



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



PROCESO 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:

Elsi Tomasa Hernández Sánchez

No de Cuenta: 401118159.

L.E.O. Angelina Rivera Montiel.
ASESORA

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. 9

2.2.3. Meta paradigma. 9

2.3. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.11

2.3.1. Concepto.11

2.3.2. Antecedentes históricos.11

2.3.3. Etapas del proceso.12

2.4. MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON.16

2.4.1. Antecedentes.....16

2.4.2. Principales conceptos del modelo de Virginia Hendersón.....17

2.4.3. Catorces necesidades básicas.....18

2.5. P.A.E. MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON	25
2.5.1. Concepto.....	25
2.5.2. antecedentes histórico.....	26
2.5.3. Etapas del (P.A.E.) de Virginia Hendersón.	26
2.6. CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS Y SOCIALES	30
III. METODOLOGIA.	33
3.1. Descripción.....	33
3.2. Valoración.....	34
3.2.1. Fuentes de información.....	34
3.2.2. Técnicas utilizadas para la obtención de información.....	34
3.2.3. Instrumento de registro.....	39
3.3. Diagnostico.....	49
3.4. Planeación.....	59
3.5. ejecución y evaluación.....	64

I.V. CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo consistió en un estudio de caso del proceso de atención de enfermería el cual fue 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 se fundamentó en catorce necesidades básicas del ser humano.

La progresiva complejidad de la práctica de enfermería ha estimulado que la enfermera se proponga como una meta constante la superación basada en el estudio y experiencia, dicho proceso de formación ha tenido cambios trascendentales, tratando de dejar a tras la enfermedad y la curación, centrándose más en la persona y el cuidado.

De igual manera, la educación de enfermeras persigue la formación de profesionales críticos y reflexivos que basen su práctica en conocimientos, científicos, humanísticos y éticos entre otros, con la finalidad de ofrecer cuidados profesionales a las personas que requieren de sus servicios profesionales, promoviendo la autonomía en la toma de decisiones, evitando la práctica “rutinizada” y “mecanizada”.

Para tal efecto se propusieron varias estrategias, una de ellas es la utilización del Proceso de Atención de Enfermería desde dos vertientes, como un método para el cuidado y como una estrategia que promueve el desarrollo de habilidades del pensamiento crítico, en el cual la enfermera reflexiona sobre los datos recolectados, integra diagnóstico y planea intervenciones, considerando el impacto de las mismas hacia el cliente.

Este trabajo fue dirigido a una persona adulta que se encontraba hospitalizada en el hospital Margarita Masa De Juárez de Mazatlán Sinaloa.

Durante la aplicación del Proceso Atención de Enfermería, el cliente recibió todos los cuidados propuestos por este modelo con el fin de satisfacer sus necesidades afectadas .

El proceso atención de enfermería se integró en tres capítulos principales, el primero se enfoca a los objetivos, el segundo a los contenidos que integrarán el marco teórico y por último la descripción de la metodología

Es importante señalar que aunque aquí se presentó solo una parte del cuidado que la enfermera otorga a la persona, el proceso de atención de enfermería es continuo ya que en la practica de enfermería se realiza a cada momento.

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 TEORICO.

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 en la continuación se presentan.

2.1.1. Concepto.

Colliere dice: "que los cuidados son 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

Para Colliere "el cuidado lo define como 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 continúe y se produzca..."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**, p.33.

³ **IDEM**

2.1.2. Antecedentes historico.

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 gestación de enfermería.”⁴

“Enfermería es un instrumento fundamental de coherencia y de la continuidad de los cuidados, en la expresión escrita de la evolución del proceso de la evolución del proceso de la presentación de los cuidados, consiste en recoger las bases de un producto del cuidado establecido a partir de un tipo de problema de orden físico, psíquico y efectivo que se plantean los enfermos por su enfermedad y por las distinta deficiencia que estas producen y de los cuidados que requieren, Las personas que loas realizan han desarrollado una capacidad de realizar con el proceso de los cuidados.

Las personas que participan en los cuidados, tanto las personas cuidadas, como los cuidadores, es importante comprender mejor el funcionamiento de las creencias, su naturaleza, la forma en que se transmiten y se modifican.

Para tomar conciencia de la variedad de sistema de creencias y de valores que pueden influir en la concepción de los cuidados de enfermería y su incidencia sobre la práctica de los mismos. .”⁵

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.

⁴ IDEM. Pp 33.

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

Colliere . Cuidados de Costumbre y Habituales ó de conservación y mantenimiento de la vida (**care**): “Están determinados por la cultura (universalidad y diversidad. Representan a todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida...”⁶

Cuidados de Curación (**cure**), “relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida...tiene por objetivo limitar la enfermedad, luchar contra ella y atajar la causa”⁷.

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

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

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:

⁶ O.p-cit, Pp 1

⁷ IDEM. Pp. 34.

- 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.
- 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 las 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.”⁸

⁸ IDEM.. Pp 35.

2.2. ENFERMERIA.

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 ha enfermería.

2.2.1 Antecedentes históricos.

La historia de enfermería surge con el nacimiento del ser humano, José Siler nos dice que “El termino *anglosajón nurse* con el que se designa a la enfermería se deriva la palabra latina tales como *nutriere (alimentar)* y *nutris* (mujer que cría).”⁹

“En siglos pasados los cuidados de enfermería eran ofrecidos por voluntarios con escasa formación, por lo general, mujeres de distintas órdenes religiosas. Durante las Cruzadas, por ejemplo, algunas órdenes militares de caballeros también ofrecían enfermerías, y la más famosa era la de los Caballeros Hospitalarios (también conocida por los Caballeros de san Juan de Jerusalén). En países budistas los miembros de la orden religiosa Shanga han sido tradicionalmente los encargados de los cuidados sanitarios. En Europa, y sobre todo tras la Reforma, la enfermería fue considerada con frecuencia como una ocupación de bajo estatus adecuada sólo para quienes no pudieran encontrar un trabajo mejor, debido a su relación con la enfermedad y la muerte, y la escasa calidad de los cuidados médicos de la época.

La enfermería moderna comenzó a mediados del siglo XIX. Uno de los primeros programas oficiales de formación para las enfermeras comenzó en 1836 en, Alemania, a cargo del pastor protestante Theodor Fliedner. 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

⁹ SILES, M, José Luis, **Historia de Enfermería**. En : antología de Fundamentación teórica De Enfermería. ENEO, UNAM. 2004 P. 15-29.

formado en ella la reformadora de la enfermería británica [Florence Nightingale](#). Su experiencia 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 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 esta mujer transformaron la concepción de la enfermería en Europa y establecieron las bases de su carácter moderno como profesión formalmente reconocida.

