso de análisis que han aislado las causas orgánicas y las causas físicas y que ha dejado de lado las causas socioeconómicas.”⁷

⁶ IDEM. Activa.

⁷ Op.Cit. p.1

“Los cuidados de curación va ha predominar progresivamente hasta el punto de obliterar o incluso de excluir a los cuidados para el mantenimiento de la vida que se minimizan y se hacen secundarios los cuales son fundamentales ya que sin ellos ninguna vida puede continuar.

Cuando prevalece la cure sobre el care, se aniquilan progresivamente todas las fuerzas vivas de la persona, todo aquello que las hace ser y querer reaccionar, ya que se agotan las fuentes de energía vital, se han de la naturaleza que sean, esta aniquilación puede llegar hasta un deterioro irreversible.

Diferenciar la naturaleza de estos dos tipos de cuidados nos hace llegar a la encrucijada a de las orientaciones y las opciones fundamentales que guían las elecciones que se hacen no solo respecto a la función cuidadora del personal sanitario, sino también respecto al conjunto de la acción sanitaria y social.”⁸

2.1.4. Connotaciones del cuidado

El cuidar esta vinculado entre dos persona como bien nos dice colliere, cuidar de si mismo y cuidar de otro esta asociado con el desarrollo del cliente. Cuidar es un acto individual que uno sede así mismo cuando adquiere autonomía pero del mismo modo es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que temporal o definitivamente requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales. Por lo tanto el cuidado se da en 3 dimensiones:

- a) cuidar de si mismo: es un acto individual que uno se da a sí mismo cuando adquiere autonomía.
- b) cuidar de otros: el cuidar de otros a nivel institucional implica la relación enfermera paciente.

⁸ IDEM. p34

c) Cuidar con otros significa que la enfermera, vista como persona también requiere de cuidados para satisfacer sus necesidades y cuando ella no los hace no es capaz de cuidar de otros, cuida al cliente con otros profesionales y en algunos casos con la familia.

Cuidar: acto individual que se da uno mismo, cuando se adquiere autonomía, es reciproco cuando se tiende a dar a cualquier persona, que temporalmente ó permanentemente requiere ayuda, para asumir sus necesidades vitales.

Los cuidados individuales representa todo un conjunto de actividades que aseguran la a continuidad de la vida como: beber, comer, evacuar, lavarse, levantarse, moverse, desplazarse así como todo aquello que contribuye al desarrollo de la vida de nuestro ser formando, manteniendo la imagen del cuerpo, 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, los objetos familiares etc.

Acto interpersonal: se produce entre las personas, dándose a cualquier persona transitoria. El cuidado interpersonal puede describirse de la siguiente manera cuando la madre baña a su hijo, esta contribuye a su desarrollo psicomotor total porque asocia el baño a todo un conjunto de relaciones táctiles, verbales y no verbales que convierten el baño en un juego que estimula su naturaleza siendo por lo tanto fuentes de conciencia y desarrollo.

Acto ínter subjetivo puede ser reciproco.”⁹

⁹ IDEM. p.35.

2.2 ENFERMERÍA.

Es una disciplina que ha tenido diversas etapas de desarrollo en su proceso histórico y el ejemplo más objetivo de estas transformaciones es la transición paradigmática de la curación – enfermedad a la persona cuidada., Por tal motivo y para mejor comprensión se ha incluido este capítulo referente a enfermería.

2.2.1. Antecedentes históricos

“La historia de la enfermería surge con el nacimiento del ser humano, anteriormente se consideraba el término anglosajón nurse como una palabra esencial para definir a la enfermería, posteriormente con el paso de los años y conforme fueron evolucionando las sociedades surge la palabra enfermería, la cual es utilizada para definir la actividad de cuidador y los cuidados que se asignaban a los enfermos.¹⁰

“En la historia de enfermería es muy importante el protagonismo de la mujer ya que los cuidados de enfermería fueron proporcionados por la mujer alrededor de la fecundación.

La enfermería moderna comenzó a mediados del siglo XIX. Uno de los primeros programas oficiales de formación para las enfermeras comenzó en 1836 en Kaiserswerth, Alemania, a cargo del pastor Theodor Fliedner para la Orden de Diaconisas Protestantes. Por aquel tiempo otras órdenes religiosas fueron ofreciendo también formación de enfermería de manera reglada en Europa, pero la escuela de Fliedner es digna de mención por haberse formado en ella la reformadora de la enfermería británica Florence Nightingale. Su experiencia en Kaiserswerth le brindó el ímpetu para organizar la enfermería en los campos de batalla de la guerra de Crimea y, más tarde, establecer el programa de

¹⁰ SILES, M, José Luis, **Historia de Enfermería**. En : antología de Fundamentación teórica De Enfermería. ENEO, UNAM. 2004 P. 15-29.

formación de enfermería en el hospital Saint Thomas de Londres. La llegada de las escuelas de enfermería de Nightingale y los heroicos esfuerzos y reputación de Florence Nightingale transformaron la concepción de la enfermería en Europa y establecieron las bases de su carácter moderno como profesión formalmente reconocida.¹¹”

2.2.2. Concepto.

Es la ciencia y el arte que interactúan para procurar la satisfacción de los participantes.,así mismo es el arte de proporcionar cuidados de prevención y tratamiento de las respuestas humanas del individuo, familia y comunidad, consiste principalmente en ayudar a las personas tanto sanas como enfermas.

Florence NIGHTINGALE, define la enfermería en términos de función como: "Colocar al paciente en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza actúe sobre él"¹². Esto significa el uso adecuado de aire fresco, luz, calor, limpieza, tranquilidad y la oportuna selección y administración de dietas, todo ello con el menor gasto posible de la energía vital del paciente."¹³

2.2.3. Meta paradigma.

¹¹ <http://personales.va.com/erfac/enferm.htm>. ACTIVA

¹² Enfermería. *Enciclopedia® Microsoft® Encarta 2001.* © 1993-2000 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos

“Estructura conceptual o filosófica de organización de una disciplina o profesión.

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

El meta paradigma es un marco conceptual para entender su rol frente al paciente, el conocimiento que la enfermera desarrolla durante el proceso de formación y a través de su trayectoria profesional le permiten explicar éste marco conceptual y una vinculación efectiva con el paciente ,el conocimiento que la enfermería desarrolla debe ser de 4 modos.

Empíricos: conocimiento ganado a través de la observación de hechos que se pueden verificar.

Estético: conocimiento expresado a través del arte de enfermería.

Ético: conocimiento de las perspectivas éticas que como enfermeras enfrentamos, este conocimiento incorpora valores y requiere clarificación con el paciente.

Conocimiento personal: se refiere al conocimiento de uno mismo, este tipo de conocimiento requiere el poder de introspección, reflexión, y autenticidad con uno mismo y con los demás.”¹⁴

Así mismo el metaparadigma de la enfermería agrupa cuatro conceptos:

¹⁴ Benavent Garcés M, Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey C. Fundamentos de enfermería. Los modelos de cuidados. Madrid. 2001:157-160.

“Persona: se refiere al receptor de los cuidados enfermeros, que incluye los componentes físicos, espiritual, psicológico, socio-cultural y puede contemplar a un individuo, familia o comunidad.

Entorno: todas las condiciones internas y externas que las circunstancias y las influencias afectan a las personas.

Salud: grado de bienestar o enfermedad experimentado por la persona.

Enfermería características y atributos del individuo que proporciona el cuidado enfermero.: actividades.”¹⁵

¹⁵ **IDEM Pp 159.**

2.3. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE).

La finalidad del proceso es ofrecer cuidados de enfermería cuya meta es identificar, el estado de salud del paciente, iniciaremos diciendo que es un método sistemático y racional de planificar los 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.

“Es considerado como un conjunto sistemático de acciones a llevar a cabo por el personal de enfermería para responder a las necesidades y problemas de salud que representa el paciente.”¹⁶

2.3.2. Antecedentes históricos.

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

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico.¹⁷

¹⁶ Janneteh W. Griffith-Paula J. christense **PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.** EL Manual Moderno Edición 1º 1986 P.p.

¹⁷ **IDEM.**

2.3.3. Etapas del proceso de atención de enfermería.

Valoración

“Es la recopilación de datos mediante una entrevista, realización de la exploración para el proceso de enfermería. Comienza con una historia sanitaria (en el que se incluye una valoración de la salud del paciente) y termina con la comprobación del estado del bienestar o con la emisión de un diagnóstico sanitario.

La función de la enfermera consiste en valorar estados de bienestar o de enfermedad así como de la extensión de los mismo. Enfermería se compromete con las necesidades humanas básicas que afectan a la persona global, mas que con un aspecto, un problema o un área limitada de la satisfacción de tales necesidades. La enfermera determinara en primer lugar que necesidades debe valorarse que información será necesaria y de que fuentes puede obtener esta información. La enfermera debe poseer un conocimiento de las principales alteraciones patológicas y psicopatológicos del ser humano teniendo en cuenta los niveles de edad, sexo, los principales grupos culturales, raciales y la existencia de enfermedades frecuentes en áreas geográficas o en ciertos medios ambientales ejem: las anormalidades constitucionales, la malnutrición, las infecciones, el cáncer los accidentes etc.”¹⁸

Diagnóstico

“Es el proceso global de enfermería, es el de la identificación de la necesidades del paciente y la formulación de los correspondientes diagnósticos enfermeros. La enfermera concluye la fase de valoración con la emisión de un diagnóstico sanitario, requiere un elevado nivel de capacitación intelectual, contituye el aspecto de mayor importancia del proceso de la asistencia sanitaria y la culminación de la fase de valoración.

