



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y**  
**OBSTETRICIA**



**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**  
**“A un adolescente con alteración de la nutrición por gastritis basado**  
**en la valoración de las catorce necesidades de Virginia Henderson”**

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

**P R E S E N T A**

**SILVIANA GARCÍA RAMÍREZ**  
**Nº. CUENTA 0-7512235-5**

**MTRA. ROSA MARÍA LERMA JASSO**

**DIRECTORA ACÀDEMICA**

México, D.F.  
2006

Mayo del



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.

**ÍNDICE**

	<b>PÁG.</b>
INTRODUCCIÒN	4
OBJETIVOS	6
• Objetivo general	
• Objetivos específicos	
• Objetivos personales	
<b>I METODOLOGIA DEL TRABAJO</b>	<b>7</b>
<b>II MARCO TEÓRICO</b>	<b>8</b>
2.1 Enfermería como profesión y como disciplina	9
2.1.2 Antecedentes de Enfermería	9
2.2 Proceso de atención de enfermería	14
2.2.1 Concepto	14
2.2.2 Objetivos	15
2.2.3 Ventajas	15
2.3 Etapas del Proceso Atención de Enfermería	16
2.3.1 Valoración	16
2.3.2 Diagnóstico	18
2.3.3 Planeación	20
2.3.4 Ejecución	23
2.3.5 Evaluación	24
2.4 Reseña histórica Virginia Henderson	25
2.4.1 Teoría de Virginia Henderson	25
2.5 Adolescencia	29
2.6 Anatomía y fisiología del estómago	31
2.6.1 Clasificación de Gastritis	35
2.6.2 Tratamiento	37
<b>III APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA</b>	<b>39</b>
3.1 Presentación del caso	40
3.2 Valoración de Enfermería	40
3.3 Jerarquización de los diagnósticos según las necesidades de Virginia Henderson	45
3.4 Diagnósticos y plan de intervenciones de Enfermería	46
3.5 Ejecución del plan de Atención de Enfermería	60
3.6 Evaluación del plan de Enfermería	61

---

<b>IV PLAN DE ALTA</b>	62
<b>V CONCLUSIONES</b>	65
<b>VI RECOMENDACIONES</b>	68
<b>VII BIBLIOGRAFIA</b>	70
<b>VIII ANEXOS</b>	73

## **INTRODUCCIÓN**

La finalidad de una profesión es lograr la excelencia en el desempeño profesional lo que nos obliga a elevar el nivel científico, humano y ético para ponerlo al servicio de todas las personas. Virginia Henderson afirma que una profesión cuya labor afecte a las vidas humanas, debe definir sus funciones las enfermeras (os) identificamos nuestra esencia y profesionalismo en la función de cuidar a las personas, familias y comunidades colaborando en la promoción de la salud, la prevención, recuperación y rehabilitación de enfermedades.

En el constante quehacer de las enfermeras podemos corroborar la vigencia de las teorías y modelos definidas desde Florence Nightingale, razón por la cual en nuestro trabajo aplicamos el modelo de Virginia Henderson para la identificación de las necesidades afectadas en nuestro paciente. Actualmente se proponen esquemas diferentes de formación desempeño laboral con el uso de teorías y modelos de Enfermería, los cuales proporcionan guías generales para la práctica o desarrollo de las actividades, la teoría de Virginia Henderson es una de las mas completas y aplicables.

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

Se ha elaborado este proceso de Enfermería que se aplica a una paciente adolescente con diagnóstico médico de gastritis quien se encontraba hospitalizada en el servicio de pediatría en el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) C.H.C. "Dr. Rafael Barba Ocampo" en Cuautla, Morelos identificando sus necesidades y diagnósticos de Enfermería, planeando y ejecutando los cuidados y evaluación en cada una de las etapas. Analizando sus objetivos y señalando en cada uno de ellos las funciones propias de la enfermera para no asumir roles que le competen a otras profesiones se elaboran los diagnósticos de Enfermería de acuerdo a la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) y se jerarquiza por orden de importancia.

Se eligió el modelo de Virginia Henderson como la base teórica, el cual define los postulados y valores que sustenta el rol de enfermera a través de una conducta cuidadosa que permita identificar problemas y planear las intervenciones de enfermería de forma individualizada.

Es de suma importancia llevar a cabo la aplicación del método enfermero como parte de la formación profesional en el ámbito hospitalario porque nos permite dar una atención de mayor calidad.

## **I METODOLOGIA DEL TRABAJO**

Para la aplicación del Proceso de Enfermería se seleccionó a la paciente C.G.S.P atendida en el servicio de pediatría del Instituto de Servicio Social a los Trabajadores del Estado H. G. "Dr. Barba Ocampo", de Cuautla, Morelos, con alteraciones en la nutrición.

Considerando que la paciente, es portadora de una patología de importancia social, no solo por su trascendencia o consecuencias personales ya que esta patología afecta al núcleo familiar en sus actividades, incrementando el gasto económico familiar, es por esto la importancia de abordar la atención de la paciente tomando en cuenta la teoría de Virginia Henderson, basado en el método científico y método de resolución de problemas, considerando las catorce necesidades funcionales.

En la primera parte se presentan los objetivos del trabajo y un marco teórico en el cual se resume el proceso de enfermería y el aparato digestivo y lo que es gastritis.

En el segundo apartado se expone la relación con cada fase de la aplicación del PAE, esto es: se eligió a la paciente informándole a su mamá y a ella de la aplicación del proceso aceptando gustosamente.

La recolección de datos fue a través de métodos reconocidos como la observación, la entrevista, consulta y exploración.

Se llevo a cabo un análisis de todos los datos para la planeación y ejecución de intervenciones de Enfermería, esto nos llevo a la elaboración y priorización de los diagnósticos de Enfermería.

La ejecución de los planes de Enfermería se realizaron en forma directa en el entorno hospitalario del día 24 de abril al 3 de mayo del 2006.

El plan de intervenciones de Enfermería se realizo basándose en los diagnósticos considerando la necesidad de nutrición. La evaluación se llevo a cabo en base de los objetivos y la satisfacción del usuario.

Se hicieron consultas bibliográficas así como de Internet. Se pidió la validación del Proceso de Atención de Enfermería para titulación cumpliendo los requisitos y así proceder a la titulación.

# II MARCO TEORICO

*Marco Teórico*

---

## II MARCO TEÓRICO

### 2.1 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN Y DISCIPLINA

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

En el siglo XIX se inicia Enfermería enseñada por principios. En este aspecto tiene gran significado histórico el libro "El arte de la Enfermería" escrito por los hermanos de la orden de San Juan de Dios en el año 1883 y cuyo fin fue instituir a los enfermeros de esta orden sobre el cuidado a los enfermos. Los contenidos de esta obra entre otros describen las formas de administrar la alimentación a los enfermos, aplicación de los fármacos prescritos, realización del aseo y consuelo del espíritu.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Hernandez Conesa Johana "Historia de la Enfermería", análisis históricos de los cuidados de enfermería Mc. Graw Hill año 1995, P.p 133



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

Esta preocupación social dio como resultado una serie de cambios que llevaron a la reforma estable de la enfermería: Fue el inicio de la enfermería moderna entre otros el matrimonio Flieder, Florence Nightingale y las ordenes surgidas en la Edad Moderna.

### 2.1.2 ANTECEDENTES DE ENFERMERÍA

Antes de desarrollarse el proceso de enfermería, las enfermeras tenían tendencia a prestar la asistencia basando en las ordenes redactadas por los médicos y que se concentraban en los procesos patológicos específicos más que en la persona que estaba siendo asistida. El cuidado de enfermería que se prestaba con independencia del médico se guiaba frecuentemente por la intuición y la experiencia más que por unos métodos científicos.

El término Proceso de Enfermería y el método de trabajo que implica son relativamente nuevos. En 1995 Hall crea el término y Jonson (1959), Orlando (1961) y Wiednebach (1963) fueron de las primeras que lo utilizaron para referirse a una serie de fases que describen el Proceso de Enfermería.

*Marco Teórico*

---

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

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

#### Florence Nightingale

La persona de Florence Nightingale (12 de mayo de 1820-13 de Agosto de 1910)

representa el fin de la actividad enfermera empírica y exclusivamente vocacional.

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

Perteneció a una familia de la alta sociedad inglesa de la época. Nació en Florencia (Italia) al estar residiendo allí sus padres de forma accidental. Por

voluntad de su padre recibió el nombre de la ciudad que la vio nacer. Realizo toda su actividad en Inglaterra, donde se traslado desde Italia siendo muy pequeña.

Se intereso por la política, la sociedad y más específicamente el cuidado del enfermo. Una vez que tomo la decisión de dedicarse a la enfermería y de iniciar la reforma para el mejor funcionamiento de los hospitales tuvo que luchar para vencer las dificultades que se le presentaron, fundamentalmente la oposición de su madre, que consideraba deshonrosa la ocupación de enfermera para su hija.

Florence Nightingale fue condecorada por la reina Victoria con la cruz de San Jorge por su obra en la Guerra de Crimea.

Florence Nightingale fue autodidacta; comenzó la adquisición de conocimientos visitando hospitales. La posición social en la que se encontraba le facilito la relación con las personas influyentes que residían en el extranjero desde donde les enviaban informaciones sobre la enfermería por este medio conoció la obra de Fliedner viajo a Kaiserweth y permaneció un tiempo en el Instituto.

También viajo a otros lugares para conocer lo que se estaba haciendo en lo referido al cuidado de los enfermos. Con el fin de aprender permaneció con grupos de enfermería en diferentes países en estos una comunidad de religiosos de Roma unos misioneras americanos en Grecia y con las hijas de la caridad de Alejandría.

La gisotira de la enfermería es un relato de descubrimientos que reflejan los avances de generaciones desde la era de Florence Nightingale hasta la creación

*Marco Teórico*

---

de programas de formación y la investigación dejando atrás el papel de sumisión y la discriminación de genero para convertir a la enfermera en investigadora capacitada y excelente cuidadora por lo que los conceptos de enfermería han sido también cambiantes ya que en la actualidad las enfermeras trabajan en formas y ambientes muy variados.<sup>2</sup>

La nueva concepción de la enfermería surge como consecuencia de la preocupación de diversos grupos sociales que aboga por el establecimiento de sistemas de cuidados de naturaleza diferente.

Con los reformadores religiosos y seculares se inicia la profesionalizaron de la actividad de cuidar.

Los cuidados de enfermería, desde su perspectiva caritativa, no podían continuar la dinámica hacia la constitución de gremio, por poseer una dimensión exclusivamente espiritual, sin connotaciones de aprendizaje, calidad y salarios.

---

<sup>2</sup> IBIDEM, pag. 136

Debemos resaltar dos hechos históricos imprescindibles para la comprensión de enfermería. Por una parte las ordenes religiosas que aportaron los esquemas tradicionales del cuidado enfermero, proporcionando un índice mas elevado de atención hospitalaria en las zonas donde se asentaron, por otra parte, en las tierras conquistadas por los ingleses reformadores, se despreocuparon por las situaciones que vivían sus enfermos, confiando esta labor a los poderes civiles, lo que ocasiono un profundo vacío hospitalario y de cuidados que posteriormente exigen su profesionalización.

La profesionalización surge fuera del concepto caritativo, y por tanto como una necesidad social, dejando un vacío creado por la sociedad protestante ante la atención de los enfermos. Los cuidados de enfermeras surgen de este modo que podríamos denominar <profesionalización-caritativa-vocacional> esta triple concepción de los cuidados enfermeros se aglutina paulatinamente a lo largo del tiempo, dificultando así la identidad y la identificación ante la sociedad, ante otras actividades profesionales y ante las propias enfermeras, esto explica el retraso en cuanto a la intencionalidad de una construcción teórica de los cuidados de enfermeros.

Dorothea Orem explica la enfermería incluye a las acciones que tienen por objeto vencer o prevenir el desarrollo de limitaciones en el auto cuidado o proporcionar un cuidado propia terapéutico a los individuos que sean capaces de hacerlos por sí mismos.

Concibe a la enfermería como una disciplina cuyo objeto de estudio es el cuidado a la salud de la persona sana o enferma en su dimensión integral. Con el propósito que utilice sus capacidades y potenciales para la vida.<sup>3</sup>

*Marco Teórico*

---

Melléis dice: que Al aproximarnos a la llegada del siglo XXI, celebramos una disciplina de enfermería que ha renacido con un diferente set de hipótesis y diferentes aproximaciones hacia el cuidado de enfermería de aquellos que pueden haber existido en el pasado.

Contamos con conceptos centrales de dominio como los patrones de respuestas a las situaciones de salud y enfermedad, la naturaleza del bienestar, y la experiencia de vivir con lo crónico.

