



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



PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

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

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.**

PRESENTA:

GRISELDA ROBLES CRUZ

No. DE CUENTA: 0-9861189-6

ASESOR L.E.O. ANGELINA RIVERA MONTIEL

NOVIEMBRE 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.

Para mi Madre

Por la paciencia y el apoyo que me ha brindado siempre.

INDICE

Pagina

INTRODUCCION

JUSTIFICACION

OBJETIVO

GENERAL

ESPECIFICO

MARCO TEORICO

Cuidado

Concepto

Antecedentes Históricos

Tipos de Cuidado

Connotaciones del Cuidado

Enfermería

Concepto

Evolución

Metaparadigma

Proceso Atención de Enfermería

Concepto

Antecedentes Históricos

Etapas

Valoración

Diagnostico

Planeación

Ejecución

Evaluación

Modelo Conceptual de Virginia Henderson

Antecedentes

Bases Conceptuales

Necesidades fundamentales

Proceso de Atención de Enfermería y el Modelo Conceptual de Virginia Henderson

Concepto

Etapas

Valoración

Diagnostico

Planeación

Ejecución

Evaluación

Características del adolescente

METODOLOGIA

Descripción del caso

Valoración

Diagnostico

Planeación

Ejecución y Evaluación

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

Hoy en día la enfermería profesional requiere del proceso enfermero como método de atención, al permitir identificar problemas de salud reales o potenciales, capacidades, objetivos reales e intervenciones individualizadas para brindar atención de calidad y holística al paciente, familia y comunidad.

Por tal motivo se selecciono el proceso de atención de enfermería como la opción ideal para titularse de la carrera de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, porque es considerada la herramienta básica en la atención de clientes. El P. A. E. (proceso de atención de enfermería) permitió valorar y comprender al cliente no solamente como un ser bio-psico-social, si no también desde el punto de vista cultural, político, económico y espiritual. Se Debe de valorar todo su entorno que lo rodea no solamente enfocarse en el aspecto de la enfermedad.

Durante mucho tiempo a la profesión de enfermería la sociedad la ha catalogado como las ayudantes del médico o las que cumplen las indicaciones médicas sin tener razonamiento propio. Se considero que era tiempo de demostrar que no solamente realizan esas actividades, sino que también tienen las bases y los conocimientos propios para que ellas mismas realicen Diagnósticos de enfermería, a la par que los Diagnósticos médicos y que aparte de seguir las prescripciones medicas para el tratamiento de la enfermedad; valoran necesidades que no son observables y brindan (cuidados) una atención integral al cliente.

Por lo tanto el estudio de caso se dirigido a un cliente joven, la cuál tenia afectadas sus necesidades. Se realizo en ella para tratar de ayudarla en ese tiempo y en ese espacio en que nos permitió acercarnos a ella.

La forma de ayudarla se realizo a través de la aplicación de la metodología del proceso de atención de enfermería (P.A.E), se desarrollo un marco teórico en el cuál se describió los siguientes conceptos: cuidado, enfermería, proceso de atención de

enfermería, el modelo conceptual de Virginia Henderson así como de las necesidades dependientes detectadas en el cliente.

Se selecciono un cliente y previo consentimiento informado se procedió a la elaboración del proceso de atención de enfermería. Iniciando con la valoración para detectar las necesidades afectadas del cliente, con base a estas necesidades afectadas se formularon los diagnósticos necesarios de enfermería y se elaboro un plan de ayuda al cliente, se evaluó la ayuda proporcionada y solamente en caso necesario se replantearon nuevas formas de ayuda hasta lograr los objetivos planteados.

JUSTIFICACIÓN

En México al igual que en otras partes del mundo la enfermería lucha por consolidarse como una disciplina científica, convencidos de que los cuidados brindados por la mujer son desde el inicio de la humanidad y que distan de ser solo un oficio por su firme ideología (sistema de creencias y valores) y por estar cada día más inmiscuidos en el mundo científico.

La enfermería se constituye en una ciencia al inicio de su desarrollo por tener elementos integrantes de una actividad investigadora: conocimientos propios que surgen de la confrontación de conocimientos de diversas disciplinas científicas con la realidad de enfermería, logrando así un conjunto de conocimientos sistemáticos respectivos al cuidar enfermero; empleo del método científico durante y para el ejercicio profesional y conformación de un lenguaje especializado como elemento organizador de los conocimientos.

La enfermería como una profesión necesita sustentar su practica en el método científico y dicho método es conocido como el Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.). El proceso de atención de enfermería es un proceso sistemático para brindar cuidados humanistas. Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por el profesional de enfermería, que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud del cliente, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados, motivo por el cual se compara con el método científico.

La mayor importancia del proceso de atención de enfermería estriba en que la valoración que se realiza al cliente es una valoración de todo su entorno no nada más se enfoca a la enfermedad; se trata de enfocar al cliente en todo su contexto como ser humano, espiritual, cultural, social, aspecto económico, religioso, etc. Y en base a estos datos obtenidos se realizo la detección de necesidades dependientes e interdependientes y se trazo un plan para cubrir las necesidades dependientes y se apoyo y se coordino para las necesidades interdependientes.

Los cuidados que se brindaron al cliente son humanistas, ya que se considera al hombre como un ser holístico (total e integrado) y debe aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

Con el proceso de atención de enfermería se logro evitar que la atención que brindo el profesional de enfermería sea mecanizada, automatizada y dirigida solamente a la enfermedad institucionalizada.

I OBJETIVOS

I.1 GENERAL

A través del Proceso de Atención de Enfermería bajo la guía conceptual de Virginia Henderson ayudar al cliente a satisfacer sus necesidades afectadas.

1.2 ESPECIFICOS.

Se integrará mediante la valoración una base de datos que permita identificar las necesidades afectadas.

1.2.1 A través del análisis de la información obtenida integrar los diagnósticos de enfermería.

1.2.2. Identificar los factores y fuentes de dificultad que no permiten que el cliente satisfaga sus necesidades.

1.2.3. Con base en los diagnósticos identificados y considerando las fuentes y factores de dificultad planear las intervenciones independientes, interdependientes y dependientes considerando las formas de ayuda de Henderson.

1.2.4. Evaluar los resultados de las intervenciones realizadas y retroalimentar el proceso de atención de enfermería.

I.I MARCO TEORICO

A continuación se presentan los elementos conceptuales que sustentan el estudio de caso.

2.1 Cuidado

El cuidado es una vigilancia sobre algo en particular, es el cuidado que tenemos los seres humanos al realizar ciertas actividades; cuidarnos de los peligros que nos rodean, cuidar ciertos hábitos para conservar la salud, cuidarnos de las enfermedades, del entorno, nuestra alimentación, vestido y calzado, etc. Sin embargo nos referiremos al cuidado para preservar la salud.

Los seres humanos a diario realizamos actividades encaminadas a cuidar nuestra salud como: lavarnos las manos al comer, antes y después de ir al baño; cepillarnos los dientes tres veces al día, evitar comer y tomar alimentos que al paso del tiempo puedan afectar al organismo, la higiene personal, evitar accidentes de trabajo, tenemos actividades recreativas, deportivas y espirituales. Todas estas actividades las realizamos en nuestra rutina diaria, sin embargo, no sabemos que nos permiten mantenernos sanos y nos ayudan a evitar la enfermedad o perder nuestra independencia. Son cuidados que son indispensables para sentirnos bien, pero; al enfermarnos hay cuidados que no podemos realizar y necesitamos que alguien nos ayude o los realice por nosotros.

Profesionalmente es el cuidado enfermero, que significa; los cuidados que brinda el profesional de enfermería basado en un conocimiento científico que es el proceso de atención de enfermería a través de todo un proceso para detectar nuestras necesidades y ayudar a recuperarnos.

La enfermería, a través de su desarrollo histórico ha tenido diversas transformaciones y

entre ellas están las de aspecto metaparadigmático, en este sentido la atención por varios años se ha centrado en la enfermedad y la curación y en la actualidad gracias al desarrollo epistemológico y filosófico de esta profesión se trata de centrar en el cuidado y la persona, por tanto en este apartado se desarrollan conceptos sobre cuidado.

2.1.1 Concepto, origen etimológico

“Cuidarse, cuidar y ser cuidado son funciones naturales indispensables para la vida de las personas y la sociedad, en tanto son inherentes a la supervivencia de todo ser humano. Al cuidar se contribuye a promover la salud y desarrollar aquello que hace vivir a las personas y a los grupos. Es así como cuidar representa un conjunto de actos de vida que tiene por objetivo hacer que está se mantenga, continúe y se desarrolle.”¹

Si no llevamos a cabo los cuidados nos podemos ver afectados en nuestra persona y en nuestro entorno. Desde nuestra infancia nuestros padres nos cuidan y protegen para conservar la salud y la vida hasta que nosotros nos podamos valer por nosotros mismos y podamos realizar sin la ayuda de nadie los cuidados indispensables para la vida. Los cuidados que nos brindan nuestros padres son: alimentación, vestido y calzado; nos abrigan, dan de comer, nos protegen del entorno y de los peligros que nos rodean, así mismo nos aplican nuestras primeras vacunas, hasta llegar a una edad en que nosotros mismos podamos llevar a cabo esos cuidados de nuestra vida y la vida de dependerá de nosotros.

Como dice Colliere:

“ Cuidar es ante todo un acto de vida y puede ser: un acto individual que uno se cuida de sí mismo cuando adquiere autonomía o un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que temporalmente o definitivamente requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales”²

¹ MENA Uribe Tulia, Autocuidado. [Htt://enfermeria.udea.edu.co/revista/sep99/auto_cuidado.htm](http://enfermeria.udea.edu.co/revista/sep99/auto_cuidado.htm). activa

² COLLIERE, Francois M.”Disquisiciones sobre la naturaleza de los cuidados, para comprender la naturaleza de los cuidados de enfermería”.En antología de Fundamentación Teórica para el Cuidado. ENEO, UNAM.2004.Pp.33-34.

Como vemos cuidar representa todo el conjunto de actividades que aseguran la continuidad de la vida de las personas.

Los cuidados de enfermería son cuidados especializados para ayudar a preservar y conservar la vida del cliente en un momento determinado en que él (cliente) no se puede valer si mismo y necesita la ayuda de alguien más para conservar su salud. Los cuidados que brinda el Profesional de enfermería pueden ser de tres tipos: ayuda total, ayuda parcial y ayuda de observación.

La ayuda total es cuando el cliente no puede realizarse por si solo ningún cuidado por mínimo que sea; por ejemplo: la higiene personal, comer, bañarse, moverse, en ocasiones respirar.

La ayuda parcial es cuando el cliente puede llevar a cabo ciertos cuidados por si solo como: Caminar, comer, bañarse, platicar.

La ayuda de observación es cuando el cliente ya puede realizar más actividades por si solo y solamente necesita la vigilancia y/o observación del personal de enfermería.

Por lo tanto “cuidado representa un conjunto de actos de vida que tienen por objetivo hacer que está se mantenga, continúe y se desarrolle”³

2.1.2 Antecedentes históricos

Los cuidados existen desde el inicio de la civilización, como lo demuestran los estudios antropológicos, arqueológicos, etc. Con los cuidados elementales que son los relacionados con la supervivencia: los cuidados durante el parto, la crianza, la lactancia y el destete. Durante toda la prehistoria, el cuidado de la salud y el mantenimiento de la vida recayeron en la mujer y en el sanador.

La mujer cuidadora; el protagonismo de los cuidados fue adjudicado a las mujeres.

³ MENA, Uribe Tulia, Autocuidado. http://enfermería.ude.edu.co/revista/sep99/auto_cuidado.htm. Activa.

Son ellas las que desempeñaban en cada familia las prácticas encaminadas al mantenimiento de la vida a través de elementos naturales como la higiene, el vestido y la alimentación.

En la etapa domestica “por ser la mujer en cada hogar la encargada de este aspecto de la vida. El objetivo prioritario de atención de la mujer cuidadora es el mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del entorno” ⁴

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

En consecuencia los cuidados van encaminados a ese mantenimiento de la vida a través de la promoción de la higiene, la adecuada alimentación, el vestido y en general todas las medidas que hacen la vida más agradable, alguna de las cuales se han dado en llamar en nuestros días cuidados básicos.

En la fase evangélica “la obligación de cuidar a los enfermos se fundamentó tanto en el ejemplo como en el mandato de Jesús a sus discípulos. Por su propia ideología; el cristianismo fomentaba la introducción del consuelo en la asistencia al enfermo y moribundo y con ello se conseguía gana el cielo. “ ⁵

La filosofía cristiana propugnaba que las personas dejaran de preocuparse de sí mismas y se ocuparan de forma altruista de servir a los demás. Esta manera, los aspectos como el amor al prójimo, la caridad, la misericordia y el servicio desinteresado al ministerio de la caridad en la mente de las personas en un intento de parecerse a Jesucristo. Nació así el cuidado a los enfermos una obra de misericordia.

⁴ <http://perso.wanadoo.es/enfermeros/index2.html?enfermeros/profesional.htm> principal. activa

⁵ <http://perso.wanadoo.es/enfermeros/index2.html?enfermeros/profesional.htm> principal

Primeras cuidadoras

Las primeras fueron de mujeres, fundadas con el fin de realizar un trabajo social. Destacaron como más importantes: las diaconizas, las viudas, las vírgenes y las matronas.

Diaconizas

“Formaban un grupo de mujeres, de buena cuna y elevada posición social, pertenecientes a las familias distinguidas. Aunque su ocupación principal estaban en relación a los ritos iniciativos de las catecúmenas, también ejercían en los hogares más necesitados proporcionando a las familias más desatendidas de dinero, ropa y cuidados, funciones de auxilios.”⁶

Viudas

“Llegaron a formar grupos de numerosas mujeres dedicadas a la asistencia a los enfermos y los pobres. No eran viudas en el sentido estricto, ósea, que no tenían que ser necesariamente mujeres cuyos maridos hubieran muerto. El título de viuda también se utilizaba como aceptación de respeto por la edad. Sin embargo, si la mujer había enviudado, se le exigía renunciara contraer nuevo matrimonio. Se dedicaban a trabajar con los enfermos y los pobres, y más tarde desempeñaban un papel importante en la creación de los hospitales.”⁷

Vírgenes

“El papel que estas mujeres representaron no está tan claro, parece ser que fue un grupo más dedicado a labores eclesiales y ejercicios religiosos que a tareas relacionadas con la practica de la caridad entre los necesitados. Se podría decir, con

⁶ IDEM

⁷ IDEM.

las salvedades propias, que fueron las precursoras de las posteriores monjas”⁸

Matronas Romanas

“Este grupo apareció cuando el cristianismo se infiltró entre las clases dominantes romanas, siendo la matrona la mujer rica que atendía a los enfermos, a los pobres y a los menesterosos.”⁹

Como observamos los cuidados existen desde el inicio de la propia humanidad ya que son inherentes a la vida, los cuidados se fueron derivando poco a poco primero fueron las mujeres de las aldeas encargadas de los cuidados básicos, después vinieron las religiosas que se encargaron de los cuidados a los enfermos después de varios años se crearon los hospitales y con ellos la formación de enfermeras.

El cuidado es la causa o motivo de la acción profesional de enfermera.

“Si desde el aspecto disciplinar, el cuidado es el objeto de la enfermería, desde la perspectiva del ejercicio profesional, el cuidado constituye la función propia de la profesión”¹⁰

El cuidar es una actividad que ha existido desde el inicio de la humanidad, pues es algo innato y fundamental en la vida de las personas. No por esto se puede decir que todas las personas que cuidan de otras están haciendo enfermería.

El cuidado de salud, desde la perspectiva enfermera, se enfoca partiendo de una visión global del hombre, considerando los aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales que están presentes en todas y cada una de las personas.

Profesionalización del cuidado

Desde que Florence Nightingale estableciera la necesidad de la formación específica de

⁸ http://perso.wanadoo.es/enefermeros/index2.html?/html_principal.activa

⁹ IDEM

¹⁰ IDEM

las enfermeras, hasta las décadas de los años cincuenta y sesenta del siglo XX, se produce una interrupción en el desarrollo de la disciplina enfermera. Con estos hechos, entre otros, la actividad de cuidar se convierte en una disciplina diferenciada de otras profesiones de salud.

Factores que intervienen en la profesionalización

En la profesionalización de una actividad siempre intervienen una serie de factores, que en el caso de la profesión enfermera se pueden considerar de dos órdenes: formal y sociológico, siendo ambos decisivos para el reconocimiento de la enfermería como profesión.

Factores formales

“La creación de organizaciones profesionales que lucharon, y lo siguen haciendo, para elevar la calidad de la profesión. El cambio de los programas formativos. En tercer lugar, las normas legales que regulan la educación y el ejercicio profesional. La educación. Es éste otro factor que se considera influyente en la profesionalización. La preparación que reciben los miembros de una disciplina es fundamental para determinar el nivel de la profesión.

Una profesión tiene que poseer un cuerpo de conocimientos propio que ha de aumentar de forma constante. Los centros universitarios deben permitir a los futuros profesionales poseer una perspectiva amplia de situaciones, gran variedad de ideas, capacidad de análisis y el estudio de forma sistemática de las tendencias y problemas de la sociedad, la salud y la enfermería.

La legislación este aspecto es muy importante y está íntimamente unido a los anteriores, ya que el reconocimiento de la formación y de la función social de una profesión deben ser establecidos a nivel legislativo para garantizar su cumplimiento. En la medida que una profesión se contemple a nivel legislativo, en los aspectos

educacional, organizativo y asistencial, su reconocimiento social será más sólido.”¹¹

Factores sociológicos

Una serie de factores sociológicos han contribuido al paso de la enfermería como actividad técnica-vocacional a una profesión basada en el conocimiento científico.

Factores motivadores del cambio:

La concepción del ser humano.

Los cambios en el concepto salud-enfermedad.

Las distintas formas de enfermar, depender y morir.

Concepción del ser humano. Actualmente se concibe al hombre como un ser tridimensional. El ser humano es una unidad compuesta por cuerpo y espíritu, ambos elementos originan diferentes efectos en la persona y no se manifiestan por separado, sino conjuntamente. Además, hay que añadir que el hombre es eminentemente social, de manera que se le considera bajo estos tres aspectos: fisiológico, psicológico y social. Contemplar al ser humano desde estas tres vertientes es lo que se denomina punto de vista integral.

Función social de la enfermera

“La función de una profesión es la responsabilidad que tiene ante la sociedad. La razón de ser de una profesión en el contexto social corresponde al fin último para el que ha sido creada. En definitiva, lo que hace y que ninguna otra profesión puede ofrecer.”¹²

En el caso de la enfermería, la responsabilidad, la razón de ser, el fin último, lo que hace en la sociedad es cuidar. Esta función amplia y abstracta se hace operativa a través de las actividades que desarrollan las enfermeras, personas que conforman la

¹¹ <http://perso.wanadoo.es/enfermeros/index2.html?//enfermeros/profesional.html> principal. Activa

¹² <http://perso.wanadoo.es/enfermeros/index2.html?enfermeros/profesional.html> principal.activa.

profesión.

Al conjunto de acciones que las enfermeras llevan a cabo en su actividad igualmente se les denomina función, en este caso desde el punto de vista de la ocupación propia.

Actividad profesional

La actividad profesional de las enfermeras está relacionada con el contexto donde se desarrolla el trabajo profesional. En este sentido, las actividades que las enfermeras pueden llevar a cabo pueden ser de tipo asistencial, docente, de administración y de investigación.

Verdaderamente, estas funciones son propias de los profesionales de cualquier disciplina y se puede afirmar que del desglose de las cuatro se desprenden las características de una profesión.

El hombre como receptor del cuidado

El cliente del cuidado enfermero, indiscutiblemente, es el ser humano. Las enfermeras, como profesionales de la disciplina, igualmente prestan sus servicios a grupos humanos (familia y comunidad).

El cuidado de la salud, desde la perspectiva enfermera, se enfoca partiendo de una visión global del hombre, considerando los aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales que están presentes en todas y cada una de las personas.

La concepción del hombre desde este punto de vista es lo que se denomina visión holística del ser humano.

El holismo

“El término holismo deriva del griego y significa “todo”. El cuidado holístico se

desarrolló en la década de los sesenta del siglo XX, motivado por la insatisfacción de la sociedad de la atención sanitaria recibida, centrada fundamentalmente en el aspecto organicista del proceso salud - enfermedad”¹³ sin enfocarnos en los otros aspectos básicos y fundamentales del hombre.