Con la explosión del conocimiento técnico en el campo de la salud después de la II Guerra Mundial, el personal de enfermería ha comenzado también a especializarse en áreas particulares de asistencia sanitaria. Éstas incluyen áreas quirúrgicas, dentales, maternidad, psiquiatría y salud comunitaria. Dentro de cada una de estas especialidades se puede optar por una nueva especialización.”¹⁰

“La enfermería se ocupa de los cuidados del enfermo y otros trabajos relacionado con la prevención y la salud pública. Esto abarca las funciones y los deberes a cargo de quienes han recibido formación y preparación en el arte y ciencia de la enfermería, por lo general en la ayuda a los [médicos](#) y [otros profesionales sanitarios](#). En la mayoría de los países se considera la enfermería como profesión cualificada para la que se precisa un programa de formación previo al reconocimiento académico.

La formación, en la mayoría de países, dura tres años y comprende formación general en medicina y experiencia práctica trabajando con pacientes bajo la supervisión de enfermeras y enfermeros veteranos. El nivel de la educación sanitaria requerida para una enfermera varía según los países. Al final de la formación, y antes de recibir la [diplomatura](#) o título, el estudiante de enfermería tiene exámenes ante los organismos sanitarios o consejos de enfermería, dependiendo de cada país. Una vez obtenida la diplomatura o título se es libre de

¹⁰ <http://personales.va.com/erfac/enferm.htm>. ACTIVA

ejercer la profesión en cualquier país que reconozca las titulaciones, aunque muchos sólo reconocen las propias.”¹¹

“Muchas de las variadas obligaciones del personal de enfermería son de naturaleza técnica, desde la toma de la tensión arterial hasta el manejo de sistemas de soporte vital en unidades de cuidados intensivos. Además, el personal de enfermería debe ser maestro, consejero y administrador, preocupado por la promoción y mantenimiento de la salud de los pacientes, así como por proporcionar los cuidados necesarios cuando éstos se encuentran enfermos.

El personal de enfermería tiene funciones dependientes e independientes. Las primeras son aquellas que deben ser llevadas a cabo bajo las órdenes de un médico, e incluyen actividades como las de administrar medicación, vendar y curar heridas. Las funciones independientes son aquellas que el personal de enfermería lleva a cabo bajo su propio juicio profesional. Entre estas obligaciones se incluyen el lavado de los enfermos, las posturas de los pacientes para prevenir contracturas articulares, la educación a los pacientes para que aprendan a curarse ellos mismo y la asesoría nutricional.”¹²

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". Esto significa el uso adecuado de aire fresco, luz, calor, limpieza, tranquilidad y la oportuna selección y administración de dietas, todo ello con el

¹¹ **IDEM. ACTIVA**

¹² Maria Matilde Martinez Benitez. **Sociología de una Profesión, el Caso de Enfermería**. 1ª edición Nuevo Mar S.A. de C.V. 1985 Mexico. P147.

menor gasto posible de la energía vital del paciente.”¹³

2.2.3. Meta paradigma.

“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.”¹⁴

“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.

Así mismo el metaparadigma de la enfermería agrupa cuatro conceptos:

¹³ Enfermería." *Enciclopedia® Microsoft® Encarta 2001.* © 1993-2000 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos

¹⁴ Benavet Garcés M, Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey. **Fundamentos de enfermería. Los Modelos Del Cuidado.** 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

2.3. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

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

¹⁵ **IDEM Pp 159.**

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

2.3.2. Antecedentes históricos.

“*Florence Nightingale* fue la primera teórica que describió la *Enfermería y su Entorno*. Esto dio paso a las posteriores teóricas, que tomaron sus descripciones para formular teorías de las que hoy podemos estudiar. Esta teoría abordó muchos aspectos que en el contexto histórico y en la época en que se desarrolló no es tan lejano al conocimiento actual y ha servido de pauta en las actividades que se describen para el modo de actuación de la enfermera.”¹⁷

“Una de sus virtudes fue la constante observación que mantuvo sobre diversos problemas que en nuestros días son aplicable en el PAE, pues corresponden a las diversas etapas de éste. Ejemplo: las observaciones con relación al entorno (luz, higiene y otras), que podemos incluir en la 1ra. Etapa de la Valoración. Sus observaciones, que hoy podemos ubicarlas en señales. Cuando se refería al lavado de manos, infecciones, como se aprecia se acercaba a lo que hoy hacemos las enfermeras en la identificación de un patrón funcional afectado para llegar a un diagnóstico de enfermería, ubicando estos datos en la 1ra. Etapa de Valoración, en la 2da. Etapa de Intervención, y en la 3ra. Etapa de Evaluación.”¹⁸

“De esta forma se refería a las relaciones verbales y extraverbales y a la educación sanitaria. Como apreciamos, su punto de vista continúa vigente, pues estos aspectos hoy los podemos incluir en la comunicación y en la educación para la salud, acciones independientes que puede realizar la enfermera en la 3ra. Etapa de Intervención. Esta gran teórica está considerada como la que fue capaz de describir a la Enfermería y la relación del *Hombre* y el *Entorno*; catalogada como *Naturalista*. Atendiendo a lo expuesto en esta teoría y sus fundamentos podemos aplicarla a cualquier enfermedad haciendo énfasis en los aspectos que ella abordó.”¹⁹

¹⁷ IDEM.

¹⁸ IDEM.

¹⁹ IDEM.

2.3.3. Etapas del proceso,

a) Valoración.

“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.”²⁰

b) Diagnostico.

“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,

²⁰ 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.”²¹

c) Planeacion.

“La fase de planeación comienza al emitirse el diagnostico 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 diagnostico 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 alargo 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.”²²

d) 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

²¹ IDEM.

²² IDEM

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 práctica 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.”²³

e) 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.”²⁴

²³ IDEM.

²⁴ IDEM.

2.4 MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON.

El modelo de Virginia Henderson es un modelo humanista. Gracias a su inquietud por clarificar la función de enfermería nos dejó una definición sobre la misma, que es la más conocida y difundida.

Virginia Henderson afirma que la enfermera es, y debe ser legalmente una profesional independiente, capaz de hacer juicios independientes. Considera a la enfermera como la mayor autoridad en los cuidados básicos de enfermería y ubica estos cuidados en 14 componentes, o necesidades básicas, que abarcan todas las posibles funciones de la enfermería.

2.4.1 Antecedentes

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

Henderson desarrolló su interés por la enfermería durante la primera guerra mundial, en 1918 ingresó a la 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 cuáles eran sus funciones y que sin este elemento primordial para ella no se podían establecer los principios y la práctica profesional.

Henderson ha recibido un reconocimiento importante, incluido el nombramiento como doctora Honoris 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.”²⁵

2.4.2 Principales conceptos del modelo de Virginia Hendersón.

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.