El dominio de nuestra práctica esta definido por el dominio con el que tratamos y por el que debemos estar desarrollando conocimientos, tales como Confort manejo de síntomas y transiciones de clientes, incluyendo tales transiciones como recuperación nacimiento, muerte, envejecimiento o el estar cognitivamente enfrentando retos.

Estos son los fenómenos por los que estamos haciendo preguntas teóricas y de investigación.

La meta de la investigación en enfermería es el desarrollo de la teoría.

---

<sup>3</sup> Griffith. Janet W. "Proceso de Atención de Enfermería" Pp.13 Ed. El mundo moderno 1986

La teoría nos sirve para describir. Explicar e interpretar la práctica de la enfermería. La meta de la práctica reflexiva de enfermería es el desarrollo de las teorías de la enfermería. Las teorías proporcionan el sentido racional que las enfermeras usan para obtener calidad en la práctica que pretende dar.

Las teorías incluyen los sistemas de hipótesis y creencias que guían y apoyan las acciones de enfermería. Las teorías son los sitios que acumulan las experiencias compartidas. Las teorías proveen a la profesión de un lenguaje común.

Los clínicos deben valorar la teoría de enfermería y comprometerse con su papel de proveer cuidados basados en el desarrollo de conocimientos teóricos.

Lidia e Hall: Se inspiró extensamente en las secuelas de psiquiatría y psicología, al teorizar sobre la relación enfermera-paciente. Fue una de las defensoras de la filosofía de Carl Rogers de la "Terapia centrada en el paciente"

La enfermería completamente profesional es una asistencia de enfermería llevada a cabo exclusivamente por personal formado en ciencias conductuales que asume la responsabilidad y la oportunidad de coordinar y distribuir toda la asistencia de sus pacientes. Este concepto incluye los aspectos principales de educación, enseñanza, y apoyo en la promoción de la salud.

Los círculos de introspección, cuidados y curación son los conceptos principales de la teoría de Hall: Los cuidados son las asistencias corporales íntimas del paciente y lleva implícita una relación reconfortante y educativa<sup>4</sup>

*Marco Teórico*

---

Introspección se refiere a la utilización terapéutica del yo, en la comunicación con el paciente. La enfermera medita las preguntas debidamente y ayuda al paciente a aclarar sus motivos y objetivos, facilitando así el proceso de autoconocimiento.

La curación es el aspecto de la enferma relacionado con la administración de medicamentos y tratamientos.

Hall creía que los pacientes debían ser atendidos exclusivamente por profesionales que hubieran asumido la responsabilidad de la asistencia y educación de sus pacientes.

Afirmaciones teóricas.

La Teoría de Hall se basa en tres principios fundamentales:

---

<sup>4</sup> Bernall, L. Beatriz, Textos de Filosofía de enfermería, antología de la ENEO-UNAM p. 294-297

La enfermera actúa directamente en los tres círculos superpuestos que representan los aspectos del paciente: restos tres círculos están interrelacionados y se influyen entre sí. El cuerpo del paciente la enfermedad que afecta el cuerpo y las personas del paciente que están afectadas por los otros dos círculos, La enfermería haría en tres círculos pero los comparte en diferentes tratados con otras profesiones.

La segunda afirmación de Hall es el postulado que se cree a la introspección. Cuanto menor es la necesidad de asistencia médica del paciente, mayor es la asistencia profesional del enfermería y enseñanza.<sup>5</sup>

La última afirmación de esta teoría se refiere a la asistencia de enfermería afirma que cuando es completamente profesional acelera la recuperación del paciente.

Patricia Benner: La enfermería se describe como una relación de asistencia. "La asistencia es lo principal ya que crea la posibilidad de dar y recibir ayuda". Se considera que la enfermería es una actividad de asistencia cuya ciencia esta guiada por el arte, moral y ética de la asistencia, así como por la responsabilidad.

Benner: entiende el ejercicio profesional de la enfermería como la asistencia y el estudio de las experiencias de la salud, dolencia, enfermera y las relaciones que existen entre ellas.

---

#### *Marco Teórico*

Faye Glenn Abdellahb: Describió la enfermería al escribir la topología de los 21 problemas de la enfermería que sirvieron de base para su teoría de la enfermería, Abdellahb también estaba creando una guía de enfermeras que pudieran utilizar para la identificación y la solución de los problemas de los pacientes por consiguiente, el concepto de enfermería fue un componente esencial de su obra, define la enfermera como "Un servicio a los individuos y a las familias y por lo tanto, a la sociedad". Se basa en un arte y una ciencia que moldea las actitudes, la capacidad intelectual y las habilidades técnicas de cada enfermera y las transforma en deseo y la capacita para ayudar a la gente enferma o sana, a hacer frente a sus necesidades sanitarias.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Iyer, Patricia W, y colaboradores Proceso y dx de enfermería Ed. Interamericana Mc Graw Hill 1993 p-13

<sup>6</sup> Bernal, L. Beatriz; Textos de Filosofía de Enfermería, Antología de la ENEO-UNAM p.284-297

En el proceso el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del paciente a los problemas reales o potenciales de salud. Yura y Walsh (1998) afirman que el Proceso de Enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar óptimo del cliente, y, si este estado cambió proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar. En caso de que este bienestar no se pueda conseguir, el Proceso de Enfermería debería contribuir a la calidad de vida del paciente, elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo.<sup>7</sup>

## 2.2 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

2.2.1 CONCEPTO: Es un método sistemático para administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

Es un conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico con el fin de asegurar que una persona necesita de cuidados de salud reciba el mejor cuidado de enfermería posible.

El proceso es un método para realizar algo, que por lo general abarca cierto número de pasos y que intenta lograr un resultado particular. El Proceso de Enfermería es la aplicación de resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería. Este proceso se utiliza para identificar los problemas del paciente.

Es un sistema de planificación en la ejecución y evaluación. Como todos métodos, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado solo tiene un carácter metodológico ya que puesta en práctica las etapas se superponen:

*Marco*

*Teórico*

---

- Valoración: Es la primera fase del Proceso de Enfermería que consiste en la recolección y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
- Diagnóstico de enfermería: Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería

---

<sup>7</sup> Yura –Walsh. “El Proceso de Enfermería: Valoración, planificación, implementación y evaluación” Ed. Alambra, Madrid 1986,P.p. 94-97

- **Planificación:** Se desarrolla estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas así como para promocionar la salud.
- **Ejecución:** Es la realización o puesta en práctica en los cuidados programados.
- **Evaluación:** Compara las respuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

### 2.2.2 OBJETIVOS:

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

### 2.2.3 VENTAJAS

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

Las enfermeras tienen la ventaja de saber que están prestando cuidados que satisfacen las necesidades de los consumidores de cuidados de salud y cumpliendo las normas de su profesión.<sup>8</sup>

*Marco Teórico*

---

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

#### Características del Proceso de Enfermería

- El sistema es abierto, flexible y dinámico
- Individualiza el acercamiento a las necesidades particulares de cada cliente.
- Es planificado
- Está dirigido hacia las metas.

---

<sup>8</sup> Atkinson. Leslie D. Y colaboradores Proceso de Atención de Enfermería Ed, el Manual Moderno 1985 p.4

- Es flexible para encontrar las necesidades particulares del cliente, la familia o la comunidad.
- Permite ser creativos a la enfermera y al cliente en la resolución del problema planteado.
- Es interpersonal, requiriéndose que la enfermera tenga una comunicación directa y persistente para encontrar las necesidades del cliente.
- Es cíclico como las etapas guardan interrelación, no existe un principio o un final absoluto.
- Conduce a la comprobación del problema o a la revisión del plan de cuidados.

Es aplicable universalmente<sup>9</sup>

## 2.3. ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.

### 2.3.1 VALORACION

Esta primera fase del Proceso de Atención de Enfermería es la más importante, ya que todo el plan se sustenta en la información obtenida, una valoración precisa, conduce a la identificación del estado integral del paciente.

La valoración consiste en recopilar, verificar y organizar los datos del cliente desde diferentes puntos de vista: físico, emocional, social, espiritual, Esto se lleva a cabo a través de la observación, comunicación y la entrevista que constituyen una base elemental para las demás etapas del Proceso de Enfermería.

La obtención y recolecciones de datos se logran a través de tres herramientas que son: la observación, el interrogatorio o entrevista y la exploración física.

- a) Observación: Es una habilidad de alto nivel que el personal e enfermería debe desarrollar desde la etapa de su formación académica, a través de esta se puede llegar a un diagnóstico presuntivo o certero o planear los cuidados de enfermería.

La observación consiste en describir minuciosamente el estado de salud enfermedad del paciente el entorno físico o psicodinámico que lo rodea; dicha observación debe iniciar desde el primer encuentro con el paciente.

*Marco*

*Teórico*

---

<sup>9</sup> Rodríguez Sánchez Bertha Alicia "Proceso Enfermero". Ed. Cuellar Aguirre p.29



- b) Interrogatorio o entrevista. Debe ser continúa en la relación enfermera-paciente cuyo propósito es obtener información y desarrollar la empatía entre ambos. Sabemos de antemano que a través del interrogatorio se obtiene la historia clínica. La entrevista es una técnica o método observación al que permite aprender acerca de las personas a través de una comunicación dirigida hacia un fin, que es el de proporcionar atención personalizada; que el paciente exprese sus ideas, sentimientos y necesidades inmediatas y a largo plazo esta información se incorpora al plan de atención de enfermería. Interrogatorio informal es la conversación entre el personal de enfermería y el paciente, que se desarrolla mientras esta brinda atención física al paciente, y con frecuencia este último expresa sus sentimientos y problemas. Estos momentos se deben aprovechar para obtener algunos datos que no se pudieron recopilar en la entrevista formal.
- c) Examen clínico, El examen clínico consta de exploración física, exámenes gráficos y químicos es otra fase de recolección de datos que nos conduce a una observación más precisa de los problemas que presenta el paciente, para obtener los datos, la exploración debe realizarse de cabeza a pies o sea por aparatos o sistemas, o también por la región que el paciente reporte como problema u objeto de interés, utilizando los métodos correspondientes: inspección, palpación, percusión, auscultación y medición; para investigar o ratificar en un individuo las características anatomofisiológicas y de comportamiento significativos o hallazgos anormales con respecto a los normales.

#### Fuentes de Información.

Existen infinidad de fuentes de datos donde el personal de enfermería puede obtener la información que requiere en atención de su paciente; incluye por lo general al paciente como fuente primaria, también tiene a su alcance el expediente clínico la familia, los amigos, el hogar y la comunidad, además de estos sistemas computarizados, notas de colegas enfermeras, visitas domiciliarias, los informes de cambio de turno, kardex, libros y revistas, expertos y especialista o la enfermera misma. En resumen existen cuatro fuentes de información para elaborar una valoración que es: El paciente, su familia, los miembros del equipo de salud y los registros<sup>10</sup>

#### Registros.

En cuanto a la información y el registro detallado de los eventos y el personal de enfermería, los registros, son la comunicación escrita de los hechos esenciales a fin de mantener una historia de lo sucedido en un período de tiempo.

*Marco*

*Teórico*

---

<sup>10</sup> Rosales Barrera Reyes Gómez Proceso de Atención de Enfermería Fundamentos de Enfermería p.205

El personal de enfermería, al comunicar sus observaciones y acciones a través de los registros ayudan a asegurar tanto la calidad como continuidad de la atención. También el registro de datos proporciona un medio para evaluar la calidad y eficacia de los cuidados de enfermería, ya que estos constituyen descripciones documentadas de las acciones de enfermería y la calidad de la atención, pueden evaluarse con base en la “calidad” de dichos registros.

Expediente clínico.

Objetivo: Documento que tiene por objeto realizar la descripción individual del paciente, registra etapas y resultados de su estudio, formula por escrito los programas de diagnóstico, tratamiento y consiga la evaluación del caso.

Funciones: Este documento funge como coordinador de la atención del paciente como agente y como un elemento básico para la investigación clínica. Estas funciones reportan varias ventajas en su uso. Algunos de ellos son:

- Favorecer la atención continua al paciente.
- Simplificar el registro de datos
- Permitir la evaluación integral del paciente
- Incrementar la comunicación entre el personal participante en la atención a la salud del individuo
- Evaluar sistemáticamente el trabajo de los integrantes del equipo de salud, en relación con su conducta clínica.
- Servir de instrumento útil en el proceso enseñanza-aprendizaje al personal de atención a la salud.
- Incrementar la interpretación de hecho con el fin de solucionar los problemas derivados de la investigación clínica<sup>11</sup>

Organización y análisis de la información.

Una vez que la enfermera ha recopilado los datos acerca del paciente debe organizarse y analizarse para interpretarlos y darle significado, de tal manera que permita tomar decisiones que aseguren el cuidado individualizado de enfermería y por consiguiente culminar con el diagnóstico de enfermería.

Clasificación de los datos.

El primer paso en el análisis de todos los datos consiste en organizarlos, agruparlos o seleccionarlos en forma lógica y sistemática, de tal manera que las personas que los consulten, los conozcan y comprendan.