“La teoría holística describe a los seres humanos como un todo unificado, cuya totalidad es más que la suma de sus partes, de tal manera que el desequilibrio en una de las partes origina un desequilibrio en todo el sistema hombre.”¹⁴

Desde este concepto, las enfermeras comprenden que al prestar cuidados tienen que relacionar los aspectos fisiológicos y psicológicos, sin olvidar la relación e interacción del individuo con el medio externo y con los demás. Así, el concepto del hombre como ser biopsicosocial significa que la adaptación humana para el mantenimiento de la salud total ha de hacerse en las siguientes áreas enunciadas: fisiológica, psicológica, social y espiritual.

2.1.3 Tipos de cuidados.

Existen dos tipos de cuidados de naturaleza diferente.

“Los cuidados de costumbre y habituales: care (cuidar), relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida”¹⁵

“Los cuidados de curación: cure, relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida.”¹⁶

“Los cuidados del care (habituales y de costumbre) también llamados de conservación y de mantenimiento de la vida representan a todos los cuidados permanente y cotidianos que tienen como única función mantener la vida, reaprovisionándola de energía, en forma de alimentos o de agua, de calor, de luz o de naturaleza efectiva o psicosocial,

¹³ <http://perso.wanadoo.es/enfermeros/index2.html?/enfermeros/profesional.html> principal.activa

¹⁴ IDEM.

¹⁵ COLLIERE, Francois M. **“Disquisiciones sobre la naturaleza de los cuidados, para comprender la naturaleza de los cuidados de enfermería”** En: Antología, Fundamentación teórica para el cuidado. ENEO, UNAM.2004.Pp.34.

¹⁶ IDEM pp. 34.

etc. Todos estos aspectos interfieren entre si. Los cuidados de costumbre y habituales están basados en todo tipo de hábitos, de costumbres y de creencias.”¹⁷

Los cuidados care representan todo un conjunto de actividades que aseguran la continuidad de la vida como: beber, comer, evacuar, lavarse, levantarse, moverse, desplazarse, así como todo aquello que contribuye al desarrollo de la vida de nuestro ser, formando, manteniendo la imagen del cuerpo, las relaciones, estimulando los intercambios con todo aquello que es fundamental para la vida.

Los cuidados de curación o tratamiento de la enfermedad: cure. Aseguran o garantizan la continuidad de la vida que en ocasiones encuentra obstáculos o trabas. Los principales obstáculos son: el hambre, la enfermedad, el accidente y la guerra.

En determinados momentos, es necesario utilizar, además de los cuidados habituales para el mantenimiento de la vida, cuidados de curación, es decir todo aquello que exige el tratamiento de la enfermedad. Si en ocasiones brindamos solamente cuidados de curación y nos olvidamos de los cuidados habituales, “asistimos a la estabilización o al agravamiento del proceso de degeneración: la vida se retira cada vez que uno se preocupa de lo que se ha muerto más de lo que está vivo.”¹⁸

Los objetivos de los cuidados de curación o tratamiento de la enfermedad son: limitar la enfermedad, luchar contra ella y atajar sus causas.

“Cuando prevalece la cure sobre el care, se aniquilan progresivamente todas las fuerzas vivas de la persona, todo aquello que la hace ser y querer reaccionar, ya que se agotan las fuentes de energía vital sean de la naturaleza que sean,.Esta aniquilación puede llegar hasta un deterioro irreversible. Todas las capacidades vitales restantes piden y exigen ser movilizadas constantemente incluso en el umbral de la muerte.”¹⁹

2.1.4 Connotaciones del cuidado

¹⁷ IDEM pp. 34-35.

¹⁸ COLLIERE, Francois M. **“Disquisiciones sobre la naturaleza de los cuidados, para comprender la naturaleza de los cuidados de enfermería”**. En: Antología Fundamentacion teórica para el cuidado ENEO. UNAM. MEXICO. 2004.Pp.35

¹⁹ IDEM..PPpp.35-36

Las principales características del cuidado enfermero son dos: interpersonal e Intersubjetivo.

Interpersonal se refiere que los cuidados se brinda son para una persona y hay una relación de persona a persona: enfermera-cliente; cliente-enfermera.

Intersubjetivo es lo relativo al cliente a su contexto sociocultural se manejan significados y emociones.

Por tanto el cuidado adquiere tres connotaciones cuidar de si mismo, cuidar de otros y cuidar con otros.

2.2 ENFERMERIA

Hoy en día existe la lucha por ubicar a la enfermería como una ciencia, ya que es considerada como un oficio o una carrera técnica, sin embargo corresponde a nosotras demostrar que la enfermería a demás de ser una ciencia es un arte y tiene sus propios conocimientos y esta fundamentada en un conocimiento científico que es el Proceso de Atención de Enfermería.

2.2.1 Concepto

En la actualidad existen muchos conceptos de enfermería, como tanta cantidad de teorías y modelos de enfermería existen. Henderson definió la enfermería en términos funcionales como: “La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible”.²⁰

²⁰ MARRINER, Tomey A. Raile Alligood M. Modelos y Teorías en enfermería En. Antología. Fundamentación Teórica para el cuidado. ENEO. UNAM. 2004. PP 206.

Este concepto esta basado solamente en términos funcionales y no nos dice que es la enfermería.

La enfermería es una ciencia en proceso de construcción, además es una disciplina por que esta sustentada en una base de conocimientos propios de la disciplina y se apoya de otros conocimientos de otras disciplinas y/o ciencias. Es una profesión de practica social por que trabaja con seres humanos hay que recordar que la enfermería surge de la misma sociedad.

2.2.2 Evolución

De todos es sabido que la enfermería, como actividad, de acuerdo con los historiadores ha existido desde el inicio de la humanidad, pues la especie humana siempre ha tenido personas incapaces de valerse por sí mismas y siempre se ha visto la necesidad de cuidar de ellos, por lo cual, la enfermería, es tan antigua como la humanidad.

Es importante conocer la historia de la enfermería para saber de donde venimos, donde estamos y hacia donde vamos. Vamos a estudiar las cuatro grandes fases de la enfermería: Tribal domestica, Religioso-institucional, preprofesional y profesional.

Fase tribal domestica

Se dice que a son los cuidados que brindaban las mujeres al principio de la humanidad, cuidados de sobre vivencia para la humanidad en sí, ya son cuidados de atención al parto, cuidados al recién nacido, lactancia y alimentación ya que de ellos dependía la vida de toda una comunidad. Estos cuidados se deban en cuevas, tribus, campamentos, hogar y los proporcionaba la mujer, el brujo, hechicero.

Fase Religioso-institucional

Fue la época en que los religiosos se encargaban de dar atención a los enfermos, en esta fase surgieron las primeras cuidadoras principalmente de mujeres como las

diaconizas, las viudas, las vírgenes y las matronas. Se crearon los primeros pabellones a tras de las iglesias para la atención de los enfermos fue así como surgieron los primeros hospitales, ya que estos se crearon cerca de las iglesias ya que al principio los atendían las monjas.

Fase preprofesional

“Etapa preprofesional que abarca desde las culturas antiguas hasta finales del siglo XIX; abarca propiamente toda la historia de la enfermería como oficio. El estudio de esta etapa comprende necesariamente: a) una etapa oscura basada en el legado de la tradición oral, y b) una tradición escrita que arranca en la enfermería monástica y que se asienta en el estudio de las reglas monásticas, los reglamentos de hospitales y los primeros manuales de enfermería.”²¹

La tradición oral

Reconociendo que la Enfermería existe desde siempre, no resulta tan sencillo demostrar estos hechos documentalmente. La fase pretécnica de la asistencia sanitaria es una amalgama de saberes y quehaceres sanadores de los que surge tanto la medicina como la enfermería, y que ésta debe de investigar como lo ha hecho la medicina. La historia de la atención sanitaria en sus orígenes se ha escrito desde la tradición clásica que gusta de ilustrar los grandes acontecimientos, los grandes personajes: la historia con mayúsculas, basada en fuentes aristocráticas, cultas, de gran altura intelectual. Este olvido de la historia, de los acontecimientos que van configurando la cultura, es la de los cuidados y en consecuencia la de la enfermería, que frente a los grandes personajes (Hipócrates, Galeno, Paracelso...) ha sido eclipsada.

“Si bien es cierto que el hablar de cuidados en ésta etapa es complejo, no podemos ignorar, pero tampoco equiparar, el cuidado que ejerce la mujer en el ámbito doméstico

²¹ HERNANDEZ Martín Francisca. **La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional.** Revista: Enfermería, fisioterapia y podología.

(guiado del instinto, del cariño y de la tradición sanadora procedente de la magia y de la religión) y que constituye el cuidado de supervivencia, siendo la primera aproximación al quehacer enfermero.”²²

Una tradición escrita

“Desaparecido el Imperio Romano, con la invasión de los pueblos germanos y escandinavos, la vida social se hace insegura. En este tiempo la cultura se repliega y se centra y conserva en los monasterios. Estos se convierten en centros no sólo religiosos, sino culturales y de poder, pues los monjes son tenidos por los Emperadores y Reyes como consultores y como médicos. Es en los primeros monasterios, donde se empieza a regular la enfermería, que inicialmente se centra en el cuidado a los propios monjes; después se abre a la sociedad. Las reglas de los monjes establecen ya por escrito los principios de la enfermería y fundamentan la ayuda al enfermo desde el "a mi me lo hacéis", del evangelio de tal forma que se convierte en principio y máxima para el enfermero monástico.”²³

Es en la segunda mitad de la Edad Media cuando la enfermería alcanza un relieve y reconocimiento social más amplio. “La Iglesia sale de los monasterios para cristianizar Europa a través de las Ordenes Mendicantes. Una de ellas fundada por el español, Domingo de Guzmán se diversifica y da cabida no sólo a religiosos, sino que incorpora a laicos en la denominada Orden Tercera que, siguiendo los mismos principios doctrinales, se abren a las necesidades sociales, sobre todo a la atención a los enfermos en sus propios domicilios. La aparición de estos grupos representa ya una aproximación a lo profesional, pues el trabajo que realizan es reconocido y reclamado socialmente, de tal forma que dieron respuesta a las necesidades sociales sobre todo en momentos de enfermedad y en las grandes pestes. “²⁴

“El legado escrito de la enfermería iniciado en las Reglas Monásticas se amplia cuando

²² HERNANDEZ Martín Francisca. La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. Revista: enfermería, fisioterapia y podología.

²³ IDEM.

²⁴ IDEM

éstas intentan fundamentar todo ese quehacer con los enfermos. Así, se recopila y aparece ya en 1269 el libro de Humberto de Romans DE OFFICIIIS ORDINIS PRAEDICATORUM, transcrito posteriormente al latín en Roma (1889). El libro, en su capítulo 27, "acerca del oficio del enfermero" empieza por definir quién es y lo expresa así: "El enfermero es el que tiene el cuidado general de los enfermos y de la enfermería". Define al profesional y su campo de acción; dice, además de las cualidades que debe poseer, su competencia en cuanto al oficio, en cuanto al cuidado del enfermo y de la enfermería; acerca de los cuidados y conocimientos que debe tener sobre los remedios terapéuticos y de la relación y trato con los enfermos; establece una atención personalizada y una jerarquización del oficio enfermero, hablando de un enfermero que lleva la responsabilidad de la enfermería y otro al que se le asignan enfermos. Sorprende que en esta etapa se describa con tanta amplitud a esta figura como "experto": No le limita a realizar algo rutinario, sino que está en juego la persona como ser individual." ²⁵

Sin duda que son los reglamentos de hospitales una de la mejores fuentes históricas para conocer cual ha sido el trabajo realizado como "expertos en el cuidado" y en la organización de la atención sanitaria. Estos Reglamentos son la expresión de todo el quehacer de un oficio que en el ámbito hospitalario tiene una muy amplia función. Esta documentación, aunque sigue el mismo esquema, no por ello todos aportan la misma información, pues en el devenir de los hospitales nos encontramos que existen de todo tipo según el origen y vinculación o dependencia, número de camas, tipo de enfermos que atienden y esto marca en realidad la forma de funcionar. Definen el puesto de trabajo, la función, el grado de dependencia e independencia del enfermero frente a la institución y al médico, la organización de la enfermería, las actividades y campos de actuación, la cultura, la responsabilidad y ética profesional. Todo en conjunto marca la relación con el paciente y la conducta profesional.

Los de mayor riqueza, en cuanto a contenido, proceden de las épocas en que la enfermería tiene campo de actuación más amplio, mayor dependencia de los

²⁵ HERNANDEZ Martín Francisca. **“La historia de la enfermería. Un análisis desde la perspectiva profesional.”**
Revista: enfermería, fisioterapia y podología.

administradores y menor del médico; también una mayor autonomía en cuanto al cuidado y responsabilidad. Los Hospitales no son centros de curación sino de cuidados y predominan éstos en la atención. Es entre los siglos XIII al XVII cuando al médico le son requeridos sus servicios y éste tiene unas horas para visitar a los enfermos en el hospital, lugar donde la figura central y con presencia continua es el enfermero. Todo lo anterior nos permite afirmar que es el cuidado, en esta época, el núcleo sobre el que gravita la asistencia al enfermo.

Estos reglamentos que versan acerca de la función de la enfermería, van definiendo sus actividades propias y especificando algunas acciones que el enfermero está autorizado a realizar en ausencia del médico; diferencian asimismo una jerarquía profesional con distintos tipos de trabajadores y diversas competencias laborales.

A partir de la segunda mitad del XVIII se medicaliza la asistencia; se inician los avances y los grandes descubrimientos de la medicina. Ahora es el médico el que toma la responsabilidad del hospital y se revisan todos los reglamentos, que se hacen más parcos, regulándose las profesiones sanitarias, con lo que la actividad de la enfermería queda supeditada plenamente a la medicina, como mero ayudante y sin calificación alguna.

Fase profesional

“Arranca en el siglo XIX y se inicia a principios del siglo XX con la aparición de programas formativos que propician el gran desarrollo de un cuerpo propio de conocimientos teóricos.”²⁶

Como hemos visto, la enfermería en la etapa preprofesional ha tenido un papel muy limitado, en los tres aspectos que caracterizan a los grupos profesionales: en el análisis intelectual de los problemas que trataba y la toma de decisiones sobre los mismos; en la subordinación total a la medicina, aunque este extremo no siempre fue así, y en el

²⁶ HERNANDEZ Martín Francisca. La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. Revista_ enfermería, fisioterapia y podología_

prestigio social tanto de la clientela como de los discípulos.

Es a partir del siglo XIX y con especial relevancia en el siglo XX se producen los cambios; iniciándose la reflexión intelectual sobre nuestro quehacer profesional, pues mientras la conservación de la vida fue la preocupación principal del hombre, los esfuerzos por conocer las leyes que regulaban la salud y la enfermedad fueron sus principales inquietudes, y este conocimiento lo ha garantizado el saber médico. Cuando este saber va cumpliendo su objetivo: garantizar la vida, en cuanto a "cantidad de vida", a lo cual la enfermería ha contribuido con una grandísima dignidad, a la sociedad le aparece otra necesidad de carácter cualitativo, la "calidad de la vida"; y esta calidad la garantiza el cuidado de enfermería.

La enfermería comienza a explicar el por qué de sus acciones y cómo éstas actúan para proporcionar mayor calidad al cuidado.

“Si la enfermería continúa tratando de desarrollarse profesionalmente, se le hará cada vez más necesario, identificar qué hacemos, cómo lo hacemos, para qué lo hacemos y por qué son necesarios nuestros servicios. Lograrlo implica describir, identificar, comparar y establecer relaciones entre los fenómenos de nuestra competencia. (Luís Rodrigo, 1993). Phaneuf inspirada en Riehl y Roy y en Adam, considera que una profesión, cualquiera que sea su campo de actividad debe de estar en condiciones de definir: 1) el objeto de su profesión; 2) la finalidad de su actividad; 3) su rol; 4) las dificultades con que tropieza el cliente al que atiende; 5) la naturaleza de su intervención en el cliente, y 6) las consecuencias de esta intervención. Para dar respuesta a estas cuestiones las investigadoras han identificado cuatro conceptos que están presentes en todos sus modelos conceptuales: Persona, Entorno, Salud y Cuidados de Enfermería (Phaneuf, 1994).“²⁷

“Esta línea de análisis conceptual tiene sus orígenes en el siglo XIX cuando Florence

²⁷ HERNANDEZ Martín Francisca. **La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional.** Revista: enfermería, fisioterapia y podología.

Nightingale en su inquietud por sacar a la enfermería de su rutina -"...no sólo significa la administración de medicinas y cataplasmas..."- , realiza una serie de observaciones que la llevan a reconocer el valor peculiar del cuidado - "...debe significar el uso adecuado de aire fresco..., y todo ello con el menor gasto de energía vital para el paciente", tratando de demostrar todo con datos estadísticos, lo que la lleva a definir la enfermería como: "Poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe". Por todo ello Florence Nightingale consideró que "la enfermería es una vocación que requiere sujetos aptos e inteligentes a los cuales hay que remunerar por la calidad de su servicio" (Nightingale, 1990)." ²⁸

Ha tenido que pasar un siglo para ver publicado en 1952 el primer Modelo Conceptual de Enfermería en la obra de Hildegarden Peplau que lleva por título "Interpersonal Relations in Nursing"(Marriner-Tomey, 1994). En este mismo año aparece la revista *Nursing Research* que se convierte en un órgano de difusión, de primer orden, de investigación. De gran relevancia para la profesión ha sido la aportación de Virginia Henderson con su definición, de la función propia de la enfermera, sobradamente conocida y adoptada en 1961 por el Consejo Internacional de Enfermería (Consejo Internacional de Enfermería, 1961). En estos años, la búsqueda de un método que permitiera a las enfermeras avanzar en la profesionalización de su quehacer, ha llevado a diversas autoras a iniciar el estudio de lo que se ha dado en llamar Proceso de Atención de Enfermería, pero no es hasta 1953 cuando Vera Fray, enfermera norteamericana, audazmente utilizó el término Diagnóstico de Enfermería afirmando que: "Una vez que las necesidades del paciente son identificadas pasamos al siguiente apartado, el Diagnóstico de Enfermería". La aparición de este nuevo concepto provoca continuos debates y confusiones sobre el uso del termino diagnóstico y las connotaciones médicas que implicaba. Un grupo multidisciplinario empezó a investigar en los años sesenta acerca del diagnóstico. Al comienzo de la década de los setenta Gebbie, K. y Lavin, M.A., profesoras de la Escuela de Enfermería de San Luís, crearon el Grupo Nacional para la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería, que en 1973 organiza la First National Conference for the Classification of Nursing Diagnosis

²⁸ HERNANDEZ Martín Francisca. **La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional.** Revista: enfermería, fisioterapia y podología.

(Primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería). En la Quinta Conferencia Nacional sobre Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería (1982) se aprobó la creación de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Los Diagnósticos de Enfermería están suponiendo un avance para la profesión, que se evidencia en el reconocimiento que la Organización Mundial de la Salud ha hecho de ellos al aceptar incluirlos en su Clasificación Internacional de Enfermedades, cuando éstos adapten adecuadamente su taxonomía a la de la OMS, lo que ha llevado al Consejo Internacional de Enfermería a realizar una profunda revisión a nivel internacional de este tema.

Por todo lo anterior, no podemos concluir el análisis del componente intelectual de la enfermería sin dejar constancia del gran desarrollo epistemológico que ella está registrando. Constatamos esto, no sólo con los diagnósticos de enfermería, que cada vez más se incorporan a la práctica cotidiana y a la investigación, si no con la más de una veintena de teóricas, entre las que destacan Henderson, Peplau, Orem, Roy, Rogers, y todo en tan sólo medio siglo.

Lineamientos para la selección y formación de personas para profesión

"Ya que una actividad que pretende lograr el status profesional no puede permitirse el que sea considerada como refugio para los que no tienen calificación . Reflexiones de esta índole fue lo que, probablemente, empujó a Florence Nightingale a elegir entre la aristocracia inglesa a las estudiantes de su escuela del Hospital St. Thomas de Londres, no sólo porque si los profesionales tienen elevado prestigio social su profesión también lo tendrá, aspecto este que ha sido tildado no pocas veces como elitista y clasista, sino porque en la época victoriana solamente las mujeres de las clases altas disponían de una formación académica que garantizara una adecuada base para conocer las leyes que rigen la naturaleza, requisito éste que valoró en gran medida la autora, y que se extiende a otras escuelas de la época." ²⁹

²⁹ HERNANDEZ Martín Francisca. La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. Revista: enfermería, fisioterapia y podología.