Un diagnóstico puede completarse definiendo problemas adicionales derivado del problema básico y matizarse mediante el empleo de términos tales como agudos,

¹⁸ ANN MARRINER, R. N. **Proceso de Atención de Enfermería**, un enfoque científico. Edición 2ª, Editorial. Manual moderno S.A. de C.v. Eneo.UNAM. pp.29.

crónicos, total, completo, parcial o mínimo por mencionar algunos, por otro lado al indicar la causa de la dolencia diagnosticada se clasifica la razón psicopatológica, fisiopatología, social, cultural, educativa económica relacionado con el medio ambiente, o con el proceso de desarrollo del individuo que impide la satisfacción de las necesidades. Los diagnósticos sanitarios pueden agruparse en torno a una necesidad humana.”¹⁹

Planeación

“Es la intervención de enfermería adecuada para prevenir, reducir o solventar los problemas del paciente, satisfacer sus necesidades en la medida de lo posible y mejorar globalmente su salud, entendida esta en sentido holístico. La fase de planeación comienza al emitirse el diagnóstico sanitario durante esta fase se elaboran planes en colaboración con el paciente y con su familiar para tratar de resolver sus problemas definidas en su diagnóstico mediante la satisfacción de sus necesidades humanas.

En esta fase es asignar un orden prioritarios a los problemas diagnosticados, establecer una distinción entre los problemas que pueden resolverse mediante la intervención sanitaria, lo que el paciente o el familiar puede controlar y aquellos otros que han de asignarse a otros miembros del equipo asistencial o tratarse en colaboración con estos; determinar acciones específicas y sus objetivos inmediatos, medio y largo plazo, así como las respuestas previsibles del paciente anotar los problemas las acciones a seguir y los resultados previsibles en el plan de atención, esta fase concluye con el desarrollo del plan de atención sanitaria, como requisito previo para pasar a la acción que proporciona la dirección en que ha de ejecutarse el plan así como el marco para la evaluación.”²⁰

¹⁹ IDEM.

²⁰ IDEM

Ejecución

“En la fase de ejecución desempeña un papel fundamental, la capacitación intelectual, interpersonal y técnica de la enfermera. La adopción de decisiones la observación y la comunicación son aspectos significativos que aumentan las probabilidades del éxito de la actuación de la enfermera de miembros del equipo sanitario y de miembros del equipo asistencial utilizando el plan de atención como guía o habiéndose definido claramente los objetivos a corto, medio y largo plazo se procede a poner en practica las acciones planeadas.

Durante esta fase se comprueba la viabilidad del plan, obviamente este plan no se realiza a siega ya que se a elaborado racionalmente a lo largo de las dos fase previa. La enfermera continua recogiendo datos del paciente como persona, de su condición de sus problemas de sus reacciones y sentimientos.”²¹

Evaluación

“La evaluación se considera siempre en relación con las respuestas del paciente a la acción planificada. El plan de atención proporciona el marco para la evaluación, el impacto que produce en el paciente todas las acciones intelectuales, interpersonal y técnicas y los cambios que se derivan de ellas constituyen el objeto de evaluación.

Los elementos de la evaluación, valoración y planificación son concurrentes y recurrentes con relación a otros componentes, la evaluación de las acciones realizadas durante y después de la fase de ejecución permite determinar la respuesta del paciente y la extensión del logro de objetivo a corto, medio y largo plazo, la evaluación debe proseguir de forma resuelta y orientada al logro de objetivo.

La evaluación indicara la existencia de omisiones durante la fase de valoración, planificación y ejecución, en una determinada situación asistencial es posible que algunos problemas puedan resolverse en diferentes intervalos de tiempo.”²²

²¹ IDEM.

²² IDEM.

2.3. MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON.

Es un método sistemático y organizado que se utiliza para identificar los problemas del cliente y aplicar los cuidados dirigidos a satisfacer las necesidades.

2.4.1. Antecedentes.

“Virginia henderson fúe una enfermera norteamericana ,nació en 1897,y falleció el 19 de marzo de 1996.

Henderson desarrollo su interés por la enfermería durante la primera guerra mundial, en 1918 ingreso ala escuela de enfermería de la armada en Washington Graduándose tres años más tarde henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de enfermería ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación ,lo que a ella le llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermería a partir de la revisión de la bibliografía existente en aquellos años sobre enfermería ,se dio cuenta que los libros que pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras no definían de forma clara cuales eran sus funciones y que sin este elemento primordial para ella no sé podían establecer los principios y la práctica profesional.

Henderson ha recibido un reconocimiento importante, incluido el nombramiento como doctora Honorís causa, durante su carrera en la práctica y docencia en enfermería.

Henderson dice que la enfermera asiste al paciente con actividades esenciales para mantener la salud ,recuperarse de la enfermedad o lograr una muerte tranquila.”²³

²³ Fernandez Ferrin, carmen Novel y Maria gloria. **Modelo de Hendersón y el Proceso de Atención de Enfermería.** Antología. **Fundamentación teorica para el Cuidado.** ENEO. UNAM. Pp 263 311

2.4.2 Principales conceptos del modelo de Virginia Henderson.

Un modelo conceptual es un conjunto de conceptos ,ideas o teorías que se interrelacionan pero en el que la relación no se define con claridad.

1-PERSONA “(Necesidades básicas): el paciente debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional ,porque la mente y el cuerpo de la persona son inseparables, la persona es capaz de aprender durante toda su vida, el paciente y su familia conforman una unidad.

Estas necesidades son comunes a todos los individuos , si bien cada persona tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida.

2 SALUD (independencia ,dependencia causa de la dificultad o problema) .es una cualidad de la vida y es básica para el correcto funcionamiento del organismo humano la consideran un estado de independencia o satisfacción adecuada de las necesidades.

Independencia: Todas las personas tienen determinadas capacidades en este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud.

Dependencia: Puede ser considerada en una doble vertiente, por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades.”²⁴

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

Henderson las agrupa en tres posibilidades:

²⁴ IDEM. Pp 263.

a) Falta de fuerza. "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.

b) Falta de conocimientos: es lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (Autoconocimiento).

c) Falta de voluntad: 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.

3) ROL PROFESIONAL(Cuidados básicos de enfermería, relación con el equipo de salud)

los cuidados básicos son conceptual izados como acciones que lleva acabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda según el nivel de dependencia identificado en la persona.

4) ENTORNO (Factores ambientales, factores socioculturales.)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 interferir en la tal capacidad por lo tanto las enfermeras deben proteger Alos pacientes de las l lesiones producidas por agentes externo."²⁵

2.4.3. Catorce necesidades básica.

Virginia Henderson, se apoyó mucho en los postulados de *Florence Nightingale* e incorporó en su teoría principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de enfermería. Esta teoría planteó los criterios acerca del entorno, la salud, persona y cuidados. En la teoría de la *Henderson* no se encuentra ninguna definición específica de necesidades, pero identificó las 14 necesidades básicas del paciente y son:

²⁵ IDEM. Pp 263.

2.4.3. CATORCE NECESIDADES BÁSICA.

1) Necesidad de Oxigenación

Dentro de estas necesidades se matiza el control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores. Hace referencia al masaje cardíaco y al control de oxigenación.

2. Necesidad de nutrición e hidratación.

La enfermera debe conocer los aspectos psicológicos de la alimentación y establecer una supervisión constante sobre la comida, teniendo en cuenta gustos, hábitos etc... El término nutrición es una cualidad o estado de los seres vivos, cuando usamos este término para referirnos a una persona humana es fácil de determinar si está bien o mal nutrida.

Para el producto en el seno materno, el recién nacido y el niño hasta los 5 años de edad, los requerimientos nutricionales y el equilibrio hídrico son de la mayor importancia, para tener un crecimiento y desarrollo normal.

Se observa que una persona adulta bien nutrida, es una persona saludable que vive en estado de equilibrio, porque el gasto energético y plástico que consumen diariamente, los reponen regularmente en cantidad suficiente y mantiene reservas que pueden utilizar en momentos de mayor desgaste, evitando de esta manera alguna alteración de sus funciones.

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%.

Normalmente hay un ingreso de agua al organismo cuando se ingieren líquidos y alimentos con importante contenido hídrico como las frutas y verduras.²⁶

²⁶ María de Jesús González. **Proceso de Enfermería Y el Modelo de Virginia Henderson**. Ed. Progreso S.A. México 1997 ENEO. UNAM. Pp 55-284

3. Necesidad de eliminación.

La enfermera deberá observar si la eliminación es normal. Incluye la protección de la piel contra la irritación y una buena utilización de ropas de vestir y de cama. 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 les llama "heces fecales".

4. Necesidad de masajes y mantener una buena postura

Hace un matiz sobre los cambios posturales y la prevención de úlceras por decúbito, e incluye la rehabilitación. 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.

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.

5. Necesidad de descanso y sueño.

Hace referencia al dolor y al uso indiscriminado de somníferos. 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 el trabajo físico y mental del día.²⁷

6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.

Es importante reducir al mínimo la interrupción de costumbres establecidas y el uso de ropas que lo hagan sentir un miembro activo de la comunidad. La forma de vestir, es parte de la cultura en que vivimos y nos hemos desarrollados. Los

²⁷ IDEM. P 97

rasgos culturales son mas firmes en las personas que viven en los campos y en las etnias, las cuales no cambian su forma de vestir en ninguna circunstancia, mientras que su arreglo personal es sencillo y vistoso.

7. necesidad de termorregulación.

Hace referencia también al control de insectos, prevención de la polución de las aguas y la contaminación de la comida. 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 traspiración, 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 la regulación de la temperatura.

Hipotermia.

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

8. Necesidad de higiene y protección de la piel.

Tiene en cuenta el valor psicológico, aparte del fisiológico. El número de baños completos deben determinarse de acuerdo con la necesidad física y la voluntad del paciente. La higiene corporal es una de las formas mas 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 frió 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 Alos microorganismos.

9. Necesidad de evitar los peligros

Hace referencia a la prevención de accidentes y a la protección de si mismo y de las personas que le rodean. La autoestima. También introduce el conocimiento sobre esterilización.

10. Necesidad de comunicarse

En la medida en que fomenta las buenas relaciones del paciente, promueve el bienestar del mismo. Ayuda a la persona a comprenderse así mismo y cambiar ciertas condiciones, que son las que lo han convertido en enfermo y aceptar aquello que no puede ser cambiado. Ayuda a la persona a comprenderse así mismo y cambiar ciertas condiciones, que son las que lo han convertido en enfermo y aceptar aquello que no puede ser cambiado. La comunicación es un proceso a través del cual, se trasmiten y reciben ideas, emociones e informaciones entre personas y grupos personas.