²⁵ 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

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.

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:

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.”²⁶

²⁶ IDEM. Pp 263.

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:

1) Necesidad de Oxigenación

“Dentro de esta 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 termino nutrición es una cualidad o estado de los seres vivos, cuando usamos este termino para referirnos a una persona humana es fácil de terminar si esta 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 repone regularmente en cantidad suficiente y mantiene reservas que pueden utilizar en momentos de mayor desgaste , evitando de esta manera alguna alteración de su 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.²⁷

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

²⁷ María de Jesús González. **Proceso de Enfermería Y el Modelo de Virginia Henderson**. Ed. Progreso S.A. México 1997 ENEO. UNAM. Pp 55-284

apropiados. El sueño ayuda a recuperar la energía perdida durante las actividades cotidianas el trabajo físico y mental del día.²⁸

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 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.

²⁸ IDEM. P 97

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

Funciones de la piel :

Constituye una eficaz barrera contra las agresiones del ambiente.

Protege contra el frío intenso y en altas temperaturas impide la perdida excesiva de líquidos corporales.

Las capas conjuntivas protegen de los golpes.

El tejido elástico favorece la cicatrización de pequeñas heridas.

La sensibilidad al dolor es útil como aviso para evitar lesiones mayores.

La piel intacta, no permite la entrada 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. La comunicación es un proceso a través del cual, se transmiten 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."²⁹

²⁹ IDEM. pp 175.

11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores.

“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 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.”³⁰

³⁰ **IDEM.** pp. 207

2.5 PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA “MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON”.

El modelo es una guía conceptual que permite orientar y centrar la practica de enfermería.

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 diagnostico enfermero y para problemas interdependientes; la diferencias entre ambos es que uno se refiere a una respuesta humana (diagnostico enfermero) y el otro a una respuesta fisiopatologica (problema interdependiente); y que las funciones interdependientes de enfermería únicamente se incluyen en los planes de atención para problemas interdependientes”³¹

La demás información para el marco teórico se establecerá con base alas 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”³².

³¹ Bertha Rodríguez S. **Proceso Enfermero**. 2ª edición ediciones. Cuellas. P85

³² <http://www.google.com.mx/search?hl=es&q=proceso+atencion+de+enfermeria&meta=> Activa

2.5.2. Antecedentes historicos.

“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.”³³

2.5.3. Etapas del (PAE) de Virginia Hendersón.

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

³³ Op. Cit,p. p 16

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.

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.)

Planeación.

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 cliente³⁴

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

³⁴ Op. Cit.p. p. 16

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.

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.”³⁵

³⁵ Op.Cit.p. p25

2.6 Características Biopsicosociales del Adulto Mayor (Maduro).

“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 (maduro) de 55 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.

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

Adulto maduro

La etapa del adulto maduro comprende el período de vida entre los 41 y 65 años, cuando el individuo ha encontrado su lugar en la sociedad, lo amplía y afianza.

Erikson ubica al adulto maduro en la etapa generativa contra absorción de si mismo (a); el individuo se interesa en establecer y guiar a las próximas generaciones, tiene capacidad para aprender actividades nuevas, disminuye su capacidad educativa y aumenta el interés por ayudar a otros.

Las personas en esta etapa se interesan ya no específicamente por su familia inmediata, si no por las generaciones futuras y por el medio en que dichas generaciones habrán de vivir, por el bienestar de la gente joven, donde puedan trabajar y vivir seguros(as).

Cambios Físicos.

Los cambios físicos más significativos son:

-El peso aumenta considerablemente por varios factores, se incrementa la vida sedentaria, aumenta la ingesta de determinados alimentos, como los carbohidratos.

-La capacidad generativa de los tejidos disminuye específicamente; la de los cartílagos, agravada por el sobre peso hace que los problemas artríticos sea más comunes en esta edad y, por tanto, provoquen lesiones repetidas en las superficies articulares.

-La actividad reproductiva desciende y desaparece hacia los 45 ó 55 años, aunque ocasionalmente se pueden presentar embarazos en estas edades los cuales deben ser evaluados de cerca, ya que son embarazos de riesgo; aumentan las probabilidades de retardo mental y de parto prematuro en el niño o niña que va a nacer, entre otra serie de problemas.

-La actividad sexual puede declinar aunque no desaparece; esto depende de las actitudes y satisfacción que tenga la pareja, de la frecuencia de sus relaciones sexuales, y de la preparación para afrontar los problemas que se presentan en esta etapa de la vida.

-Los signos vitales permanecen en los rangos anotados en los adultos jóvenes y si la persona no practica buenos hábitos de salud, como el ejercicio, nutrición balanceada, control de médico, la T/A se puede elevar un poco de su rango.

Situaciones Especiales Del Adulto Maduro.

Las situaciones especiales descritas a continuación son:

-VIUDEZ

Es la pérdida de uno de los cónyuges .para la persona que queda, es triste perder a alguien con quien se ha estado en contacto estrecho y se han compartido muchas experiencias de la vida.

A veces el individuo puede tener dificultad para expresar abiertamente sus sentimientos ante la pérdida; esto influye en su comportamiento y puede presentar conductas inadecuadas El buen manejo de los sentimientos de dolor puede prevenir las alteraciones graves y prolongadas en el ajuste social de la persona.

La adaptación del individuo viudo depende de su equilibrio físico, psíquico, social y emocional.

-Físico: Salud ,edad ,facultades motoras.

-Psíquico: Capacidades mentales.

-Social : Trabajo en grupos y en familia.

-Emocional: Aceptación de su nuevo estado , situación de equilibrio, preparación , para esta situación.

Soledad.

Se presenta como falta de integración social, cuando el individuo por diversos factores, como falta o pérdida de trabajo, defecto físico, no realización de sus ideales, inseguridad , es rechazado por el grupo familiar, por compañeros o por directivos de la institución donde trabaja y se generan en el ó ella los sentimientos de soledad así viva con su familia, o pertenezca a un grupo siempre se sentirá aislado.

Hay que reforzar los mecanismos de adaptación que la persona ha empleado exitosamente en toda su vida, para disminuir su angustia.

Jubilación.

La pérdida del papel acostumbrado requiere de cambios y ajustes necesarios para un nuevo plan de vida.

El individuo debe prepararse para esta situación , capacitándose en otras actividades que le interesen y que le ayuden a sentirse útil, ocupado con compañeros de trabajo, el continuar perteneciendo y participando a un grupo o asociación profesional, le proporcionaran sentimiento de utilidad a la sociedad.”³⁶

³⁶ Medelin G. Y Muchoz. **Características Biopsicosociales en Crecimiento y Desarrollo del ser Humano.** Edic 4 t°. Tomo 2 OMS. Colombia. ENEO. UNAM. Pp. 619 – 643.