La disciplina enfermera en el momento actual

En la actualidad, los términos enfermería, cuidado, disciplina enfermera y profesión enfermera están siendo utilizados de forma regular para referirse a lo que las enfermeras hacen en la práctica diaria. Sin embargo, no se ha llegado a un consenso de estos conceptos posiblemente por ser difícil su definición. Para explicar los conceptos enfermería y cuidado es necesario describir los significados de disciplina y profesión.

Disciplina y profesión

“Una disciplina es un conjunto de conocimientos rigurosos y sistemáticos sobre una determinada materia que explica e implica. Una disciplina explica, porque describe, analiza y confiere unos conocimientos ordenados y sistemáticos, interrelacionados con otras áreas disciplinares pero con independencia de ellas. A la vez una disciplina implica un ejercicio profesional, con actitudes determinadas, aptitudes específicas y técnicas aplicadas.”³⁰

“Las disciplinas tienen tres características que las determinan como tal:

Poseen un cuerpo de conocimientos sistemático y relacionado entre sí que da significado global al objeto de la disciplina o rama del saber.

Utilizan en su actividad el método de la ciencia, adaptado a las peculiaridades del objeto disciplinar.

Organizan los conocimientos con lenguaje científico. Las proposiciones, los enunciados y los términos lingüísticos se articulan entre sí en distintos niveles de abstracción para ordenar los conocimientos.”³¹

Los términos profesión, ocupación y oficio con frecuencia se utilizan como sinónimos. En realidad ninguno significa lo mismo.

³⁰ <http://perso.wanadoo.es/enfermeros/index2.html?/enfermeros/profesional.html> principal. Activa.

³¹ IDEM.

Ocupación

Una ocupación es el trabajo que una persona realiza regularmente, o el trabajo que le encaja especialmente.

Oficio

Es la ocupación habitual o acostumbrada, basada en actividades rutinarias y modificadas por los ensayos y errores de la práctica habitual. Posiblemente esta definición no corresponda a la realidad del momento, ya que cada vez más se tiende a preparar a las personas para realizar su trabajo utilizando la lógica y la fundamentación, cualquiera que sea el nivel de actuación.

Profesión

“Se define como ocupación con componentes éticos, encaminada a incrementar el bienestar humano y social. Posee un conjunto de conocimientos propios, basado en los principios de la ciencia, que ha de ser desarrollado y sometido a la experimentación.”³²

Pero si ha de hacerse una diferenciación entre una profesión con rango de disciplina y otras ocupaciones es más correcto remitirse a los criterios que distinguen la primera.

Características de una profesión

“Muchos estudiosos han descrito las profesiones refiriéndose a ellas a través de los criterios que deben cumplir para considerarlas como tal.

El paradigma actual establece ocho rasgos que han de considerarse en una actividad profesional. Siguiendo a Cortina, las características de una profesión son:

1. Ofrece un servicio único.

³² <http://perso.wanadoo.es/enfermeros/index2.html?enfermeros/profesional.html> principal.activa

2. Es vocacional.
3. Está ejercida por profesionales.
4. Controla la actividad.
5. Requiere preparación específica.
6. Es autónoma.
7. Asume su responsabilidad.
8. Es altruista.”³³

Concepto de enfermería

El término enfermería puede adquirir significados diferentes para distintas personas e incluso para distintos grupos enfermeros.

La enfermería actual se define desde tres aspectos diferentes: sociológico, teórico-filosófico y desde el ejercicio profesional.

“La palabra enfermería ya tiene nueva definición en la vigésimo segunda edición del Diccionario de la Lengua Española, publicado en el mes de octubre por la Real Academia: “profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas. “³⁴

“Desde la perspectiva sociológica, se define como la profesionalización de la actividad de cuidar. Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, el término profesionalización significa “dar carácter de profesión a una actividad.”³⁵

Actividad

“Es un conjunto de acciones o tareas que se realizan con un fin determinado. Llevar a cabo una actividad está influenciado por dos condicionantes. Uno de ellos se refiere a la persona que ha de realizarla, comprendiendo las capacidades individuales. El segundo

³³ IDEM.

³⁴ <http://perso.wanadoo.es/enfermeros/index2.html?/enfermeros/profesional.html> principal.activa

³⁵ IDEM

lo determina la complejidad de la actividad a realizar. “³⁶

Según esto, una actividad se establece en tres niveles:

1. Autoacción. Actividad realizada por uno mismo. En este caso, la persona posee las capacidades requeridas (conocimientos y habilidades).
2. Acción de apoyo. Si se necesita ayuda de otra persona, que por sus conocimientos, experiencia, etc., completa la capacidad de la que ha de llevar a cabo la acción.
3. Acción profesional. Si la acción requiere de aptitudes específicas que sólo pueden ser llevadas a efecto por un experto en la materia.

Desde el aspecto teórico - filosófico, los modelos conceptuales son el punto de referencia obligado. La primera que definió la enfermería, en 1860 fue Florence Nightingale, conceptualizándola como el acto de utilizar el ambiente del paciente para ayudarlo en su recuperación.

“Nightingale escribe que enfermería es “el uso apropiado del aire, la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad y la selección de la dieta y su administración, y con el menor gasto de energía por el paciente.”³⁷

“Cien años después Virginia Henderson fue una de las primeras enfermeras modernas en definir la disciplina. En su obra describe que “la función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible.”³⁸

Adoptando los valores y creencias de D. Orem, se podría definir la enfermería de forma

³⁶ IDEM

³⁷ <http://perso.wanadoo.es/enfermeros/index2.html?/enfermeros/profesional>. Html principal.activa

³⁸ IDEM

genérica como conjunto de conocimientos organizados para prestar un servicio de ayuda a personas que son total o parcialmente dependientes, cuando ellos o personas responsables de su cuidado ya no son capaces de prestar o supervisar el mismo.

“Desde el aspecto de la práctica profesional también fue Florence Nightingale la pionera en situar la enfermería como “un arte o destreza de la salud que cada madre, muchacha, esposa, maestra, niñera, cada mujer, debe aprender prácticamente.”³⁹

En la actualidad, las organizaciones profesionales han definido la enfermería desde el aspecto de la práctica profesional, destacando la propuesta por la Asociación Americana de Enfermería (ANA), que en 1980 describió el ejercicio profesional como “el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales.”

La acción enfermera se diferencia de la actividad médica precisamente porque no trata las enfermedades, sino las respuestas que mantienen incómoda a la persona. De entre estas respuestas se pueden citar algunas como:

Las incapacidades para el autocuidado producidas por dolores, inmovilidad, etc.

Las limitaciones para decisiones en situación de enfermedad por falta de conocimientos.

La incomodidad que produce la enfermedad.

Los problemas emocionales relacionados con la enfermedad y su tratamiento.

2.2.3 Metaparadigma

“Con el fin de precisar las características de la disciplina enfermera, Fawcett ha examinado los escritos de varias enfermeras teorizadoras y ha reconocido, como Flaskerud y Halloran, que los conceptos cuidado, persona, salud y entorno están presentes en estos escritos, a menudo de manera explícita y a veces de manera implícita. Desde 1859, estos cuatro conceptos están presentes en los escritos de

³⁹ IDEM

Nightingale. “⁴⁰

Persona: “Es considerada como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad. Este ser, entero y único, es indisociable de su universo. La persona está en relación con su entorno o su medio próximo, ya sea exterior o interior a ella.”⁴¹

Salud: “Está concebida como una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno. La salud no es un bien que posee, un estado estable o una ausencia de enfermedad, es a la vez un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona. La experiencia de la enfermedad forma parte de la experiencia de la salud, y la salud va más allá de la enfermedad siendo un aspecto significativo del proceso de cambio de la persona.”⁴²

Entorno: “Esta compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte. Siendo distinto de la persona, el entorno coexiste con ella. La persona y el entorno están en constante cambio, mutuo y simultaneo. Igual que la persona, el entorno tienen su propio ritmo y se orienta hacia una dirección imprevisible.”⁴³

Cuidado: “Proporcionar el mejor entorno posible para que las fuerzas de la naturaleza permitan la curación o el mantenimiento de la salud. Eliminar los problemas, cubrir los déficit, suplir los incapacitados. Determinar las necesidades de ayuda teniendo en cuenta las percepciones.”⁴⁴

2.3 PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

La enfermería profesional requiere del proceso enfermero como método de atención, al permitir identificar problemas de salud, capacidades, objetivos reales e intervenciones

⁴⁰ KEROUAC, Suzanne, Grandes corrientes del pensamiento. En: antología: Fundamentación teórica para el cuidado. ENEO. UNAM. 2004. PP 126

⁴¹ IDEM pp 134

⁴² IDEM pp 134-135

⁴³ IDEM pp134

⁴⁴ KEROUAC, Suzanne, Grandes corrientes del pensamiento. En :antología: Fundamentación teórica para el cuidado. ENEO. UNAM. 2004. PP.145

individualizadas para la atención de calidad y holística del paciente, familia y comunidad.

El proceso se ha constituido en un requisito para el ejercicio profesional de la enfermera.

El proceso de atención de enfermería es un método que ayuda a las enfermeras a brindar otorgar cuidados profesionales.

2.3.1 Concepto

“Es un método sistemático para brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos y de forma eficiente”⁴⁵

2.3.2 Antecedentes históricos

“El Proceso de atención de enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbanch (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), Aspinell (1976), y algunos autores más establecieron las cinco actuales al añadir la etapa Diagnostico.”

46

Los objetivos del P.A.E.

El objetivo principal del P.A.E. Es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También: Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.

⁴⁵ RODRIGUEZ, S. Bertha A. **El proceso de enfermería**. ED.cuellar.Guadalajara,Jalisco.2000.pp23

⁴⁶ DUEÑAS, Fuentes José Raul.<http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>. Activa.

Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.

Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

Para el desarrollo del P.A.E. hace falta una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades:

Capacidad técnica: manejo de instrumental.

Capacidad intelectual: emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico.

Capacidad de relación: saber mirar, empatar y obtener el mayor número de datos para valorar.

Características del P.A.E.

“Las principales características del P.A.E. Es que es: un método, sistemático, humanista, intencionado, dinámico, flexible e interactivo.”⁴⁷

Método: por que es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera, que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados, por tal motivo se compara con las etapas del método científico.

Sistemático: por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados.

Humanista: por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.

Intencionado: porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y el de la

⁴⁷ RODRIGUEZ, S. Bertha A .Proceso de enfermería .et. Cuellar .Guadalajara, Jalisco. 2000 .pp .23

propia enfermera.

Dinámico: por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Flexible: porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

Interactivo: por requerir de la interrelación humano-humano con el usuario para acordar y lograr objetivos comunes.

Las ventajas del P.A.E.

“La aplicación del P.A.E. tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional de enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

“ 48

Para el paciente:

Participación en su propio cuidado.

Continuidad en la atención.

Mejora la calidad de atención.

Para la enfermera:

Se convierte en experta.

Satisfacción en el trabajo.

Crecimiento profesional.

⁴⁸ DUEÑAS, Fuentes Jose Raul. <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>. activa

2.3.3 Etapas

Consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente. Y son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

La enfermera debe reunir una serie de competencias profesionales en las áreas del saber, saber hacer y saber ser y convivir para aplicar el proceso con facilidad y lograr cambios que favorezcan la salud del usuario, familia y comunidad.

Las competencias del área del saber se refieren al dominio de conocimientos propios de la enfermería y de disciplinas afines y complementarios a la profesión, que son sustento teórico de los cuidados enfermeros y permiten abordar la problemática del usuario desde diferentes puntos de vista.

Son competencias del área del saber hacer las actividades de carácter intelectual que constituyen el pensamiento crítico; es decir los razonamientos lógicos, analíticos y reflexivos en relación con lo que hacemos u opinamos a fin de ser competentes, flexibles y creativos; en la aplicación del proceso enfermero se requiere de este tipo de competencias, por tal razón se convierte en el sistema dentro del cual puede aplicar su capacidad de razonamiento crítico.

Así mismo son competencias de esta área las habilidades prácticas que apoyadas en el conocimiento, reflexión y experiencia permiten valorar al usuario, planear y ejecutar funciones independientes e interdependientes de enfermería.

También se requieren competencias en el área del saber ser y convivir que favorezcan la interrelación con el usuario e integrantes del equipo sanitario; en consideración con los aspectos éticos, bioéticos y legales indispensables para el ejercicio de la profesión.

Valoración

“Nos permite reunir la información necesaria referente al cliente, familia y comunidad con el fin de identificar las respuesta humanas y fisiopatologicas así como los recursos (capacidades) con los que se cuentan.”⁴⁹

Es la primera etapa del proceso enfermero que nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad. Con la valoración se reúnen todas las piezas necesarias de los rompecabezas correspondientes a respuestas humanas y fisiopatológicas con lo que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo.

Como se realiza la valoración

La valoración que realiza la enfermera del usuario tiene que ser total e integradora por lo que debe seguir un enfoque holístico; es decir un modelo enfermero para la identificación de respuestas humanas y la integración de elementos de un modelo médico para la identificación de respuestas fisiopatológicas.

La valoración por un modelo enfermero, puede derivarse de la aplicación de cualquier teoría de enfermería, de tal forma que se puede valorar al usuario siguiendo las catorce necesidades de Henderson, los cuatro principios de Levine, los subsistemas de Jonson, los requisitos de autocuidado de Orem etc. o bien optar por valorar siguiendo la perspectiva de las necesidades humanas, de los patrones funcionales de salud y de los patrones de respuesta humana. Así mismo la valoración por un modelo médico, puede utilizar la metodología de exploración de cabeza a pies o por sistemas corporales.

Los patrones funcionales de salud permiten recolectar información sobre respuestas humanas y fisiopatológicas ya que son considerados como modelo enfermero para valorar y organizar información y como método para bordar el examen físico del usuario en áreas funcionales concretas; además de incluir aspectos valorativos de diversas teorías de enfermería.

⁴⁹ RODRIGUEZ. S. Bertha A .**Proceso de enfermería** .et. Cuellar .Guadalajara. Jalisco .2000.pp.26.

Pasos para realizar la valoración

La valoración como proceso continuo proporciona información valiosa del usuario, permitiéndonos emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de problemas reales y de riesgo, y de los recursos (capacidades) existentes para conservar y recuperar la salud.

Son tres los pasos que se deben realizar en la etapa de valoración:

- Recolección de la información
- Validación de la información
- Registro de la información.

Recolección de la información

Da inicio desde el primer contacto con el usuario y continua en cada encuentro subsiguiente hasta que la persona sea dada de alta, por lo que es indispensable aprovechar cada momento en que se este con el usuario y su familia para recolectar datos que nos permitan conocerlos.

Para obtener información se recurre tanto a fuentes directas como indirectas. Son fuentes directas primarias el usuario y su familia (ellos constituyen la principal fuente de información), los amigos y otros profesionales del área de la salud son fuentes directas secundarias porque aportan datos valiosos sobre el usuario y su familia. Las fuentes indirectas de información a las que también se debe recurrir son el expediente clínico y la bibliografía relevante.

Es indispensable contar con una guía durante la recolección de la información para seguir una metodología específica durante la valoración, evitar omisiones y facilitar a la vez la agrupación de datos.

Esta guía debe considerar: datos biográficos del usuario o familia, antecedentes personales y familiares de enfermedad, aspectos a valorar según el modelo enfermero

que se vaya a utilizar y los datos para el examen físico.

La recolección de los datos del usuario puede ser general y específica; así primero tendrá un conocimiento de todos los aspectos relacionados con el estado de salud y una vez detectado un problema real o de riesgo centrar la valoración en un área específica.

Durante la valoración el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales. Los datos subjetivos son aquellos que el usuario nos refiere y que manifiestan una percepción de carácter individual (ejemplo: el dolor, el temor, la debilidad, la impotencia). Son datos objetivos la información que se puede observar y medir a través de los órganos de los sentidos (ejemplo: la frecuencia cardiaca, el color de piel, el peso y la talla, la tensión arterial, la presencia de edema). Los datos históricos se refieren a hechos del pasado y que se relacionan con la salud del usuario (ejemplo: antecedentes familiares y personales de enfermedad, conductas que se han tenido para el cuidado de la salud, hospitalizaciones, tratamientos médicos recibidos) y los datos actuales son hechos que suceden en el momento y que son el motivo de consulta u hospitalización (ejemplo: la hipertermia, la deshidratación, el sangrado, el insomnio, el alcoholismo, la ansiedad).

Toda la información se recolecta por medio de la entrevista y del examen físico ambas se complementan y clarifican mutuamente, en consecuencia se puede realizar en forma simultánea.

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

Toda entrevista por muy sencilla que sea debe tener una introducción, para saludar al usuario, proceder a presentarse y explicar la razón de la entrevista; también debe

poseer un núcleo, caracterizado por el dialogo y por seguir la estructura de la guía de valoración. Por ultimo la entrevista debe presentar un cierre para informar al usuario sobre el término, agradecer la colaboración y establecer objetivos comunes.

Entre los aspectos que se deben tener presentes para realizar una entrevista están los siguientes:

1. Seguir la guía de valoración para llevar un orden y saber exactamente lo que se va a preguntar al usuario.
2. Asegurar un entorno con las características de privacidad y tranquilidad.
3. Valorar el momento para realizar la entrevista, el usuario debe encontrarse en condiciones físicas y emocionales idóneas para poder contestar a las preguntas.
4. Mantener durante la entrevista una distancia de uno o dos metros con relación al usuario, porque lo puede intimidar (demasiado cerca) o demostrar falta de interés (demasiado lejos). También hay que procurar que tanto la cabeza de la enfermera como la del usuario estén a la misma altura, para facilitar la atención de ambos y evitar sentimientos de inferioridad por parte del usuario al percibirla por arriba de ella.
5. Dedicar tiempo necesario para la entrevista, si no es posible valorar en un solo momento al usuario, fraccionar la entrevista y centrar la atención en aquellas áreas que son de mayor problema, sin olvidar completar la valoración general en la primera oportunidad que tenga.
6. Ser amable y respetuoso (evitar sobrenombres y diminutivos).
7. Formular preguntas claras y sencillas, considerando el nivel educativo del usuario (evitar términos desconocidos).
8. Escuchar con atención todo lo que dice el usuario.
9. Conseguir la información sin presionar al usuario (verbal o no verbal); por que puede obtener información errónea o perderse de la misma.
10. Poner atención en el lenguaje no verbal del usuario, este nos dice más que las palabras.
11. Dejar que el usuario exprese sus ideas para poder conocer su verdad (evitar completar o adivinar).

12. Desarrollar la capacidad de empatía (tratar de ver el mundo, como lo ve el otro) con el fin de comprender mejor la actitud y conducta del usuario.

El examen físico permite obtener una serie de datos para valorar el estado de salud de un individuo y determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería y médicas. Éste debe ser completo, sistemático y preciso, con un modelo por sistemas corporales o de cabeza a pies.

Para efectuar el examen físico se requieren cuatro técnicas principales: inspección, palpación, percusión y auscultación, además de la medición de las constantes vitales y de la somatometría.

Estas acciones son parte del examen físico pero tienen el inconveniente de que se realizan en forma aislada y no consideran la totalidad del usuario. La enfermera debe practicar el examen físico integral, haciéndose necesarios los conocimientos, habilidades y actitudes para tener éxito en esta actividad.

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

La palpación es el examen del cuerpo utilizando el sentido del tacto; es decir las yemas de los dedos, ya que por su intervención las hace sensibles para determinar: textura, temperatura, posición y tamaño de órganos, pulsos periféricos. La palpación puede ser superficial y profunda. Para tener éxito en la palpación es necesario que el usuario se encuentre relajado, que las manos del explorador estén tibias e iniciar con la palpación superficial y en las zonas que no sean dolorosas.

La percusión es un método de valoración en el que la superficie del cuerpo es golpeada para producir sonidos o vibraciones y se emplea para estimar el tamaño y la forma de

órganos, la presencia de líquido, aire o algún sólido; la percusión puede ser directa al golpear el área que he de percutir con las yemas de los dedos o indirecta cuando coloca contra la piel el dedo por medio de la mano dominante y procede a golpear con la punta del dedo de la otra mano.