El poder de 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.”²⁸

11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores.

Respeto y tolerancia a la raza, color, religión, creencias y valores. Secreto profesional. Respeto y tolerancia a la raza, color, religión, creencias y valores. Secreto profesional. Religión : este termino significa las relaciones que el hombre tiene con su creador, el culto que se atributa ala divinidad.

Sentimos una necesidad ,as apremiante de orar y comunicarse con Dios.

Todas las personas sin importar, su escolaridad, edad, y condicion social, sienten la necesidad de esta comunicación y práctica de su fe. Por eso la enfermera

²⁸ IDEM. pp 175.

estara dispuesta para prestar la ayuda espiritual que el paciente necesita o le solicite.

12. Trabajar y realizarse.

Trabajar es una necesidad basica del ser humano, es una forma de auto expreción importante a travez dela cual la persona puede manifestar su capacidad creadora. Esta necesidad pide como requerimiento fundamental, para su satisfacción, el hecho de que la tarea que se realiza este de acuerdo con : la vocación, capacidad, aptitudes, intereses y carácter de la persona que lo realiza, de lo contrario se convierte en algo desagradable que la persona trata de evitar.

13. Necesidad de jugar/ participar en las actividades recreativas.

Puede ser un estímulo y un medio de hacer ejercicio. La enfermera puede ayudar a los familiares y amigos del paciente a que atiendan las necesidades recreativas del mismo. 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 ocio.

Pasatiempo. Es la actividad que entretiene pero no favorece el descanso, nie l crecimiento personal.

Recreación. La definición del diccionario es; distracción, entretenimiento, placer.

Ocio. El diccionario nos da el siguiente significado: descanso, entretenimiento, obras de ingenio formadas en los ratos libres que dejan otras tareas.

Como se puede comprender este ultimo es el significado mas amplio para la actividades recreativas, podemos decir que el ocio pertenecen las obras de arte: pintura, dibujo, escultura, tallado, en madera, pirograbado etc. Y todas las actividades manuales

Se dice que los adultos hemos perdidos la capacidad de asombro y la curiosidad presentes en los niños pequeños.

La capacidad de asombro y la curiosidad se relacionan íntimamente , con la creatividad y la conciencia de si mismo y del propio valer.

Esta cualidad se hace mas necesaria en nuestra época en la que los cambio se dan con tanta rapidez, que sentimos que rebasan nuestra capacidad para asimilarlos y de una manera consiente aceptarlos.

14. Necesidad de aprendizaje

La orientación, el adiestramiento o la educación forman parte de los cuidados básicos de la mayoría de las personas. La enfermera tiene una función docente.”²⁹

²⁹ **IDEM.** pp. 207

2.5. MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

El proceso de atención de enfermería de Virginia Hendersón debe seguir una serie de etapas aunque Virginia Henderson no la define como tal, de la literatura revisada se refiere que el proceso de atención de enfermería es importante para la reflexión que la enfermera tiene que llevar a cabo para la conformación de plan de atención.

“Los planes de atención de enfermería son documentos que contienen el problema de salud encontrando diagnósticos enfermero o problemas interdependientes, objetivos, acciones de enfermería y evaluación. Existen dos tipos de planes de acuerdo a sus componentes para diagnóstico enfermero y para problemas interdependientes; la diferencia entre ambos es que uno se refiere a una respuesta humana (diagnóstico enfermero) y el otro a una respuesta fisiopatológica (problema interdependiente); y que las funciones interdependientes de enfermería únicamente se incluyen en los planes de atención para problemas interdependientes”³⁰

La demás información para el marco teórico se establecerá con base a las necesidades en el cliente.

2.5.1 CONCEPTO

Rosalinda Alfaro “es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de la respuesta del paciente a las alteraciones de la salud, reales o potenciales”³¹.

³⁰ ³⁰ Bertha Rodríguez S. **Proceso Enfermero**. 2ª edición ediciones. Cuellas. P85

³¹ <http://www.google.com.mx/search?hl=es&q=proceso+atencion+de+enfermeria&meta> Activa

2.5.2. Antecedentes históricos.

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

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.”³²

2.5.2. ETAPAS DEL MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON.

Valoración

“ es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno.

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al cliente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al cliente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia etc.

³² Op. Cit,p. p 14

Diagnóstico de Enfermería

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo

Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

PLANEACION

Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se

procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente³³

EJECUCIÓN.

“ Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados. Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

³³ **Op. Cit.p.** p. 14

EVALUACIÓN :

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

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.”³⁴

³⁴ **Op.Cit.p.** p23

2.6. Características biológicas y sociales.

“El ser humano es un ser vivo que comparte el mundo nace, crece, se reproduce y muere, es decir atraviesa por un ciclo vital a lo largo de su existencia.

El siguiente caso clínico esta enfocado en un cliente adulto mayor de 58 años de edad sexo masculino con el diagnostico de Asma bronquial.

Por lo tanto se desarrollara la etapa de desarrollo y crecimiento en que se encuentra mi cliente.

Adulto Mayor Anciano

comprende de los 60 años en adelante esta etapa se caracteriza por el declinar rápido y progresivo de todas las funciones vitales del individuo.

El envejecimiento es un fenómeno universal que va a afectar a todos los individuos y a todos los órganos y sistemas. No obstante, estos cambios van a tener grandes variaciones individuales: no todas las personas envejecen igual ni al mismo ritmo, ocurriendo lo mismo entre los diferentes órganos y sistemas dentro de un organismo.

A un anciano se le puede identificar por su aspecto exterior: canas, arrugas, alteraciones de la postura, de la marcha.

Con la edad se producen alteraciones de la composición corporal del individuo, como son la disminución de la masa celular y el aumento de la grasa del organismo, con perdida de peso en la mayoría de los órganos, el hígado pierde 400 gr., el cerebro 200 gr. Y el riñón 50 gr., produciéndose una disminución progresiva de la función (1 % anual de promedio), a partir del momento de máxima vitalidad a los 30 años y apareciendo, según van avanzando los años, una mayor vulnerabilidad frente a las agresiones.

CAMBIOS FISICOS Y SUS CONSECUENCIAS EN LA VEJEZ.

En la valoración de los cambios físicos que ocurren en la vejez, existe la tendencia a fragmentar al adulto mayor, considerando las transformaciones que confrontan como si ocurrieran en sistemas aislados, por ejemplo: La función del riñón, la función del corazón, etc. Esta apreciación obviamente tiene el error de no ver la función del organismo como un todo.

La mayoría de las personas mayores son capaces de tener una vida normal e independiente y muchos procesos corporales parecen ser normales bajo condiciones básicas. Sin embargo, también es cierto que muchos procesos fisiológicos en el organismo se vuelven menos efectivos, bajo ciertas circunstancias, con el aumento de la edad, por lo que es generalmente aceptado que durante el envejecimiento existe una declinación en la competencia funcional del individuo.

Hay que reconocer que, al igual que en los aspectos psicológicos y social del anciano, los cambios fisiológicos son del todo Heterogéneos , tanto de un individuo a otro como dentro de los mismos sistemas de un organismo, ya que dependen de las condiciones pre -existentes, del estilo de vida y de su interacción con el medio. Los cambios en la homeostasis son, pues, el resultado de la disminución de la habilidad adaptativa del organismo al estrés.

Sistema Nervioso Central: cerebro y medula espinal.

Cambios relacionados con el envejecimiento:

Engrosamiento de las meninges;

Atrofia cerebral (el peso disminuye en 10% entre edades de 35 a 70 años)

Disminución de los procesos dendríticos;

Reducción de la sustancia blanca;

Disminución de la velocidad de conducción;

Aumento del tiempo de respuesta reflejo.

Consecuencias de los cambios:

Algunos ancianos pueden presentar disminución de las respuestas intelectuales como agilidad mental y capacidad de razonamiento abstracto;

Puede observarse, en algunos ancianos disminución en la percepción, análisis e integración de la información sensorial, disminución en la memoria de corto plazo y alguna pérdida en la habilidad de aprendizaje;

También, puede observarse un enlentecimiento de la coordinación sensorio-motora que produce un deterioro en los mecanismos que controlan la postura, el soporte antigravitacional y el balance;

Estos cambios, aunque son relativamente normales, no se encuentran presentes en todos los adultos mayores, ya que existe un grupo numeroso que conserva sus funciones intelectuales y cognitivas intactas.

Sistema nervioso autónomo

Cambios relacionados con el envejecimiento;

Se observa una disminución en la síntesis e hidrólisis de los neurotransmisores acetilcolina, norepinefrina y dopamina; además existe disminución en el número de los receptores post-sinápticos.

Consecuencia de estos cambios:

Existe una disminución de la sensibilidad de los baroreceptores, lo que condiciona una predisposición a la hipotensión postural;

Existe deterioro de la regulación de la temperatura corporal, lo que produce predisposición a la hipotermia o al “golpe de calor”;

Ocurre alteración en la apreciación del dolor visceral, lo que puede conducir a la presentación, en forma confusa, de enfermedades;

Existe disminución en la motilidad intestinal lo que puede producir constipación;

Puede existir trastorno en la regulación del tono muscular y en el control de los esfínteres involuntarios, lo que puede conducir a problemas tales como incontinencia urinaria.

Sentido de la visión

Cambio relacionados con el envejecimiento:

Perdida de la grasa orbitaria y estenosis del conducto lagrimal;
Depósitos lipídicos en la córnea, sequedad de la conjuntiva y disminución en la elasticidad del cristalino;
Cambios degenerativos en los músculos de la acomodación, en el iris, en la retina y en la coroides.

Consecuencias de estos cambios:

Apariencia de hundimiento de los ojos, laxitud de los párpados, ptosis senil, puede haber epífora, arco senil, reducción de la cantidad de lágrimas y aumento de la presión intraocular;

Pupilas contraídas y reflejos lentos, deterioro de la agudeza visual y de la tolerancia al reflejo de la luz brillante; además puede existir reducción de los campos visuales;

enta adaptación a la oscuridad, defectuosa apreciación del color y deterioro de la percepción visuo-espacial.