III. METODOLOGÍA

Para la realización del estudio de caso se considera 2 ejes, uno metodológico y el otro conceptual. El eje metodológico estará centrado en el proceso de atención de enfermería, el cual para fines de este trabajo se considerara en 5 etapas (de acuerdo a Alfaro). El eje conceptual será el de Virginia Henderson (se valoran las 14 necesidades).

3.1. Descripción.

Para realizar el presente estudio de caso se eligió a un cliente adulto mayor (maduro) de sexo masculino de 55 años de edad el cual fue ingresada al Hospital Margarita Maza de Juárez el día 6 de septiembre 2004 con diagnóstico Asma Bronquial con insuficiencia respiratoria, aleteo nasal, diaforético, tiraje intercostal, polineo (34'), cianosis periférica, respiraciones superficiales y facies de angustia, obeso de inicio de la recogida de datos para la historia clínica, para el caso, contaba con 3 horas de hospitalización.

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

Es importante mencionar y aclarar que aunque se menciona el nombre de la patología en el estudio de caso, la investigación solo se centró en la persona-cliente., por lo tanto las intervenciones de enfermería estarán enfocadas a satisfacer sus necesidades afectadas dependiendo del grado de dependencia (total o parcialmente) el estudio se realizó durante el tiempo de su hospitalización y visitas domiciliarias que fue del 06 de sept al 16 de septiembre del 2004.

Para cada efecto se solicitó el consentimiento informado de cliente por escrito (se agrega como **anexo 1**), ya que el cuidado tiene implicaciones éticas sustentadas en cuatro principios:

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

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.³⁷

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.

Para la valoración se tuvieron como fuentes de información directa, como primarias y secundarias; fuente principal y primaria el cliente y como fuentes secundaria el expediente clínico (hojas de registro de enfermería), otros profesionales de la salud y literatura.

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

³⁷ “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 la cliente para establecer una fecha y hora para la entrevista la cual se realizó el día 7 de sep. del 2004. a las 15 hrs en su domicilio . 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.

Es una entrevista participante no estructurada, de carácter descriptiva.

Enfermera, ¡buenas tardes!

Cliente: ¡buenas tardes!.

Enfermera: don E. H. mi nombre es Elsi Hernández soy la enfermera que lo atendió en el hospital.

Cliente: a si la estaba esperando pase usted.

Enfermera: gracias como se ha sentido.

Cliente: un poco cansado siempre que me internan así me deja, pero luego se me pasa.

Enfermera: don E. H. Las preguntas que le voy a realizar son para fines de mi titulación esta de acuerdo en contestármelas.

Cliente: de acuerdo, ustedes las enfermeras siempre se portan muy bien cuando yo llego al hospital y si en algo la puedo ayudar con mucho gusto lo are.

Enfermera: ¡que edad tiene?

Cliente: 55 años.

Enfermera: ¡es usted de la ciudad de Mazatlán?.

Cliente: si nací en Mazatlán y vivo en la colonia Juárez.

Enfermera: ¿es usted casado?

Cliente: si por las dos leyes mi esposa es la que me batalla.

Enfermera: ¿trabaja usted?.

Cliente: trabajaba recolectando basura, en aseo urbano pero ya estoy jubilado y no tengo nada que hacer mas que ver la tele todo el día.

Enfermera: ¿no tiene amigos?.

Cliente: si antes nos reuníamos en casa de mi amigo Jesús pero desde que me jubilaron como que ya no quieren que valla y no me dan ganas de salir y me canso mucho y me da miedo de que me vuelva a enfermar.

Enfermera: ¿pero puede reunirse con ellos o ir al parque a caminar?.

Cliente: es que ellos ya no platican mucho con migo y al parque nada mas van los jóvenes a echar el novio.

Enfermera: pero le serviría ir a caminar por que esta gordito ¿come mucho?.

Cliente: si como las tres comidas al día en abundancia y aparte como entre comidas (pan, refresco, chocolates y dulces me gustan mucho las carnitas de puerco, el pozole y las fritangas que prepara mi mujer).

Enfermera: pero ya no debe comer eso acuérdesse que llevaba la presión alta y todo eso le hace daño.

Cliente: si verdad ya mi hija y mi mujer me quieren poner a dieta desde que le dijo usted y el medico lo que me hacia daño la voy a pensar.

Enfermera: ¿toma usted agua y refresco?

Cliente: si como dos litro de agua y muchos refresco como tres o cuatro botellas de 600 mil.

Enfermera: ¿cuántas veces hace popo al día?.

Cliente: a veces una o dos de ves en cuando y duras.

Enfermera: ¿cuántas veces orina y de que color es?.

Cliente: pues en el día pocas veces como dos o tres veces y en la noche me levanto hasta tres o cuatro veces y es de color amarillo.

Enfermera: ¿duerme bien por las noches?.

Cliente: pues si pero me levanto a orinar varias veces

Enfermera: ¿durante el día duerme?.

Cliente: si todas las tardes después de comer y a veces hasta en la mañana

Enfermera: ¿de que religión es?.

Cliente: católica.

Enfermera: ¿hasta que año estudio?

Cliente: pues hasta tercer año de primaria.

Enfermera: ¿cuántos hijos tiene y quien vive con usted?.

Cliente: tengo 3 hijos 2 hombres y una mujer y ya están casados y viven aparte aquí con migo vive mi esposa, un gato y un perro.

Enfermera: ¿sus hijos padecen alguna enfermedad?.

Cliente: pues mis dos hijos que yo sepa no creo casi nunca se enferman y mi hija ella tiene lo mismo que yo también seguido la internan.

Enfermera: ¿cómo se lleva con sus hijos y su esposa?.

Cliente: muy bien aunque mis hijos están un poco alejados vienen muy pocas veces a verme y casi no me dan dinero a pesar que saben que me dan bien poquito en la pensión.

Enfermera: ¿viven sus papa?.

Cliente: mi mama si y mi papa ya murió hace años.

Enfermera: ¿padece alguna enfermedad su mama?.

Cliente: pues ella esta enferma del azúcar y de la presión.

Enfermera: ¿de que murió su papa?.

Cliente: no lo se hace ya mucho tiempo de eso

Enfermera: ¿cuántos hermanos tiene?.

Cliente: tengo tres hermanos pero uno de ellos ya murió no se de que murió.

Enfermera: ¿conoce alguna enfermedad de sus hermanos?.

Cliente: pues el que sigue de mi no se casi nunca se enferma y mi otro hermano tiene lo mismo que yo seguido se enferma de tos y lo internan igual que a mi.

Enfermera: ¿fuma y toma usted?.

Cliente: si empecé muy joven fumaba y tomaba mucho pero de unos años para acá me fumo de tres a cinco cigarrillos y a lo largo tomo una o dos caguama.