La auscultación es el proceso de escuchar los sonidos producidos por el cuerpo y sirve para valorar el funcionamiento de diversos órganos.

Son aspectos imprescindibles del examen físico la medición de las constantes vitales (temperatura corporal, pulso/ frecuencia cardiaca, respiración y tensión arterial), estas deben ser valoradas en conjunto ya que reflejan el funcionamiento general del organismo, permitiéndonos detectar problemas de salud reales y de riesgo. La valoración de los signos vitales debe considerar el estado de salud previo y actual del usuario y compararse con los estándares aceptados como normales, esta actividad de enfermería tiene que realizarse al ingreso del usuario, cuando éste presente cambios en su estado de salud, y antes y después de realizar cualquier acción de enfermería.

Por último, el examen físico incluye la somatometría (estatura, peso, perímetros y segmentos corporales), estos parámetros también nos permiten valorar en forma general el estado de salud del usuario, al identificar el crecimiento normal y anormal de las estructuras corporales; al mismo tiempo que sirven para calcular dosis de medicamentos por parte del médico.

En la recolección de la información la enfermera también tiene que identificar los recursos del usuario, es decir las capacidades físicas, psicológicas y personales que son determinantes para las etapas de diagnóstico y planeación. Entre los recursos se pueden mencionar: el gozar de buena salud, la capacidad de adaptación, el ejercicio diario, alimentación acorde a requerimientos, la motivación para el cuidado de la salud, el ambiente familiar favorable para la conservación de la salud y el afrontamiento efectivo al estrés entre otros.

Validación de la información

Una vez reunida la información del usuario tiene que ser válida para estar seguros de que los datos obtenidos sean los correctos.

La validación evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la dirección equivocada y cometer errores al identificar los problemas.

Para la validación de datos es necesario: revalorar al usuario, solicitar a otra enfermera que recolecte aquellos datos en los que no se esté seguro, comparar datos objetivos y subjetivos, consultar al usuario/familia y a otros integrantes del equipo sanitario.

La validación de los datos es de suma importancia porque si no se realiza es probable que en la etapa de diagnóstico se presenten dificultades para la agrupación e interpretación de la información.

Registro de la información

Es el último paso de la etapa de valoración y consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico.

Los objetivos que persigue el registro de la información son: favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la prestación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería.

La comunicación verbal con el equipo de sanitario es prioritaria al registro de la información, sobre todo si se trata de datos que representan alteraciones o cambios en el estado de salud, por permitir medidas oportunas para la prevención, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud.

Con respecto al registro de los datos, éste varía de un centro laboral a otro, pero el

saber como y que anotar, es importante en extremo para el paciente y para protegerse a si misma de posibles demandas por mala práctica profesional.

Entre las recomendaciones a tener en cuenta en el momento de efectuar anotaciones se encuentran las siguientes:

1. Cumplir con las normas del centro laboral en cuanto a registros.
2. Evitar juicios de valor
3. Escribir textualmente lo que el usuario expresa.
4. Acompañar las inferencias con las evidencias respectivas.
5. Señalar y escribir la palabra error y anotar a continuación la apreciación correcta. (evitar tachaduras o aplicación de corrector).
6. Procurar que la información sea importante y relevante.
7. Realizar anotaciones claras, concisas y completas.
8. Escribir con letra clara y con tinta indeleble.
9. Evitar dejar espacios en blanco porque pueden escribir en ellos algo que la incrimine.
10. Cuidar la ortografía y evitar abreviaturas.
11. A notar siempre la fecha y hora en que realiza el registro.
12. Escribir toda la información que proporcionó el equipo sanitario
13. Registrar cuando un usuario o su familia rechazan determinado cuidado o medida terapéutica.

Diagnostico

“Consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio critico sobre el estado de salud del usuario, familia y comunidad. “⁵⁰

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una función intelectual compleja al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como de los

⁵⁰ IDEM. pp. 26

recursos existentes.

Pasos de la etapa de diagnostico

Para realizar esta etapa se requiere de cuatro pasos fundamentales:

1. Razonamiento diagnostico
2. Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes
3. Validación
4. Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

Razonamiento diagnostico

Es la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas. La enfermera durante razonamiento diagnostico realiza diversas funciones intelectuales integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio critico.

Los pasos a seguir durante el razonamiento diagnostico:

1. Realizar un listado de todos los datos significativos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales, que aporte la valoración incluyendo los recursos (capacidades).
2. Analizar y agrupar los datos significativos (indicios) que creé que se relacionan y realizar un las deducciones correspondientes.
3. Comparar los datos significativos con los factores relacionados / riesgo y con las características definitorias de las categorías diagnosticas de la NANDA.
4. Efectuar revaloración si existen dudas y lagunas de información.
5. Determinar si la enfermera tiene la autoridad para hacer el diagnostico definitivo y ser el principal responsable.
6. Proceder a dar el nombre correspondiente a las respuestas humanas ya las respuestas fisiopatológicas.
7. Determinar los factores relacionados o de riesgo

Durante el razonamiento diagnóstico se pueden cometer numerosos errores que conducen a juicios clínicos falsos y deficientes, éstos en su mayoría obedecen a: recolección incorrecta o incompleta de datos, por falta de una metodología durante la valoración, barreras en la comunicación, ocultación de información por parte del usuario, distracciones e interrupciones y carencia de habilidades para la entrevista y examen físico; también se deben a: la interpretación incorrecta de los datos al hacer deducciones prematuras con poco sustento en datos significativos y por involucrar prejuicios personales; asimismo, la falta de conocimientos y de análisis son obstáculos para un razonamiento diagnóstico confiable; por consiguiente, es recomendable la validación de los datos y la búsqueda de asesoría.

Que se requiere para formular diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes

Se requiere haber realizado la valoración y el razonamiento diagnóstico antes de iniciar con la formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes. También es preciso conocer las categorías diagnósticas de la NANDA y la estructura que deben tener los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes de acuerdo a sus características.

Que es un diagnóstico enfermero

Es un juicio clínico sobre la respuesta humana de una persona, familia o comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales y de riesgo, en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en forma independiente.

Para determinar cuando un proceso de salud debe ser considerado como diagnóstico enfermero, es necesario contestar dos preguntas:

1. ¿La enfermera tiene la autoridad para hacer el diagnóstico definitivo?
2. ¿La enfermera es la principal responsable de la predicción, prevención y tratamiento del problema?

En caso afirmativo sin lugar a dudas se trata de un diagnóstico enfermero, en caso negativo nos encontramos ante un problema interdependiente que solo podrá ser resuelto con la participación de todos los integrantes del equipo sanitario.

Los diagnósticos enfermeros están dentro del ámbito independiente de la práctica profesional ya que se refieren a situaciones que la enfermera identifica, valida y trata independientemente, siendo ella la responsable del logro del resultado deseado; por lo tanto, únicamente en los diagnósticos enfermeros deben utilizarse las categorías de la NANDA.

Que es un problema interdependiente o de colaboración

Es un juicio clínico sobre la respuesta fisiopatológica del organismo a problemas de salud reales o de riesgo en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en colaboración con el equipo sanitario.

Los problemas interdependientes se relacionan con la patología, con la aplicación del tratamiento prescrito por el médico y con el control tanto de la respuesta a éste como de la evolución de la situación patológica, lo que los sitúa en el ámbito de la interdependencia con el profesional, aunque nuestra atención siga centrada en el usuario.

En la redacción de los problemas interdependientes se utiliza terminología médica, por consiguiente no deben emplearse las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A.

Que diferencias existen entre un diagnóstico enfermero y un problema interdependiente

Ambos son juicios clínicos, el diagnóstico enfermero se centra en las respuestas humanas, que es el campo de acción específico de la enfermería, en donde la enfermera tiene la autoridad para la predicción, prevención y tratamiento en forma

independiente; en cambio el problema interdependiente se centra en las respuestas fisiopatológicas, en donde el médico es el principal responsable, la enfermera y el resto de los integrantes del equipo sanitario colaboran en la predicción, prevención y tratamiento.

Clasificación de los diagnósticos enfermeros

Los diagnósticos enfermeros se clasifican en reales, de riesgo y de salud.

El diagnóstico enfermero real: describe la respuesta actual de una persona, una familia o una comunidad y se apoya en la existencia de características definitorias, (datos objetivos y subjetivos) además de tener factores relacionados.

El diagnóstico enfermero de riesgo (potencial): Describe respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia y comunidad vulnerables, no existen características definitorias y solo se apoyan en los factores de riesgo (etiología).

El diagnóstico enfermero de salud: es un real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor.

Clasificación de los problemas interdependientes

Los problemas interdependientes se clasifican en reales y de riesgo. Cuando el problema se hace evidente a través de sus signos y síntomas, se trata de un problema interdependiente real, y si existen factores de riesgo pero aun no hay manifestaciones clínicas, entonces se trata de un problema interdependiente de riesgo. Hay que tener presente que los problemas interdependientes se refieren a respuestas fisiopatológicas y que deben redactarse con terminología médica.

¿Como se estructuran los diagnósticos enfermeros?

Para redactar un diagnostico enfermero, el primer paso es utilizar el nombre correspondiente a la respuesta humana según las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A previamente identificado por el profesional de enfermería durante el razonamiento diagnostico.

En el caso del diagnostico enfermero real se aconseja un formato entres partes: problema + factores relacionados + datos objetivos y subjetivos.

El problema es la respuesta humana, los factores relacionados son la causa del problema (etiología), cuyo origen pueden obedecer a trastornos fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales y los datos objetivos u subjetivos (características definitorias/sintomatología), son las evidencias de que el problema existe.

El problema se une a los factores relacionados con las palabras RELACIONADO CON y estos se unen con las características definitorias mediante las palabras MANIFESTADO POR.

Para estructurar un diagnostico enfermero de riesgo se emplea únicamente dos partes: problema + factores de riesgo, ya que no existen datos objetivos y subjetivos (características definitorias). Los factores de riesgo son aquellos que predisponen a un individuo, familia o comunidad a un acontecimiento nocivo.

Del listado de categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A. solo algunos vienen ya redactados como diagnósticos, sin embargo todos los diagnósticos incluidos en la taxonomía como reales, pueden formularse también como de riesgo, aunque no estén explícitamente identificados como tales, basta para ello con considerar los factores relacionados como factores de riesgo u anteponer al nombre de la categoría diagnóstica las palabras RIESGO DE.

En cuanto a la formulación de los diagnósticos de salud éstos únicamente llevan un solo elemento que es el nombre correspondiente a la respuesta humana, a la cual se le anteponen las palabras Potencial de aumento de o potencial de mejora de.

Estructuración de los problemas interdependientes

Los problemas interdependientes precisan del empleo de terminología médica y de la participación de los integrantes del equipo sanitario, razón por la cual no debe emplearse la taxonomía diagnóstica enfermera para renombrar situaciones fisiopatológicas, que ya tienen un nombre.

En la redacción de problemas interdependientes reales se necesita del problema, etiología del problema y sintomatología; los problemas interdependientes de riesgo únicamente requieren del problema y etiología; así como de las palabras riesgo de: al inicio de la formulación.

Para unir el problema a la etiología se recomienda utilizar las palabras secundario a: y para integrar la sintomatología a la formulación se emplean las palabras manifestado por.

Validación

La validación consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, para lo cual se recomienda plantearse las siguientes preguntas:

1. La información recolectada del usuario / familia fue suficiente.
2. El análisis y la agrupación de datos se hicieron en forma correcta.
3. Las deducciones realizadas fueron acertadas.
4. La identificación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes fue correcta.
5. Para asignar el nombre a la respuesta humana se compararon los datos

obtenidos con las características definitorias y factores relacionados de las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A.

6. Para asignar el nombre a la respuesta fisiopatológica se consultaron fuentes bibliográficas y a otros profesionales del área de la salud.
7. Los factores relacionados o de riesgo corresponden al problema que se identificó.
8. La estructura de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes se apegó a lo establecido.

Durante la validación, la enfermera debe consultar al usuario para corroborar que está en lo cierto, también es recomendable solicitar asesoría cuando no se reúnan los conocimientos o experiencias suficientes.

Planeación

“Es el desarrollo de un proyecto donde se establecen objetivos y acciones encaminados a predecir, prevenir y tratar problemas relacionados con la salud.”⁵¹

Es la tercera etapa del proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, y que consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar o corregir las respuestas del cliente enfermo.

Pasos de la planeación

Los pasos para realizar la planeación son:

1. Establecer prioridades.
2. Elaborar objetivos
3. Determinar acciones de enfermería
4. Documentar en plan de cuidados.

⁵¹ RODRIGUES S. Bertha A. “Proceso de enfermería.” Et: Cuellar. Guadalajara, Jalisco 2000 pp.26

Establecer prioridades

Posterior a la valoración y etapa de diagnóstico se concluye con un número determinado de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, lo que hace indispensable la identificación de los problemas de salud en los cuales se debe centrar la atención, y realizar acciones inmediatas, porque representan una amenaza para la vida del usuario.

La priorización, siguiendo la jerarquía de las necesidades humanas de Maslow, resulta fácil cuando la enfermera sigue el orden señalado por Alfaro:

Prioridad 1 problemas que amenazan la vida e interfieren con las necesidades fisiológicas.

Prioridad 2 problemas que interfieren con la seguridad y la protección.

Prioridad 3 problemas que interfieren con el amor y la pertenencia.

Prioridad 4 problemas que interfieren con la autoestima.

Prioridad 5 problemas que interfieren con la capacidad para lograr objetivos personales.

Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenecen, lo que permite brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas. Es importante señalar que en la mayoría de las ocasiones los problemas interdependientes son prioritarios, sobre todo si el usuario se encuentra hospitalizado y grave; sin embargo, los diagnósticos enfermeros se pueden tratar en forma simultánea a los problemas interdependientes.

Elaborar objetivos

Los objetivos son una parte indispensable de la etapa de planeación, ya que con ellos se mide el éxito de un plan determinado, al valorar el logro de los resultados. También permite dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados, y son factores de motivación al generar numerosas acciones en las enfermeras.

Los objetivos para un plan de cuidados deben reunir las siguientes características:

1. Resultar del diagnóstico enfermero o problema interdependiente; es decir centrarse en dar solución al problema (objetivo final), y en la modificación o desaparición de los factores causales del problema o de sus efectos (objetivo específico).
2. Estar dirigidos al usuario, familia o comunidad, porque en ellos se esperan los resultados; también pueden referirse a una parte del organismo o una función, como es el caso de algunos diagnósticos enfermeros, y cuando se trata de problemas interdependientes.
3. Incluir verbos que se puedan observar y evaluar para tener la certeza de que se ha logrado el objetivo.
4. Ser claros y precisos, con los siguientes elementos en su redacción: sujeto (persona), verbo (conducta), condición (circunstancias en que debe realizarse la conducta) y criterios de realización (tiempo y grado de tolerancia o dificultad para realizar la acción).
5. Haber involucrado al usuario y su familia, para perseguir el mismo fin y tener mayores posibilidades de éxito. En el caso de los objetivos para problemas interdependientes es conveniente la coparticipación de todos los integrantes del equipo sanitario además del usuario y familia.
6. Utilizar un solo verbo (conducta) por cada objetivo.
7. Ser realistas, es decir que consideren las capacidades físicas psicológicas y personales del usuario para que se puedan alcanzar.
8. Considerar en los objetivos conductas de los dominios: cognitivo, efectivo y

psicomotriz de acuerdo a las características del problema de salud.

Determinación de acciones de enfermería

Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos y están encaminadas a tratar los factores relacionados o de riesgo del problema de salud en el diagnóstico enfermero o problema interdependiente. En la determinación de dichas estrategias se emplea el pensamiento crítico, para analizar la situación problema mediante cuestionamientos que conducen a la selección de acciones de enfermería específicas.

- Cual es el problema.
- Cuales son sus factores relacionados o de riesgo.
- Que se debe valorar antes, durante y después de realizar las acciones de enfermería.
- Que acciones de enfermería específicas se tienen que realizar para prevenir o tratar la etiología del problema.
- Que acciones de enfermería educativa se requieren.
- Cuales acciones de enfermería se tienen que incluir para consultar y derivar al usuario, al profesional de salud de adecuado y en que momento.
- Que anotaciones de enfermería se deben realizar.
- Que acciones de enfermería derivadas de la prescripción médica están encaminadas a dar solución al problema.

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

Son características de los planes de cuidados: la individualidad, es decir cada plan debe responder a problemas y factores relacionados/riesgos específicos, la participación del usuario, familia y comunidad en su elaboración; la actualización con respecto a los cambios del usuario y a los avances de la enfermería como disciplina científica; la fundamentación científica de las acciones con fines didácticos y ser fuente de comunicación entre los profesionales de la enfermería.

Documentación del plan de cuidados

Es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados.

De acuerdo con su registro los planes de cuidados pueden ser: individualizados, cuando se utiliza un formato dividido en columnas en donde la enfermera procede a escribir el diagnóstico enfermero/problema interdependiente, objetivos, acciones de enfermería y evaluación; estandarizados, en caso que estén impresos y respondan a problemas específicos, permitiendo hasta cierto punto su individualización al dejar espacios en blanco para que la enfermera realice anotaciones particulares del usuario y los computarizados, que surgen de los planes creados por ordenador que después de introducir información del usuario, familia y comunidad ofrecen los planes de cuidados respectivos.

Ejecución

“Consiste en llevar a la práctica el plan mediante acciones que conduzcan el logro de los objetivos establecidos.”⁵²

Es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados.

⁵² IDEM. pp.26

Pasos de la ejecución

- Preparación
- Intervención
- Documentación

Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario y que sea compatible con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria haciéndose necesaria la revaloración.

Analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarios para realizar las actividades planeadas, en caso de no ser así, es indispensable solicitar asesoría.

Tener en mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería.

Reunir el material y equipo necesario para llevar a cabo cada intervención.

Crear un ambiente confortable y seguro para el usuario durante la realización de cada actividad.

Delegar cuidados enfermeros que se apeguen a los cuatro puntos clave de la delegación.

Intervención

Posterior a la fase de preparación puede llevarse a cabo las intervenciones de enfermería independientes e interdependientes planeadas, que incluyen: la valoración; la presentación de cuidados para conseguir los objetivos; la educación del usuario, familia y comunidad, y la comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria. Es fundamental considerar las capacidades físicas, psicológicas y personales del usuario durante la ejecución de las acciones de enfermería, para lograr su participación e independencia.

Como las respuestas humanas y fisiopatológicas son cambiantes, es preciso la revaloración del usuario, familia y comunidad para estar seguros de que las

intervenciones de enfermería son las apropiadas. Cada acción de enfermería debe ser resultado de una valoración y de la aplicación del pensamiento crítico, por consiguiente el término rutina es inadecuado, cuando se emplea la metodología del proceso enfermero.

Documentación

Es el registro que realiza la enfermera en las notas de enfermería, en la calidad de documento legal permanente del usuario y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud.

Son propósitos de los registros de enfermería: mantener informados a otros profesionales del área de la salud sobre datos de valoración del usuario, cuidados proporcionados y las respuestas del usuario, ser base para la evolución investigación y mejora de la calidad de los cuidados; respaldar legalmente las actuaciones de enfermería y servir para estimar el pago de los servicios prestados.

Existe gran diversidad en los registros de enfermería por obedecer a requisitos particulares de cada unidad de atención para el cuidado de la salud; sin embargo, estos deben reunir ciertas características universales como son: fecha y hora; datos de valoración, intervenciones de enfermería; resultados obtenidos y nombre, firma de la enfermera. Asimismo las notas deben ser concisas, claras, completas, legibles, relevantes y oportunas.

Evaluación

“Permite determinar el progreso del usuario, familia y comunidad hacia el logro de objetivos y valorar las competencias de la enfermera en el desarrollo de las cuatro anteriores, lo que posibilita hacer las modificaciones necesarias. “⁵³

Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda práctica de

⁵³ IDEM .pp26

enfermería; la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la valoración, diagnóstico, planeación y ejecución.

La aplicación del proceso enfermero se evalúa con las siguientes preguntas:

- ¿La valoración estuvo completa y la información fue válida?
- ¿El razonamiento diagnóstico fue correcto?
- ¿La formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes fue acertado?
- ¿Los planes de cuidados dieron solución al problema y etiología de los problemas señalados?
- ¿Las acciones de enfermería realizadas permitieron el logro de los objetivos?