Audición y equilibrio

Cambios relacionados con el envejecimiento:

Degeneración del Órgano de Corti;

Pérdida de neuronas en la cóclea y en la corteza temporal.

Disminución de la elasticidad de la membrana basilar, afectando la vibración;

Osteoesclerosis de la cadena de huesecillos del oído medio;

Excesiva acumulación de endolinfa;

Degeneración de las células vellosas en los canales semicirculares.

Consecuencia de los cambios

Presbiacusia, caracterizada por el deterioro de la sensibilidad al tono de frecuencia alta y a la percepción, localización y discriminación de los sonidos;

Deterioro del control postural reflejo, lo que puede producir predisposición a las caídas por vértigo y mareo y disminución de la habilidad para moverse en la oscuridad.

Olfato, gusto y fonación

Cambios relacionados con el envejecimiento:

Atrofia de las mucosas;

Degeneración neuronal (las papilas gustativas se reducen en un 64% a la edad de 75 años);

Atrofia y pérdida de la elasticidad en los músculos y cartílagos laríngeos .

Consecuencia de estos cambios:

Deterioro del sentido del gusto y del olfato con el consecuente riesgo de intoxicación por gas o alimentos descompuestos, anorexia y malnutrición;

Disminución de la sensibilidad del reflejo de la tos y la deglución;

Cambios de voz.

Sistema locomotor: músculos, huesos y articulaciones

Cambios relacionados con el envejecimiento:

Atrofia muscular que afecta tanto al número como al tamaño de las fibras; aparentemente eso es condicionado por desórdenes metabólicos intrínsecos y por desnervación funcional (disminución del impulso nervioso que mantiene el tono muscular);

Osteoporosis;

Cambios degenerativos en ligamentos, tejidos periarticulares y cartílago;

Engrosamiento sinovial;

Opacidad del cartílago, aparición de erosiones superficiales, degeneración mucoide, formación de quistes y calcificación.

Consecuencia de estos cambios:

Pérdida de la masa muscular;

Predisposición a calambres musculares;

Predisposición para el desarrollo de hernias tanto intra como extra-abdominales;

Debilidad muscular;

Limitación en el rango y velocidad del movimiento corporal;

Cifosis;

Disminución de la estatura;

Disminución de la elasticidad y resistencia de las articulaciones;

Rigidez articular y predisposición al dolor;

Disminución en la confianza y seguridad para la actividad;

Dificultad para la realización de tareas, especialmente si se complica por un defecto visual compensado.

Sistema gastrointestinal

Cambios relacionados con el envejecimiento:

Cambios en la mucosa oral;

Cambios atróficos en la mandíbula;

Atrofia de tejidos blandos (encía);

Atrofia de la mucosa gástrica e intestinal, de las glándulas intestinales y de la capa musculares;

Reducción del tamaño del hígado;

Disminución de la velocidad del tránsito intestinal.

Consecuencias de estos cambios:

Predisposición a la caries dental, al edentulismo y a la enfermedad periodontal;

Problemas en la absorción de los alimentos;

Constipación y divertículos;

Aumento del tiempo del metabolismo de algunas drogas en el hígado.

Sistema respiratorio

Cambios relacionados con el envejecimiento:

Coalescencia de alvéolos; atrofia y pérdida de la elasticidad de los septums;

Esclerosis bronquial y de los tejidos de soporte;

Degeneración del epitelio bronquial y de las glándulas mucosas;

Osteoporosis de la caja torácica;

Reducción de la elasticidad y calcificación de los cartílagos costales;

Debilidad de los músculos respiratorios.

Consecuencias de estos cambios:

Capacidad vital disminuida;

Deterioro de la difusión de oxígeno;

Eficiencia respiratoria disminuida;

Disminución en la sensibilidad y eficiencia de los mecanismos de defensa del pulmón tales como el aclaración de moco, el movimiento ciliar y el reflejo de la tos;

Cifosis e incremento de la rigidez de la pared del tórax;

Predisposición a la infección.

Sistema cardiovascular

Cambios relacionados con el envejecimiento:

Disminución de la elasticidad de la media arterial con hiperplasia de la íntima;

Incompetencia valvular venosa;

Calcificaciones en las válvulas cardíacas;

Rigidez de las paredes venosas;

Depósitos de lipofucsina y fibrosis del miocardio;

Aumento de la resistencia periférica;

Disminución del gasto cardíaco;

Deterioro de la microcirculación.

Consecuencias de estos cambios:

Dilatación y prominencia de la aorta;

Presencia de soplos cardíacos;

Predisposición a los eventos tromboembólicos;

Disminución en la capacidad de actividad física;

Insuficiencia venosa, con el consecuente riesgo de estasis y úlceras tróficas;

Trastornos de la micro-circulación periférica.

Sistema génito-urinario

Cambios relacionados con el envejecimientos:

Engrosamiento de la membrana basal de la cápsula de Bowman y deterioro de la permeabilidad;

Cambios degenerativos en los túmulos y atrofia y reducción del número de nefronas;

Atrofia de la mucosa vaginal;

Laxitud de los músculos perineales;

Atrofia de acinos y músculos prostáticos, con áreas de hiperplasia (la hiperplasia nodular benigna está presente en el 85% de los hombres de 80 años y más).

Piel

Cambios relacionados con el envejecimiento:

Atrofia de la epidermis, de las glándulas sudoríparas y folículos pilosos;

Cambios pigmentarios;

Hiperqueratosis epidérmica;

Degeneración del colágeno y de las fibras elásticas;

Esclerosis arteriolar;

Reducción de la grasa subcutánea.

Consecuencia de estos cambios:

Piel seca, arrugada, frágil y descolorida;

Pelo cano y caída parcial o total del mismo;

Uñas frágiles, engrosadas, torcidas y de lento crecimiento;

Placas seborreicas;

Disminución de las propiedades de aislamiento de la piel, necesarias para la termorregulación;

Disminución de la capacidad de protección de las prominencias óseas;

Prurito;

Aumento de la susceptibilidad a las úlceras por presión.

Sistema inmunológico

Cambios relacionados al envejecimiento:

Disminución de la respuesta inmunológica de tipo humoral a cargo de las células contra antígenos extraños y aumento de la respuesta a antígenos autógenos (del mismo organismo).

Consecuencias de estos cambios:

Aumento de la susceptibilidad hacia las infecciones, las enfermedades autoinmunes y el cáncer.

Sistema endocrino

Cambios relacionados con el envejecimiento:

Disminución de la tolerancia a la glucosa;

Disminución de la actividad funcional tiroidea;

Cambios en la secreción de la hormona antidiurética.

Consecuencias de estos cambios:

Predisposición a la descompensación en los enfermos diabéticos;

Respuestas metabólicas lentas;

Respuesta lenta a los cambios de la osmolaridad corporal.”³⁵

³⁵ ENEO- UNAM “ Crecimiento y desarrollo” P. 619 – 664.

III. METODOLOGÍA

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

3.1. DESCRIPCION.

Para realizar el presente estudio de caso se eligió a un cliente adulto que el cual se encuentra internado en el hospital Naval de Mazatlán el cual ingreso al hospital el día el 10 de septiembre del 2004 por el área de urgencia por presentar fractura trisegmentaria de tercio superior de fémur, con dolor, angustia, agresivo, temor a la dependencia de sus familiares, irritabilidad, quejumbroso de inicio de la recogida de dato contaba con un dias hospitalización.

Para la recogida de datos se utilizo el siguiente instrumento de valoración que se presenta a continuación junto con los datos obtenidos.

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 estará enfocado a tratar de resolver las necesidades del cliente, dependiendo el grado de dependencia (total o parcialmente). el estudio se realizó durante el tiempo de su hospitalización que fue del 11 de sept al 20 de septiembre del 2004.

Para tal efecto se solicito el consentimiento informado del cliente y familiar, ya que el cliente cuenta con demencia senil, ya que el cuidador tiene implicaciones éticas sustentadas en cuatro principios que son:

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.

Confiabilidad: 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.

Beneficencia y no maleficencia: se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer y promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.³⁶

3.2. Valoración.

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

3.2.1. fuentes de información.

Se tubieron como fuentes de información directa, el cliente y familiar como fuente primaria y como fuente secundaria el expediente clinico, hojas de registro de enfermeria y la literatura. Para lo cual se le realizó la hoja de concetimiento informado (**Anexo 1**)

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

³⁶ “Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México” p. 11,12

a) entrevista.

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

Se habló con el cliente y familiar para establecer una fecha y hora para la entrevista la cual se realizó el día 12 de sep. del 2004. a las 16 hras . en virtud de que el día de su ingreso se encontraba en un estado delicado que no permitió que esta se llevara acabo, teniendo como fuente primaria la información directa del cliente familiar.

Es una entrevista participante no estructurada, de carácter descriptiva.

Enfermera: ¡buenas tardes!

Familiar y cliente ¡buenas tardes!

Enfermera: Don M.L.B. y Don I.L.V. permítame presentarme , mi nombre es Oneida Carrillo soy la enfermera de su papá

Familiar: a si la estaba esperando dígame usted en que le puedo servir.

Enfermera: quisiera colaborar con migo

Familiar de que se trata.

Enfermera : es un trabajo que estoy realizando de investigación , para fines de mi titulación de Lic. En enfermería y obstetricia y consiste en que usted me conteste algunas preguntas que le voy a realizar.

Familiar: si estoy de acuerdo.

Enfermera: ¿qué edad tiene su papá?

Familiar: 87 años.

Enfermera: ¿es casado don I.L.V.?

Familiar; no es viudo.

Enfermera: ¿a que se dedicaba sus papa?

Familiar: a la agricultura.

Enfermera: ¿a que religión pertenece?

Familiar: a la católica.

Enfermera: ¿hasta que año estudio su papá?.

Familiar: hasta 2 do año de primaria

Enfermera: ¿vive algún familiar con su papá?

Familiar: no vive solo.

Enfermera: ¿por qué no vive alguno de sus hijos con el ¿

Familiar; por que mis hermanos y yo trabajamos.

Enfermera: ¿cómo se dieron cuenta que su papa estaba enfermo?