### 2.3.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

El termino de diagnóstico de enfermería apareció por primera vez en la literatura anglosajona, al inicio de la década de los cincuenta, contaba con cuatro etapas (Valoración, Planificación, Ejecución y evaluación) posteriormente se agrega el diagnóstico.

*Marco*

*Teórico*

---

<sup>11</sup> IBIDEM p. 206

El haber incluido el diagnóstico en el Proceso de Enfermería ha hecho posible que los profesionistas de enfermería analicen y sintetizen los datos que se obtienen de la valoración.

En 1970 la NANDA, definió el diagnóstico de enfermería como un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas actuales o potenciales de salud.

Los diagnósticos de enfermería aportan las bases para la selección de las aportaciones de enfermería para conseguir los resultados por los que la enfermera es responsable.

El diagnóstico de enfermería constituye una relación de las alteraciones actuales, potenciales del nivel de salud del cliente.

El diagnóstico de enfermería incluye la valoración de enfermería, y no debe confundirse con el diagnóstico médico o el de otros profesionistas ya que la diferencia de los diagnósticos, surgen de perspectivas de cada profesional, respecto a sus responsabilidades y formas de proceder y del conocimiento necesario para la práctica de cada uno en el campo de su competencia. En este sentido puede decirse que el diagnóstico de enfermería es una conclusión o enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud, los problemas y necesidades del paciente, que pueden modificarse por la intervención de la enfermera con el objeto de resolverlos o disminuirlos.

El diagnóstico de enfermería se basa en necesidades y problemas, es individualizado y específico, está sujeto a modificaciones según el estado de salud o enfermedad del paciente, describe los efectos de los síntomas y estados patológicos sobre las actividades del paciente y sobre su forma de vida; su redacción puede ser descriptiva, productiva o explicativa.

De acuerdo con Henderson, el proceso para determinar el diagnóstico en enfermería debe incluir los siguientes elementos: Una situación con uno o más pacientes; la obtención cuidadosa de datos subjetivos y objetivos; un esquema conceptual de enfermería; un interés o problema de salud existente o potencial; una causa, condición, o situación apropiada a un requerimiento de intervención "Dentro del dominio profesional de Enfermería".<sup>12</sup>

*Marco*

*Teórico*

---

<sup>12</sup> Kozier Barbara Enfermería Fundamentos, conceptos, procesos y práctica 5 edición. Vol. I p.181-211 y 606

Es necesario subrayar que para determinar el diagnóstico de enfermería, es necesario la interacción enfermera- paciente incluyendo la valoración y la fase de análisis-síntesis; Para continuar con la identificación e los problemas del paciente, la redacción del diagnóstico (ya sea real o potencial) y la confirmación y ordenamiento de estos diagnósticos de acuerdo a las prioridades, estas prioridades que el paciente presenta pueden ser de origen emocional o espiritual pudiendo alterar la salud orgánica, es por ello que al formular un diagnóstico de enfermería se hará en esencia la causa y el efecto. En resumen, el diagnóstico de enfermería es igual al problema del paciente, mas la causa si esta se conoce, con la finalidad de analizar diferentes situaciones que influyen en su salud y enfermedad.

#### Características del Diagnóstico de Enfermería.

Describe la respuesta de una persona ante un problema. Una situación o una enfermedad, esta enfocado al individuo, cambia las respuestas del cliente, orienta las actividades de enfermería independientes: planificación, ejecución y evaluación.

#### Formulación del diagnóstico de enfermería

En esta etapa final la enfermera formula una relación casual entre el problema de salud y los factores asociados estos factores pueden ser sociales, ambientales, psicológicos o espirituales, tomando en consideración que en un problema de salud intervienen mas de uno de ellos.

El diagnóstico de enfermería es un problema de salud real o potencial, posible que requiere de actividades independientes de enfermería.

- a) Problema de salud real: Un diagnóstico real describe la categoría, diagnóstico que hará valido la enfermería; debido a las características de definición principal de signos y síntomas, es decir, reunir todos los datos que confirman su existencia.
- b) Problema de salud potencial: Describe un estado alterado que se puede presentar si no se ordena o se ponen en práctica ciertas intervenciones de enfermería.
- c) Problemas de salud posibles: Este diagnóstico describe un problema que la enfermera sospecha, pero que requiere de la compilación de datos adicional para confirmarlo o descartarlo<sup>13</sup>

#### 1.3.3 PLANEACIÓN DE ENFERMERÍA

La enfermera establece acciones específicas de cada diagnóstico jerarquizando las necesidades y estableciendo objetivos de su intervención.

*Marco*

*Teórico*

---

---

<sup>13</sup> IBIDEM Pp. 77 - 79

La planeación es la tercera etapa del Proceso de Enfermería y con este contexto se define como el proceso de diseñar las intervenciones de enfermería que son necesarias para prevenir, disminuir o eliminar los problemas de salud que fueron identificados durante el diagnóstico.

Una vez elaborados los diagnósticos de enfermería se dará inicio a la planeación esta fase del Proceso de Atención de Enfermería es el acto de determinar que puede hacerse para apoyar al paciente en el restablecimiento la conservación o el fomento de la salud previa determinación del enfoque que le dará para ayudar a solucionar disminuir o reducir el efecto de sus problemas.

Esta fase comprende objetivos y la planeación de las acciones de enfermería.

a.- Establecimiento de prioridades o jerarquía de necesidades.

Inicia con la lista de los diagnósticos de enfermería, es el paso en el que enfermería y el paciente determinan el orden en que los problemas de este, deben resolverse, según prioridad de estos.

La clasificación de las prioridades es el proceso para establecer un orden de preferencias a los problemas más importantes en la distribución de los cuidados de enfermería, los problemas suelen tratarse de manera simultánea.

El hecho de elegir un diagnóstico como el más importante se basa en varios factores por ejemplo, los problemas que ponen en peligro la vida como son el deterioro grave o la pérdida de la función circulatoria, respiratoria o neurológica es por ello que una situación amenazante presente o inminente es prioritaria sobre una situación potencial de peligro para la vida.

b.- Identificación de objetivos.

Una vez que se han determinado y jerarquizado las prioridades, el personal de enfermería establecerá los objetivos que habrán de dar la pauta a seguir para abordar los problemas o diagnósticos del paciente.

Trazarse objetivos, es necesario, en primer lugar para permitir conocer específicamente lo que desea lograrse es decir, un objetivo describe un resultado futuro de una acción particular que permita identificar, el que, como, cuando y quien, actuar de la enfermera y el paciente. Robert Mager anuncia tres razones aplicables que dan dirección para seleccionar las estrategias y el orden, el objetivo definido en forma apropiada implica el contenido de la estrategia por ultimo los objetivos proporcionan medios para que la enfermera y el paciente organicen sus esfuerzos.

En la elaboración de objetivos pueden incluirse una o las tres áreas de la acción: la cognoscitiva, la afectiva y la psicomotriz que permita tanto a la enfermera como al paciente comprender hacia que dirección va enfocada la atención para resolver su problema es decir, los objetivos necesitan exponerse en términos del paciente.

*Marco*

*Teórico*

---

Los objetivos pueden ser a corto y largo plazo. Los objetivos a corto plazo son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido en cuestión de horas o días.

Los objetivos a largo plazo requieren de un tiempo largo y existen dos tipos el primero abarca un periodo prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería que media directamente entre el objetivo y su logro.

#### c.- Plan de acciones o atención de enfermería

Se considera como el núcleo o centro del proceso de atención de enfermería ya que en el se plantean problemas objetivos acciones y respuestas por lo tanto dirigen el actuar de la enfermera para asistir al paciente se describen algunos conceptos generales de la planeación.

#### Plan de Atención de Enfermería

El plan de atención inicia con el enunciado del diagnóstico de enfermería y avanza hacia los objetivos una vez identificados se seleccionan acciones específicas de enfermería para ayudar al paciente a alcanzar dichos objetivos.

Un plan de cuidados de enfermería se desarrolla bien redactado, proporciona dirección y significado al cuidado de enfermera, es una fuente central de información para los que intervienen en la atención de un paciente dando continuidad a la atención.

El plan de cuidados lo desarrolla la enfermera con el paciente y participan otros profesionales, la familia y miembros del núcleo familiar brindan apoyo.

Para redactar planes que surgieron de los siguientes lineamientos:

- El plan debe tener fecha y firma de la enfermera responsable.
- La fecha es usada como punto de referencia para evaluación planeación futura y la firma que demuestra su responsabilidad tanto ética como legal
- Debe ser actual y flexible
- Deben redactarse en términos del estado del paciente y de las acciones de enfermería para lograr metas objetivos
- Deben expresarse en términos específicos
- Deben incluir aspectos preventivos y de promoción
- Deben incluir la colaboración y coordinación de actividades con otros profesionistas que están a los cuidados del paciente.

Los planes deben ordenarse en una secuencia apropiada basada en la prioridad y jerarquización de los problemas del paciente.

Deben prescribir las medidas de acción de enfermera que deben basarse en principios científico para propiciar una eficacia terapéutica.

*Marco*

Finalmente en cuanto a las acciones o cuidados a realizar por el personal de enfermera para ayudar al paciente a lograr sus objetivos deben incluir los siguientes lineamientos:

- Ser seguros para el paciente
- Ser realista
- Desarrollar una serie de acciones para el logro de cada objetivo
- Elegir acciones específicas de enfermería
- Ser importantes para el paciente y compatibles con los objetivos
- Elegir acciones de enfermería basadas en conocimientos y experiencias previas
- Listar en secuencia lógica las acciones de enfermería con base en la jerarquizaron de las necesidades.

#### 2.3.4 EJECUCIÓN.

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

Para describir las actividades de enfermería y su tipo de intervención se utilizan las palabras: Independiente, dependiente e interdependiente.

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

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

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

En la ejecución se distinguen los siguientes componentes:

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

### Desarrollo de las Intervenciones

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

### Comunicación de las acciones

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

### Validación

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

Tanto el paciente como su familia deben participar en la planeación del cuidado, es fuente clave de información y su compromiso en esta fase es de vital importancia.

### 2.3.5 EVALUACIÓN

La evaluación es el proceso de valorar los progresos de los pacientes hacia los objetivos de salud, así como la calidad de atención que recibe el paciente por parte del personal de enfermería y otros profesionistas que intervienen en su cuidado.

La evaluación tiene como propósitos:

- Determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas u objetivos establecidos
- Juzgar la eficacia de los planes estrategias y cuidados de enfermería.

La evaluación debe ser un proceso continuo y parte integral de cada uno de los componentes del Proceso de Atención de Enfermería, en donde el personal de enfermería observa la respuesta del paciente a los cuidados de enfermería así pues la evaluación nos sirve para identificar aquellas estrategias eficaces y puede promover la investigación en enfermería.<sup>14</sup>

*Marco*

*Teórico*

---

<sup>14</sup> Rosales Barrera Reyes Gomez, Fundamentos de Enfermería P. 200-217



## 2.4 RESEÑA HISTORICA DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897-1986 originaria de Kansas City. Durante la primera guerra mundial despertó en Henderson el interés por la enfermería así en 1918 ingreso en la escuela de enfermería del ejercito en Washington y en 1921 se gradúo y acepto un puesto como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de New York . En 1922 inicio su carrera de docente en enfermería. Cinco años mas tarde ingreso en el teachers Collage de la Universidad de Columbia donde consiguió los títulos B.S y M.A en la rama de enfermería.

En 1929 ocupo el cargo de supervisión pedagógica en la clínica de Stron Memoreial Hospital de Rochestes Nueva York . Regreso al Teeachers College en 1930 como miembro del profesorado e impartió cursos sobre técnicas de análisis en enfermería y practicas clínicas hasta1948.

Henderson vivió una larga trayectoria profesional como autora e investigadora. Henderson falleció de muerte natural en marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su definición de enfermería es conocida internacionalmente y su trabajo sigue siendo una gran influencia en la práctica, educación e investigación en el campo de la enfermería en todo el mundo. La señorita Virginia Avénle Henderson significa para el siglo XX lo que Florence Nichtingale para el XIX.<sup>15</sup>

### 2.4:1 TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson en 1965 planteo que el Proceso de Atención de Enfermería era el mismo que el de las etapas del método científico.

El concepto de diagnóstico de enfermería se desarrollo entre los años de 1950 –1960 por la necesidad de identificar y clasificar las necesidades y problemas del ser humano; este termino no fue aceptado fácilmente (Aunque muchas enfermeras lo consideraban básico para la enfermería profesional). El motivo fue pensar que era igual a diagnóstico médico y por lo tanto no debería emplearse este termino.