La evaluación en el proceso enfermero es útil para: determinar el logro de los objetivos; identificar las variables que afectan, decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado, por consiguiente es necesario la valoración del usuario familia y comunidad para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivos.

Cuando los resultados no son los esperados o simplemente no hay una respuesta satisfactoria, la enfermera debe revisar cada una de las etapas del proceso, detectar posibles fallas y proceder a corregirlas. Para el desarrollo de esta actividad la enfermera y el paciente deben determinar el progreso o falta de progreso hacia la realización de sus metas en forma conjunta; identificando obstáculos y estrategias.

La evaluación es compleja; sin embargo al emplear la metodología del proceso enfermero se facilita por ser sistemática y continua, ya que brinda una base cognoscitiva para la práctica autónoma de la enfermería y requiere de la interrelación con el usuario y su familia.

2.3 MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson diferenció las actividades del médico y de la enfermera y creó sus

propios conceptos pero jamás trato de elaborar un modelo propio.

2.4.1 Antecedentes

En los últimos años se ha notado en el gremio de enfermería: ya sea entre los docentes que trabajan en facultades y escuelas de enfermería de universidades, como entre el personal que trabaja en servicio, en los hospitales de diversas instituciones de salud, un gran interés por el estudio, la comprensión y la aplicación de modelos conceptuales. Fue a principios del siglo pasa cuando surgieron muchas teóricas de las cuales destacaron Henderson, Orem, Pepalu, etc. Comentaremos el Modelo de Virginia Henderson, ya que este Modelo se adapta fácilmente al Proceso de Atención de Enfermería.

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

Durante la primera guerra mundial, despertó en Henderson el interés por la enfermería. Así , en 1918 ingresó en la escuela de enfermería del ejercito en Washington, D.C. En 1921 se graduó y acepto un puesto como enfermera en el Henry Street Visitng Nurse Service de Nueva York. En 1922 inició su carrera docente en enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años más tarde ingresó en Teachers College de la Universidad de Columbia, donde consiguió los títulos B.S. Y M. A. En la rama de enfermería. En 1929, Henderson ocupó el cargo de supervisora pedagógica en la clínica Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. Regresó al Teachers College en 1930 como miembro del profesorado e impartió cursos sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas hasta 1948. Henderson incluyó principios fisiológicos y psicológicos en su concepto personal de la enfermería. Su formación en estas áreas data de su relación con Stackpole y Thorndike durante sus estudios universitarios. “A partir de la teoría de Bernard, Henderson también adquirió un conocimiento sobre la medicina psicosomática y su relación con la enfermería.

Describió su punto de vista con las siguientes palabras: Era evidente que el equilibrio emocional no se puede separar del equilibrio fisiológico, después de haber reconocido que la emoción es realmente nuestra interpretación de la respuesta celular a las fluctuaciones en la composición química de los fluidos intercelulares.”⁵⁴

En los 14 componentes de la asistencia de enfermería de Henderson, que parte de las necesidades físicas para llegar a los componentes psicosociales, se observa una correlación con la jerarquía de necesidades confeccionada por Abraham Maslow.

2. 4. 2 Bases conceptuales

Hablaremos de los conceptos fundamentales de Virginia Henderson como: enfermería, Salud, Entorno, Persona, Necesidad, Fuerza, Voluntad, Manifestación, Cliente, Suplir.

Enfermería

“La singular función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo; en la realización de las actividades que contribuyan a la conservación de su salud o a la recuperación (o una muerte pacífica) y que el paciente llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o el conocimiento necesarios. Y esto de tal manera que le ayude adquirir independencia lo más rápidamente posible.”⁵⁵

Salud

“La considera en estado de independencia o satisfacción adecuada de las necesidades.”⁵⁶

También encontramos la siguiente implicación: “...la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería. Tal como lo declaro = se trata

⁵⁴ MARRINE, Toney A Raile Alligood m .modelos y teorías en enfermería en: Fundamentación teórica para el cuidado.. ENEO .UNAM.2004.PP 205

⁵⁵ GARCIA, Gonzalez MA. de Jesús .El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. ED .Progreso S.A. México 1997. Pp.3

⁵⁶ IDEM. Pp.13

más bien de la calidad de la salud que de la propia vida, ese margen de vigor mental/físico lo que permite a una persona trabajar con la mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción vital en sus más altas cotas.”⁵⁷

Entorno

“El conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.”⁵⁸

Persona

“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 todo su vida. El paciente y su familia conforman una unidad.”⁵⁹

Fuerza

“La dependencia proviene de que el individuo carece de fuerza, no solo de fuerza física sino también de fuerza moral, para tomar decisiones y comprometerse en las acciones necesarias para conservar o recuperar la salud.”⁶⁰

Voluntad

“La voluntad se ve disminuida por los problemas de salud, frecuentemente este estado, está relacionado con la capacidad intelectual y se ve limitado por la falta de recursos económicos o por factores socioculturales.”⁶¹

⁵⁷ MARRINER, Tomey A Raile Alligood M .Modelos y Teorías en enfermería. en: antología: Fundamentación teórica para el cuidado. ENEO. UNAM.2004.pp.206

⁵⁸ IDEM. Pp.206

⁵⁹ GARCIA, Gonzáles Ma. De Jesús. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson .ED .Progreso S. A. México 1997.pp.13

⁶⁰ IDEM .pp14

⁶¹ IDEM. pp.14

Conocimiento

“Hay desconocimiento de los mecanismos de acción del desarrollo de enfermedades, de los recursos de salud, de los cuidados que se deben tener cuando se presenta la enfermedad para evitar su desarrollo, en general lo que se refiere a prevención, curación y rehabilitación.”⁶²

Manifestación

“Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.”⁶³

Cliente

“Ser humano que forma un todo completo presentando 14 necesidades fundamentales de orden biopsicosocial.”⁶⁴

Necesidad fundamental

“Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial el ser humano para mantenerse vivo y asegurar su bienestar.”⁶⁵

2.4.2 Necesidades básicas

Virginia Henderson ubica estos cuidados básicos en 14 componentes, o necesidades básicas del paciente, que abarcan todas las posibles funciones de la enfermera y que la enfermera tiene la mayor autoridad en estos cuidados básicos.

⁶² GARCIA, González Ma. De Jesús. **El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson.** Et. progreso S.A. México 1997. pp.14

⁶³ GARCIA, Piña Ma. Aurora. Toma del C.D. Complementario de la antología De Fundamentación Teórica para el cuidado ENEO. UNAM. del seminario de titulación 2004.

⁶⁴ IDEM

⁶⁵ IDEM

Respirar normalmente

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

El intercambio de gases es el acto de la respiración se realiza a dos niveles el primero entre el organismo y el medio ambiente y el segundo al interior del organismo, entre las células de los tejidos y la sangre,(respiración tisular).”⁶⁶

Comer y beber adecuadamente

“La digestión es el proceso mediante el cual las moléculas de las sustancias nutritivas se convierten en moléculas más sencillas, aptas para su absorción. Comprende una fase mecánica y una fase química. “⁶⁷

Para que una alimentación satisfagan las necesidades del hombre, debe reunir las siguientes características: completa, equilibrada, suficiente, adecuada y pura. Completa: en sus nutrientes que tenga proteínas, grasas, hidratos de carbono, vitaminas, minerales y agua. Equilibrada: en sus diferentes nutrientes, que contenga las cantidades necesarias de proteínas, grasas, hidratos de carbono, líquidos, minerales y vitaminas. Suficiente: en su valor calórico, que contenga las cantidades que requiere el organismo para su funcionamiento normal. Adecuada: al momento fisiológico en el que vive el individuo, por ejemplo; recién nacido, lactante, escolar, adolescente y adulto. Pura: libre de sustancias patógenas.

“En estado normal hay un equilibrio entre la ingestión y la pérdida de agua, éste se mantiene mediante una serie de fuerzas que controlan la salida y entrada de agua, entre los diferentes espacios del organismo para conservar así, una cantidad adecuada en cada uno de ellos, entre estas fuerzas se encuentran principalmente, la presión osmótica, producida por los electrolitos y las proteínas plasmáticas y la presión

⁶⁶ IDEM

⁶⁷ GARCIA, Piña Ma. Aurora. Toma del CD. Complementario de la antología: Fundamentación teórica para el cuidado. ENEO UNAM del seminario de titulación 2004.pp. 68-69

hidrostática de la sangre impulsada por el corazón.”⁶⁸

Eliminar los desechos corporales por todas las vías

“Para conservar su funcionamiento normal, el organismo debe 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. Cada persona tiene un patrón único de eliminación fecal.”⁶⁹

“El proceso de vaciar la vejiga se le denomina micción. El deseo de vaciar la vejiga ocurre cuando tiene aproximadamente de 250 a 400 ml en el adulto. Aunque los patrones urinarios son individuales, se considera normal una frecuencia de cinco o más micciones por día. El volumen de orina excretada en 24 horas es variable pero se considera que no debe ser menor de 500 ml ni mayor de 3000 ml en 24 horas.”⁷⁰

Moverse y mantener una buena postura

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

Con el termino mecanismo corporal, nos referimos a los movimientos corporales eficaces, utilizados por las personas para mover a otras o para mover objetos. Utilizamos los mecanismos corporales cuando estamos en estado de reposo o de actividad: estando de pie, sentados o acostados. 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

⁶⁸ GARCIA, Gonzáles Ma .de Jesús El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson.ED .Progreso S.A. México 1997 pp. 77

⁶⁹ IDEM.pp 98-99

⁷⁰ GARCIA, Gonzáles Ma. De Jesús. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Et: Progreso S.A. México 1997.pp108

lesiones, durante su practica profesional.

“El equilibrio corporal se ve favorecido cuando hay una buena alineación corporal, ambos dependen de lo siguiente:

Una base de apoyo que dé estabilidad al cuerpo

Un centro de gravedad que esté dentro de la base de apoyo

Una línea de gravedad que vaya desde el centro de gravedad a la base de apoyo.

Cuando la línea de gravedad y el centro de gravedad están fuera de la base de apoyo, el cuerpo está equilibrado, forzado. El equilibrio es un estado de contrapeso en donde las fuerzas opuestas contrarrestan a las demás fuerzas.”⁷¹

Dormir y descansar, evitar el dolor y la ansiedad

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

El descanso físico comprende la ausencia de dolor y un ambiente de armonía que favorezca la relajación. El bienestar emocional comprende un estado libre de tensiones, de estrés o de ansiedad.

El sueño es un estado de inconsciencia del que se puede sacar a una persona por medio de estímulos apropiados. El sueño se caracteriza por una mínima actividad física: niveles variables de conciencia, cambios en los procesos fisiológicos corporales y disminución de la respuesta a los estímulos externos. El sueño ayuda a recuperar la energía perdida durante las actividades cotidianas y el trabajo físico y mental del día. “

72

⁷¹ IDEM pp191

⁷² GARCIA, González Ma. De Jesús. El proceso de enfermería y el modelo de virginia Henderson, et: Progreso. S.A. México 1997.pp128

Poder seleccionar ropas apropiadas, vestirse y desvestirse

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

La forma de vestir, es parte de la cultura en que vivimos, y nos hemos desarrollado. Los rasgos culturales son más firmes en las personas que viven en el campo y en las etnias, las cuales no cambian su forma de vestir en ninguna circunstancia. Mientras que su arreglo personal es sencillo y vistoso.” ⁷³

Mantener la temperatura corporal, dentro de límites normales

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

Los factores que alteran la respiración corporal son: la edad, la hora del día, las emociones, el ejercicio, la ingestión de líquidos fríos o calientes, el ambiente, la ropa las enfermedades y algunas drogas.” ⁷⁴

Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

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

El organismo es como un delicado mecanismo de precisión, que se debe conservar con el máximo cuidado, para que responda plenamente a nuestros requerimientos.” ⁷⁵

⁷³ IDEM .pp.207

⁷⁴ GARCIA, González Ma. De Jesús. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. ED: Progreso S.A. México 1997..pp.119.

⁷⁵ IDEM .pp.175

Evitar peligros ambientales, e impedir que perjudiquen a otros

“Los accidentes resultan un grave problema social, económico y de salud. Son causa de un considerable porcentaje de pérdidas humanas, de invalidez y disminución de las horas de trabajo efectivas de personas en edad productiva, lo que afecta a la economía familiar y nacional.

Muchos accidentes pueden prevenirse tomando en cuenta ciertas medidas prudenciales sencillas, que debemos hacer parte de nuestro vivir cotidiano.

Se puede afirmar que la prevención de accidentes, es parte del quehacer de la enfermera, porque como personal de la salud y como ciudadana, le compete tomar parte en la tarea de dar educación para que haya una mejor salud en las personas y en la sociedad en general.

Los accidentes pueden ocurrir en: la vía pública, en el hogar, en la escuela y en el trabajo.”⁷⁶

Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores u opiniones

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

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

El medio o canal para recibir información del ambiente externo son los sentidos

⁷⁶ IDEM pp149

corporales. “ 77

Vivir según valores y creencias

Desde su inicio el hombre siente la necesidad de creer en un ser superior en una divinidad que todo lo puede, sin embargo, para que las relaciones del hombre con Dios sean satisfactorias, necesita el hombre tener una idea precisa de la divinidad y de cuál debe ser su actitud ante el ser supremo.

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

Cada religión tiene sus formas de relacionarse con la Divinidad. Históricamente se puede comprobar, que en circunstancias adversas, sentimos una necesidad más apremiante de orar y comunicarnos con Dios.

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

Por lo que respecta al espíritu, en estas circunstancias, la persona siente la necesidad de la ayuda de una fuerza superior y se eleva hacia el ser supremo para implorar su ayuda, encontrando casi siempre, en la practica de su fe, la fuerza necesaria para salir adelante.

Todas las personas sin importar su escolaridad, edad y condición social, siente la necesidad de esta comunicación y práctica de su fe. Por eso, la enfermera estará dispuesta `para prestar la ayuda espiritual que el paciente necesita o le solicita.” 78

“Valor es aquello que conviene a la persona humana. Los valores se encuentran

⁷⁷ GARCIA, González Ma. De Jesús. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Ed: Progreso S.A. México 1997.pp212

⁷⁸ GARCIA, González Ma de Jesús. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. ED Progreso S.A.México.1997.pp281

depositados en los seres o cosas y se nos presentan como cualidades de las mismas.

El valor religioso es la realización plena de la persona humana, su valor proviene de su condición y facultades propias. Si consideramos que la persona de mayor dignidad es Dios, entonces veremos que el aprecio por el valor religioso, será el máximo valor que perfeccionará al hombre.”⁷⁹

Trabajar de manera que exista un sentido de logro

“Trabajar es una necesidad básica del ser humano, es una forma de auto-expresión importante a través de la cual la persona puede manifestar su capacidad creadora. Esta necesidad pide, como requerimiento fundamental para su satisfacción, el hecho de que la tarea que realiza esté 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.”⁸⁰

“Virginia Henderson afirmaba,”si durante demasiado tiempo privamos a una persona de lo que más valora-amor, aceptación, una ocupación fructífera, esta situación suele ser peor que la que provoca la enfermedad que intentamos curar”

81

El trabajo según desde el punto de vista que se le vea, puede ser algo gratificante, emocionante y factor de desarrollo personal o por el contrario una tarea que se debe cumplir, porque si no se hace, se recibe un castigo.

“Autorrealización: es el logro y expresión plenos y completos de las capacidades de las personas.”⁸²

Jugar y participar en actividades recreativas

⁷⁹ IDEM .pp282

⁸⁰ IDEM .pp295

⁸¹ IDEM .pp295

⁸² IDEM .pp.296

“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, ni el crecimiento personal.

Recreación: distracción, entretenimiento, placer.

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

La capacidad de asombro y la curiosidad se relacionan íntimamente, con la creatividad y la conciencia de sí mismo y del propio valer.”⁸³

Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud, y hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles.

Un estado saludable es indispensable para alcanzar una vida plena en todos los aspectos que conforman a la persona como son: psicológicos, sociales y espirituales. Cuando se conocen las medidas para promover la salud y proteger al organismo de enfermedades y se ponen en práctica durante toda la vida, los resultados son una existencia gozosa y productiva. En cambio, el desconocimiento sobre el cuidado de la salud, no solo conduce al descuido y a la enfermedad. Con demasiada frecuencia podemos ver que el paciente pediátrico y el adulto, ya que están en un estado avanzado de enfermedad cuando empiezan a recibir atención médica.”⁸⁴

Sexualidad y reproducción

⁸³ GARCIA, González Ma de Jesús. El proceso de enfermería y el modelos de Virginia Henderson. Ed. Progreso S.A. México. 1997. pp274

⁸⁴ IDEM pp. 231.

“Los aspectos que se refieren a la sexualidad del ser humano, en cualquier etapa de la vida, son importantes porque su total comprensión, aceptación y respeto por sus exigencias, contribuye al mantenimiento o la pérdida de la salud.

Con el término sexualidad, entendemos todos los aspectos del ser humano que se refieren específicamente con el ser hombre o mujer. La sexualidad refleja nuestro carácter humano y no solo nuestra naturaleza genital.

La sexualidad humana abarca todas las áreas de la persona, física-biológica, psicológica, social y espiritual. La identidad de la persona y la conducta total están marcadas por la sexualidad y son las características que dan feminidad o masculinidad. La sexualidad en el ser humano no se reduce a la genitalidad o a los actos sexuales, éstos son solo parte de su ser sexual.”⁸⁵

2.5 Proceso de Atención de Enfermería y el Modelo Conceptual de Virginia Henderson

Se trabaja el proceso de atención de enfermería por medio del modelo conceptual de Virginia Henderson ya que el proceso puede ser trabajado por medio de cualquier modelo de enfermería.

2.5.1 Concepto

“Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales”⁸⁶

2.5.2. Etapas

Consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, a

⁸⁵ GARCIA, Gonzáles Ma de Jesús. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. ED .Progreso S. A. México.1997.pp222

⁸⁶ IDEM pp.21

lo largo de todas las etapas o sea durante todo el proceso, la enfermera se guía por un modelo de enfermería.

Valoración

“Se hace reuniendo toda la información necesaria para determinar el estado de salud del paciente, mediante una historia que abarca las quince necesidades básicas del paciente.” ⁸⁷

La valoración es la primera etapa del proceso de enfermería. En esta etapa se reúne la mayor información posible, para tener una imagen lo más completa y apegada a la realidad, sobre los problemas del paciente.

Generalmente la recogida de los datos se inicia en el primer contacto del paciente, con el sistema de salud. Puede ser su domicilio, en la clínica, o al ingreso en el hospital.

Actividades

Recolección de datos

Validación de datos.

Organización de datos

Comunicación/anotación de los datos

Las fuentes de obtención de los datos son las siguientes:

Paciente y familia

Medios:

Observación

Entrevista

Interacciones

Valoración física.

Tipos de valoración

⁸⁷ IDE .pp.21

Es similar a la valoración de necesidades básicas.

Valoración focalizada

Se centra sobre un grupo de signos que nos indican que existe un problema específico real o potencial. La valoración focalizada marca el camino para la valoración continuada. Si se ha identificado un problema real o potencial, deberán realizarse valoraciones periódicas para actualizar los datos.

Diagnostico

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

88

Planificación

“Se desarrolla un plan de acción, con el paciente y su familia, que incluirá las actividades siguientes: determinar prioridades, determinar objetivos, actividades de enfermería y actividades del paciente y familia que ayudarán a lograr los objetivos que ambos han establecido.”⁸⁹

Ejecución

“Se realizan las actividades prescritas durante la fase de planificación. Se determinan las intervenciones del paciente o de su familia en el plan de cuidados y se identifican nuevos problemas o avances.”⁹⁰

Evaluación

⁸⁸ IDEM pp.21

⁸⁹ GARCIA, González Ma. De Jesús. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Ed: Progreso S.A. México 1997. pp.22

⁹⁰ IDEM pp22

“Se decide si el plan ha sido efectivo o si es necesario hacer algún cambio. La evaluación se hace en base a los objetivos propuestos. ¿Se ha logrado la independencia del paciente en cada una de sus necesidades básicas? ¿En que medida? ¿Se realizaron las actividades como estaban propuestas? ¿Qué cambios hay que introducir?”⁹¹

2.6. Características del desarrollo

Puerperio fisiológico

Es un proceso fisiológico que comienza inmediatamente después del alumbramiento y termina cuando el útero a retornado a sus condiciones normales, entre las cuatro y seis semanas.