Familiar: por que un vecino nos aviso que se había caído mi papá, pero no pensamos que estuviera fracturado porque anteriormente se había caído del caballo y no le paso nada.

Enfermera: ¿qué hicieron después de saber el estado de salud de su papá?

Familiar: reuní a mis hermanos para que supieran de lo sucedido de mi papa y poder tomar la decisión de llevarlo al hospital y al mismo tiempo quien se quedara a cuidarlo.

Enfermera: ¿qué fue lo que decidieron?.

Familiar: decidimos llevarlo al hospital gubernamental de rosa morada

Enfermera: ¿por qué lo llevaron aya si cuenta con servicio médicos?

Familiar: por que nadie sabia de la credencial

Enfermera: ¿cómo lo trasladaron al hospital naval de Mazatlán?

Familiar: porque uno de mis hermanos encontró la credencial y hablamos solicitando una ambulancia.

Enfermera: ¿Don I.L.V. por que por lo regular esta solo?

Familiar: por que no tenemos tiempo todos trabajamos y radien nos preocupamos por su estado de salud.

Enfermera: ¿por qué no hacen un rol de cuidadores?

Familiar: por que vivimos lejos pero le voy a comentar a mis hermanos.

Enfermera: ¿sabe cada cuanto se baña su papá?

Familiar: casi nunca se baña solo cuando anda en el campo y le agarra la lluvia

Enfermera: ¿se cambia de ropa su papá y cuantas veces se cambia?

Familiar: solo una vez a la semana.

Enfermera: ¿sabe si se lava la boca su papá después de comer?

Familiar: debes en cuando.

Enfermera: ¿sabe cuantas veces come al día y que alimentos consume?

Familiar: solo se que come tres veces al día y lo que esta a su alcance.

Enfermera: ¿ingiere liquido y de que tipo?

Familiar: muy poco agua y refresco no

Enfermera: ¿fuma su papá y desde cuando?

Familiar: si fuma desde los 12 años de 3 a 4 cigarrillos diario aumentando por el paso del tiempo.

Enfermera: ¿toma alcohol su papá y des que tiempo?

Familiar: si toma cerveza y vino desde los 12 años.

Enfermera: ¿consume dragas su papa?

Familiar: no

Enfermera: ¿cuántos hijos tiene su papa?

Familiar: somos 24 hijos vivos

Enfermera: ¿hace cuanto tiempo se murió su esposa y de que?

Familiar: hace 3 año aproximadamente y por azúcar.

Enfermera: ¿cuántas veces orina su papá?

Familiar: de 3 a 4 veces al día.

Enfermera: ¿cuántas veces evacua su papá?

Familiar: solo una ves al día, en ocasiones por que es muy estreñido.

Enfermera: bueno muchas gracias creo que por el momento es todo

Familiar: gracias a usted.

b) Método clínico.

Método para la obtención de datos objetivos que completan y confirman la información suministrada por el cliente, fue utilizada para valorar las necesidades en la dimensión biológicas, mediante cuatro procedimientos básicos para su realización. La inspección, la auscultación, la palpación y la percusión.

“Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad).

Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración

Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.”³⁷

³⁷ M^o Isabel Díez Domingo. J. Luis Fernández Jiménez. **Manual de Enfermería**. Desarrollo del Proceso de Enfermería. Barcelona España 1^o Edición 2003. pp. 1 – 22.

los datos obtenidos fueron registrado en la historia clínica que mas adelante se describen.

c) Observación.

La observación es un proceso de información conseguida con el uso de los sentidos (vista, tacto, oído, olfato y gusto) estos sentidos son utilizados en diversas formas para observar al paciente. Las características generales de apariencia y actividad física, el contenido y proceso de la 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..

3.2.3. Instrumento de registro.

Para el registro de la información se realizó en diversos instrumentos como: hoja de valoración de necesidades, historia clínica, hoja de enfermería.

a) Valoración de necesidades.

Hoja de valoración de enfermería.

CARACTERISTICAS PERSONALES.

Nombre. I. L. V. Edad. 87 años. Sexo. Masculino.

Estado Civil. Viudo. Religión Católico. Etnia

Escolaridad. Primaria incompleta. Ocupación. Agricultor asta hace un año.

Cual es su objetivo de salud. Mantenerse sano.

Hospitalizaciones previa. Ninguna

Motivo de ingreso. Fractura trisegmentaria de tercio superior de fémur

Esta tomando medicamentos. No.

Signos vitales. Temp. 36°Cx Pulso. 84x' Resp. 22 T/A. 140/80mmhg

Familiares No de miembros 24 Con quien vive. Solo
Problemas de relaciones con la familia Si No X Por que.

..

1.- Oxigenación.

Estilo de vida. Sedentaria

Realiza sus actividades sin fatiga (disnea). Normalmente no presenta ningún problema

Patrón respiratorio, ritmo regularidad, profundidad. Normal.

Secreción tos, aleteo dolor asociado a la respiración. No

Cuantos cigarrillos fuma al día. Desde cuando. Inicio a los 12 años con 3 a 4 cigarrillos diario y el paso de los años ha ido aumentando los cigarrillos.

Antecedentes de enfermedades cardiorrespiratorio, dolor precordial, taquicardia, hipertensión anemia, varices, asma. El cliente desconoce alguna enfermedad.

2.- Nutrición e hidratación.

Se alimenta solo. No Con ayuda. Si

Horario y numero de comidas habituales. Tres comidas al día abundantes y entre comidas.

Cantidad y tipo de liquido que ingiere al día. 1 litros de agua al día y no consume refrescos de cola.

Preferencias o desagradados. Consume lo que esta en sus posibilidades de su preferencia el queso y la leche.

Patrones de aumento / perdida de peso. Refiere perdida de peso 10 Kg en tres años que ha disminuido sus actividades diaria peso actual 50 Kg.

Suplementos de alimentación. Ninguno.

Conocimiento de factores que favorecen la digestión. Desconoce.

Anorexia, náusea, vomito, indigestión, hiperacidez.. ninguna

Medidas para purificar el agua hierva, desinfecta, garrafón. Desinfecta.

Revisión. Peso. 50 Kg. Talla 1.65 Boca. Con mal aliento. Lengua. Un poco seca. Encías. Roja .. Dientes. Adioncia total. Labios secos..

3.- Eliminación.

Frecuencia y cantidad en 24 hrs, heces. Una vez y en ocasiones orina de 3 a 4 veces en 24 hrs. Color consistencia de heces. duras Orina. Amarilla. Estreñimiento. Si Hemorroide. No Dolor menstrual -
Ayudas líquidos, alimentos, medicamentos enemas. Si microlax y senosidos.
Problemas de urgencia, retención incontinencia, infecciones. Niega.
Intestino. Dolor, diarrea, flatulencia, heridas estomas. no
Para mejorar tono muscular, uso de mobiliario, calzado adecuado. no

4.- Moverse y mantener una buena postura.

Patrones de actividad y ejercicio, en su casa, en el trabajo, en su tiempo libre. lleva una vida sedentaria.
Medidas higiénicas para moverse y tener una buena postura (ejercicio activo pasivo). Pasivo.
Limitación en la de ambulación. no puede caminar por su fractura.
Postura habitual en relación a su trabajo. No trabaja
Dolor muscular, inflamación de articulaciones defecto óseos. Dolor en su fractura
Revisión capacidad funcional,, mano dominantes, utilización de piernas y manos.
Fuerza, presión marcha utilización de aparatos. Tiene inmovilidad en extremidad afectada.

5.- Descanso y sueño.

Patrones de reposo y sueño, horas en la noche y siesta. Duerme de 8 a 10 hrs durante la noche de 2 a 3 hrs después de la comida.
Alteración por estados emocionales. Desde que dejo de trabajar ya no se siente útil ni aceptado por sus amigos y sus hijos no lo visitan con frecuencia.
Usos de reductores de tensión, no.
Facilitadores del sueño, masaje, relajación, música lectura, medicamentos.
Ninguno.

6.- Usos de prendas de vestir adecuada.

Distingue relaciones entre higiene personal y salud. No.

Necesita ayuda para vestirse y desvestirse. Si.

Hábitos sobre la higiene personal y del vestido. El familiar refiere que se baña solo cuando llueve.

Tiene los recursos para vestir ropa limpia. No.

7.- Termorregulador.

Se protege con los cambios de temperatura ambiental. Si.

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

Que valor le da a comida ropa y manejo adecuados en el control de temperatura, otras medidas físicas. Para el si es importante la alimentación y cubrirse de los cambios de temperatura pero lo hace de acuerdo a sus posibilidades

8.- Higiene y protección de la piel.

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

Aseo de dientes, manos y baño. No lava la boca y no se baña y no se cambia de ropa.

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

Revisión de piel y pigmentación, temperatura textura, turgencia, lesiones, contusiones, hemorragias cicatrices, masas, pruritos edemas. La piel presenta palidez de piel, seca, aspera.

Mucosa oral, integras deshidratadas, hidratadas. semihidratadas.

9.- Evitar peligro.

Practica que afecta la seguridad personal, hábitos, drogas, alcohol tabaco, café, bebidas de cola, nivel de consumo. Fuma, consume alcohol.

Recursos de salud médicos, odontólogos, hospitales. Cuenta con el servicio medico del Hospital Naval de Mazatlan.

Practica de salud, manejo de stres / ansiedad, técnicas de relajación. No.

Auto examen de mamas y testículo. No.

Hogar características que constituyen peligro para la seguridad, pisos escaleras.
No

Entorno físico, vecindario, presencia de peligro ambientales. Ninguno.

10.- Necesidades para expresarse.

Facilidad para expresar sentimiento y pensamiento. No.

Relaciones con la familia y con otras persona. Con la familia dice que esta un poco alejado y no es muy sociable.

Utilización de mecanismos de defensa, agresividad, ostibilidad, desplazamiento, etc. Es aparentemente tranquilo.

Limitaciones físicas que infiere a su limitación. Si su fractura.

Contactos sociales frecuentes y satisfactorios. Ninguno.

Facilitadores de la relación, confianza , receptividad, empatia, disponibilidad.