El Proceso de Enfermería según la O.M.S. (Organización mundial de la Salud), en 1977 es un sistema de intervenciones propias de la enfermería sobre la salud de la persona, implica la identificación de sus necesidades de salud, así como la jerarquización de aquellas que se pueden cubrir con mayor eficacia al proporcionar cuidados de enfermería; Influye también la planificación para cubrir estas necesidades, la administración de cuidados y la evaluación de los resultados.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> Tomey Ann Marriner "Introducción del Análisis de las Teoría de Enfermería", 4ta edición, Ed. Mosby Doyma Barcelona 1999 p 99-100

<sup>16</sup> Citado en enfermería y cuidados de salud de Susan M. Hincliff y otras , Madrid Doyma 1955 p.174

Conceptos básicos de los modelos de Virginia Henderson.

*Definición de enfermería.*

En 1956 Virginia Henderson define que la función propia de la enfermería: es asistir al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, o recuperación (o a una muerte tranquila), actividades que realizara por si mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia en la forma más rápida posible.

*Salud*, es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial mas alto de satisfacción en la vida. Comparo la salud con la independencia. Interpretaba la salud como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los catorce componentes del cuidado de enfermería.

*Persona* (paciente), Henderson considera al paciente como un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables así contempla el paciente a su familia, en la obra de Henderson no aparece ninguna definición concreta de necesidad, si bien se señala en ella catorce necesidades del paciente que abarcan todos los componentes de la asistencia en la enfermería.

*Entorno* es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo.

A partir de esta definición se observan conceptos y subconceptos de los modelos Henderson tales como:

Persona: Necesidades Básicas.

Salud: Independencia, Dependencia, Causas de la dificultad o problema.

Roll Profesional: Cuidados básicos de enfermería, relación con el equipo de salud.

Entorno: Factores ambientales, factores Socioculturales.

Las 14 necesidades básicas

Cada persona es un ser humano único y complejo con componentes biológicos, socioculturales y espirituales tiene 14 necesidades básicas las cuales debe satisfacer para mantener su integridad física y psicológica para promover su desarrollo y crecimiento.

1. Necesidad de oxigenación
2. Necesidad de nutrición e hidratación
3. Necesidad de eliminación
4. Necesidad de moverse y mantener una postura
5. Necesidad de descanso y sueño

6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.

*Marco*

*Teórico*

---

7. Necesidad de termorregulación
8. Necesidad de higiene y protección de la piel
9. Necesidad de evitar peligros
10. Necesidad de comunicarse
11. Necesidad de vivir según creencias y valores
12. Necesidad de trabajar y realizarse
13. Necesidad de jugar /participar en actividades recreativas
14. Necesidad de aprendizaje.

La salud, independencia, dependencia y causas de la dificultad.

Estas necesidades son comunes en todos los individuos sin embargo cada persona las va a satisfacer de diferentes maneras dependiendo de los aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales y espirituales asumiendo como por la estrecha relación entre las diferentes necesidades ya que alguna alteración de cualquiera de ellas da origen también modificaciones en las restantes por lo tanto deben interrelacionarse entre cada una de ellas para poder valorar el estado del individuo en su totalidad.

**Independencia:** Se define como la capacidad de la persona para satisfacer por sí mismo sus necesidades básicas, de acuerdo con su edad etapa de desarrollo y situación.

**Dependencia:** Puede considerarse desde dos aspectos. Por un lado la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer a las 14 necesidades.

**Causas de la dificultad o problemas:** Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades; estas se agrupan en tres posibilidades:

- Falta de fuerza: Se entiende como “FUERZA” a la capacidad física habilidades mecánicas y capacidad del individuo para llevar a cabo ciertas acciones pertinentes a la situación, determinado por el estado emocional. El estado de funciones psíquicas capacidad intelectual, etc.
- Falta de conocimientos: En lo relativo a cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, autoconocimiento y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.<sup>17</sup>
- Falta de voluntad: Incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

---

<sup>17</sup> Phaneuf Margot “Las necesidades fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson” en cuidados de enfermería, p.116-118 Mc Graw Hill, Madrid 1993

Es importante señalar que estas tres causas o alguna de ellas, puede originar una dependencia total o parcial así como temporal o permanente lo cual debe tomarse en cuenta para las planificaciones de las intervenciones de enfermería.

Los cuidados básicos se conceptualizan como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona Henderson dice: "...Este es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación..."

Los cuidados básicos están en estrecha relación con las necesidades básicas, Henderson afirma. Los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes, sin embargo, varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades. Surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad

Henderson también analiza a la enfermera como parte del equipo multidisciplinario en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente y para evitarle sufrimientos en la hora de la muerte.

Respecto al paciente, Henderson afirma que. Todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atiende como la figura central, y comprender que primordialmente, su misión consiste en "asistir" a esta persona, si el paciente no comprende ni acepta el programa tratado con el ya para él, ni coopera en su desarrollo, se perderá gran parte de los esfuerzos del equipo... El usuario es visto como un sujeto activo y responsable de su propia salud que participa en las decisiones y en el logro de sus metas.

El modelo de Henderson puede ser aplicable a todas las etapas del proceso de enfermería.

En las etapas de valoración y diagnóstico sirve de guía en la recolección de datos y en el análisis y síntesis de los mismos; en esta etapa se va a determinar el grado de dependencia /independencia para satisfacer las 14 necesidades y la interrelación entre estas, así como la definición de los problemas y la relación que existe con las causas de dificultad identificada.

En las etapas de planificación y ejecución, el modelo se utiliza para formular objetivos de dependencia, con base a las causas de dificultad encontradas, en las elecciones e la forma de intervención y la determinación de las actividades de enfermería.

Siguiendo el modelo de Henderson, los objetivos deberán fijarse como metas a alcanzar por el paciente en términos de niveles de independencia, en relación con sus condiciones particulares como persona.

En la etapa de evaluación, el modelo nos ayuda a determinar los niveles de independencia mantenida y /o alcanzadas ya que Henderson señala que nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia para satisfacer sus propias necesidades lo mas pronto posible, de acuerdo a sus propias necesidades y recursos.

Valoración de las 14 necesidades básicas.

Esta guía de las 14 necesidades básicas pretende ayudar a la identificación de las manifestaciones de independencia y dependencia en la satisfacción de las mismas.

Consiste en una serie de preguntas que en términos generales deberían hacerse para valorar cada necesidad, adecuándolas según la persona y la situación.

El Proceso de Enfermería como método sistemático.

Es organizado para brindar cuidados para el logro de objetivos de la salud del individuo; es el método empleado para las enfermeras para efectuar la valoración hasta el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud reales o potenciales, se basa en la idea de la existencia de los cuidados. Se valora por el grado de eficiencia, el grado de satisfacción y progreso de la persona. Mejora la capacidad para solucionar problemas, tomar decisiones, maximizar oportunidades y recursos.<sup>18</sup>

El Proceso de Enfermería consta de 5 etapas, secuencias e interrelacionadas que son: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación; que unidos logran la atención integral y progresiva del individuo. La familia y la comunidad; son aceptables y aplicables en todas las situaciones, para promover el bienestar, contribuir a la mejor calidad de vida y la máxima satisfacción de todas las necesidades.<sup>19</sup>

---

<sup>18</sup> Alfaro Rosalinda Aplicación del Proceso de Enfermería. Ed. Doyma, ed. Madrid, 1996 , p. 3

<sup>19</sup> Henderson Virginia "La Naturaleza de la Enfermería" , Interamericana, Madrid 1994, Pp 21-27

## 2.5. ADOLESCENCIA

Erik H. Erikson, dice que las personas continúan desarrollándose a lo largo de toda la vida. Describe ocho estadios de desarrollo, cada estadio señala una tarea que debe cumplirse, cuanto mejor es el cumplimiento de la tarea, más saludable será la personalidad del individuo; la falta de consecución de una tarea influye en la capacidad de una persona para pasar a la tarea siguiente. Esas tareas del desarrollo se pueden considerar como una serie de crisis, y la resolución exitosa de una crisis como un soporte para el yo de la persona. Después de alcanzar un estadio, es posible que la persona vuelva al atrás y necesite intentar conseguirlo de nuevo.

Tareas del desarrollo de Havighurst:

- Conseguir relaciones nuevas y más maduras con los compañeros de edad de ambos sexos.
- Lograr un rol social, masculino o femenino.
- Aceptar el propio físico y usar el propio cuerpo eficazmente.
- Lograr la independencia emocional de los padres y de los adultos.
- Conseguir la seguridad de la independencia económica.
- Seleccionar y prepararse para una ocupación.
- Prepararse para el matrimonio y una vida familiar.
- Desarrollar habilidades y conceptos intelectuales necesarios para la competencia cívica.
- Desear y lograr un comportamiento socialmente responsable

Adquirir un conjunto de valores y un sistema ético como guía del comportamiento.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> Kosier b. Fundamentos de Enfermera, conceptos ,proceso y practica, 5ª edición vol 1 McGraw Hill p606

## 2.6 ANATOMÍA Y FISILOGÍA DEL ESTÓMAGO

El estómago es la primera porción del aparato digestivo en el abdomen, excluyendo la pequeña porción de esófago abdominal. Funcionalmente podría describirse como un reservorio temporal del bolo alimenticio deglutido hasta que se procede a su tránsito intestinal, una vez bien mezclado en el estómago.

El cardias se localiza a nivel de la vértebra T11, mientras que el piloro lo hace al nivel de L1. Sin embargo hay considerable variación de unos individuos a otros. El esófago determina la incisura cardial, que sirve de válvula para prevenir el reflujo gastroesofágico. Hacia la izquierda y arriba se extiende el fundus, que se continúa con el cuerpo, porción alargada que puede colgar más o menos en el abdomen, luego progresivamente sigue un trayecto más o menos horizontal y hacia la derecha, para continuar con la porción pilórica, que consta del antro pilórico y del conducto pilórico cuyo esfínter pilórico lo separa del duodeno. En este punto la pared se engruesa de manera considerable por la presencia de abundantes fibras circulares de la capa muscular que forma el esfínter pilórico.

La forma aplanada del estómago en reposo determina la presencia de una cara anterior, visible en el situ abdominis, y una cara posterior que mira la trascavidad de los epiplones, situada detrás. Asimismo, determina la presencia de un borde inferior que mira abajo y a la izquierda, y un borde superior que mira arriba y a la derecha. Como consecuencia de los giros del estómago en período embrionario, por la curvatura mayor se continúa el estómago con el omento mayor, y la menor con el omento menor.

La luz del estómago tiene la presencia de unos pliegues de mucosa longitudinales, de los cuales los más importantes son dos paralelos y próximos a la curvatura menor que forma el canal del estómago o calle gástrica. Los pliegues disminuyen en el fundus y en la porción pilórica.

La pared gástrica consta de una serosa que recubre a tres capas musculares. La capa submucosa da anclaje a la mucosa propiamente dicha que consta de células que producen moco, ácido clorhídrico y enzimas digestivas. El estómago tiene unos sistemas de fijación en sus dos extremos, los cuales quedan unidos por la curvatura menor a través del omento mayor. A nivel del cardias existe el ligamento gastrofrénico por la parte posterior, que lo une al

diafragma. Por la parte pilórica queda unido a la cara inferior del hígado por el ligamento gastrohepático, parte del omento menor.<sup>21</sup>

*Marco*

*Teórico*

---

Funciones del estómago.

- Actúa como reservorio al almacenar los alimentos hasta que pueden ser digeridos parcialmente y continuar por el aparato gastrointestinal.
- Secreta jugo gástrico, uno de los jugos cuyas enzimas digieren los alimentos.
- Por contracciones de la túnica muscular, produce movimientos de batido o mezcla de los alimentos disgregándolos en partículas pequeñas y mezclándolos con el jugo gástrico. En el momento adecuado el contenido gástrico pasa por contracción de esta víscera hacia el duodeno
- Secreta el factor intrínseco que mencionamos.
- Absorbe en cierta medida agua, alcohol y algunos fármacos.
- Produce la hormona llamada gastrina en las células ubicadas en la región pilórica.<sup>22</sup>

Histología del estómago: la pared del estomago esta formada por las capas características de todo el tubo digestivo: la mucosa, la submucosa, la muscular y la serosa.

La mucosa del estómago presenta múltiples pliegues, crestas y fosillas, formadas por:

Epitelio superficial, glándulas cardiacas y glándulas oxinticas, gástricas o fundicas y producen la mayor parte del volumen del jugo gástrico, glándulas piloricas, lamina propia y capa muscular de la mucosa.

Capa muscular externa: esta formada de dentro hacia fuera por fibras musculares oblicuas, circulares y longitudinales, se considera el músculo gástrico porque gracias a sus contracciones, el bolo alimenticio se mezcla con los jugos gástricos y se desplaza hacia el piloro con los movimientos peristálticos.