Se divide en tres etapas: puerperio inmediato, mediato y tardío.

Puerperio inmediato:

Inmediata después del alumbramiento hasta el séptimo día.

⁹¹ IDEM pp.22

Puerperio mediato:

Del octavo a los catorce días.

Puerperio tardío:

Desde los quince a los 42 días.

A través de las diferentes etapas en que se divide ocurren cambios locales y generales en el organismo.

Locales: útero, ovarios y mamas.

Generales: peso y signos vitales

A continuación se explicaran:

Cambios locales

Utero

“Puerperio inmediato: mide 17 x 12 x 8, espesor de la pared 3 CMS, localización: pélvico abdominal, Consistencia: dura, sangrado: loquios sangre oscura al principio, serohemática de los 4-8 días y serosa posteriormente.

Al término del puerperio: mide:8 x 5 x 4, espesor: 1.5 CMS, localización: pélvica, consistencia: muscular, sangrado: aparece menstruación entre 40 y 80 días (cuando no hay lactancia). “⁹²

Ovarios

“Puerperio inmediato: persiste la anovulación.

Al término del puerperio: entre 40 y 80 días después del parto ocurre nuevamente la ovulación, siempre que no haya inhibición por aumento de la prolactina.”⁹³

Mamas

⁹² MONDRAGON, CastroHector **Obstetricia básica lustrada**, ED.trillas. ED tercera reimpresión .mexico. pp248

⁹³ IDEM.pp.248

“Puerperio inmediato: congestión y aparición de secreción Láctea. Las glándulas producen entre 1000 y 2000 ml en 48 horas, por la acción de la prolactina que se manifiesta intensamente a partir del quinto día

Al terminar el puerperio: características mamarias normales al cesar la lactancia.”⁹⁴

Cerviz

Puerperio inmediato: al disminuir su consistencia cuelga de los fondos de sacos vaginales

Al terminar el puerperio: al octavo día se encuentra nuevamente formado con su disposición anatómica normal.

Cambios generales

Peso corporal

“Puerperio inmediato: se pierde peso en forma brusca después del parto, debido a la expulsión del producto y sus anexos y por la diaforesis y diuresis considerablemente aumentadas.

Al terminar el puerperio: disminución de 8 a 10 kilos de peso en total, al regresar los órganos genitales a las condiciones normales.”⁹⁵

Aparato Urinario

“Puerperio inmediato: la eliminación de la orina aumenta de 1500 a 2000 ml en 24 horas. Se debe vigilar que ocurra micción en el puerperio inmediato, ya que puede ocurrir retención urinaria por hipotonía vesical secundaria a sobredistensión o

⁹⁴ IDEM, pp.248

⁹⁵ MONDRAGON, Castro Héctor. Obstetricia básica ilustrada. et:trillas.tercera reimpresión.México. Pp.248

enervación vesical (vejiga neurogenica).

Al terminar el puerperio: normal.”⁹⁶

Sistema Endocrino

Puerperio inmediato: ocurre disminución brusca de los niveles de estrógenos: progesterona y gonadotropinas. Hay elevaciones de la prolactina.

Al terminar el puerperio: normal.”⁹⁷

Exploración Física

Es muy importante realizar una exploración cuidadosa de la paciente durante el puerperio; aunque aquella debe ser integral, se debe tener especial cuidado en lo siguiente:

Signos vitales:

Tensión arterial: detectar hipotensión, que traduce un cuadro de hipovolemia, hemorragia o estadio de choque; e hipertensión, que puede indicar una preeclamsia o una hipertensión de causa diversa.

Pulso: la taquicardia puede llamar la atención sobre un cuadro febril, hipovolemia importante o estado de choque.

Temperatura: la hipertermia puede traducir la presencia de un cuadro de infección, deshidratación o congestión mamaria.

Exploración de región mamaria: se debe investigar las condiciones del pezón, la calidad de la secreción láctea y descartar patología aparente.

Exploración abdominal: se deben valorar el tono de la pared muscular, la ausencia de

⁹⁶ IDEM.pp248

⁹⁷ IDEM.pp.248

dolor y de distensión visceral, especialmente vesical. Se apreciará la altura del fondo uterino y la consistencia del mismo, así como la expulsión de coágulos y loquios a su expresión. Se tendrá especial cuidado en las características de los loquios (mal olor, cantidad, aspecto purulento, etc.).

Venas de miembros inferiores: se investigaran los trayectos venosos, descartando dolor o fenómenos inflamatorios.

Evolución clínica del puerperio

El cuadro clínico varía en la paciente según se trate del puerperio inmediato, mediano y tardío.

Durante el puerperio inmediato la paciente se encuentra agotada físicamente; además padece: escalofríos, somnolencia, febrícula, bradicardia, loquios abundantes de aspecto hemático, coágulos sanguíneos (en ocasiones), altura del fondo uterino unos 4 centímetros debajo de la cicatriz umbilical y útero muy contraído.

Durante el puerperio mediano la paciente se encuentra ya recuperada. A la exploración se encuentra: temperatura y pulso normales, loquios serohemáticos, fondo uterino progresivamente más abajo, dolor a la contracción uterina (entortos), puede existir depresión posparto en las mujeres que han tenido conflictos psicoemocionales durante el embarazo.

En el puerperio tardío los datos clínicos son: útero de tamaño normal que ocupa la cavidad pélvica, loquios muy escasos y serosos.

Cuidados maternos durante el puerperio

En la obstetricia moderna la estancia hospitalaria de la paciente puerpera se ha reducido considerablemente. Durante su permanencia en el hospital se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

En el servicio de recuperación permanecerá la paciente un promedio de dos horas, durante las cuales se tendrá especial atención en: control periódico de los signos vitales, altura del fondo uterino y grado de contracción del útero, cantidad del sangrado loquial.

En el piso de hospitalización permanecerá 24 horas a 48 horas según la evolución. En este tiempo de deben observar los puntos siguientes: deambulacion precoz, vigilar que ocurra la micción, vigilar que presente evacuación intestinal, proporcionar una dieta normal, tener los cuidados necesarios en la higiene de las mamas, practicar aseo vulvar con agua simple o solución de benzal.

Al egreso del hospital, es decir, cuando la paciente ya esté en su domicilio, seguirá prestando atención a los puntos anteriores. Es conveniente que después del octavo día practique ejercicios ligeros de gimnasia, para que los músculos abdominales recuperen su tono normal.

Examen posnatal

Es indispensable realizar un examen clínico de control a la sexta semana después del parto, el cual tiene por objeto:

Corroborar la correcta involución de los órganos genitales.

Cerciorarse de la posición normal de dichos órganos dentro de la pelvis.

Descartar presencia de lesiones cervicales (erosión, eversión o laceraciones cervicales).

Controlar el peso de la paciente.

Apreciar el estado de la lactancia y descartar alguna patología mamaria.

Detectar algún problema médico existente.

Orientar a la paciente sobre los diferentes métodos de control de la fecundidad, si no se ha hecho con anterioridad.

Durante esta consulta se recomienda dar los pasos siguientes:

Aspectos generales: conocer la tensión arterial, medir el peso corporal.

Exploración mamaria: ver la calidad de la lactancia, descartar nódulos o tumoraciones.

Exploración abdominal: descartar hernias, tumoraciones, dolor.

Examen vaginal: inspección perineal para valorar episiotomía, leucorrea, varices; tacto vaginal para valorar tamaño, forma, posición y consistencia del útero, tamaño y posición de los ovarios; descartar la existencia de patología diversa; inspección dinámica para valorar es estado que guardan las estructuras pélvicas al esfuerzo.

Alimentación del recién nacido al seno materno

La lactancia metra, practica universal, tradicionalmente acepta, es crucial para la supervivencia para la supervivencia y bienestar de los niños, principalmente en los países subdesarrollados. El mejor alimento para el recién nacido lo constituye la leche materna, ya que:

Es específico para el recién nacido.

No requiere preparación y siempre esta disponible.

Tiene nutrientes adecuados y balanceados, excepto vitamina D, fluoruro y hierro.

Se encuentra a una temperatura ideal.

Trasmite factores inmunológicos al niño, que constituyen defensas naturales contra infecciones respiratorias y gastrointestinales.

Constituye un acto de amor y aceptación materna, que repercute desde el punto de vista psicológico.

Al tomarla el niño tiene menos cólicos, vómitos y reacciones alérgicas que los niños alimentados artificialmente.

Al evacuar el niño, se observa la presencia de colibacilos, en contraste con aquellos

que son alimentados con biberón, quienes tienen gérmenes coliformes.

Desventajas

No se sabe ninguna desventaja, excepto la molestia física que representa la succión para la madre. Para que tenga éxito la alimentación del recién nacido al seno materno, se necesita conjugar tres factores:

La aceptación de la madre para brindar la alimentación a su hijo con el apoyo de su esposo y familiares.

La capacidad física del recién nacido.

La orientación del médico.

Complicaciones mamarias que se presentan durante la lactancia materna

En ocasiones, a pesar de los cuidados e higiene de los senos, éstos pueden presentar complicaciones, como: infarto lácteo, grietas o fisuras, linfangitis mamaria, galactoforitis y mastitis aguda entre otras.

Infarto lácteo:

“Esta enfermedad consiste en la induración de un lóbulo mamario que produce dolor espontáneo y a la palpación por no poder evacuar la leche de su interior; por lo que se produce distensión y compresión del conducto galactóforo. Este padecimiento ocurre por exceso de producción de leche por parte de la madre o por falta de succión adecuada por el recién nacido.”⁹⁸

Grietas o Fisuras

“Esta complicación es muy frecuente y más intensa en las primigestas. Consiste en la

⁹⁸ MONDRAGON, C. Héctor. Obstetricia básica ilustrada. et: trillas. tercera reimpresión. México. pp.259

presencia de hendiduras en la mama, que en ocasiones se ulceran y producen dolor muy intenso cada vez que amamanta. Dichas hendiduras constituyen vías de entrada de gérmenes que desarrollan mastitis.”⁹⁹

Linfangitis mamaria

“Esta enfermedad constituye un proceso inflamatorio agudo de curso febril y corta duración, que aparece en los primeros días de lactancia y se debe a la invasión séptica de los linfáticos superficiales de la mama, generalmente secundario a la presencia de grietas. Esta complicación, aunque es poco trascendente, es importante porque interfiere con la lactancia. “¹⁰⁰

Galactoforitis

“La galactoforitis es un proceso infeccioso poco frecuente, localizado en un conducto galactóforo, generalmente se complica con absceso mamario.”¹⁰¹

Mastitis aguda

“Este padecimiento se manifiesta por la inflamación piógena de la mama; puede ser infección glandular (mastitis) o extraglandular (paramastitis). Puede tener punto de partida local o ser secundario a una grieta del pezón. La propagación de la infección es directa o por vía linfática; puede producir un absceso mamario, el cual habrá de desbridarse quirúrgicamente cuando este bien circunscrito el proceso piógeno; una intervención prematura puede diseminar el proceso. “¹⁰²

Contraindicaciones de la lactancia materna.

La alimentación al seno materno está contraindicada en caso de problemas locales o generales.

⁹⁹ IDEM. pp 259.

¹⁰⁰ IDEM PP259-260

¹⁰¹ IDEM. PP 260

¹⁰² MONDRAGON. Castro Héctor. Obstetricia básica ilustrada. et:trillas.México. Pp.261

Causas locales:

Lesiones, grietas y malformaciones del pezón.

Mastitis

Hipogalactia

Causas generales:

Septicemia, nefritis, eclampsia, hemorragia profusa.

Tuberculosis pulmonar, fiebre tifoidea, paludismo.

Desnutrición crónica, enfermedades convulsivas, psicosis posparto.

Causas específicas:

Administración de medicamentos como indometacina, fenilbutazina, cloranfenicol, tetraciclinas, ácido nalidixico, meprobamato, estrógenos.

Inhibición de la lactancia materna

En las pacientes que exista alguna contraindicación para alimentar al recién nacido al seno materno, y en las pacientes que no deseen hacerlo, se puede observar las medidas siguientes:

Usar porta busto ajustado o vendaje elástico compresivo, aplicado antes de que ocurra la congestión mamaria.

No extraer la leche con tira leche.

Usar localmente compresas frías

Usar analgésicos

Administrar tratamiento hormonal

I.I.I METODOLOGIA

3.1 Descripción del caso

Para realizar el presente estudio de caso se eligió un cliente joven, la cual se encuentra internada en la sala general de mujeres del Hospital Militar Regional de Mazatlán Sinaloa. La cual ingreso al hospital el tres de septiembre con Diagnostico de Primigesta con un embarazo de 39.6 SDG en trabajo de parto en fase latente y el día de inicio del estudio de caso contaba con un día de hospitalización.

Es importante aclarar que se requiere el nombre de la patología; el estudio de caso se centro en la persona-cliente, por lo tanto, las intervenciones de enfermería estarán enfocadas a ayudar a satisfacer sus necesidades afectadas dependiendo del grado de dependencia (parcial, total) que presente.

Para tal efecto se solicito el Consentimiento Informado (anexo1) del cliente; 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 convecciones personales. Con este principio se conoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.” ¹⁰³

“Fidelidad: entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin motivo poderoso. No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.” ¹⁰⁴

¹⁰³ SSA. Codigo de etica para las enfermeras y enfermeros de México. Comisión interinstitucional de enfermería México. D.F. 2001.pp11

¹⁰⁴ IDEM.pp.12-13

“Beneficencia y no maleficencia: se entiende cómo la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infligir daño o maldad a nada.”¹⁰⁵

Ingresó paciente femenina el día 03 de Septiembre del 2004 a las 16:46 horas, al servicio de urgencias donde es valorada por médico de guardia, primigesta con embarazo de 39.6 semanas de gestación. Paciente tranquila cooperadora conciente, orientada en espacio tiempo y lugar, con 90/60 de presión arterial, 81 de latido cardíaco, 23 de respiración 36.3 de temperatura, refiere que desde las 05 horas arrojó moco con sangre e inicio de dolores de parto, refiere ella, a la exploración física, se toca abdomen globoso a expensas de útero gestante con DPF de 33 centímetros, se toca producto único, activo, longitudinal, cefálico, dorso a la derecha, FCF de 148 latidos por minuto. Al tacto vaginal, cervix, blando, con 60% de borramiento y 4 centímetros de dilatación, estación menos uno, membranas integra, abombadas, guante explorar limpio. Se dan las siguientes indicaciones: se encama en sala general de mujeres, iniciar parto gramá, dieta líquida, vigilar actividad uterina y frecuencia cardíaca fetal, canalizar a los 6 centímetros de dilatación y preparar para sala de expulsión, signos vitales cada 4 horas, avisar cualquier eventualidad, subirla a expulsión cuando se indique. Presento buena evolución del trabajo de parto y a las 03:15 esta completa y pasa a sala de expulsión, en donde a las 05:10 nace producto único, vivo, masculino, el cual lora y respira presentando un Apgar de 9-10 y 39 semanas por Capurro. A la paciente se le tuvo que realizar episiotomía media para evitar desgarro la cual se sutura con crómico 2-0, se presenta el alumbramiento de la placenta estando completa, se aplica 20 UI de oxitócica a 125 cc por hora, al terminar episiorrafia se coloca apósito para sangrado transvaginal y se pasa a sala general de mujeres con las siguientes indicaciones: vigilar sangrado transvaginal, Sol. Mixta de 1000 más 20 UI de oxitócica a 125 cc por hora, ampicilina un gramo I.V. cada seis horas, paracetamol una tableta cada seis horas, fumarato ferroso una tableta cada 24 horas., dieta blanda al medio día, avisar cualquier eventualidad. Con el diagnóstico de puerperio fisiológico inmediato. Por la tarde la paciente solicito su alta y no existiendo ningún inconveniente y habiendo evolucionado

¹⁰⁵ SSA. Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México. Comisión Interinstitucional de enfermería. México.D.F.2001.pp.11

satisfactoriamente el medico de guardia autoriza su alta egresando a las 19:20 horas. Del día 4 de Septiembre. Durante su hospitalización por parte de enfermería se le brindo la siguiente asesoria: la lactancia materna, cuidados durante el puerperio.

3.2 Valoración

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

3.2.1 Fuentes de información

Para la valoración se tuvieron como fuentes de información: la valoración primaria y secundaria, expediente clínico, familia, personal de enfermería, registros de enfermería y la literatura.

3.2.2 Técnicas

Las técnicas utilizadas para la obtención de la información fueron:

- “Entrevista: es un contacto interpersonal que tiene por objeto recopilar datos verbalmente” ¹⁰⁶ (anexo 2)

“Es una labor completa que requiere ante todo de habilidad en la comunicación y de la interrelación estrecha con el usuario. Tiene como finalidad. La obtención de la información necesaria para el diagnóstico y planeación de actividades.” ¹⁰⁷

- “Observación: es un proceso de piezas mínimas de información o de claves conseguidas con el uso de los sentidos. Estos sentidos son utilizados en diversas formas para observar al cliente: características generales de apariencia, actividad física; el contenido y proceso de las interrelaciones y relaciones; y el

¹⁰⁶ GARCIA,Gonzalez,Ma.de Jesus. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. et:ProgresoS.A.México 1997.pp.44

¹⁰⁷ RODRIGUEZ.S.Bertha A. Proceso de enfermería. et. Cuellar.Guadalajara,Jalisco.2000. Pp.57

ambiente.”¹⁰⁸

“Exploración física: permite obtener una serie de datos para valorar el estado de salud de un individuo y determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería y médicas. Este debe ser completo, sistemático y preciso, con un modelo por sistemas corporales o de cabeza a pies.”¹⁰⁹

- Método clínico, fue utilizado para valorar las necesidades en su dimensión biológica, utilizando la inspección, palpación, percusión y la auscultación.

Los datos obtenidos fueron registrados en la historia clínica que más adelante se presenta (anexo 3).

3.2.3 Instrumentos de registros

Para el registro de la información se utilizó la de enfermería, historia clínica, hoja de valoración de necesidades.

Es importante mencionar que aquí no se presentan los registros de la hoja de enfermería, ya que es un documento legal y para su utilización se requiere un consentimiento de la paciente y de la institución.

3.3 Diagnostico

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

Ya obtenidos los datos se organizaron y se clasificaron en necesidades, considerando las dimensiones señaladas por Henderson:

Biológicos: atentado a la integridad física.

¹⁰⁸ IDEM.pp.36

¹⁰⁹ IDEM.pp.39

Psicosociales: atentado de la integridad social (relación con el medio y el entorno).

Psicológicas: atentado de la integridad del yo.

Culturales. Atentado de sus creencias.

Lo cual facilito el análisis para conocer tanto las fuentes de dificultad como los problemas que la afectan, utilizando los formatos que más adelante se presentan.

Las “fuentes de dificultad: son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno que impiden la persona satisfacer sus propias necesidades.”¹¹⁰ Y pueden ser falta de fuerza, falta de voluntad o falta de conocimientos.

“Falta de fuerza: la dependencia proviene de que el individuo carece de fuerza, no solo de fuerza física si no también de fuerza moral, para tomar decisiones y comprometerse en las acciones para conservar la salud o recuperar la salud.”¹¹¹

“Falta de voluntad: la voluntad se ve disminuida por los problemas de salud, frecuentemente, este estado, está relacionado con la capacidad intelectual y se ve limitado por la falta de recurso económicos o por factores sociocultural.”¹¹²

“Falta de conocimientos: hay desconocimiento de los mecanismos de acción del desarrollo de enfermedad, de los recursos de salud, de los cuidados que se deben tener cuando se presenta la enfermedad para evitar su desarrollo, en general lo que se refiere a prevención, curación y rehabilitación.”¹¹³

El tipo de diagnostico que se estructuraron fueron real y potencial.

Diagnostico real: describe la respuesta actual de una persona, una familia o una comunidad y se apoya en la existencia de características definitorias, además de tener factores relacionados.

¹¹⁰ FERNANDEZ, Ferrín, Carmen Novel y Martin Gloria. **El modelo de Henderson y el proceso de atención de enfermería**. En: antología: fundamentación teórica para el cuidado. ENEO. UNAM. 2004. PP. 268

¹¹¹ IDEM. pp. 268

¹¹² IDEM. pp. 268

¹¹³ IDEM. PP. 268

Diagnostico potencial: describe respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables, no existen características definitorias, solo se apoya en los factores de riesgo.

Su estructura fue con base al formato PES:

P: problema.

E: etiología

S: signos y síntomas.