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

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

Valores que ha integrado en su estilo de vida. Respeto, amor y honestidad.

En que medidas sus valores se han alterado por su situación actual de salud. Baja auto estima

Hasta el momento a presentado alteraciones en sus valores. No.

Creencias religiosa significativa. Siempre se encomienda a la virgen de Guadalupe.

12.- Necesidad de trabajar y realizarse.

Historia laboral tipo de trabajo, duración. Trabajo de agricultor y tiene un año que se retiró.

El trabajo le ocasionó satisfacción o conflicto. Le gustaba su trabajo.

La enfermedad que tipos de problemas le ha traído. Psicológicos.

Psicológicos, laboral, económicos.

Auto concepto positivo, negativo de si mismo. Negativo.

Capacidad de decisión y de resolver problemas. Ninguno.

Problemas en el olfato, gusto tacto, memoria, orientación. Si padece demencia senil.

13.- Participar en actividades recreativas.

Intereses, pasatiempo y actividades recreativas que desarrollan en su tiempo libre.

Ninguno su pasatiempo es ver la tele.

La ultima vez que participo en actividades de este tipo. Nunca.

El uso de su tiempo libre le proporciona satisfacción. Dice que si

Dispone de recurso para dedicarse a cosas que le interesan. No.

La distribución de su tiempo es equilibrada entre el trabajo y recreación. No trabaja.

14.- Necesidad de aprendizaje.

Conocimiento sobre el desarrollo del ser humano en su ciclo vital. No cuenta con el conocimiento.

Conocimiento sobre si mismo, sus necesidades básicas, su estado de salud actual, su tratamiento y auto cuidado que necesita. No conoce mucho su enfermedad

Desea incrementar sus conocimiento sobre aspectos relativos a su salud en medidas técnicas de autocontrol emocional cambios necesarios en sus hábitos de vida. Si, se le proporcionará los conocimientos necesarios a sus familiares o cuidadores.

Situación que altera la capacidad de aprendizaje, ansiedad, dolor, pensamiento, sentimiento angustia. Si manifestado por temor por no saber asta donde afecto su fractura y si va a poder caminar.

B). Historia clínica

NOMBRE .I.L.V.

R.F.C. LOMB 46-10-17

EXPEDIENTE. 66-L/R

EDAD . 87 años

SEXO. Masculino

EDO. CIVIL. Viudo

FECHA DE NACIMIENTO. 15 de Mayo de 1916.

LUGAR DE NACIMIENTO. Llano de la Cruz, Nayarit.

LUGAR DE RESIDENCIA . Llano de la cruz , Nayarit.

OCUPACION . Agricultor.

GRUPIO Y RH. O Positivo.

RELIGION. Católica.

FAMILIAR DE . TTE. FRAG. RET. Magdalena Lopez Barron.

ADSCRIPCION. Retirado.

DIRECCION. Llano de la cruz, Nayarit.

TELEFONO . S/N.

INTERROGATORIO. Indirecto.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.

ABUELOS PATERNOS.

ABUELO : Finado, Desconoce causa y tiempo transcurrido.

ABUELA : Finado, Desconoce causa y tiempo transcurrido.

ABUELOS MATERNOS.

ABUELO : Finado, Desconoce causa y tiempo transcurrido.

ABUELA : Finado, Desconoce causa y tiempo transcurrido.

PADRE : Finado,.Desconoce causa y tiempo transcurrido.

MADRE : Finado, Desconoce causa y tiempo transcurrido.

HIJOS : 24, 1 Con Marcapazos Desconoce la enfermedad, 1 con DM. Desconoce tipo, tiempo transcurrido del DX. Así como tratamiento. 1 con cirugía de riñón y parte de intestino, hace tres meses, aproximadamente pop etilismo.

Esposa finada hace tres años aproximadamente por diabetes mellitus 2.

Tíos finados, desconoce causa y tiempo transcurrido.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Habita en casa propia construida de material, no cuenta con todos los servicios de urbanización, agua, luz y letrina en la que habitan dos personas, al cual cuenta con dos recamaras separadas, datos de hacinamiento positivo, promiscuidad positiva, buena ventilación, zoonosis positiva, con perros, gallinas, patos, malos hábitos higiénicos, cuando lo toma por sorpresa la lluvia por el campo mal aseo dental mal aseo del lugar.

Dieta con tres comidas regulares en contenido del grupo básico de alimentos no dieta en especial muy condimentada (sal). Tabaquismo positivo, desde los 12 años, con tres a cuatro cigarrillos diarios aumentando con el paso del tiempo sin filtro etilismos positivo, con cerveza y vino, llegando a la embriaguez. Toxico manías positivas esquema de vacunación desconoce.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Alergias negadas cirugías negadas, transfusiones negadas.

Fractura de extremidad inferior izquierda hace siete días.

Accidentes dos caídas de caballo, desconoce el tiempo transcurrido sin sufrir golpes en cráneo.

ANTECEDENTES GINECO -OBSTETRICO DIFERIDO

Padecimiento actual refiere familiar iniciar su padecimiento hace siete días aproximadamente con caída desde su propia altura, recibiendo traumatismo en cadera derecha, recibiendo atención medica en Rosa Morada Nayarit en hospital gubernamental tratándose solo con analgesia, por la razón que no se encontraban familiares que contaban con la credencial de afiliación, para trasladarlo a nuestra unidad, para brindarle atención medica.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

Neurológico demencia senil, desde hace aproximadamente dos años.

Cardiovascular : interrogados y negados.

Respiratorios: interrogados y negados.

Gastrointestinal: interrogados y negados.

Genitourinarios : diferido.

Músculo esquelético: interrogados y negados.

Tegumentario: probable vitiligo, en región occipital derecha, desde hace un año inmunológico, interrogados y negados.

Endocrino : sin datos de alteraciones.

Órganos de los sentidos: interrogados y negados.

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA 130 / 80 FC 90 por minuto FR 18 por minuto T 36. 5° C.

Estatura 1.75 mts. Peso 70 Kgs.

Inspección general paciente masculino con edad aparente a la cronológica, consciente y desorientado en las tres esferas, intranquilo, poco cooperador al interrogatorio, adecuado estado de hidratación coloración de piel y tegumentos,

complexión mediana, inadecuado estado nutricional sin movimientos característicos, facies simétricas, posición de cubito supino, libremente adoptada, inadecuado estado de higiene y vestimenta indumentaria hospitalaria.

Cabeza normocefalo siendo o exostosis, con adecuada implantación de cabello. Oídos, con pabellones auriculares normales, membranas timpanicas integras. Reflejos pupilares presentes, narinas permeables con septum central, sin compromiso agregado, cara simétrica cavidad oral con adioncia total, mucosa oral adecuadamente hidratada, ojos simétricos con pupilas isocoricas normoreflexicas, reflejo consensual, presente fondo de ojo sin alteraciones, sensibilidad y movimientos faciales, adecuados orofaringes normal.

Cuello cilíndrico, simétrico, sin datos de adenomegalia, traquea central desplazable, tiroides de características normales, pulsos carotideos presentes, homocronomos, simétricos.

Torax normolineo, con movimientos activos de aplexión y aplexación, campos pulmonares con presencia de estertores y sibilancia vilaterales de dominio respiratorio, ruidos cardiacos presentes.

Abdomen de coloración igual al resto del cuerpo, globo a expensas de panículo adiposo, blando depresible. Puntos apendiculares negativos, puntos uretrales negativos, ruidos hidroareos, presenten normales, sin agregados patológicos, no datos de irritación peritoneal, giordano negativo. No biseromegalias ni masa palpables. Miembros torácicos sin alteración en la mecánica biomotriz, con fuerza muscular conservada íntegros, eutróficos eutermicos, con arcos de movilidad conservados, ademada respuesta a estímulos y llenado capilar, pulsos periféricos presentes de adecuada intensidad, reflejos hostendinosos presentes normales, sin datos de compromisos neurocirculatorio distal, sin alteraciones

clínicas agregadas miembros pélvicos asimétricos con rotación externa eutróficos, eutermicos con arcos de movilidad ausentes de miembros pélvico derecho presentes , con adecuada respuesta a estímulo adecuado llenado capilar, pulsos periféricos presentes de adecuada intensidad, reflejos osteotendinosos, presentes normales, pulsos periféricos normales, sin datos de compromisos neurcirculatorio distal.

Neurológico no articula lenguaje lógico y coherente integro en algunas ocasiones soliloquio. Piel y anexos con presencia de fibrosis y alopecia en región occipital derecha.

ESTUDIO DE LABORATORIO Y GABINETE

TAC tridimensional: fractura trisegmentaria de tercio superior de fémur.

Tratamiento establecido programado para colocación de material de osteosíntesis.

IDX fractura trisegmentaria de tercio superior de fémur.

c). Hoja de registro de enfermería. (anexo 2).

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

3.3. Diagnostico.

Para la integración de los diagnósticos de enfermería se tubo que organizar y clasificar la información en necesidades con sus respectivas dimensiones señaladas por Hendersón, biológicas, sociológicas, psicológicas y culturales.

Lo que facilitó el análisis para conocer tanto las fuentes de dificultad como los problemas que le afectan utilizando los formatos que mas adelante se presentan.

El tipo de diagnóstico que se estructuró fue real ya que refleja las necesidades actuales del cliente mediante características definitorias identificables.

El diagnóstico de enfermería se estructuró de acuerdo al formato (P.E.S.).

Problema.

Etiología.

Signos y síntomas.

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

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

a). Formato de dimensiones.

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	

De estas 14 necesidades para fines de este trabajo se identificarón dependencia en 4 y se presenta el analisis de 4

**GUIA DE ANALISIS DE LA NECESIDAD.
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD.**

INICIALES DEL CLIENTE I, L. V.

FECHA 15 – 09 – 2004.