Enfermera: ¿se cambia solo de ropa?.

Cliente: si aunque a veces me ayuda mi esposa.

Enfermera: ¿normalmente cuantas veces se baña y por que?.

Cliente: me baño una o dos veces por semana por que si me baño diario me da tos y luego me internan y como en mi trabajo siempre andaba sucio.

Enfermera: ¿se lava los dientes después de comer?.

Cliente: no una vez al día y a veces.

Enfermera: ¿ha consumido drogas?.

Cliente: no.

Enfermera: ¿usted cree que su enfermedad le ha ocasionado problemas?.

Cliente: pues si cuando trabajaba seguido estaba incapacitado y es por eso que casi no me gusta salir porque si ando en la calle luego me falta el aire y me canso mucho y a veces no puedo ni platicar.

Enfermera: ¿usted conoce su enfermedad?.

Cliente: no pues yo se que estoy malo de los pulmones es lo que me dice el doctor.

Enfermera bueno don E. H. Creo que por el momento es todo ya lo entretuve demasiado luego voy a volver a traerle información sobre su enfermedad.

Cliente: esta bien señorita cuando quiera volver estoy a su disposición

Enfermera: muchas gracias hasta pronto

Cliente: 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.”³⁸

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..

³⁸ M° Isabel Diez Domingo. J. Luis Fernández Jiménez. **Manual de Enfermería**. Desarrollo del Proceso de Enfermería. Barcelona España 1° Edición 2003. pp. 1 – 22.

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. E. H. S. Edad. 55 años. Sexo. Masculino.
Estado Civil. Casado. Religión. Católico. Etnia
Escolaridad. Primaria incompleta. Ocupación.
Cual es su objetivo de salud. Mantenerse sano.
Hospitalizaciones previa. Frecuente la ultima hace un mes.
Motivo de ingreso. Crisis de asma bronquial.
Esta tomando medicamentos Si (conviven en aer, Singular tab., Beclometazona)
Signos vitales. Temp. 37°Cx Pulso. 95x' Resp. 34 T/A. 180/130mmhg
Familiares No de miembros 5 Con quien vive. Con su esposa.
Problemas de relaciones con la familia Si No X Por que.

1.- Oxigenación.

Estilo de vida. Sedentaria

Realiza sus actividades sin fatiga (disnea). Con frecuencia se fatiga con insuficiencia respiratoria, aleteo nasal, diaforético, tiraje intercostal, polinea (34'), cianosis periférica, respiraciones superficiales.

Patrón respiratorio, ritmo regularidad, profundidad. Inadecuado.

Secreción tos, aleteo dolor asociado a la respiración. Si.

Cuantos cigarrillos fuma al día. Desde cuando. Inicio a los 15 años con 15 cigarrillos diario y en los últimos años de 3 a 5 cigarrillos.

Antecedentes de enfermedades cardiorrespiratorio, dolor precordial, taquicardia, hipertensión anemia, varices, asma. El cliente desconoce ser hipertenso ya que ingreso con una T/A 180/120, y con dolor precordial y si padece asma.

2.- Nutrición e hidratación.

Se alimenta solo. Si Con ayuda.

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

Cantidad y tipo de liquido que ingiere al día. 2 litros de agua al día y de 3 a 4 refrescos de cola.

Preferencias o desagradados. Consume lo que esta en sus posibilidades de su preferencia son las carnicas de puerco y los chocolates.

Patrones de aumento / perdida de peso. Toda su vida a sido llenito pero en los últimos dos años refiere aumento de 15 a 20 kilos.

Suplementos de alimentación. Ninguno.

Conocimiento de factores que favorecen la digestión. Desconoce.

Anorexia, náusea, vomito, indigestión, hiperacidez.. con frecuencia indigestión e hiperacidez.

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

Revisión. Peso. 107 Kg. Talla 1.70 Boca. Con mal aliento. Lengua. Un poco seca. Encías. Roja .. Dientes. falta de algunas piezas dentales y el resto con caries. Labios con cianosis.

3.- Eliminación.

Frecuencia y cantidad en 24 horas, heces. Una vez y en ocasiones dos orina de 7 a 8 veces en 24 horas. Color consistencia de heces. Un poco duras Orina.

Amarilla. Estreñimiento. Si Hemorroide. No Dolor menstrual -

Ayudas líquidos, alimentos, medicamentos enemas. Ninguno.

Problemas de urgencia, retención incontinencia, infecciones. Niega.

Intestino. Dolor, diarrea, flatulencia, heridas estomas. no

Para mejorar tomo 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. Es pensionado y lleva una vida sedentaria.

Medidas higiénicas para moverse y tener una buena postura (ejercicio activo pasivo). Pasivo.

Limitación en la de ambulación. Refiere que si camina demasiado se agita.

Postura habitual en relación a su trabajo. Pensionado.

Dolor muscular, inflamación de articulaciones defecto óseos.

Revisión capacidad funcional,, mano dominantes, utilización de piernas y manos.

Fuerza, presión marcha utilización de aparatos. Refiere que con frecuencia se siente cansado y con dificultad para respirar.

5.- Descanso y sueño.

Patrones de reposo y sueño, horas en la noche y siesta. Duerme de 8 a 10 hras durante la noche pero se levanta con frecuencia al baño y de 1 a 2 hras después de la comida.

Alteración por estados emocionales. Desde que se pensionó 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. No.

Hábitos sobre la higiene personal y del vestido. Se baña una o dos veces por semana, aunque el cliente dice que se cambia todo los días se ve un poco mal aseado sucio.

Tiene los recursos para vestir ropa limpia. Comenta que aunque es pensionado si le alcanza.

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. Dice que tiene que alimentarse bien por eso esta llenito y se protege de los cambios de temperatura por su enfermedad.

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. Se lava los dientes una vez al día se baña una o dos veces a la semana y aunque refiere cambiarse diario se ve un poco sucio.

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, con cicatriz en abdomen semigloboso a expensa de panículo adiposo.

Mucosa oral, integras deshidratadas, hidratadas. Hidratadas.

9.- Evitar peligro.

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

Recursos de salud médicos, odontólogos, hospitales. Cuenta con el servicio medico del Hospital Margarita Masa de Juárez.

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. Ninguna.

Contactos sociales frecuentes y satisfactorios. Ninguno.

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

Estuvo con un poco de temor durante las preguntas pero estuvo cooperador.

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.

Ninguno.

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 en aseo urbano durante 25 años y hoy es pensionado.

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. Comenta que lo que el dice eso se hace.

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

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. Hace mas de año desde que lo pensionaron.

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. Es pensionado.

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 y cuando se pone mal le da mucho miedo y su esposa le proporciona todo los día el medicamento.