Capa serosa: o peritoneal, envuelve al estómago en toda su extensión, expandiéndose en sus curvaturas para formar el epiplón menor o

---

<sup>21</sup> TORTORA: "Anatomía y Fisiología Humana", México, 1999. Ed. Harla. P.522

<sup>22</sup> Catherine Parker Anthony: "Anatomía y Fisiología" , Interamericana Mc Graw Hill 10 edición, p.480



gastrohepático, el epiplón mayor o gastrocólico y el epiplón gastroesplénico que termina en el ligamento frenogástrico.

Fisiología gástrica: el estómago está controlado por el sistema nervioso autónomo, siendo el nervio vago el principal componente del sistema nervioso parasimpático, la acidez del estómago está controlada por tres moléculas que son la acetilcolina, la histamina y la gastrina.<sup>23</sup>

*Marco*

*Teórico*

---

Síntomas de las alteraciones del estómago: al igual que en cualquier órgano del cuerpo, las alteraciones que se producen en el estómago se manifiestan mediante síntomas específicos. Estos síntomas son el dolor y el vómito.

El dolor es un síntoma muy frecuente entre los padecimientos del estómago. Suele localizarse en la punta del esternón o inmediatamente por debajo, en la zona llamada epigastrio.

A veces tiene relación con las comidas y otras veces no. En los casos de úlcera suele aparecerse a temporadas (otoño y primavera). En los tumores malignos suele ser constante y sin relación con ninguna causa aparente.

Vómitos: es el síntoma más importante que producen los trastornos del estómago y consiste en la expulsión activa, por la boca, del contenido gástrico.

Causas que pueden generar el vómito: enfermedades propias del estómago: úlcera gástrica o duodenal, tumoración del estómago, irritación del estómago (gastritis).<sup>24</sup>

## HIPOTÉISIS

La posibilidad que un paciente presente gastritis aguda o crónica, dispepsia funcional, úlcera duodenal, úlcera gástrica, y cáncer gástrico se reduce notoriamente si *erradicamos* del medio gástrico al *Helicobacter Pylori*.

Infección por *Helicobacter pylori* y patología gastroduodenal. La inflamación de la mucosa gástrica o gastritis es una entidad de diagnóstico histológico, siendo la patología más frecuente en gastroenterología.

## DIAGNÓSTICO

Los métodos que permiten el diagnóstico de infección por *H.pylori* se pueden sistematizar en dos grandes grupos: los que requieren endoscopia y toma de biopsias de la mucosa gástrica, y los métodos no endoscópicos, fundamentalmente técnicas serológicas y prueba del aliento.

---

<sup>23</sup> Tortora, op. Cit. P 527

<sup>24</sup> De Bernabè Ortega Enric, El Cuerpo Humano, Instituto Monsa de Ed. S.A. p.55

Métodos que requieren endoscopia

Cultivo de las biopsias

Es el método de elección, aunque presenta ciertas dificultades técnicas. Las muestras han de ser procesadas con cierta rapidez en el laboratorio de microbiología, requiriendo para el cultivo una atmósfera microaerofílica y medios enriquecidos, agar-sangre o skirrow (medio selectivo con antibióticos). El crecimiento es lento, apareciendo las pequeñas colonias entre el tercer y séptimo día de incubación.

*Marco*

*Teórico*

---

## HISTOLOGÍA

La observación de microorganismos de morfología espirilar en los cortes histológicos de biopsias endoscópicas de la mucosa gástrica es un método sencillo de diagnóstico de la infección por *H.pylori*. Es característica su localización, en íntimo contacto con el epitelio de superficie, en plena barrera moco-bicarbonato. La tinción de plata de Warthin-Starry es la ideal para evidenciar los gérmenes, aunque en general las tinciones habituales, hematoxilina-eosina y

Giemsa, son suficientes, pues permiten una, correcta visualización. El método de diagnóstico histológico tiene además gran ventaja, sobre el resto de métodos, de proporcionar simultáneamente información precisa sobre los cambios morfológicos de la mucosa gástrica.



## 2.6.1 CLASIFICACION DE GASTRITIS

### Gastritis aguda

A pesar de la existencia de la barrera mucosa como eficaz mecanismo de defensa de la mucosa gástrica esta se puede lesionar por una amplia variedad de sustancias exógenas: fármacos con potencial gastroenterosivo [aspirinas y antiinflamatorios no esteroideos (AINE)], fármacos que causan disconfort gástrico, gérmenes que ingeridos afectan la mucosa gastrointestinal y alimentos fuertemente condimentados. En algunos casos, la ingesta de fármacos gastroenterosivos o de infecciones producen lesiones en la mucosa gástrica , cuyo cuadro histológico en las lesiones es la necrosis y la hemorragia, con una respuesta inflamatoria poco importante. Por ello en estos casos el término gastritis aguda es sustituible por el de lesiones agudas de la mucosa gástrica (lamg). Son poco conocidos los cambios inducidos por fármacos o alimentos que provocan disconfort gástrico, ya que la poca relevancia clínica hace que en escasas ocasiones se indique una endoscopia y biopsias de la mucosa.

### Gastritis crónica

Se caracteriza morfológicamente por la presencia de inflamación de la mucosa. Los diversos grados de gastritis crónica representan probablemente diferentes estadios de un proceso dinámico. Es razonable pensar que en sus inicios la lesión inflamatoria no altere la arquitectura.

Gastritis crónica superficial, para progresar posteriormente a capas profundas de la mucosa, afectando su estructura y provocando atrofia y/o desaparición de las glándulas.

Gastritis crónica atrofica: Histológicamente la gastritis crónica superficial se caracteriza por la presencia de un infiltrado inflamatorio que ocupa la porción superficial de la lámina propia, conservando la estructura glandular. El proceso inflamatorio es activo y representa una forma de gastritis aguda menos intensa y más prolongada en el tiempo.

En la gastritis crónica atrofica, el proceso inflamatorio se extiende en profundidad, afectando estas glándulas gástricas. Dependiendo de la intensidad del proceso se distinguen tres grados: leve, moderado y severo. En el grado severo existe una desaparición total del componente glandular, apareciendo epitelio metaplasico. La nueva mucosa se puede parecer a la pilorica.

Metaplasica pilorica, o con mas frecuencia ser semejante a la intestinal.

Metaplasia intestinal, Esta gastritis crónica atrofia activa corresponde a la denominada gastritis B.

Cuando la atrofia es severa pero los cambios inflamatorios y regenerativos son mínimos se denomina inactiva, siendo este patrón el que se observa preferentemente en la gastritis tipo A autoinmune, localizada en el cuerpo gástrico y que afecta a las glándulas oxinticas donde se ubican las células parietales productoras de HCl y factor intrínseco, formando parte del síndrome de anemia perniciosa.

*Marco*

*Teórico*

---

Gastritis Antral: Existe una forma especial de gastritis, que se localiza exclusivamente en el antro, y que histologicamente se presenta como una forma intermedia entre la gastritis superficial y atrofica. En ella se observa un denso infiltrado inflamatorio de linfocitos y células plásmaticas que ocupan todo el espesor de la mucosa antral, separando las glándulas antrales y dando una falsa impresión de atrofia. Es frecuente la presencia de folículos linfoides. Este tipo de gastritis antral es característico en pacientes con ulcera duodenal. La estrecha correlación entre gastritis crónica y presencia de H.Pylori en la mucosa gástrica esta demostrada en numerosos estudios en todo el mundo, como muestra la extensa recopilación de Blaser. Destaca que de los 54 jóvenes sintomáticos, el 80% no tenían gastritis ni H.pylori, mientras que el

20% con gastritis todos estaban infectados. Entre los 1137 pacientes con sintomatología digestiva alta, 778 presentaban gastritis histológica y el 75% estaban infectados; sin embargo en los 358 pacientes sin gastritis solo demostró H.pylori en el 9,7%. En niños, solamente se objetivo infección por H.pylori en el 70% de los que presentaban gastritis crónica de causa no conocida. En ninguna de las gastritis específicas (eosinofílicas, crohn, menetrier, etc.)se objetivo infección, y si en el 70% de las gastritis no específicas.

## Gastritis asociada a Helicobacter Pylori

### 1.6.3 Helicobacter pylori en patología digestiva

El reconocimiento de que la infección de la mucosa gástrica por helicobacter pylori es la principal causa de la gastritis crónica b o ambiental y un factor determinante de la etiopatogenia de la enfermedad ulcerosa ha supuesto una de las aportaciones mas relevantes en la gastroenterología en la ultima década. La erradicación del microorganismo modifica la historia natural de la enfermedad ulcerosa, anulando la tendencia a la recidiva, lo que implica un cambio sustancial en el manejo de esta enfermedad. A través de la inducción de gastritis crónica, la infección por h.pylori se correlaciona con un mayor riesgo de desarrollar cáncer gástrico de tipo intestinal.

Se abre un campo apasionante para el estudio de la etiopatogenia de la enfermedad neoplásica del estomago y su hipotética prevención. Hace 12 años un equipo de trabajo, formado por miembros de cuatro departamentos del Royal Perth hospital de Australia lograron cultivar una bacteria espirilar en el estomago humano y se describió por primera vez su posible relación con alguna de las patologías mas frecuentes del tracto digestivo superior. Después de no pocas discusiones, en el momento presente se puede asegurar que la infección de la mucosa gástrica por el microorganismo actualmente llamado helicobacter pylori es un factor indudable en la etiopatogenia de los dos procesos mas frecuentes del tracto digestivo superior, la gastritis crónica y la enfermedad ulcerosa. Esta relación es una de las aportaciones más relevantes de la última década en el campo de la gastroenterología y supone una importante novedad conceptual que abre nuevos e interesantes caminos terapéuticos. Sin embargo el tema continua siendo controvertido aunque dicha controversia se ha desplazado de la inicial, es

decir, el papel etiopatogenico de la infección (que parece ampliamente demostrado) a al actual, que consiste en objetivar la verdadera importancia que tiene esta infección como cofactor en los diferentes procesos patológicos e incluso en su posible relación con la enfermedad maligna gástrica.

- La infección por H.pylori es la principal causa de gastritis crónica B o ambiental.
- La infección por H.pylori no se relaciona con la gastritis A autoinmune ni con otras gastritis específicas.
- La ingestión de H.pylori induce un cuadro agudo de dispepsia y morfológico de gastritis aguda, que revierte con tratamiento antibiótico.
- La morfología de la gastritis asociada a H.pylori es característica: gastritis crónica con leve o moderada actividad, grado variable de atrofia, presencia de folículos linfoides y de predominio en el antro.
- La erradicación de H.pylori mejora la gastritis, desapareciendo los signos de actividad, pero la mejora del cuadro morfológico no se relaciona con mejoría de la clínica si ya existe.

Gastritis Auto Inmune: Conocida también como gastritis crónica atrofica corporal difusa. Frecuentemente se asocia con otras enfermedades auto inmunes como tiroiditis o enfermedad de Addison.

Gastritis Crónica por reflujo: el reflujo del contenido duodenal hacia el estómago produce una gastritis crónica.

Gastritis crónica linfocítica, caracterizada por una densa infiltración del epitelio foveolar y superficial por linfocitos.

Gastritis eosinofílica. Caracterizada por una densa infiltración de eosinófilos en la mucosa gástrica, que frecuentemente involucra capas más profundas de la pared gástrica.

Gastritis granulomatosa: muy poco común reconocida en situaciones como sarcoidosis, TBC e histoplasmosis.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> ANDRADE, P. Rafael y colaboradores; Ciencias Básicas de Medicina, Patología 1ª Edición; Ed Corporación Para Ediciones Biológicas.1999 Pp 139-142.

### 2.6.2 Tratamiento.

A.- Gastritis por estrés. Se ha visto que la profilaxis farmacológica con sucralfato o antagonistas de los receptores H2 en pacientes graves reduce la incidencia de hemorragias significativa y clínicamente franca en 50 %. La profilaxis debe administrarse de manera sistemática al hospitalizar a los pacientes graves con factores de riesgo significativo de hemorragias. Dos de los factores de riesgo son cuagulopatía e insuficiencia respiratoria que necesita ventilación mecánica hasta

*Marco*

#### *Teórico*

---

por 48 horas. Cuando no se presentan ambos factores de riesgo el peligro de hemorragia significativa es solo 0.1% .

Una vez que se produce la hemorragia los pacientes deben recibir venoclisis continuas de un antagonista de los receptores H2. Las técnicas de hemostasia endoscópica no son útiles, no obstante a menudo se practica endoscópica en estos pacientes al buscar otras causas tratables de hemorragia gastrointestinal superior.

B.- Gastritis por AINE. Los síntomas pueden reducir el medicamento, reducción a la dosis más baja eficaz o administración con las comidas. Pueden tratarse de manera sintomática con sucralfato, con antagonistas de los receptores H2 (cimetidina, ranitidina, famotidina) o con inhibidores de la bomba de protones como el omeprazol, pantoprazol, lansoprazol. La hemorragia gastrointestinal superior debida a gastritis por AINE no es intensa.