NECESIDAD AFECTADA. NUTRICIÓN

BILOGICAS	PSICOLOGICAS	SOCIALES	CULTURALES
<ul style="list-style-type: none"> • Edad 87 años. • Peso 50 Kg. • Talla 1.65 • Compleción delgada. • Piel seca y aspera. • Adioncia total. • Hemoglobina de 7 mg/dl 	<ul style="list-style-type: none"> • No consume sus alimentos por si solo. • Frustración por la edad. • Baja autoestima por sentirse ahislado por su familia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Abandono familiar. • Aislamiento social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de remuneración económica par a poder tener una buena atención y alimentación sana, acorde a los requerimientos para su edad y su situación.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Desequilibrio nutricional por defecto relacionado por la falta de interes en los alimentos manifestado por presentar un peso corporal inferior en un 20% o mas al peso ideal peso actual 50 kg. Peso ideal, 65 kg.

X	F. FUERZA
X	F. VOLUNTAD
X	F. DE CONOCIMIENTO

X	TOTALMENTE DEPENDIENTE
	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

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

X

X	ROL DE AYUDEA
X	ROL DE SUPLENCIA
X	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

**GUIA DE ANALISIS DE LA NECESIDAD.
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD.**

INICIALES DEL CLIENTE I, L. V.

FECHA 15 – 09 – 2004.

NECESIDAD AFECTADA. higiene y protección de la piel.

BILOGICAS	PSICOLOGICAS	SOCIALES	CULTURALES
<ul style="list-style-type: none"> • Mal olor corporal • Pelo y barba sucia, desalineada, • uñas largas y sucias, • alitosis, • desdentado • Piel seca y áspera, • pies agrietados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Baja autoestima por rechazo familiar, no sentirse útil, para desempeñar ninguna actividad afectando, el estado económico y al mismo tiempo no poder contribuir con el gasto familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Malos hábitos higiénicos (por que no acostumbra abañarse diario). 	<ul style="list-style-type: none"> • No tiene ningún ingreso económico. • No tiene ningún hábitos higiénicos por lo que no acostumbra a bañarse, lavarse la boca, cortase la uñas. • Descuido de la piel, por no usa ningún tipo de hidratante par el cuerpo.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Déficit de auto cuidado relacionado con higiene corporal, oral ineficaz, manifestada por halitosis, mal olor corporal, barba desalineada, mal aliento y uñas largas.

X	F. FUERZA
X	F. VOLUNTAD
X	F. DE CONOCIMIENTO

X	TOTALMENTE DEPENDIENTE
	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

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

X

X	ROL DE AYUDEA
X	ROL DE SUPLENCIA
X	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

**GUIA DE ANALISIS DE LA NECESIDAD.
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD.**

INICIALES DEL CLIENTE I, L. V. **FECHA** 15 – 09 – 2004.

NECESIDAD AFECTADA moverse y mantenerse en una buena postura

BILOGICAS	PSICOLOGICAS	SOCIALES	CULTURALES
<ul style="list-style-type: none"> • Cansancio postural, dificultad para girarse de la cama, • facies de dolor, • disminución de la masa muscular. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conducta agresiva irritabilidad angustia 	<ul style="list-style-type: none"> • Abandono familiar • No recibe visitas frecuentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Persona adulta senil, • sin apoyo, moral y económicos de sus familiares.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Deterioro de la movilidad fisica manifestado por dificultad para girarse en la cama relacionado por el malestar o dolor y disminuci3n de la masa corporal.

X	F. FUERZA
X	F. VOLUNTAD
X	F. DE CONOCIMIENTO

X	TOTALMENTE DEPENDIENTE
	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

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

X	ROL DE AYUDA
X	ROL DE SUPLENCIA
X	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

**GUIA DE ANALISIS DE LA NECESIDAD.
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD.**

INICIALES DEL CLIENTE _____ I, L. V. _____

FECHA 15 – 09 – 2004.

NECESIDAD AFECTADA ELIMINACION

BILOGICAS	PSICOLOGICAS	SOCIALES	CULTURALES
<ul style="list-style-type: none"> • distensión abdominal. • Dolor al evacuar. • Ausencia de peristaltismo. • Estreñimiento. • Heces de consistencia dura. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ignora el reflejo de defecación. • Demencia senil. 	<ul style="list-style-type: none"> • Refiere no poder evacuar por estar acompañado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inconformidad por no traer su ropa interior adecuada (pañales)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Estreñimiento manifestado por distensión abdominal, dolor durante la defecación relacionado por la incapacidad para eliminar las heces de consistencia duras.

X	F. FUERZA
X	F. VOLUNTAD
X	F. DE CONOCIMIENTO

<input type="checkbox"/>	TOTALMENTE DEPENDIENTE	INTERV. INDEPENDIENTE	(I ID)	
X	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	INTERV. DEPENDIENTE	(I D)	
		INTERV. INTERDEPENDIENTE	(I ITD)	X

<input checked="" type="checkbox"/>	ROL DE AYUDEA
<input checked="" type="checkbox"/>	ROL DE SUPLENCIA
<input checked="" type="checkbox"/>	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

3.4. Planeación.

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

a). La enfermera como suplencia del paciente.

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

b). La enfermera con ayuda del paciente.

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

c). La enfermera como compañera del paciente.

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

Ayudando al cliente a través de intervenciones:

- Independiente. Las que uno realiza como enfermera.
- Dependiente- las que derivan del tratamiento médico.
- Interdependiente. Las que derivan del tratamiento multidisciplinario.

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

A continuación se presentan los planes de atención.

NECESIDAD AFECTAD.

NUTRICIÓN

Fecha:

15 de sept. 2004.

OBJETIVO DE ENFERMERIA. MOTIVAR AL CLIENTE A INGERIR SUS ALIMENTOS POR SI SOLO.

META PLANES DE ATENCION.	CRITERIOS DE EVALUACION	INTERVENCION DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">A CORTO PLAZO EN 3 DIAS	<ul style="list-style-type: none">Asistir al cliente en cada ingesta de alimento para suplir su alimentación	<ul style="list-style-type: none">Asistir al cliente en su alimentación en cada ingesta, comida, desayuno y cena.	<ul style="list-style-type: none">Estimularlo a tener su propia decisión al ingerir sus alimentos por si solo.	<ul style="list-style-type: none">Se logro moivar al cliente a tomar sus alimentos sin la yuda de los demas.

PLANES DE ATENCION.

NECESIDAD AFECTAD.

HIGIENE PERSONAL

Fecha:

15 de sept. 2004.

OBJETIVO DE ENFERMERIA. Enseñar a sus familiares el procedimiento del aseo corporal en general.

META	CRITERIOS DE EVALUACION	INTERVENCION DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">• Corto plazo 2 dias.	<ul style="list-style-type: none">• Que sus familiares le ayuden a realizarse el baño de esponja diariamente y tomando en cuenta el aseo general.	<ul style="list-style-type: none">• Proporcionar información sobre el procedimiento para la realización del baño de esponja.• Demostración sobre la técnica a sus familiares	<ul style="list-style-type: none">• Para mejorar los habito higiénicos y aspecto personal.• Para que su familiar le proporcione el aseo general tomando en cuenta el cuidado especifico necesario	<ul style="list-style-type: none">• Se le ha proporcionado el baño por lo familiares aunque refieren que se le ha dificultado un poco pero con la practica lo van a lograr.

PLANES DE ATENCION.

NECESIDAD AFECTADA.

ELIMINACIÓN

Fecha:

15 de sept. 2004.

OBJETIVO DE ENFERMERIA Mejorar las funciones de eliminación intestinal

META	CRITERIOS DE EVALUACION	INTERVENCION DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • A CORTO PLAZO DE 24 a 48 hras 	<ul style="list-style-type: none"> • Desaparecer dolor al evacuación • Mejorar sus habitos de eliminación intestinal. • Estimular a ingerir líquidos y fibra • Realizar ejercicios en su unidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionarle líquidos al cliente y sensibilizarlo de su ingesta y comer fibra, verduras, frutas y cereales.. • Controlar los movimientos intestinales anotando la frecuencia y consistencia de heces. • Ministrar laxantes. • Senosidos 2 tab. V.O. c/12 hras. • Microlax. c/ 24 hras V.R. 	<ul style="list-style-type: none"> • El agua facilita la movilización de la sustancia que se encuentra en el tubo digestivo, la fibra aumenta el volumen de las heces. • El control de los movimientos intestinales del cliente permite que pueda valorarse la necesidad de adoptar alguna medida. • Los laxantes actúan como agentes tencioactivos que facilitan la penetración del agua en el interior de la materia fecal y agilizan el paso de las heces. 	<ul style="list-style-type: none"> • El cliente refiere que ha logrado evacuar sin dolor a disminuido sus molestias y refiere que sus heces son de consistencia blanda evacua 2 veces al día.

PLANES DE ATENCION.

NECESIDAD AFECTADA. MOVILIZACION Y MANTENERSE EN BUENA POSTURA **Fecha:** 15 de sept. 2004.

BJETIVO DE ENFERMERIA. DISMINUIR SIGNOS DE DOLOR OCACIONADOS POR CAMBIOS FRECUENTES DE POSICIONES.

META	CRITERIOS DE EVALUACION	INTERVENCION DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • A CORTO PLAZO DE 2 A 3 DIAS 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la movilización del cliente en su unidad.. • Disminuir el dolor al realizar cualquier cambios de posiciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener el cuerpo del cliente alineado. • Proporcionar apoyo por encima y debajo de la zona de la fractura cuando se moviliza. • Colocar hielo en la zona de la fractura. • Administrar analgésicos y relajantes musculares. • Ketorolaco 30mg.iv c/8hras. • Dicloifenaco 1 amp. I.M.. c/12hras 	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer el bienestar permite aliviar el dolor del cliente. • Mantener el cuerpo del cliente bien alineado disminuye la tensión muscular y previene la aparición de contractura. • Los analgésicos permiten aliviar el dolor y los relajantes musculares ayudan a reducir los espasmos musculares. • La administración adecuada de la medicación permite un control máximo del dolor del cliente, 	<ul style="list-style-type: none"> • Se ha logrado la movilización del cliente con ayuda de sus familiares sin ocasionar molestias favoreciendo el bienestar físico del cliente el cual refiere que ha disminuido el dolor.

3.5 Ejecución y evaluación.

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

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

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

IV. CONCLUSIONES.

A través del proceso de atención de enfermería y el modelo conceptual de Virginia Hendersón, enfermería tiene consecuencias sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera, profesionalmente el proceso de atención de enfermería define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad, el cliente es ayudado ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería.