También se apoyo en las etiquetas de la NANDA las cuales tienen querencia con el modelo de Virginia Henderson ya que fueron trabajados con base a necesidades. Considerando las etiquetas de la “NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) la cuál esta organizada por patrones funcionales de salud para facilitar la localización y aprendizaje de cada categoría diagnostica.”¹¹⁴

A demás porque está basada en las necesidades y es congruente con el Modelo conceptual de Virginia Henderson.

Es importante señalar que se hizo un análisis de las catorce necesidades valoradas en la cual se señaló la independencia o grado de dependencia, a continuación se presenta (anexo 4).

De estas catorce necesidades para fines de trabajo se identificaron tres necesidades con dependencia y cuatro interdependiente que a continuación se presentan (anexo 5).

3.4 Planeación

Con base al diagnostico y a las fuentes de dificultad se selecciono el rol de enfermería el cual según Henderson puede ser :

q).- Ayuda

b).- Suplencia

¹¹⁴ RODRIGUEZ S. Bertha. Proceso de enfermería. et: Cuellar. Tercera reimpresión .Guadalajara Jalisco .pp.221

c).- Acompañamiento, ayudando al cliente a través de intervenciones independientes o dependientes.

“Independientes: la enfermera esta capacitada para atender y están incluidas en el campo del diagnostico y tratamiento de enfermería.”¹¹⁵

“Interdependientes: son las actividades que se desarrollan mediante una labor de equipo.” ¹¹⁶

“Dependientes: son las actividades que la enfermera desarrolla de acuerdo con las ordenes médicas.”

El formato de plan de atención se incluyo el objetivo, meta, criterios de evaluación y la fundamentación de las intervenciones de enfermería (anexo6).

3.5 Ejecución y Evaluación

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

Para la evaluación se tuvo que recurrir, nuevamente a la valoración para obtener datos que permitieran comprara los resultados obtenidos con los criterios de evolución y saber sise cumplió o no el objetivo y retroalimentar el plan de atención.

¹¹⁵ GARCIA ,González, M^a de Jesús. **El proceso de enfermería y el Modelo de Virginia Henderson.** Et .Progreso S.A. México 1997.pp9

¹¹⁶ IDEM.pp.9

115

ANEXO 1
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
ESTUDIO DE CASO

Yo N N H R de 16 años de edad.
Con domicilio: cerro del vigía num.216 int.6 colonia: Benito Juárez
En la Ciudad de: Mazatlán Estado: Sinaloa

DECLARO QUE:

La pasante de enfermería Griselda Robles Cruz solicita mi autorización para realizar un estudio de caso sobre mi persona. Para llevar a cabo su Titulación de Licenciada en enfermería Y obstetricia de la Escuela Nacional de Enfermería Y Obstetricia.

ME EXPLICO QUE:

El estudio de caso, es el estudio de una persona en particular a la cual se le realiza una entrevista (interrogatorio) y exploración física para obtener información, y poder detectar necesidades afectadas respecto a la salud en esa persona y se elabora un plan de cuidados de enfermería para favorecer su pronta recuperación.

1. Mi nombre no aparecerá, solamente mis iniciales.
2. El estudio requerirá de dos o más entrevistas.
3. En caso de ser necesario se le entrevistará a mi madre y a mi esposo
4. De ser necesario habrá una visita a mi domicilio particular.
5. Verá mi expediente clínico como un auxiliar para recopilar datos (indicaciones médicas, registros de enfermería, estudios de laboratorio).
6. Tengo el derecho de reservarme alguna respuesta.
7. Se requiere de una exploración física (revisión) para obtener más datos.
8. Confidencialidad.
9. Llevará por título estudio de caso de un joven con alteración de sus necesidades.

Mi estudio lo mandará a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y a la Universidad Nacional Autónoma de México donde realizará su examen profesional ante un jurado, el cual se basará sobre mi estudio.

Tengo derecho a negarme a la realización del estudio a pesar de haber dado mi autorización, si es así automáticamente se suspenderá. No habrá represalias sobre mi persona por tal negativa.

VENTAJAS

Se detectaran las principales necesidades afectadas a las cuales se le brindaran los cuidados necesarios y se brindara una atención de calidad.

Por tal motivo autorizo a la pasante de enfermería Griselda Robles Cruz

Que realice su trabajo, estudio de caso sobre mi persona. Ante lo cual presento mi firma.

N.N.H.R.

Mazatlán, Sinaloa a Septiembre del 2004.

ANEXO 2

HOJA DE VALORACION DE LA ENFERMERA
(Entrevista)

Características Personales

Nombre N.N.H.R. de edad 16 años Talla: 1.58 sexo femenino
Estado civil casada religión: católica etnia _____
Escolaridad: primaria completa no termino la secundaria. Ocupación: hogar
Cuál es su objetivo de salud: nunca estar enferma. Siempre sana tener buena alimentación.
Hospitalizaciones previas: nunca primera vez que se encuentra en esa situación
Motivo de ingreso: Primigesta con embarazo de termino en trabajo de parto.
Está tomando medicamentos: durante el embarazo ácido fólico, fumarato ferroso y polivitaminas. Calcio y se aplico vacuna de tetanos. psylum plantaço
Signos vitales: Temp. 36.7 Pulso: 74 X min. Resp: 18 por min. T/A: 90/60
Familia No. De miembros: dos con quien vive: con su esposo
Problemas de relación con la familia. Si _____ No X porqué _____

1. Oxigenación

Estilo de vida. Sedentaria _____ Activa X
Realiza sus actividades cotidianas sin fatigarse (disnea). SI
Patrón respiratorio. Ritmo, regularidad, profundidad: respiraciones dentro de parámetros normales, buena profundidad y buen ritmo.
Secreciones, tos, aleteo nasal, dolor asociado a la respiración: no presentes
Cuántos cigarrillos fuma al día, desde cuando: no fuma
Antecedentes de enfermedades acilitadotes torias, dolor precordial, asma, taquicardia. Hipertensión, anemia, varices: negados

2. Nutrición e hidratación

Se alimenta sola: si con ayuda no
Horario y número de comidas habituales: tres comidas al día a las 09 hrs., 14 hrs. Y 20 hrs. Así mismo consume entre comidas antojos como frutas, verduras, etc.

Cantidad y tipo de líquidos que ingiere a. día: agua natural de 4 a 6 vasos a día y refresco de cola una botella al día

Preferencias o desagradados: no le gusta el chayote y le encanta la comida mexicana. También consume mucho marisco

Patrones de aumento/ pérdida de peso: antes del embarazo pesaba 57 kilos hoy pesa 69 kilos aumento 12 kilos durante todo el embarazo

Suplementos alimenticios: ninguno

Conocimientos de factores que favorecen la digestión: no sabe

Anorexia, náusea, vómitos, indigestión, hiperacidez: vómitos al principio del embarazo después desaparecieron

Medidas para purificar agua, la hierve, desinfecta, garrafón: utiliza solamente de garrafón o embotellada

Revisión. Peso: 69 kilos talla: 1.58 metros

Boca; capacidad para hablar, masticar y deglutir:

Lengua: hidratación, úlceras, inflamación. Encías: color, edema, hemorragia, dolor. Lengua bien hidratada buena coloración: Encías color rosa pálido. buen aspecto sanas.

Dientes: caries, prótesis, sensibilidad al frío o calor. Labios: color, hidratación, grietas: molares con amalgamas, buena higiene dental, restos sin alteraciones.

3. Eliminación

Frecuencia y cantidad en 24 horas, heces: una vez al día orina: 5-6 veces al día

Color, Consistencia. Heces: café consistencia normal orina: amarilla claro

Estreñimiento (si) hemorroides (no) dolor menstrual (no).

Ayudas, líquidos, alimentos, medicamentos, enemas: toma psylum plantago por las noches y en las mañanas corfleks de fibra

Problemas de: urgencia, retención, incontinencia, infecciones: negados

Intestino: dolor, diarrea, flatulencia, heridas, estomas: padece de colitis

Genitales: erupciones e irritaciones perineales, lesiones, secreción anormal. Hoy se encuentra con sangrado transvaginal posparto.

4. Moverse y mantener una buena postura

Patrones de actividad y ejercicio: en su casa en el trabajo y en el tiempo libre: por las tardes sale a caminar al malecon

Medidas higiénicas para moverse y tener una buena postura (ejercicios activos y pasivos para mejorar tono muscular, uso de mobiliario y calzado adecuado): el día de hoy refiere dolor al caminar y sentarse por la episiotomía por lo tanto presenta limitación para el movimiento

Limitaciones en la deambulaci3n: si por dolor de episiotomía

Postura habitual con relaci3n al trabajo: no trabaja se dedica al hogar

Dolor muscular, inflamaci3n de articulaciones. Defectos 3seos: no presenta ninguno

Revisi3n: capacidad funcional, mano dominante, utilizaci3n de brazos, piernas y manos, fuerza, presi3n, marcha, utilizaci3n de aparatos: persona completamente sana sin ninguna incapacidad con mucha fuerza tanto f3sica como mental

5. Descanso y sueño

Patrones de reposo, sueño, horas en la noche, siesta: acostumbra dormir nueve horas diarias hoy presenta cansancio, bostezos, ojeras por que durmi3 solamente dos horas por el trabajo de parto y por el parto en si, desea descansar y dormir un poco.

Alteraciones por estados emocionales: tampoco pudo dormir por estar preocupada por su beb3, no sabe como amamantarlo, cambiar su pañal y por la nueva situaci3n que se le presenta, desea ser una excelente madre

Uso de reductores de tensi3n no

Facilitadores del sueño, masaje, relajaci3n, m3sica, lectura, medicamentos _____

6. Uso de prendas de vestir adecuadas

Distingue relaciones entre higiene personal y salud: Comenta que la higiene ayuda a prevenir enfermedades, a dem3s de que favorece la comodidad.

Necesita ayuda para vestirse o desvestirse no

Hábitos sobre la higiene personal y del vestido: se lava las manos antes y después de ir al baño antes de los alimentos se cepilla los dientes tres veces al día después de comer. Se ve limpia u ropa y en su persona

Tiene los recursos económicos para vestir ropa limpia y que conserve el calor: si

7. Termorregulación

Se protege en los cambios de temperatura ambiente: si

Sensibilidad extrema al frío o al calor no

Qué valor le da a: comida, ropa: la comida indispensable para la vida, la ropa puede ser la misma pero limpia no indispensable pero si necesaria.

Manejo adecuados en el control de la temperatura. si

8. Higiene y protección de la piel

Hábitos higiénicos diarios que quiere mantener; higiene oral, higiene femenina, arreglo personal: tiene buena higiene personal, así mismo refiere buena higiene bucal, la higiene

Aseo de dientes, manos, baño, con que frecuencia: cepillado de dientes tres veces al día, baño tres o dos veces al día por el calor.

Uso de algún producto específico, colonia, crema: siempre utiliza un perfume suave y crema para la piel después del baño

Revisión de piel. Pigmentación, temperatura, textura, turgencia, lesiones, contusiones, hemorragias, cicatrices, masas, prurito, edema: piel blanca de buena coloración, bien hidratada, tersa, suave, sin cicatrices ni lesiones visibles. Presenta episitomia media en perine, con ligero edema

Mucosa oral. Integra, deshidratada, hidratada: mucosa oral, color rosa pálido, bien hidratada, integra, sin lesiones

9. Evitar peligros

Prácticas que afectan la seguridad personal: hábitos, drogas, alcohol, tabaco, café, bebidas con cola, nivel de consumo: la toma de refresco de cola, un bote diario en la comida, resto negados.

Recursos de salud, médicos, odontólogos, hospitales: acude al hospital militar regional de Mazatlán, el cual cuenta con todos los servicios de primer y segundo nivel de atención, y ella acude a recibir atención médica cada vez que lo necesita.

Prácticas de salud, Manejo de estrés/ansiedad, técnicas de relajación: manifiesta no padecer de estrés o tensión, pero últimamente, presenta preocupación por el cuidado de su bebé, la lactancia y el método de planificación que utilizará.

Autoexamen de mama y testículos: no sabía examinarlos, pero en una consulta de control prenatal le explicaron como hacerlo, y se realiza el autoexamen una vez al mes.

Hogar, Características que constituyen peligros para la seguridad: pisos, escaleras, aislamiento: casa de un solo piso no hay riesgos de peligro.

Entorno físico, vecindario, presencia de peligros ambientales: comenta que solamente existe un monte como a dos kilómetros de su colonia.

10. Necesidad de comunicares

Facilidad para expresar sentimientos y pensamientos: es una persona que solamente expresa sus sentimientos y pensamientos respecto al recién nacido.

Relaciones con la familia y con otras personas: refiere que se lleva bien con su Madre y su hermana, con la familia de su esposo viven en Veracruz así que no convive con ellos.

Utilización de mecanismos de defensa, (agresividad/hostilidad, desplazamiento, etc): es una persona fácil de tratar.

Limitaciones físicas que interfieran en su comunicación: en un principio su timidez.

Contactos sociales frecuentes y satisfactorios: antes de embarazarse salía mucho, durante su embarazo ya no, para cuidarse y evitar accidentes, según su mamá.

Facilitadores de relación: confianza, receptividad, empatía, disponibilidad: es una persona que es muy receptiva, así mismo presenta disponibilidad para el trato y en las orientaciones que un le brinda.

11. Vivir según las creencias y valores

Ritos que debe practicar de acuerdo a su religión: ninguno

Frecuencia de algún servicio religioso: asiste a misa en algunos domingos

Valores que ha integrado en su estilo de vida: la honestidad

En qué medida sus valores se han alterado por su situación actual de salud: de ninguna forma

Creencias religiosas significativas en este momento: ninguna

12. Necesidad de trabajar y realizarse

Historia laboral, tipo de trabajo, duración: nunca ha trabajado

El trabajo le provoca satisfacción o conflicto:

La enfermedad, que tipo de problemas le ha traído:

Psicológicos, económicos, laborales, otros:

Autoconcepto positivo/negativo de sí mismo: se siente realizada como mujer por tener un hijo, considera que es lo más grandioso que le pudo pasar.

Capacidad de decisión y de resolver problemas: no tiene capacidad de decisión va que cuando presenta un problema y no se encuentra su esposo le habla a su mamá y es ella quien le ayuda a resolver el problema

Problemas en: olfato, gusto, tacto, memoria, orientación: no presenta ninguno

13. Participar en actividades recreativas

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

Su pasatiempo favorito es ver televisión, leer revistas de espectáculos, en actividades

recreativas durante el embarazo se puso a tejer para su hijo:

La última vez que participó en actividades de este tipo: hace como 4 o 5 meses que fueron a un paseo a la sierra durante un fin de semana

El uso de su tiempo libre le proporciona satisfacción: comenta que si

Dispone de recursos para dedicarse a cosas que le interesan: si

La distribución de su tiempo es equilibrada entre el trabajo, y la recreación. no
considera que por el embarazo _____

14. Necesidad de aprendizaje

Conocimientos sobre el desarrollo del ser humano en su ciclo vital: comenta que si,
pero que ella se caso muy chica ya que su mama se caso a los 16 años y ella se
enamoro y por eso decidió casarse. como ya sabe leer y escribir considera que es
suficiente. _____

Conocimientos sobre si mismo, necesidades básicas, su estado de salud actual, su
tratamiento y autocuidado que necesita: desconoce los cuidados que tendrá durante
el puerperio así como los cuidados del recién nacido. _____

Desearia incrementar sus conocimientos sobre aspectos relativos a su
salud/enfermedad: desea saber sobre la lactancia materna. método de planificación
familiar y cuando podrá iniciar vida sexual. _____

Técnicas de autocontrol emocional, cambios necesarios en sus hábitos e vida ____

Situaciones que alteran la capacidad de aprendizaje, ansiedad, dolor, pensamientos,
sentimientos, angustia: por un momento el dolor: ella ansia saber sobre estos temas
antes de irse de alta _____

15. Sexualidad y reproducción

Demuestra comodidad con la propia identidad sexual: si _____

Capacidad para gozar y controlar la propia conducta sexual y reproductiva, de
acuerdo con una ética personal y social: desconoce métodos de planificación
familiar. en cuanto se caso no se cuidó por que deseaba embarazarse _____

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

Presencia de enfermedades que dificultan las funciones sexuales y reproductivas.

Mujer

Menstruación. Tipo: regular flujo: moderado cantidad: moderada

Dismenorrea no hipermenorrea no metrorragia no

Historia de embarazo Gesta 1 partos 1 abortos cesáreas

Medidas de control de natalidad neogadas

Examen de papanicolaou si no x cuando

Otros problemas

Nota: manifiesta preocupación y angustia por el cuidado del recién nacido, por la lactancia materna. Así mismo por el método de planificación que utilizará y cuando reiniciara vida sexual.

ANEXO 3

HISTORIA CLINICA

H.A.F: abuelos paternos sanos, abuelos maternos sanos, padres sanos, hermano sano.

A.P.N.P: originaria de Sinaloa, radica en Mazatlán. No cuentan con casa propia, viven en casa de renta son dos cuartos pequeños, uno es la cocina el otro es una recamara cuentan con todos los servicios, hacinamiento ya que viven en una como pensión. Casada por lo civil, estudio hasta primero de secundaria, se dedica al hogar, no alergias, Gpo Rh: O positivo, no toxicomanías no transfusiones.

A.P.P: no hospitalizaciones, no cirugías.

A.G.O: M: 12 años RCS: 30/5 RCC:30/5 no dismenorrea, no dispareunia, FuPaP: nunca se lo ha realizado, parejas sexuales: una PARA:0 GESTA:1 FUM: 27 noviembre 2003. FPP: 4 septiembre 2004.

P.A: acude para revisión ya que refiere que a las cinco de mañana arrojó moco con sangre y presenta dolores de parto, así mismo refiere dolor en región lumbar y todo el abdomen, esta tomando fumarato ferroso una tableta al día, ácido fólico.

E.F: Se toca abdomen globoso a expensa de útero gestante, se toca producto único, longitudinal, cefálico, dorso a la derecha, encajado, FCF: 148 por minuto. Al tacto vaginal, se toca Cerviz, blando, central, con 60 % de borramiento, cuatro centímetros de dilatación, membranas integras abombadas, guante explorador sale limpio.

PLAN: se encama en sala general de mujeres para atención del parto.

Numero	Necesidad	Independiente	Parcialmente independiente	Dependiente
		ID	PD	D
1	Oxigenación	x		
2	Nutrición Hidratación	x		
3	Eliminación			x
4	Termorregulación	x		
5	Moverse y mantener buena postura		x	
6	Descanso Sueño		x	
7	Seleccionar prendas de vestir	x		
8	Higiene Protección			
9	Evitar peligros	x		
10	Comunicarse	x		
11	Vivir creencias y valores	x		
12	Trabajar y realizarse			x
13	Jugar y actividades recreativas		x	
14	Aprendizaje			x
15	Sexualidad y reproducción		x	

ANEXO 6

Necesidad	Dimensiones			
Descripción	Biológicos	Psicosociales	Psicológicos	Culturales
Eliminación	<p>Antes:</p> <p>Una evacuación al día</p> <p>Padece de colitis.</p> <p>Poco agua.</p> <p>Actualmente:</p> <p>No ha presentado evacuación desde ayer.</p> <p>No quiere caminar por el dolor de la episiotomía.</p>	<p>Poco agua natural.</p> <p>Refresco de cola.</p> <p>No ha tomado agua por el ayuno.</p>	<p>Cuando está preocupada se le acentúa la colitis.</p> <p>Está preocupada por que no ha evacuado.</p> <p>Tensa por el dolor de la episiotomía.</p> <p>Considera que el caminar le ocasiona más dolor.</p>	<p>Toma fibra por las mañanas. Y psylum plantago por las noches.</p> <p>No ha tomado sus fibras desde ayer que se encamo y considera que le hacen falta.</p>

Falta de voluntad y de conocimientos. Parcialmente dependiente. Rol de la enfermera: independiente.

Dx. Enfermería: Riesgo de estreñimiento secundario a dependencia de laxantes, dolor en perine y limitación al movimiento manifestado verbalmente.

Necesidades	Dimensiones			
	Descripción	Biológicos	Psicosociales	Psicológicos
Moverse y mantener buena postura	<p>Antes: Se movía fácilmente.</p> <p>No presentaba dolor.</p> <p>Actualmente: Presenta limitación al movimiento sobre todo al caminar y sentarse, refiere dolor por la episiotomía. Edema en perine.</p>	<p>Se podía mover en la sociedad fácilmente.</p>	<p>Tensión por el dolor.</p>	<p>Considera que la episiotomía es un desgarre.</p>

Falta de voluntad y de conocimientos. Parcialmente dependiente. Rol de enfermería independiente.