Desea incrementar sus conocimiento sobre aspectos relativos a su salud en medidas técnicas de autocontrol emocional cambios necesarios en sus hábitos de vida. Si por que le da mucho miedo cuando no puede respirar.

Situación que altera la capacidad de aprendizaje, ansiedad, dolor, pensamiento, sentimiento angustia. La angustia de no poder respirar..

B). Historia clínica.

Datos de identificación.

Nombre. E.H.E.

Edad. 55 años. Sexo. masculino

Escolaridad. Primaria incompleta

Estado civil. casado Religión. Católica. Ocupación. Pensionado.

Domicilio. _calle munich #100 col Juarez

Lugar de procedencia. Mazatlán Sinaloa.

Lugar de nacimiento. Mazatlán Sinaloa.

Fecha de ingreso 6-sep.-04_Hora de llegada. 8:00 a.m.

Fecha 6-sep.- 04 Hora de la entrevista. 11:00 a.m.

Procedente de Mazatlán Sinaloa.

Acompañada por su esposa e hija

Llego al hospital deambulando con ayuda de su esposa e hija, refiere sentir no poder respirar y dolor de cabeza y dolor en el pecho.

Información obtenida del paciente.

Datos socioeconómicos:

Vive en casa propia, la cual es de material de ladrillo y cemento, con buena iluminación, piso de cemento, con sala, comedor, cocina, con una recamara, cuenta con los servicios de agua potable, luz, pero carece de drenaje refiere excreta en fosa septica, beben agua filtrada, la casa la habitan el, su esposa. cuentan con animales domésticos un perro y un gato.

Antecedentes heredo familiares:

Madre viva, con antecedentes de hipertensión y diabetes desde hace tiempo el cliente refiere desconocer desde cuando inicio el padecimiento.

Padre finado desconoce causa y tiempo trascurrido, 3 hermanos.

Sexo masculino de 53 años desconoce alguna enfermedad.

Sexo femenina de 50 años con antecedentes de bronquitis crónica.

Sexo masculino finado desconoce causa.

3 hijos 2 sexo masculino sin antecedentes de importancia para el paciente, una sexo femenina con antecedentes asma.

Antecedentes personales no patológicos:

Cliente con malos hábitos higiénico y alimenticios (dieta chatarra) desconoce hemotipo, refiere tabaquismo (+) de inicio los 15 años de edad al principio 15 cigarrillos diario en los últimos años de 3 a 5 diario, alcoholismo de inicio a los 17 años de edad a razón de cada fin de semana asta llegar a la embriagues en los últimos años en muy pocas ocasiones y moderado, niega otras toxicomanías, así como inmunizaciones recientes.

Es importante mencionar que el cliente refiere comer las tres comidas al día y entre comidas y no realiza baño diario por temor a recaer en su enfermedad lo realiza una o dos veces por semana.

Antecedentes personales patológicos:

Antecedentes de asma bronquial de larga evolución en control con conviven y beclometazona a razón de 2 inhalaciones cada 12 hrs y singulair cada 12 hrs.

Hospitalizaciones previas por crisis asmátiforme.

Antecedentes quirúrgicos de apendicetomía en 1995.

Alérgico al metamizol, nunca ha recibido transfusiones sanguíneas, se desconoce diabético o hipertenso, niega padecer enfermedades contagiosas o haberlas padecido.

Antecedentes gineco-obstétricos:

Diferidos.

Padecimiento actual:

Refiere iniciarlo hace aproximadamente 3 días con tos seca sin predominio de horario acompañado de estornudo frecuentes, rinorrea hialina posteriormente tos productiva con expectoración mucoide escasa y se agrega disnea de mediano esfuerzos sin acudir al hospital. Hoy acude al hospital acompañado por su esposa y su hija refiriendo aumento de molestias al grado de no poder respirar el cliente es ingresado por crisis asmátifoide

Exploración física:

Cliente masculino, orientado, conciente, con facies de angustia por no poder respirar, obeso con edad aparente a la cronológica con palidez de piel y tegumentos, normo cefálico, craneofacial sin compromiso, cianosis periférica, amígdalas normales, cuello cilíndrico con pulsos carotídeos presentes sin

adenopatías palpables tórax con taquipnea con tiros supraesternal y leve retracción xifoidea polinea F.R. de 34 x' se auscultan campos pulmonares con estertores concantes en ambos hemitorax además sibilancias audibles por estetoscopio de predominio basal con espiraciones forzadas, área precordial rítmica F.C. 95 x', abdomen semigloboso a expensa de panículo adiposo con perístasis presente normal blando depresible sin viseromegalia presente extremidades eutróficas con pulsos distales presentes uñas largas sucias con onicomiosis, mala presentación barba mal aseada.

Signos vitales a su ingreso T/A 180/130mmhg, FC:95x', TEMP. 37°Cx', peso 107 Kgr..

Nota. Se aclara que durante la recogida de los datos se estuvo realizando pausas durante el interrogatorio, pues se iban realizando intervenciones de enfermería requeridas para la cliente.

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 diagnostico que se estructuró fue real ya que refleja las necesidades actuales del clientes mediante características definitorias identificables.

El diagnostico 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 identificaron 3 necesidades afectadas pero solo una es dependiente y las otras 2 son interdependiente.

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

INICIALES DEL CLIENTE E. H. E.

FECHA 06 – 09 – 2004.

NECESIDAD AFECTADA. OXIGENACIÓN.

BIOLOGICAS	PSICOLOGIAS	SOCIAL	CULTURAL
<ul style="list-style-type: none"> • Edad 55 años. • Aleteo nasal. • Diaforético. • Polinea (34x'). • Respiraciones superficiales. • Cianosis periférica. • Facies de angustia. • Asmatico. 	<ul style="list-style-type: none"> • El cliente refiere desesperación por no poder respira. • Temor a morir en una de sus crisis 	<ul style="list-style-type: none"> • No participa en actividades recreativas y sociales por miedo a fatigarse y a su edad. • Fumador. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consume bebidas frías. • Hábitos de fumar de 5 a 10 cigarrillos.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO RELACIONADA CON CAMBIO DE LA MEMBRANA ALVEOLAR – CAPILAR MANIFESTADO POR FACIES DE ANGUSTIA, CIANOSIS PERIFÉRICA, DIAFORÉTICO, POLIS NEA (34 X'), RESPIRACIÓN SUPERFICIAL, ALETEO NASAL.

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

X	TOTALMENTE DEPENDIENTE
	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

X	ROL DE AYUDA
	ROL DE SUPLENCIA
X	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

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

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

INICIALES DEL CLIENTE E. H. E.

FECHA 06 – 09 – 2004.

NECESIDAD AFECTADA. OXIGENACIÓN.