Hendersón parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer, estas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello. Según este principio las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo.

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

14 necesidades de Virginia Hendersón, evaluando los resultados de las intervenciones realizadas siendo estas satisfactorias.

Comprendí las características que presenta el proceso de atención de enfermería, ya que tiene una finalidad porque se dirige a un objetivo.

Es interactivo por que se basa en las relaciones reciprocas que se establece entre enfermera y cliente su familia y demás profesionales de la salud.

Es sistemático por que implica a partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.

Es dinámico ya que responde a un cambio continuo.

Es flexible por que se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuo, grupo o comunidades, sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.

Tiene una base teórica ya que el proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimiento que incluyen ciencias y humanidades y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

La dificultad que se tuvieron en el desarrollo del presente trabajo fueron las de referencias bibliograficas, ya que en la localidad no se consiguen con facilidad libros de textos que nos den información y datos específicos del proceso de enfermería aplicados al modelo de Virginia Hendersón. Este proceso también implicó el desarrollo de nuevas habilidades como la búsqueda de información por Internet, usos de referencias bibliograficas, el trabajo en redes de apoyo, esta experiencia me da herramientas para continuar con mi formación profesional.

BIBLIOGRAFIA.

Ann Marriner, R. N. **Proceso de Atención de Enfermería**, un enfoque científico. Edición 2ª, Editorial. Manual moderno S.A. de C.v. Eneo. UNAM. P. 325

Benavent Garcés M, Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey C. Fundamentos de enfermería. Los modelos de cuidados. Madrid. 2001: P. 423..

Bertha Rodríguez S. **Proceso Enfermero**. 2ª edición ediciones. Cuellas. P. 277

Benavent Garcés M, Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey C. Fundamentos de enfermería. Los modelos de cuidados. Madrid. 2001: 350

Lic Ana Laura Pacheco, A. Lic Ma. Aurora García p. Lic. Sofía Rodríguez Jiménez. En: antología **fundamentación Teórica para el Cuidado**, Impresión Enero 2004. ENEO. UNAM. 2004 P. 423.

Enfermería." *Enciclopedia Microsoft Encarta 2001*. © 1993-2000 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos

Janneteh W. Griffith-Paula J. christense **PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA**. EL Manual Moderno Edición 1º 1986 P. 405

Maria Matilde Martinez Benitez. **Sociología de una Profesión, el Caso de Enfermería**. 1ª edición Nuevo Mar S.A. de C.V. 1985 mexico. P299

Maria de Jesús Gonzalez **PROCESO DE ENFERMERIA** Ed. 1º.Española de C Montuenga. 1982. P. 284

Mº Isabel Diez Domingo. J. Luis Fernández Jiménez. **Manual de Enfermería**. Desarrollo del Proceso de Enfermería. Barcelona España 1º Edición 2003. P. 822

Rocío del Carmen Guillen Velasco. Adelina Montoya Martines. Sofía. Elena. Pérez Z. **Crecimiento y Desarrollo**. Edic. 4tº Volumen 2 Junio del 2004 ENEO. UNAM P. 766.

SILES, M, José Luis, **Historia de Enfermería**. En : antología de Fundamentación teórica De Enfermería. ENEO, UNAM. 2004 P. 15-29.

<http://www.google.com.mx/search?hl=es&q=cuidado+virginia+henderson.&meta>
activa

<http://personales.ya.com/erfac/enferm.htm> activa

<http://www.google.com.mx/search?hl=es&q=proceso+atencion+de+enfermeria&meta>
activa

CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE POR ESCRITO Y FIRMADO:

Yo M. I. B. en uso de mis facultades mentales, y estando agradecido con todas las personas, por la atención brindada a mi padre durante su estancia hospitalaria en el Hospital Naval de Mazatlán por presentar fractura tricegmentaria de tercio medio de fémur.

Autorizo a la srta. Enfermera ONEIDA ARACELI CARRILLO RAMIREZ a la utilización de la información y de los datos que brinde durante la estancia de mi padre 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 _____

ANEXO 1

LA DEMENCIA SENIL.

1.1.- Conceptos. Definición, etiología, diagnóstico.

Definimos la demencia senil de acuerdo con criterios DSM-III-R como un síndrome mental orgánica que se caracteriza por un deterioro de la memoria a corto y largo plazo, asociado a trastornos del pensamiento abstracto, juicio, funciones corticales superiores y modificaciones de la personalidad. Todas estas alteraciones son lo suficientemente graves como para interferir significativamente en las actividades de relación, laborales o sociales.

Aunque el concepto es similar en el DSM-IV no se hace distinción entre trastornos y síndromes mentales orgánicos, introduciendo todos los tipos de demencias en el concepto de demencia como trastorno cognoscitivo.

Siguiendo el DSM-III-R, criterio diagnóstico para el Camdex, aparecen como rasgos asociados a la demencia: ansiedad, síntomas obsesivos, aislamiento social, ideación paranoide o celotipia y vulnerabilidad incrementada al estrés.

La edad de comienzo de la demencia senil es después de los 65 años, aunque existe otra demencia de inicio presenil.

El curso de acuerdo con la terapéutica puede ser, progresivo, estático o reversible (hipotiroidismo, hematoma subdural, hidrocefalia normotensiva).

Según la etiología puede ser de inicio brusco y curso estable (enfermedad neurológica), de inicio insidioso y curso lentamente progresivo (enfermedad degenerativa) y de inicio y curso lentos (tumores, hematoma subdural, metabopatías, etc.)

El deterioro del estado general es variable. Leve, cuando conserva la capacidad de independencia, con un juicio relativamente intacto y una adecuada higiene

personal; moderado, cuando necesita algún grado de supervisión y grave, cuando necesita supervisión continua, con estado vegetativo.

A lo largo de la evolución de la enfermedad aparecen una serie de complicaciones, auto y heteroagresividad, delirio, traumatismos, infecciones diversas, desorientación temporoespacial, etc.

Destacando la demencia tipo Alzheimer como la más común.

Tenemos que hacer un diagnóstico diferencial de la demencia senil, fundamentalmente con el envejecimiento normal, delirium, esquizofrenia, episodios de depresión mayor y otros trastornos con síntomas de deterioro cognoscitivo.

Los criterios diagnósticos DSM-III-R para la demencia senil son cinco:

A.- Pruebas evidentes de deterioro de la memoria a corto plazo (incapacidad para recordar el nombre de tres objetos al cabo de cinco minutos) y a largo plazo (incapacidad para recordar información que le era conocida en el pasado o conocidos por todos).

B.- Al menos uno de los siguientes síntomas:

1.- Deterioro del pensamiento abstracto (dificultad para definir conceptos, semejanzas, significado de términos, etc.)

2.- Deterioro de la capacidad de juicio (incapacidad de resolver problemas relacionados con la vida diaria, laboral, social, incapacidad de planificar, etc.)

3.- Otros trastornos corticales superiores, como afasia, apraxia, agnosia y dificultades constructivas.

4.- Modificaciones en la personalidad (alteración o acentuación de rasgos premórbidos).

C.- Las alteraciones de A y B interfieren de forma significativa en las actividades laborales sociales y de relación .

D.- No aparece exclusivamente en el curso de un delirium.

E.- Además 1 o 2:

1.- Demostración por la historia clínica, examen físico y pruebas de laboratorio de una causa o factor orgánico específico que se estima etiológicamente relacionado con la alteración.

2.- En ausencia de tal evidencia, puede presuponerse un factor etiológico orgánico si la alteración no puede atribuirse a ningún tipo de trastorno mental no orgánico (por ejemplo una depresión mayor que fuera responsable del deterioro cognitivo).

3. 2.- Síntomas, clasificación

Los síntomas de la demencia podemos clasificarlos en:

1.- Cognoscitivos o neurológicos:

Amnesia (95-100%), afasia expresiva y receptiva (60-80%), apraxia (75%), agnosia (35-70%), trastornos del aprendizaje, desorientación (75-90%), convulsiones, contracturas musculares, alteraciones de los reflejos, temblor, incoordinación motora.

2.- Funcionales:

Dificultad para caminar, comer, asearse, vestirse, realizar las tareas del hogar y en general las de la vida diaria.

3.- Conductuales:

Reacciones catastróficas, cuadros de furor, episodios maníaco-depresivos, violencia, apatía, vagabundeo, trastornos del sueño, lenguaje obsceno, alucinaciones, ideación delirante, robos, paranoia, trastornos del juicio, conductas paradójicas, trastornos sexuales, inadaptación social, trastornos de personalidad, acatisia.

4.- Síntomas asociados:

Delirium, alteraciones sensoriales (auditivas, visuales, gustativas, olfativas), con otras patologías (cardiopatías, artritis, artrosis, diabetes, osteoporosis).

En la clasificación de las demencias nos interesa destacar aquellos cuadros demenciales que pueden remitir con terapéutica adecuada:

Intoxicaciones farmacológicas crónicas, alcoholismo crónico, intoxicaciones (metales, Co, Al), carencias vitamínicas (B12, folatos, B1, PP, etc.), trastornos metabólicos (hidroelectrolíticos, insuficiencia hepática, renal o respiratoria), hematoma subdural crónico, hidrocefalias, tumores cerebrales, neurosífilis, meningitis crónica, abscesos cerebrales, enfermedad de Whipple y enfermedad de Wilson.

Demencias primarias

En este grupo están incluidas las enfermedades neurológicas degenerativas que producen demencia en sus manifestaciones clínicas. La demencia tipo Alzheimer, la demencia vascular (DSM-IV) y demencia debida a múltiples etiologías (vascular y Alzheimer). También otras entidades neurológicas degenerativas cursan con demencia (Parkinson, Pick, Corea de Huntington)

Demencias secundarias

En este grupo están las enfermedades sistémicas que cursan con demencia por alteraciones neurológicas (hipotiroidismo, deficiencia de folatos, etc.) y las neurológicas no degenerativas (hidrocefalia de tensión normal, meningitis crónica, tumores cerebrales, etc.)