C.- Gastritis alcohólica. Representa el 20% de los episodios de hemorragia gastrointestinal superior en alcohólicos crónicos. Con frecuencia se prescribe tratamiento con antagonistas de los receptores H2 o sucralfato.

D.- Gastropatía hipertensiva portal. Produce congestión mucosa de capilares y venulas constituyen el 25% de los episodios de hemorragias gastrointestinales, superior en los pacientes con hipertensión portal, puede presentarse de manera súbita o en forma insidiosa con anemia por deficiencia de hierro. El tratamiento por medio de propranolol o nadolol reduce la incidencia de hemorragia aguda recurrente al disminuir las presiones portales.<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> Lawrence M. Tierney, JR., MD. "Diagnóstico clínico y tratamiento", Ed. El Manual Moderno.2003 p.601-604





# III APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

*Enfermería*

*Aplicación del Proceso de*

---

## 3.1. PRESENTACIÓN DEL CASO

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: C. S. P

Edad: 13 años

Sexo: Femenino

Grado de escolaridad: 1ero de secundaria

Religión: Católica Ocupación: Estudiante  
Lugar de origen: Morelos  
Institución: ISSSTE  
Servicio: Pediatría  
Grupo sanguíneo: O Rh positivo  
Fecha de admisión: 24-04-06  
Motivo de ingreso: Gastritis  
Fuente de información: El paciente

### 3.2 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

#### PERSONALES NO PATOLOGICOS

Originaria del estado de Morelos, habita en casa propia la cual cuenta con todos los servicios intradomiciliarios y extradomiciliarios.

Actualmente vive solo con su madre, y su hermano menor de 10 años, su padre les abandono hace 10 años cuando ella tenía 3 años.

La persona que se hace responsable de ella es su madre, que tiene 38 años de edad, desde la secundaria convive con su padre ya que el le da educación física en su escuela, su casa tiene todos los servicios ya que es de las viviendas de GEO, cuenta con todos los servicios urbanos.

#### HABITACIÓN

Tenencia: propia (x) alquilada ( )  
Tipo: Sola (x) Dpto. ( ) Vecindad( )  
Pisos: Concreto(x) Tierra ( ) Mixto ( )  
Muros: Tabique (x) Madera ( ) Carton ( )  
Techo: Concreto(x) Lamina ( )  
Recamaras: Una ( ) Dos (x) Más de 3( )  
Cocina: Separada( ) No separada (x)  
Sanitario: Familiar(x) colectivo( ) Letrina( ) Aire libre( )  
Agua: intradom(X) Extradom( ) Alumbrado(X)  
Drenaje: Sí (X) No( )  
Eliminación basura: Camión recolector (X) Quemada( ) Otros( )  
Pavimentación: Si (x) No ( )

*Aplicación del Proceso de*

*Enfermería*

---

Fauna: Aves( ) Gatos( ) Perros(X) Otros( ) Ninguno( )

#### ANTECEDENTES HEREDOS FAMILIARES

Niega antecedentes heredo familiares

#### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Solo hace una comida regular, sale temprano de su casa para la escuela y cuando regresa duerme de dos a tres horas, hasta que llega su mama, le gustan mucho las sabritas.

#### PADECIMIENTO POR EL CUAL SE HOSPITALIZA.

Femenina, paciente de 13 años de edad, que ingreso al ISSSTE al servicio de pediatría el día 24 de abril del 2006 a la cama numero 8 .Presenta dolor en epigastrio que no tolera Inicia su padecimiento desde hace tres días con molestias de abdomen, con limitaciones funcionales en el momento por la intensidad del dolor refiere nauseas, fue ingresada al servicio de urgencias el día 22 de abril del 2006.

Recibió atención medica en el servicio de urgencias ya que no pueden permanecer mas de 24 horas en el servicio por eso fue trasladada al hospital donde se encontraba y se valoro encontrándose inquieta astenica, adinámica con anorexia.

#### DIAGNOSTICO MEDICO ACTUAL.

Gastritis aguda, a descartar IVU.

#### EXPLORACIÓN FISICA.

Paciente femenina de 13 años de edad consciente, edad aparentemente igual a la cronológica con dolor abdominal.

TA: 110/70mmhg

FC: 82 X min.

FR: 20 X min.

T: 36.6° c

PESO: 37 kg.

TALLA: 1.52m.

CABEZA: Normocefálica con buena implantación de pelo, sin pediculosis, sin exostosis ni endotocis a la palpación.

CEJAS: Abundantes, completas, simétricas.

OJOS: Simétricos, pestañas semiabundantes, agudeza visual normal, globo ocular hidratado, sin secreciones hialinas ni purulentas.

*Aplicación del Proceso de*

*Enfermería*

---

NARIZ: Narinas sin secreción nasal, tabique nasal central alineado.

BOCA: Mediana, regular, con mucosas oral bien hidratadas lengua normal, sin excoriaciones con buena coloración, labios ligeramente resecaos.

OIDOS: Simétricos, agudeza auditiva normal.

CUELLO: Cilíndrico, simétrico, con movimientos rotatorios, flexión lateral, hiperextensión, extensión y flexión normales, piel hidratada, traquea central desplazable, tiroides sin anomalías, pulso carotideo 82x min.

TÓRAX ANTERIOR Y POSTERIOR: Movimientos respiratorios de amplexión y amplexación sincrónicos, campos pulmonares normales, frecuencia respiratoria de 20x min., ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia de 82x min., piel hidratada.

ABDOMEN: Piel hidratada, blando, con resistencia a la palpación y dolor, no se puede auscultar debido al dolor.

MIEMBROS TORÁCICOS: Simétricos completos, piel hidratada, catéter venoso permeable en miembro torácico derecho, uñas normales y cortas, con movimientos de extensión, flexión, abducción y aducción normales, llenada capilar de 1”.

MIEMBROS PELVICOS: Simétricos, piel hidratada.

*Aplicación del Proceso de*

*Enfermería*

---

## ANÁLISIS DE LA VALORACION DE LAS NECESIDADES BÁSICAS

1.-OXIGENACIÓN: Automatismo respiratorio normal, vías respiratorias permeables piel y mucosas de color rosado, frecuencia, rítmica y profundidad respiratorias normales.

2.-NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN: Consumo deficiente en líquidos y alimentos ricos en fibra.

3.-ELIMINACIÓN: Su patrón de eliminación es anormal ya que refiere evacuar a veces hasta en 4 días con características de constipación heces duras y secas por la mala alimentación no acostumbra a tomar agua.

4.-MOVILIDAD Y POSTURA: Intolerancia a la actividad, producido por el dolor. Después que paso el dolor se incorpora a la actividad de la vida diaria.

5.-DESCANSO Y SUEÑO: Refiere que le cuesta trabajo dormir bien por la noche duerme llegando de la escuela de 1-6 pm.

6.-VESTIRSE: Puede vestirse y desvestirse y preparar su ropa sin ayuda, le gusta la comodidad le gusta lucir bien sus tías le regalan ropa pero solo se pone la que le gusta.

7.-TERMORREGULACION: Prefiere el calor que el frío, conoce los medios físicos y químicos para el control de temperatura corporal

8.-HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL: Baño diario aseo bucal 1 vez al día, tiene las uñas cortas y limpias, piel hidratada.

9.-EVITAR PELIGROS: No hay ninguna alteración, es una persona conciente y orientada que permanece gran parte del día en casa.

10.-COMUNICARSE: Integridad de los órganos de los sentidos, sus contactos sociales son irregulares, vive en casa con su hermano menor y su madre, le cuesta trabajo comunicarse con su hermano debido a la diferencia de edades.

11.-CREENCIAS Y VALORES: Católica acude cada mes a la iglesia, cree que debe acercarse más a dios. Su mama insiste en que valla a la iglesia. Le gusta dibujar ver la tele a veces salir al parque. Le gustaría tener una computadora.

12.-TRABAJO Y REALIZACION: Depende económicamente de su mama y su edad no le permite trabajar.

13.-JUGAR Y PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS: No tiene ninguna alteración.

*Aplicación del Proceso de*

*Enfermería*

---

14.-APRENDIZAJE: Desconocimiento de su padecimiento, tratamiento y autocuidado.

### 3.3. JERARQUIZACIÓN DE LOS DIAGNOSTICOS SEGÚN LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.

1.- Dolor y molestias relacionadas con inflamación gástrica manifestado por facie alterada, posición fetal, palidez.

- 2.- Alteraciones de la nutrición por defecto relacionado a la baja ingesta de alimentos nutricionales manifestado por bajo peso, estreñimiento.
- 3.- Estreñimiento relacionado a malos hábitos en la alimentación manifestado por deposiciones fecales con dificultad, heces duras secas hasta por cuatro días sin defecar.
- 4.- Ansiedad relacionada por hospitalización manifestada por sentirse nerviosa, temerosa y por la exacerbación de su cuadro de gastritis.
- 5.- Riesgo de incumplimiento de tratamiento relacionado por la edad de la paciente al ser adolescente, así como a la cronicidad del régimen terapéutico prescrito.
- 6.- Déficit de conocimientos, relacionado a la poca información al respecto de su enfermedad en el tratamiento y la dieta, manifestado por dudas verbalizadas por la paciente y su mamá conforme al tratamiento a seguir en su casa de medicamentos y dieta.
- 7.- Afrontamiento individual ineficaz, relacionado a divorcio de sus padres, incapacidad para relajarse adecuadamente y ser muy susceptible a los problemas de su vida diaria. Manifestado por un estado de ansiedad, nerviosismo, exacerbación de cuadro de gastritis.
- 8.- Trastorno de la autoestima, relacionado a crisis de la edad, (adolescencia), divorcio de los padres, manifestado por sentimientos de minusvalía, verbalización. auto negativas, comportamientos que indican falta de confianza en sí misma.
- 9.- Problema Interdependiente: Gastritis. Náuseas relacionadas a dolor en epigastrio manifestado por sensación y reflejas de vómito y abundante salivación.



# 3.4 DIAGNÓSTICOS Y PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

**3.4.1 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.-** Dolor y molestias relacionadas con inflamación gástrica manifestado por dolor agudo en hipogastrio, facie alterada, posición fetal.

OBJETIVO: Disminuir el dolor a la paciente.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- ACCIÓN: Reconocimiento del dolor de la paciente a través de una escala del 1 al 10. FUNDAMENTACIÓN: Resulta básico para todas las estrategias de enfermería que la paciente pueda clasificar el nivel de dolor que siente y así poder llevar un control acerca del mejoramiento o empeoramiento del estado de la paciente, con datos un poco más objetivos ya que el dolor es un síntoma subjetivo.
- ACCIÓN: Administrar butilhioscina I.V. cada 6 horas indicados. FUNDAMENTACIÓN: La pauta de administración de analgésicos evita el dolor intenso.<sup>1</sup>
- ACCIÓN: Realizar actividades lúdicas encaminadas a la distracción de la paciente para tratar de disminuir su percepción del malestar. FUNDAMENTACIÓN: La distracción de la paciente en otras actividades favorece a la relajación tanto muscular así como la disminución de la ansiedad.
- ACCIÓN: Explorar con la paciente los posibles factores que precipitan o intensifican la percepción del dolor (p. Ej. Estrés emocional, factores ambientales, medicamentación inadecuada). FUNDAMENTACIÓN: La identificación de los factores precipitantes, actuales o potenciales, ayuda a la paciente a evitarlos o a minimizarlos.
- ACCIÓN: Aplicar sobre el abdomen bolsa de agua caliente. FUNDAMENTACIÓN: El calor relaja la musculatura abdominal.
- ACCIÓN: Ayudar a la paciente para que asuma una posición cómoda FUNDAMENTACIÓN: Los cambios de posición alivian la presión sobre áreas específicas.
- ACCIÓN: Fomentar los ejercicios de relajación. FUNDAMENTACIÓN: La relajación puede aumentar los efectos terapéuticos de los analgésicos, así como la disminución del estrés.

*Enfermería*

*Aplicación del Proceso de*

---

<sup>1</sup> Kozier Fundamentos de Enfermería, Ed. Mc Graw Hill, 3era ed, Vol. II, México, 1998, p. 1051

- ACCIÓN: Fomentar el uso de terapias alternativas como aromaterapia y masaje. FUNDAMENTACIÓN: Los aceites esenciales y el masaje pueden ayudar a reducir las molestias y los síntomas de los problemas digestivos causados por el estrés, los excesos, la alergia o la toxicidad de los alimentos.<sup>2</sup>
- ACCIÓN: Evaluar la eficacia del plan de control de dolor. FUNDAMENTACIÓN: A través de la valoración del plan de cuidados se puede evaluar si el tratamiento esta siendo efectivo y poder modificar las terapéutica.

---

<sup>2</sup> REYES Eugenia. Introducción al masaje, Manual básico para promotores y terapeutas de salud. Ed. Herbal, 4ª ed., México, 2004, pag 126.