BIOLOGICAS	PSICOLOGIAS	SOCIAL	CULTURAL
<ul style="list-style-type: none"> • Edad 55 años. • T/A 180/130. • Cefalea. • Dolor precordial. • Facies de angustia. • Asmatico. 	<ul style="list-style-type: none"> • El cliente refiere desesperación por no poder respira y por el dolor de cabeza y pecho • Temor a morir en una de sus crisis 	<ul style="list-style-type: none"> • No participa en actividades recreativas y sociales por miedo a fatigarse y a su edad. • Fumador. 	<ul style="list-style-type: none"> • El cliente refiere no ser hipertenso. • Hábitos de fumar de 3 a 5 cigarrillos.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Alteración de la presión arterial por exceso, relacionado con factores multicausantes, manifestado por T/A 180/130 , cefalea y dolor precordial

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

X	TOTALMENTE DEPENDIENTE
	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

X	ROL DE AYUDA
	ROL DE SUPLENCIA
X	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

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

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

INICIALES DEL CLIENTE E. H. E.

FECHA 07 – 09 – 2004.

NECESIDAD AFECTADA. NUTRICION

BIOLOGICAS	PSICOLOGIAS	SOCIAL	CULTURAL
<ul style="list-style-type: none"> • OBESO. • Peso 107 Kg. • Talla 1.70. • Edad 55 años. • Peso normal 70 / 75. 	<ul style="list-style-type: none"> • Frustración por la edad. • Baja autoestima por sentirse rechazada por su entorno por ser pensionado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Persona sedentaria. • aislamiento social. • No cuenta con actividad recreativa. • Televisión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de remuneración económica. • Tipos de comida. (abundante grasas) • Malos hábitos alimenticios (3 comidas al día en abundancia y entre comidas)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Desequilibrio nutricional por exceso relacionada con aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas manifestado por un peso corporal 107 Kg., aspecto físico obeso, falta de actividad física, sedentarismo.

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

	TOTALMENTE DEPENDIENTE
X	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

X	ROL DE AYUDEA
	ROL DE SUPLENCIA
	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

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

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.

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

	TOTALMENTE DEPENDIENTE
X	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

X	ROL DE AYUDA
	ROL DE SUPLENCIA
	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

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

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.

PLANES DE ATENCION.

NECESIDAD AFECTADA.

OXIGENACIÓN

Fecha:

06 de sept. 2004.

OBJETIVO DE ENFERMERIA. MEJORAR LA FUNCIÓN RESPIRATORIA A TRAVÉS DE LA OXIGENACIÓN

META	CRITERIOS DE EVALUACION	INTERVENCION DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • 5' a 10'. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desaparición de cianosis. - Adecuada frecuencia respiratoria (18-22). - Disminución de la facie de angustia. 	<ul style="list-style-type: none"> -Aplicación de oxigeno con puntilla nasal 4Lts x'. (INTER) -Posición semifowler (Dep.) -Permeabilización de vía parenteral. (Inter.). -Disprospan.(Inter.) -Nebulización con conviven .5 y 4 sol salina. 9hras (Inter.) -Salbutamol aerosol 2ina v.o. 9 hras (Inter.) 	<ul style="list-style-type: none"> -Se incrementa el Oxigeno y con ellos se mejora el intercambio de gases alveolo capilar. Y a través de las puntas nasales da una concentración de oxigeno del 40% y el ambiente nos proporciona el 20%. -La posición semifowler favorece la expansión pulmonar al permitir el descenso diafragmático con mayor facilidad -La venoclisis constituye una vía de aporte de líquidos y además administrar medicamentos. -Es un corticosteroide actúa en la relajación bronquial inhibiendo los receptores alfa adreneticos. -Permiten la fluidificación de las secreciones, conviven es un antiinflamatorio que actúa en la musculatura lisa de la pared bronquial produciendo relajación de la broncoconstricción y desinflama la pared bronquial. -Estimulador de los receptores betaadreneticos produciendo una bronco dilatación mas rápida la cual se puede llegar a conseguir en los primeros minutos. 	<p>El cliente logró una respiración de 23x', desapareciendo la cianosis y el aleteo nasal, refiriéndose mas tranquilo.</p>

**PLANES DE ATENCION
NECESIDAD AFECTAD.**

OXIGENACIÓN

Fecha:

06 de sept. 2004

OBJETIVO DE ENFERMERIA Disminuir su presión arterial mas cercana a la cifra normal del cliente 120/80

META	CRITERIOS DE EVALUACION	INTERVENCION DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACIÓN
Inmediata en 1 hora.	<ul style="list-style-type: none"> -valorar la T/A en 120/80. - Desaparición o disminución de cefalea. - Disminución o desaparición precordial. - Disminución de la facie de angustia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Medir T/A cada 15'. -Posición semifowler (Dep.) -administración de medicamento captopril subl. 1tab PRN. -reposo -Favorecer un ambiente de tranquilidad . Solicitar al cliente trate de dormir. 	<p>Mediante la medición de T/A frecuente nos ayuda para detectar las cifras del cliente</p> <p>-La posición semifowler favorece el drenaje venoso de la cabeza y reduce así la presión</p> <p>El ruido y la luz incrementa la estimulación y la presión arterial al disminuirlas se logra una estabilidad.</p>	<p>El cliente logro una T/A de 150/90 y la disminución de cefalea y la desaparición del dolor precordial y la angustia, no se logro la presión establecida ya que el cliente no se sabia con cifras altas pero se logro la disminución.</p>

OBJETIVO DE ENFERMERIA . El cliente reconocerá su modelo de ingesta y se comprometerá a realizar alguna actividad física de acuerdo a sus necesidades

META	CRITERIOS DE EVALUACION	INTERVENCION DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Corto plazo una semana 	<p>- Que el cliente realice una actividad física.</p> <p>El cliente reconozca la importancia de identificar lo que no debe comer y no excederse entre comidas.</p>	<p>-Realizar con el cliente un programa de actividad física de acuerdo con las limitaciones de su enfermedad.</p> <p>Con un tabla de alimentos le mostré cuales tenían un elevado contenido calórico, grasa y sal y los cuales debería tratar de eliminarlos de su dieta y que alimentos eran los mas saludables para el de acuerdo a sus posibilidades</p>	<p>Ejercicio.</p> <p>Es la prescripción de movimiento corporal para corregir un deterioro, mejorar la función músculo esquelética o mantener un estado de bienestar.</p> <p>Alimentación.</p> <p>Llevar una vida saludable y activa es esencial tener una alimentación apropiada. La promoción de regímenes alimentarios convenientes y de modos de vida sanos</p>	<p>A la semana que visite al cliente comenta que sale a caminar al parque una hora diaria por la mañanas y a tratado de disminuir un poco sus comidas, de no comer entre comidas lo menos posible.</p> <p>Aunque esto no significa que el habito se a modificado totalmente</p>

PLANES DE ATENCION

NECESIDAD AFECTAD HIGIENE CORPORAL

Fecha 07 de sept. 2004

OBJETIVO DE ENFERMERIA El cliente comprenda el cuidado de la boca y el aseo personal.