DX Enfermería: Intolerancia a la actividad física relacionado a disminución de la movilidad física manifestado por el dolor de la episiotomía.

Necesidad		Dimensiones		
Descripción	Biológicos	Psicosociales	Psicológico	Culturales
Descanso y sueño	Antes: Dormía de 8 a 9 horas diarias.	En su casa hay paz y tranquilidad.	Creía que el parto no era tan cansado.	
	Actualmente: Cansada. Presenta ojeras y bostezos frecuentemente. Solamente ha dormitado dos horas.	En el hospital hay mucho ruido y esta el llanto del bebé.	Estresada por el parto. Preocupada por el cuidado del recién nacido. Se siente cansada.	Quiere que su mamá se quede con ella para que le cuide su hijo.

Falta de fuerza y de conocimientos. Parcialmente dependiente. Rol de enfermería independiente.

DX. Enfermería: Alteración del patrón del sueño relacionado con el estrés psicológico del parto, dolor y la responsabilidad como cuidador, manifestado por ojeras, bostezos y pocas horas de sueño.

Necesidad	Dimensiones			
Descripción	Biológicos	Psicosociales	Psicológicos	Culturales
Higiene y protección de la piel.	16 años. Puerperio fisiológico inmediato. Episiotomía media.	No sabe que es una episiotomía.	Tensa por el dolor.	Cree que es un desgarro. Pregunta como se va a curar y cuando se le van a retirar los puntos.

Falta de conocimientos. Dependiente .Rol de enfermería: independiente

DX. Enfermería: Riesgo de infección relacionado con pérdida de la continuidad de piel y mucosa en perine relacionado a riesgo intrahospitalario, falta de información para el cuidado de la salud y limitación para el movimiento.

Necesidad	Dimensiones			
Descripción	Biológicos	Psicosociales	Psicológicos	Culturales
Trabajar y realizarse	Femenina 16 años de edad. Primaria. Primer hijo. Año y medio que se caso.	Casada. Ella deseaba casarse y formar una familia. Se dedica al hogar.	Se siente realizada por que esta casada y ya tiene su primer hijo.	Su madre se caso a los 16 años. Piensa que la mujer es para el hogar. Considera que las mujeres son para tener hijos. Su madre nunca trabajo.

Falta de conocimientos. Dependiente. Rol de enfermería: asesoría.

Nota. Considero que no es un problema de enfermería; ya que es la cultura que en su familia le inculcaron.

Necesidad	Dimensiones			
Descripción	Biológicos	Psicosociales	Psicológicos	Culturales
Aprendizaje	<p>Antes:</p> <p>16 años</p> <p>Primaria</p> <p>Actualmente:</p> <p>Desea conocer el cuidado del recién nacido.</p> <p>Lactancia materna.</p> <p>Método de planificación familiar e inicio de relaciones sexuales.</p>	<p>Las mujeres se casan muy jóvenes.</p> <p>No es necesario estudiar una carrera profesional ya que se dedicara al hogar.</p> <p>No se siente satisfecha con los cuidados que le realiza a su hijo, los considera inadecuados y solicita explicación del personal de enfermería.</p>	<p>Se siente feliz</p> <p>Preocupada por el llanto del recién nacido.</p> <p>Ansiosa por saber ya que realiza muchas preguntas.</p> <p>Se siente incapaz de poder realizarlos.</p>	<p>Aprender a leer y escribir es suficiente.</p> <p>Le han comentado muchas cosas su mama y sus amigas, pero ella desea que aquí en el hospital le expliquen bien los cuidados.</p>

Falta de conocimientos. Dependiente Rol de enfermería: interdependiente

Dx enfermería: Déficit de conocimientos sobre: puerperio, cuidados al recién nacido, lactancia materna, métodos de planificación familiar y sexualidad relacionado con falta de oportunidad previa de aprendizaje manifestado por búsqueda de información, insatisfacción con la propia capacidad para manejar los cuidados y conducta inapropiada

ANEXO 7

PLAN DE ATENCION (CUIDADOS)

Iniciales: N.N.H.R Fecha: 4 de septiembre del 2004.

Necesidad: Eliminación Tipo de dependencia: falta de voluntad y de conocimientos.

Rol de enfermería: independiente

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de estreñimiento secundario a dependencia de laxantes, dolor de perine y limitación del movimiento manifestado verbalmente.

Objetivo: Disminuir factores de riesgo para el estreñimiento.

Meta	Criterios evaluación	Intervención enfermería	Fundamentación	Evaluación
A corto plazo	<p>Hidratación</p> <p>Características del peristaltismo o intestinal.</p> <p>Intensidad del dolor.</p>	<p>Verificar la presencia de distensión abdominal, flatulencia y esfuerzo para defecar (ID).</p> <p>Corroborar la ingesta de líquidos (ID).</p> <p>Valorar las características de las evacuaciones (ID).</p> <p>Ayudar al cliente para de ambulación (ID)</p>	<p>La valoración permite identificar los factores que se relacionan con el estreñimiento así como sus manifestaciones.</p> <p>La ingesta de líquidos y el ejercicio ayudan a estimular la movilidad normal de los intestinos.</p> <p>El valorar las características de las heces (color, consistencia, forma, cantidad, olor y componentes) ayudan a identificar datos de anormalidad.</p> <p>Ayudar al cliente durante la de ambulación pone en práctica el principio básico de enfermería de evitar lesiones.</p>	<p>Abdomen blando, depresible, con ruidos intestinales presentes.</p> <p>Acaba de tolerar su dieta la cual fue líquida de 1000 ml.</p> <p>No ha presentado evacuación.</p> <p>Se ayuda al cliente para la de ambulación pero refiere dolor moderado por la episiotomía.</p>

		<p>Informar al cliente sobre el estreñimiento y sus manifestaciones. (ID). Educar al cliente para que ingiera alimentos ricos en fibras, mayor cantidad de líquidos y que realice de 3 a 4 comidas al día (ID).</p> <p>Explicar al cliente sobre los efectos nocivos del uso prolongado de laxantes (ID).</p>	<p>La educación es la base para que se modifiquen patrones de conducta y se propicie el autocuidado.</p> <p>El uso prolongado o abuso de laxantes induce la disminución de movimientos peristálticos.</p>	
--	--	---	---	--

PLAN DE ATENCION

Iniciales: N N H R Fecha: 4 septiembre 2004

Necesidad: de descanso y sueño

Tipo de dependencia:

parcialmente dependiente

Diagnóstico de enfermería: Alteración del patrón del sueño relacionado con el estrés psicológico, dolor y la responsabilidad como cuidador manifestado por ojeras, cansancio, bostezos y pocas horas de sueño efectivo.

Rol de enfermería: independiente

Objetivo	Meta	Criterios a evaluar	Intervención de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lograr que el cliente pueda descansar. ▪ Disminuir su estrés. ▪ Alternará periodos de sueño con los periodos de su nuevo rol como cuidador del recién nacido. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A corto plazo 	<p>Sueño. Sentimientos. Ambiente</p>	<p>Valorar la calidad del sueño, eficacia de técnicas de relajación y presencia de otras manifestaciones a consecuencia de la alteración de este patrón (ID) Animar al cliente para que exprese sus sentimientos. ID Crear un ambiente</p>	<p>La valoración de la calidad del sueño permite determinar si el cliente alcanza un sueño profundo para que se produzca el descanso necesario. La mujer después del parto se encuentra agotada física y emocionalmente por lo que suele requerir mínimo de 6 hrs. De sueño, al no lograrlo puede</p>	<p>Se le proporciona un baño con agua tibia de regadera. Logrando que la clienta descanse y duerma por tres horas. Al despertar se le pregunto como se siente refiriendo que tuvo un sueño</p>

			<p>confortable y presentar seguro(ID) cambios</p> <p>Brindar baño importantes en su tibio de estado de animo regadera(ID) y en su conducta.</p> <p>Ayudarla a ▪ El cliente relajarse. expresara sus</p> <p>Explicar e sentimientos a informar al la enfermera cliente que podrá sentirse puede dormir, escuchada, que la aceptada y enfermera confiada en el cuidará al R.N. ambiente con el apoyo hospitalario, de un familiar y reduciendo así que su estrés.</p> <p>únicamente se El agua tibia le despertará a produce la hora de vasodilatación y amamantarlo. relajación con lo que se induce el sueño.</p> <p>La relajación por cualquiera de sus métodos origina sensaciones de bienestar que proporcionan el descanso y sueño.</p>	<p>agradable.</p>
--	--	--	---	-------------------

				Para poder dormir y descansar necesita saber que su vida esta bajo control y de que esta recibiendo los cuidados convenientes para su salud.
--	--	--	--	---

PLAN DE ATENCION

Iniciales: N.N.H.R.

Fecha: 4 septiembre 2004.

Necesidad: higiene y protección Tipo de dependencia: dependiente

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado con la perdida de la continuidad de piel y mucosa en perine relacionado a riesgo intrahospitalario falta de información para el cuidado de salud y limitación para el movimiento.

Rol de enfermería: independiente.

Objetivo	Meta	Criterios a evaluar	Intervención de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminuir factores de riesgo para la infección del perine. ▪ Identificar los cuidados que debe tener con el perine. ▪ Señalar los signos y síntomas de infección. ▪ Realizará los 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A corto plazo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Signos de infección ▪ Temperatura. ▪ Higiene y cuidados del perine. 	<p>Observar y valorar la presencia de signos de infección (rubor, calor, eritema)(ID).</p> <p>Cuantificar la temperatura cada 4 hrs(ID)</p> <p>Auxiliar al cliente durante el baño de regadera(ID)</p> <p>Realizar</p>	<p>La observación permite distinguir características de una herida quirúrgica limpia y las de la contaminada. La medición de la temperatura corporal permite identificar en forma oportuna la presencia de infección. El baño de regadera permite el arrastre mecánico de microorganismos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No hay signos ni síntomas de infección

<p>cuidados para la prevención de infección en el perine.</p>		<p>aseo del perine(ID) Asegurar un ambiente limpio. Informar a la cliente sobre los cuidados que debe tener con el perine(ID) Orientar al cliente sobre como detectar signos de infección(ID)</p>	<p>patógenos. además de proporcionar bienestar. El arrastre mecánico del agua y el efecto bactericida del jabón en el aseo del perine permite eliminar la mayor cantidad de gérmenes productores de infección.</p>
---	--	--	--

PLAN DE ATENCIÓN.

Iniciales: N.N.H.R.

Fecha: 4 septiembre del 2004.

Necesidad: Aprendizaje

Tipo de dependencia: Dependiente

Diagnóstico de enfermería: Déficit de conocimientos sobre: puerperio, cuidados al recién nacido, lactancia materna, métodos de planificación familiar y sexualidad relacionado con falta de oportunidad previa de aprendizaje manifestado por búsqueda de información, insatisfacción con la propia capacidad para manejar los cuidados y conducta inapropiada.

Rol de enfermería: interdependiente.

Objetivo	Meta	Criterios a evaluar	Intervenciones de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientar y/o educar al cliente sobre los cuidados generales que debe tener durante el puerperio, así como los cuidados al recién nacido y sobre la 	A corto plazo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Puerperio. ▪ Cuidados R.N. ▪ Lactancia materna ▪ Métodos de planificación familiar. ▪ Sexualidad. 	<ul style="list-style-type: none"> Valorar la información que tiene el cliente sobre el puerperio, cuidados al R.N., lactancia materna, métodos de planificación familiar y sexualidad. Educar al cliente sobre: el puerperio y sus complicaciones; cuidados al R.N.; lactancia materna; 	<ul style="list-style-type: none"> Esta valoración nos permitirá planificar un programa educativo del cliente y estimar la disposición de estar al aprendizaje. El comprender el proceso fisiológico del puerperio y sus posibles complicaciones animará a seguir los cuidados para conservar la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> Presenta muchas dudas, inseguridad y temor de abrazar, dar de comer a su bebe piensa que se le puede caer. Después de haberle explicado de lo que es el puerperio se siente un

<p>lactancia materna.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Poner cita al servicio de planificación familiar. 			<p>métodos de planificación familiar y sexualidad.</p> <p>Asesorar al cliente en el cuidado del recién nacido y la lactancia.</p> <p>Derivar al cliente al servicio de planificación familiar(IT).</p>	<p>El conocimiento de los cuidados del R.N., así como la técnica de lactancia materna ayudará a la integración del binomio y dará seguridad al cliente en el desempeño de su nuevo rol como madre.</p> <p>La orientación sobre planificación familiar permite al cliente y a su esposo determinar el número de hijos que desean y la distancia entre los embarazos.</p> <p>Hablar sobre sexualidad permite disipar las dudas acerca de la</p>	<p>poco más tranquila, ya que ella desconocía todo este proceso de la mujer en el posparto.</p> <p>Se le explico la técnica de amamantar a su bebe y como bañarlo, se le pidió después que ella realizara la técnica, sintiendo con más confianza y mayor seguridad de poder realizarlo ella.</p> <p>Acepta adoptar un</p>
---	--	--	--	---	--

				<p> eanudación de la actividad sexual. </p> <p> estar al pendiente de los cuidados que brinda el cliente al R.N., le proporciona seguridad y permite guiarla haciendo las correcciones necesarias. </p> <p> Identificar el lugar a donde acudir para obtener el método de planificación familiar deseado, evita confusiones y retrasos en su empleo. </p>	<p> método de control de la fecundidad, ya que dice que les gustaría tener su próximo hijo entre 3 y 4 años más. </p> <p> Comprende con los motivos de tener relaciones sexuales hasta después de la cuarentena, para evitar principalmente un embarazo no deseado en estos momentos. </p>
--	--	--	--	---	--

						Se le da cita con el ginecólogo a los 40 días para elegir el método de control natal. idóneo para ellos.
--	--	--	--	--	--	--

En lo personal no tuve ninguna dificultad en la realización del proceso de enfermería. Al contrario me favoreció ya que implica el desarrollo de otras habilidades como trabajar en equipo, aplicar una entrevista, realizar una exploración física y clasificar los datos obtenidos, considero que si lo desarrollo en forma constante, me agradara el proceso.

En el presente estudio se ayudo al cliente en cuatro necesidades detectadas donde tenia interdependencia en ese momento que en las necesidades de eliminación, descanso y sueño, aprendizaje y riesgo en la salud.

Por un cliente en puerperio fisiológico y tener 16 años y ser su primer hijo mas bien las necesidades se enfocaron en la falta de conocimiento en la atención del recién nacido, lactancia materna, cuidados del puerperio y dolor en episiotomía.

Los cuidados brindados fueron demostración de la técnica adecuada de amamantar, baño de artesa, cuidados al pezón antes y después de amamantar. Se le explico en que consiste el puerperio y los principales cuidados en casa, cuando tendrá su primera menstruación, cuando tener relaciones sexuales, así como los principales métodos de control de la fertilidad.

Se obtuvieron excelentes resultados ya que la cliente por su deseo de ser una excelente madre brindaba mucha atención a las explicaciones que se brindaron y en las técnicas que se le explicaron.

Cliente la cual fue vista en su visita de control en su puerperio refiriendo que todo iba bien y muy agradecida con el personal por la atención recibida, y que la información que se le brindo en sala, y que ahora atendía bien a su hijo sin ninguna tensión o preocupación.

CONCLUSIONES

A través del proceso de atención de enfermería y del modelo conceptual de Virginia Henderson se pudo ayudar al cliente en cuatro necesidades con base en fundamentos de enfermería.

El proceso de atención de enfermería nos ayuda a reconocer que no solamente la enfermería se dedica a la atención de enfermedad y curación; si no la atención de enfermería se debe basar en la atención del ser humano como un ser holístico, y tratar de cubrir todas sus necesidades básicas y fundamentales y no solamente dedicarnos a los cuidados de curación y atención de la enfermedad; demos demostrar que la enfermera no solamente se dedica a seguir ordenes medicas sin tener razonamiento propio.

Con el P.A.E. Podemos demostrar que somos capaces de realizar nuestros propios diagnósticos bien fundamentados y podemos tomar decisiones y brindar atención independiente, sin olvidar que tenemos que realizar las indicaciones medicas para el tratamiento de la enfermedad y nosotras encargarnos de ser humano sin olvidar lo más elemental el ser humano como un todo.

Así mismo este estudio de caso me permitió a no temer al proceso de atención de enfermería, ya que en lo personal me lo enseñaron enfocado a la patología y me olvidaba del ser humano; además de que era muy laborioso y siempre me salía mal. Hoy en día se que el proceso de atención de enfermería va enfocado a brindar cuiados al ser humano pero enfocado a sus necesidades, a su persona, entorno, espirito, salud y enfermedad.

También se puede aplicar con cualquier modelo conceptual de enfermería y desarrollarlo; ya que es un proceso dinámico, sistemático, humanista, flexible e interactivo.

BIBLIOGRAFIA

Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México. SSA..Comisión Interinstitucional de enfermería.México,D.F. 2001.pp:27

Disquisiciones sobre la naturaleza de los cuidados, para comprender la naturaleza de los cuidados de enfermería.En:Antología:Fundamentación teórica para el cuidado.COLLIERE,Francois M. ENEO. UNAM. 2004.pp: 423.

Elementos que participan en la construcción del proceso de cuidados. En: Antología:Fundamentación teórica para el cuidado. COOLLIERE, Francois M. ENEO, UNAM.2004. PP:423.

Enfermería Materno Infantil. Lowdermilk, Perry, Bobak.et:Harcourt/oceano. Tomo I y II. pp:1462

El pensamiento Enfermero. Kerouac,Suzanne. En: antología:Fundamentación teórica para el cuidado. ENEO.UNAM.Mexico.2004.pp.423.

El proceso de atención de enfermería.Fernandez, Ferrin; Carmen Novel y Martín Gloria. En:antología: Fundamentacion teórica para el cuidado. ENEO UNAM.México.2004.pp:423.

El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson.GARCIA,Gonzalez Ma. De Jesús. Et: Progreso S.A. México 1997. Pp:330

El proceso de enfermería. Valoración, Planificación, Implementación y Evaluación. Et:Alhambra. México. Pp:222.

Fundamentacion teórica para el cuidado. UNAM, ENEO. Compiladoras: Pacheco Arce Laura, García Piña Ma. Aurora, Rodríguez Jiménez Sofía. México. 2004. pp.423.

Fundamentos históricos de la enfermería. Siles Jose. En: antología Fundamentacion teórica para el cuidado. ENEO, UNAM. México. 2004. pp:423.

La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. Hernández Martín Francisca. Revista: Enfermería, fisioterapia y podología.

Manual de aspectos técnicos de enfermería. SDN. México. 1996. pp.318.

Modelos y Teorías en enfermería. MARRINER, Tomey A. Raile Alligood M. En: antología: Fundamentacion teórica para el cuidado. ENEO, UNAM, México. 2004. pp.423.

Obstetricia básica Ilustrada. Mondragón Castro Héctor. et: trillas. Tercera reimpresión. 1997. México. Pp.822

Proceso de atención de enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. Janet W. Griffith, Paula J. Christensen. et. El manual moderno, S.A. De C.V. México, D.F. Pp:406

Proceso Enfermería. Rodríguez S. Bertha Alicia. Et: Trillas. Guadalajara, Jalisco. 2000. Pp:267.

Teorías y Modelos de enfermería. Ruby L. Wesley, RN, PhD, CRRN. et: McGraw-Hill Interamericana 2da. Edición México. 1997.

Pp.179

Teorías y Modelos para la practica de enfermería.Compiladoras: Bernal López Beatriz, Téllez Ortiz Sara Esther, García Piña Aurora. UNAM, ENEO. México. pp:314.

.<http://enfermería.udea.edo.co/revista/sep99/autocuidado.htm>.activa.MENA Uribe Tulia

<http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>.activa. Jose Raul Dueñas Fuentes.

<http://perso.wanadoo.es/enfermeros/index2.html?/enfermeros/profesional.html> principal.activa.

C.D. Complementario de la antología de Fundamentacion teórica para el cuidado del seminario de titulación 2004.García Piña Ma. Aurora, Hernández Ramírez Luz Ma.; Sandoval Alonso Leticia. ENEO, UNAM. México 2004.