**3.4.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.-** Alteraciones de la nutrición por defecto relacionado a la baja ingesta de alimentos nutricionales manifestado por bajo peso, estreñimiento.

**OBJETIVO:** Concientizar a la paciente para que alcance un estado óptimo de nutrición, a través de integrar una dieta equilibrada con alto nivel nutricional.

- **ACCIÓN:** Identificar los conocimientos previos de la paciente y su familia relacionados a la nutrición. **FUNDAMENTACIÓN:** La nutrición representa la suma de todas las interacciones entre un organismo y el alimento que consume, y los nutrientes son las sustancias orgánicas e inorgánicas que se encuentran en los alimentos y que son necesarios para el funcionamiento del organismos.
- **ACCIÓN:** Mostrarle a la paciente y a su familia los grupos de alimentos **FUNDAMENTACIÓN:** Los alimentos presentan grandes diferencias en cuanto a su valor nutritivo (el contenido en nutrientes de una cantidad específica de alimento), y ninguno de ellos proporciona todos los nutrientes esenciales, por lo cual se tienen que equilibrar para lograr una adecuada nutrición dependiendo también de la etapa etaria de las personas.
- **ACCIÓN:** Utilizar los saberes previos de la paciente y su familiar y orientarlos al consumo de una dieta equilibrada. **FUNDAMENTACIÓN:** Todas las personas por la misma experiencia de vida tiene información de diversas materias y en la alimentación va a estar influida por la área geográfica en la que habitan, estilo de vida, costumbres y tradiciones, con lo que se puede reunir un acervo y ajustarlo a las requisiciones propias a la edad de la paciente.
- **ACCIÓN:** Describir los beneficios de los diferentes grupos de alimentos y como combinarlos. **FUNDAMENTACIÓN:** En caso de que la dieta de una persona sea nutritiva y bien equilibrada, satisface tales necesidades con relativa facilidad. Una dieta equilibrada debe consistir en las cantidades recomendadas de alimentos que se eligen de los 4 grupos básicos. Los componentes que requiere el cuerpo para mantenerse sano son: calorías, proteínas, grasas, carbohidratos, minerales, vitaminas y agua.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Wolf LuVerne. Curso de Enfermería Moderna, Ed. Harla, 7º ed., México, 1993, p.605

- **ACCIÓN:** Integrar desde su estancia hospitalaria alimentos ricos en contenido nutricional. **FUNDAMENTACIÓN:** El hierro y las vitaminas son necesarias para un buen complemento en la dieta, para la reparación tisular y prevenir la anemia. Integrar a la dieta alimentos altos en contenido nutricional permite al paciente irse adaptando a los cambios en su apetito así como integrar los lo más pronto posible a su dieta favorece la aceptación de estos.

**3.4.3 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.-** Estreñimiento relacionado a malos hábitos en la alimentación manifestado por deposiciones fecales con dificultad, heces duras secas hasta por cuatro días sin defecar.

**OBJETIVOS:** Realizar acciones encaminadas a la regularización intestinal de la paciente.

- **ACCIÓN:** Identificar el patrón de eliminación común en la paciente. **FUNDAMENTACIÓN:** El estreñimiento se refiere a la eliminación de heces pequeñas, duras y secas, o a la no eliminación de heces durante cierto período. Es importante definir el estreñimiento con relación al patrón de eliminación normal de la persona. Algunas personas normalmente sólo defecan algunas veces por semana y por consiguiente, no necesariamente están estreñidos cuando no consiguen defecar todos los días. Otras personas defecan más de una vez al día, para ellos una sola deposición al día puede indicar estreñimiento, por tales motivos es necesario la valoración cuidadosa de los hábitos de la persona.<sup>4</sup>
- **ACCIÓN:** Identificar el posible origen del estreñimiento. **FUNDAMENTACIÓN:** Muchos factores contribuyen al estreñimiento como son: los hábitos defecatorios irregulares, aumento de estrés, dieta inapropiada, insuficiente ingesta de líquidos, medicamentos, ejercicios insuficientes, edad, procesos patológicos.<sup>5</sup>
- **ACCIÓN:** Fomentar el aumento de la ingesta de alimentos altos en fibra y mayor ingestión de líquidos. **FUNDAMENTACIÓN:** Las dietas blandas o con bajo contenido de fibra carecen de residuos y, por consiguiente, originan insuficientes productos de desecho para estimular el reflejo de la defecación. Una ingestión insuficiente de líquidos reduce la fluidez del quimo que penetra en el intestino grueso y da lugar a heces más secas y duras.

---

<sup>4</sup> Kozier Fundamentos de Enfermería, Ed Mc Graw Hill, 3º ed, Vol II, México, 1998. p. 1250

<sup>5</sup> Gispert, Carlos. Manual de la Enfermería Ed. Grupo Océano, España, 2003 ,p.1048

- ACCIÓN: Explorar el patrón dietético de la paciente y recomendar los cambios necesarios en la dieta. Orientar a la paciente para que registre todo lo que toma o ingiere durante 48 horas. FUNDAMENTACIÓN: El registro de los ingresos ayuda a la enfermera a determinar si la ingestión de líquidos fibra es la adecuada.

*Aplicación del Proceso de*

*Enfermería*

---

- ACCIÓN: Instruir a la paciente para que beba 8 vasos de agua al día, previo al descarte de algún tipo de patología cardiaca o renal. Evitar el café, té, y el zumo de uva. FUNDAMENTACIÓN: Cantidades adecuadas de líquidos favorecen la eliminación fecal normal y son esenciales junto con una dieta rica en fibra. Estos líquidos actúan como diuréticos.
- ACCIÓN: Recomendar a la paciente ingerir alimentos ricos en fibra (p. Ej cereales de grano entero, frutas y verduras frescas). Evitar el pan y los cereales refinados (p. Ej. Pasta, pasteles). Evite el abusar del salvado. FUNDAMENTACIÓN: La fibra absorbe agua y aumenta el volumen de las heces, lo cual estimula el peristaltismo y la evacuación intestinal. Demasiado salvado produce retortijones y flatos.
- ACCIÓN: Explicar a la paciente la importancia de hacer ejercicio y movilidad intestinal. FUNDAMENTACIÓN: El ejercicio aumenta el peristaltismo, favoreciendo así la evacuación intestinal.
- ACCIÓN: Animar a la paciente a que camine al menos 15 a 20 minutos al día para empezar y enseñar ejercicios de fortalecimiento abdominal. FUNDAMENTACIÓN: El ejercicio mantiene el tono de los músculos abdominales y del suelo de la pelvis utilizados en la defecación.
- ACCIÓN: Vigilar el patrón de eliminación fecal de la paciente y la consistencia de las heces. FUNDAMENTACIÓN: La valoración regular aporta datos para evaluar la eficacia de las intervenciones enfermeras.
- ACCIÓN: Animar a la paciente a establecer un horario regular para defecar, preferiblemente 20 a 30 minutos después de una comida. FUNDAMENTACIÓN: El organismo se va acostumbrando poco a poco a defecar a cierta hora y con el paso del tiempo en automático se evacua en ese horario preestablecido, y después de alguna ingesta de alimentos porque la presencia de estos en el estómago desencadena el reflejo gastrocólico.

**3.4.4 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.-** Ansiedad relacionada por hospitalización manifestada por sentirse nerviosa, temerosa y por la exacerbación de su cuadro de gastritis.

OBJETIVO: Eliminar ansiedad en la paciente.

Disminuir a través de técnicas alternativas la ansiedad de la paciente.

- ACCIÓN: Explicarle en que consiste el termino de ansiedad y estrés, para que se le haga más fácil identificar como se siente. FUNDAMENTACIÓN: El estrés puede ser definido como un estímulo, un hecho de la vida que incrementa la vulnerabilidad individual en cuanto a la enfermedad. Y ansiedad como la sensación vaga de incomodidad que se manifiesta por excitación fisiológica y por diferentes patrones de comportamiento, cuyo origen es con frecuencia inespecífico o desconocido para la persona.
- ACCIÓN: Ayudar a la paciente a determinar las fuentes de su ansiedad. FUNDAMENTACIÓN: Estas acciones ayudan a la paciente a establecer una comprensión sobre la naturaleza y la causa de la ansiedad. Una vez que se comprende el estrés con precisión, la ansiedad puede disminuir y la paciente puede identificar con más facilidad las estrategias de afrontamiento.
- ACCIÓN: Estimular a la paciente a verbalizar sus sentimientos y a expresar sus emociones (llorar, gritar). FUNDAMENTACIÓN: El compartir las preocupaciones y expresar las emociones pueden reducir los sentimientos de la paciente en cuanto a sentirse sola y abrumada por las situaciones estresantes.
- ACCIÓN: Ayudar a la paciente a reconocer sus patrones habituales de afrontamiento y la eficiencia de los mismos. FUNDAMENTACIÓN: La identificación de las estrategias de afrontamiento habituales permite que la paciente determine la efectividad de los mecanismos de afrontamiento existentes y a considerar el desarrollo de nuevas estrategias que sean más adecuadas par la situación presente.

- ACCIÓN: Proporcionar seguridad y comodidad, dar soporte a sus estrategias de afrontamiento actuales, hablarle lentamente y de forma sosegada, transmitir la sensación de solicitud y empatía; reducir la estimulación sensorial. FUNDAMENTACIÓN: Al proporcionar una presencia reafirmante de la sensación de soledad de la paciente se le da apoyo en su situación de vulnerabilidad y con una estimulación sensorial excesiva puede incrementar la ansiedad de la paciente.

*Aplicación del Proceso de*

*Enfermería*

---

- ACCIÓN: Ayudar a la paciente a identificar nuevas estrategias para controlar el estrés (p. Ej., relajación, ejercicios, creación de imágenes, masaje). FUNDAMENTACIÓN: Las nuevas estrategias de afrontamiento pueden permitir que la paciente haga frente a las situaciones estresantes presentes y futuras de una manera más efectiva.
- ACCIÓN: Disminuir la ansiedad a través de técnicas alternativas como la aromaterapia. FUNDAMENTACIÓN: Es la utilización de aceites esenciales de plantas con fines terapéuticos que nos ayudan a un equilibrio físico, salud mental y psicológico. Entre sus muchos usos el más utilizado es para la relajación del sistema nervioso a través del olfato.
- ACCIÓN: Dar a conocer a la paciente los beneficios del masaje para conseguir la disminución del estrés. FUNDAMENTACIÓN: El masaje de relajación aplicado de forma sensitiva y con distintos grados de lentitud permite que las corrientes vitales consigan equilibrarse; el masaje sensitivo se adentra sutilmente en la más profunda capa física y anímica proporcionando la integración psicofísica tanto del receptor como del emisor.<sup>6</sup>
- ACCIÓN: Realizar con la paciente una relajación progresiva para que la ponga en práctica cuando considere necesario. FUNDAMENTACIÓN: Las técnicas de relajación han sido ampliamente utilizadas para reducir los niveles elevados de estrés, y de dolor, la utilización permite a la paciente ejercer control sobre las respuestas de su cuerpo ante la tensión y la ansiedad.<sup>7</sup>
- ACCIÓN: Realizar con la paciente y su familiar un ejercicio de imaginación guiada. FUNDAMENTACIÓN: La imaginación guiada implica la utilización de imágenes positivas elegidas por uno mismo o sugeridas por el instructor, para conseguir unos objetivos específicos relacionados con la salud.

<sup>6</sup> Reyes Eugenia. Introducción al Masaje, manual básico para promotores y terapeutas de salud. Ed. Herbal, 4º ed., México, 2004, p.21

<sup>7</sup> Kozier, Fundamentos de Enfermería, Ed Mc Graw Hill, 3º ed, Vol II , México, 1998, p.898



**3.4.5 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.-** Riesgo de incumplimiento de tratamiento relacionado por la edad de la paciente al ser adolescente, así como a la cronicidad del régimen terapéutico prescrito.

OBJETIVO: Identificar y corregir cualquier concepto equivocado que tenga la paciente en relación con la gastritis y su control; para que cumpla con el tratamiento prescrito.

- ACCIÓN: Concientizar a la paciente y a su mamá para continuar con el tratamiento y los cambios en la dieta. Con cita a un mes para valorar avances.
- ACCIÓN: Proporcionar al paciente la información necesaria usando las estrategias docentes de selección, brevedad y refuerzo por escrito  
FUNDAMENTACIÓN: Estas estrategias aumentan la enseñanza y el aprendizaje, pudiendo facilitar el seguimiento.
- ACCIÓN: Animar al paciente a comprometerse a alcanzar los objetivos que se proponga en mejoramiento de su salud, así como apoyarse en su familia. FUNDAMENTACIÓN: Aconsejar al paciente que de pasos pequeños para alcanzar un objetivo importante puede resultar la estrategia mas eficaz para mejorar el seguimiento.
- ACCIÓN: Proporcionar incentivos para fomentar el cumplimiento y los futuros retos de la vida. FUNDAMENTACIÓN: El compromiso (acuerdo escrito entre dos partes) se ha venido usando con éxito en la atención sanitaria para mejorar la participación del paciente. Esto anima al paciente a determinar sus propios objetivos y recompensas pudiendo ayudar a mejorar el seguimiento

**3.4.6 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Déficit de conocimientos, relacionado a la poca información al respecto de su enfermedad en el tratamiento y la dieta, manifestado por dudas verbalizadas por la paciente y su mamá conforme al tratamiento a seguir en su casa de medicamentos y dieta.