META	CRITERIOS DE EVALUACION	INTERVENCION DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">A mediano plazo una semana.	<ul style="list-style-type: none">El cliente realice baño diario.El cliente reconozca el cepillado de diente.El cliente realice aseo personal, corte de uñas, barba y cabello frecuente	<ul style="list-style-type: none">Realizar con el cliente la técnica específica de lavado dental.El cliente identifique la importancia del aseo corporal.	<ul style="list-style-type: none">Lavado dental se lleva a cabo una buena técnica de sepillado dental, es muy importante para hacer el barrido de los restos de comida y la eliminación de la placa bacteriana .Aseo corporal es mantener una imagen saludable y un buen estado de animo.	<ul style="list-style-type: none">Aunque se estuvo dándole información de la importancia del baño el cliente refiere que lo realiza cada tercer día y su esposa le corta las uñas y se lava los dientes dos o tres veces al día.

Técnica específica de lavado dental. (**Anexo 3**)

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.

La enfermería se ha convertido en casi el alma gemela de la medicina al ir adquiriendo las mismas costumbres dejando de ser aquella ciencia y arte creada por la madre de la enfermería Florencia Nigtingale.

Atraves del proceso de atención de enfermería y el modelo conceptual de Virginia Hendersón, 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.

Con bases y fundamentos se logro 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 la 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. De conseguir cuidados de calidad dirigidos al cliente, familia o comunidad.

Es dinámico y Flexible. Por que responde a un cambio continuo capaz de adaptarse a las necesidades del paciente.

Es universal. Se adapta a todos los campos de enfermería (atención primaria, Hospital,...)

Es sistemático. Por que parte de un planteamiento programado para alcanzar los objetivos.

Es individual. Porque permite prestar cuidados individualizados centrándose en la persona y no en la tarea.

Es interpersonal. Por que el proceso exige que el personal de enfermería se comunica directa e individualmente con el paciente.

Es continuo. Porque exige una evaluación y modificación continua de forma sistemática del proceso dependiendo de toda la información que conforma en todo el día.

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 profesión.

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

Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México” p.

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. chístense **PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.** EL Manual Moderno Edición 1º 1986 P. 405

Maria Matilde Martines Benítez. **Sociología de una Profesión, el Caso de Enfermería.** 1ª edición Nuevo Mar S.A. de C.V. 1985 México. P299

Maria de Jesús González **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

Maria Teresa Luis Rodríguez. **NANDA Diagnostico Enfermero Definiciones y Clasificaciones.** Edición en España, Madrid. 2003. P. 282.

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 E. H. E. en uso de mis facultades mentales, y estando agradecido con todas las personas, por la atención brindada durante mis pocos horas de internado en el Hospital Margarita Maza de Juárez, por presentar una crisis de asma bronquial. Autorizo a la srta. Enfermera ELSI T. HERNANDEZ SANCHEZ a la utilización de la información y de los datos que brinde durante mi estancia en dicho hospital y datos recabados en mi domicilio, 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

TECNICA DE LAVADO DENTAL

Al igual que cuidamos nuestro cuerpo para mantenerlo sano y sentirnos a gusto con él, es importante cuidar la salud de nuestra boca.

Los dientes tienen un papel muy importante por lo que es necesario mantenerlos en un buen estado. Para ello es suficiente adoptar unas simples medidas preventivas. Así como tenemos incorporados una serie de hábitos tales como ducharnos, lavarnos la cabeza, las manos, etc... así mismo es fundamental adquirir el hábito de cepillarnos los dientes diariamente con un dentífrico fluorado.

De esta manera evitaremos la aparición de enfermedades tan frecuentes en la población como la caries o las enfermedades de las encías. Si adoptamos desde la infancia hábitos sanos, como restringir el consumo de productos azucarados y una correcta higiene buco-dental, está demostrado que es posible evitar la aparición de estas enfermedades.

Los dientes sirven principalmente para masticar los alimentos, forman parte del aspecto de la cara y de la expresión de las emociones y también son útiles para hablar normalmente. Algunos sonidos sólo pueden producirse con la ayuda de los dientes. Todo esto nos da una idea de la importancia de mantener una buena salud hucodental evitando la pérdida de dientes.

Los dientes tienen varias funciones: Morder y Masticar los alimentos (es elemental que la comida se mastique de forma adecuada para que se pueda digerir con facilidad). Son útiles para hablar normalmente y forman parte del aspecto de la cara.

Existen diversos métodos para limpiar los dientes sin embargo lo importante es que estos queden limpios por todos sus lados y que no se dañen las encías.

Para el cepillado utilizaremos un cepillo de cabeza normal, mango recto y cerda de nylon de dureza media o suave y una pasta de dientes con flúor.

El cepillo se debe coger con los dedos como si se tratase de un lápiz y no con todo el puño; de esta manera se podrá orientar mejor para alcanzar todos los dientes, y se evitará realizar una fuerza excesiva que puede ser perjudicial para los dientes y que estropea el cepillo con mucha rapidez. Para que el cepillado sea efectivo, el cepillo tiene que estar en condiciones adecuadas por lo que habrá que cambiarlo con regularidad, cuando notemos que las cerdas se aplastan. La seda o hilo dental es una técnica de apoyo al cepillado para limpiar los espacios entre los dientes.

Para que la limpieza sea eficaz no es necesario llenar todo el cepillo de pasta de dientes, una cantidad del tamaño de un guisante es más que suficiente. Así evitaremos una excesiva cantidad de espuma en la boca que a menudo resulta molesto.

Para tener una boca sana es útil adquirir la costumbre de lavarse los dientes y encías después de cada comida y fundamentalmente a la hora de acostarse, este último cepillado es el más importante. Cada cepillado debe de durar 3 minutos como mínimo.

Pasos a seguir para la limpieza:

- 1°.- Coger el cepillo con las manos como si se tratara de un lápiz
- 2°.- Poner pasta o dentrífico en la cabeza del cepillo.
- 3°.- Cepillar la parte delantera de arriba a abajo.
- 4°.- Cepillar la parte lateral de arriba a abajo.
- 5°.- Cepillar la parte interior de arriba a abajo.
- 6°.- Coger un vaso de agua y enjuagarnos la boca, para eliminar los restos de pasta.
- 7°.- Echar el agua con los restos de pasta ala lavabo.

El dentista no es un profesional al que tenemos que acudir sólo cuando tenemos un dolor de muelas. Es ante todo el profesional que cuida de la salud de los dientes y de la boca y que puede ayudarnos a mantenerla sana.