**OBJETIVOS:** Que la paciente acerca de su enfermedad, para que pueda cumplir un autocuidado y prevenir exacerbaciones gástricas en el futuro.

- **ACCIÓN:** Proporcionarle la información necesaria a la paciente acerca de todo los factores de riesgo: el ayuno prolongado, ingesta de comida irritante como chile, refresco, café, chocolate, condimentos, someterse a descargar de adrenalina, incrementar el nivel de estrés. **FUNDAMENTACIÓN:** La información facilita la solución del problema.
- **ACCIÓN:** Facilitar la información del porque debe de llevar una dieta equilibrada. **FUNDAMENTACIÓN:** La alimentación adecuada controla las molestias en el sistema digestivo, y ayuda a mantener un estado óptimo nutricional.
- **ACCIÓN:** Concientizar acerca de la importancia de asistir a consultas médicas con el pediatra. **FUNDAMENTACIÓN:** La visita médica permite un control del estado del paciente y permite prevenir los cuadros agudos de malestar posteriores a su tratamiento.
- **ACCION:** Fomentar la participación en la retroalimentación de la paciente y de su mamá acerca de los cuidados que tiene que llevar en su casa, para poder evaluar si entendieron todo lo descrito anteriormente. **FUNDAMENTACIÓN:** La retroalimentación es el procedimiento de poner cierta información en un sistema que generó otra con anterioridad. Si la información de salida de éste no cumple ciertas normas, se retroalimenta la información al sistema y se hacen las modificaciones adecuadas.

**3.4.7 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Afrontamiento individual ineficaz, relacionado a divorcio de sus padres, incapacidad para relajarse adecuadamente y ser muy susceptible a los problemas de su vida diaria. Manifestado por un estado de ansiedad, nerviosismo, exacerbación de cuadro de gastritis.

**OBJETIVO:** Identificar las situaciones que le provocan estrés a la paciente.  
Diseñar actividades alternativas para disminuir el estrés en la paciente.

- **ACCIÓN:** Identificar todas las situaciones que lastiman a la paciente y provocan que sus niveles de estrés aumenten **FUNDAMENTACIÓN:** La forma en la que una persona percibe y responde al factor estresante esta en gran parte relacionada con los aprendizajes previos, las etapas del desarrollo, los sucesos vitales , la salud y los métodos de afrontamiento
- **ACCIÓN:** Ayudar a la paciente a determinar la naturaleza del suceso o la circunstancia estresante. **FUNDAMENTACIÓN:** Esto le proporciona a la paciente una comprensión más realista de la naturaleza del estrés.
- **ACCIÓN:** Ayudar a la paciente a determinar las energías personales y a diferenciar los mecanismos de afrontamiento positivos de los negativos **FUNDAMENTACIÓN:** La identificación de las fuentes personales de energía y la diferenciación de los patrones de afrontamiento ineficaz o peligroso, de los eficaces, mejora la autoestima de la paciente y su sentido de capacidad para afrontar el estrés.
- **ACCIÓN:** Dar apoyo a las expresiones positivas de las emociones **FUNDAMENTACIÓN:** La expresión de las emociones puede disminuir la percepción de la intensidad del factor estresante.
- **ACCIÓN:** Ayudar a la paciente a identificar nuevas estrategias para controlar el estrés (p. Ej., relajación, ejercicios, creación de imágenes, masaje). **FUNDAMENTACIÓN:** Las nuevas estrategias de afrontamiento pueden permitir que la paciente haga frente a las situaciones estresantes presentes y futuras de una manera más efectiva.

- **ACCIÓN:** Diseñar un plan de ejercicios de liberación de emociones negativas. (recomendar el uso de cartas catárticas, ejercicios de polaridad y meditación). **FUNDAMENTACIÓN:** Hay muchas maneras de liberar las emociones y diferentes teorías sobre la mejor manera de hacerlo. Algunos psicoterapeutas opinan que para sanar es necesario liberar de un modo activo las emociones.<sup>8</sup>

**3.4.8 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Trastorno de la autoestima, relacionado a crisis de la edad, (adolescencia), divorcio de los padres, manifestado por sentimientos de minusvalía, verbalización, auto negativas, comportamientos que indican falta de confianza en sí misma.

**OBJETIVO:** Fortalecer la autoestima, reconociendo los factores que originan su falta de confianza e independencia alterada por su vida familiar .

- **ACCIÓN:** Proporcionar intimidad y ayudar a la paciente a que exprese sus sentimientos. Dar soporte a la paciente para que exprese los sentimientos de duelo o cólera, relacionados con lo que le este afectando (divorcio de los padres). **FUNDAMENTACIÓN:** La paciente se sentirá más libres para expresar sus sentimientos en un entorno de apoyo. La expresión de los sentimientos permite a la paciente hacer frente a sus sentimientos y resolver los problemas. Al pasar tiempo con la paciente y permitirle que exprese sus sentimientos muestra apoyo y aceptación.
- **ACCIÓN:** Ofrecer elogios y estímulos a la paciente y a sus familiares cercanos (mamá) **FUNDAMENTACIÓN:** Los elogios y los estímulos fomentan el aprendizaje y la aceptación de los cambios.
- **ACCIÓN:** Estimular a la paciente a identificar sus valores personales. **FUNDAMENTACIÓN:** De esta manera, el profesional de enfermería permite que la paciente potencie sus valores personales.
- **ACCIÓN:** Estimular a la paciente para que reconozca los logros pasados y los conocimientos que posee; recomendar a la paciente que no se centre en las debilidades o fracasos anteriores. **FUNDAMENTACIÓN:** Estas actividades estimulan a la paciente a reconocer sus logros y fortalezas propias y distinguir que potencial tiene para superar sus problemas.
- **ACCIÓN:** Proporcionar información sobre actividades y grupos de apoyo (curso de autoestima que con frecuencia se da en esta institución) que fomentan la autoestima. **FUNDAMENTACIÓN:** Estas acciones proporcionan un refuerzo positivo de la valía de la paciente.

---

<sup>8</sup> SÁNCHEZ, Vega Norma Blanca, Manual del Perdón, 1ª parte, Asociación de Tanatología, 2003, México, pag 18 – 20

- ACCIÓN: Ayudar a la paciente a seleccionar actividades satisfactorias y gratificantes. Animarle a la participación en actividades que fomentan la autoestima, como ejercicio, grupos de apoyo, actividades sociales, creativas y recreativas, autoayuda, servicios a la comunidad y actividades de autocuidado. FUNDAMENTACIÓN: La terapia permite a la paciente explorar en sus autopercepciones, creencias, valores y relaciones con los demás en un entorno de apoyo.

*Aplicación del Proceso de*

*Enfermería*

---

- ACCIÓN: Ayudar a la paciente a determinar los factores que interfieren en unas relaciones interpersonales positivas. FUNDAMENTACIÓN: El reconocimiento de las conductas negativas permite a la paciente corregir aquellas que interfieren en sus relaciones interpersonales.
- ACCIÓN: Enseñar a la paciente las técnicas correctas de interacción así como enseñar a la mamá las técnicas correctas de interacción. FUNDAMENTACIÓN: El conocimiento de las técnicas correctas de interacción ayuda a la paciente a mantener una autoestima positiva y fomenta la interacción positiva entre la paciente y las personas allegadas.
- ACCIÓN: Escuchar atentamente. Proporcionar un entorno de apoyo, reconocer el crecimiento y los logros de la paciente. FUNDAMENTACIÓN: Estas acciones refuerzan la autoestima de la paciente.

**3.4.9 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.-** Problema Interdependiente: Gastritis, náuseas relacionado a dolor en epigastrio manifestado por sensación y reflejo de vómito y abundante salivación.

OBJETIVO: Aumentar el bienestar de la paciente disminuyendo las náuseas, a través de distintas técnicas.

- ACCIÓN: Identificar el origen de las náuseas. FUNDAMENTACIÓN: Las náuseas pueden ser causadas por dolor, distensión abdominal, ingestión de alimentos o líquidos antes de que se recupere el peristaltismo después de algún procedimiento quirúrgico, algunos medicamentos, ansiedad.
- ACCIÓN: Valorar la relación de las náuseas con la intensidad del dolor FUNDAMENTACIÓN: Como acto reflejo el dolor puede llegar a producir náuseas y hasta vómito en alguno de los casos.
- ACCIÓN: Dar alimentos fríos (p ej. trocitos de hielo) FUNDAMENTACIÓN: El frío disminuye la sensación de náuseas en el organismo.
- ACCIÓN: Disminuir olores desagradables para la paciente FUNDAMENTACIÓN: Un ambiente con olores desagradables llega a ser agresivo para el confort de los pacientes, provocando diversas reacciones psicosomáticas entre ellas las náuseas por medio de la percepción del olfato.
- ACCIÓN: Aplicar en caso necesario antieméticos previa valoración médica. FUNDAMENTACIÓN: Los fármacos con acción antiemética, disminuyen la sensación de náuseas y vómito en los pacientes.

### 3.5 EJECUCION DEL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

- Se dio atención a la importancia de una dieta adecuada e hidratación.
- Tratamiento farmacológico:
  - Laxantes suaves
  - Analgésicos.
  - Antiácidos, bloqueadores de los receptores H<sub>2</sub> de histamina.
- Preparación para estudios de laboratorio y gabinete.
- Higiene bucal.
- Se enseñó a la paciente técnicas de relajación y reducción de estrés así como de aromaterapia.

### 3.6 EVALUACION DEL PLAN DE ENFERMERÍA.

- Se suprimió el dolor motivo por el cual ingreso.
- La paciente durmió sus 8 horas.
- La paciente se mantuvo asintomatica.
- Demostró conocimiento del proceso de la enfermedad y el tratamiento y los cuidados en su domicilio.
- La paciente mostró gran interés por aprender y tratar y poner en practica lo intervenido, aprendió y entendió una gastritis aguda, como prevenir otra recaída, la importancia de tratarse a tiempo de cambiar los hábitos alimenticios, así como llevar acabo los tratamientos en casa (dieta adecuada, descanso, sueño, limpieza bucal, tratamiento farmacologico, etc.)
- El autocuidado es principal objeto de este proceso, la paciente y su mama mostraron considerable interés y mejoría en su autocuidado, fortaleciendo su independencia.



# IV PLAN DE ALTA

#### 4.1 PLAN DE ALTA

La paciente regresará a casa y dará continuidad al tratamiento médico prescrito, así como a las recomendaciones dietéticas y técnicas de relajación realizadas durante su estancia hospitalaria, con la finalidad de reducir sus niveles de estrés que exacerbaban su padecimiento, de igual modo se recomienda a la paciente visitar al psicólogo.

Se da orientación verbal a la paciente acerca de las prescripciones médicas y la combinación de alimentos a seguir para su tratamiento en casa.

Tratamiento médico:

Ranitidina 150mg  
Cizaprida  
senosidos  
Cefotaxima

Tomar una tableta cada 8 horas.  
Tomar ½ tableta cada 8 horas  
Tomar una tableta cada 24 horas  
Aplicar 1gr. IM cada 24 horas por 5 días.

Técnicas de respiración realizadas durante su estancia hospitalaria y terapia recreativa una vez al día

Recomendaciones dietéticas:

- Aumentar el consumo de fibra natural soluble como son las frutas y verduras, los mucílagos como la linaza, las pectinas como la papaya e insoluble como la celulosa de la lechuga

- Aumentar el consumo de productos fermentados, principalmente el yogur.
- Disminuir el consumo de grasas saturadas, especialmente de carnes y grasas de origen animal como la manteca o la mantequilla.
- Aumentar el consumo de frutas y verduras crudas.
- Aumentar la ingesta de líquidos (agua y jugos).
- Aumentar la actividad física, especialmente caminar y ejercicios abdominales.

Frutas todas las acuosas son laxantes terapéuticos porque hidratan aunque no sean consideradas directamente como laxantes.

- Ciruela
- Papaya *\*es la mejor opción para combatir el estreñimiento debido a su alto contenido de papaina.*
- Dátil

*Plan de*

*Alta*

---

- Higos
- Zapote negro
- Zarzamora
- Guayaba madura
- Manzana madura
- Melón
- Uvas
- Naranjas
- Aguacate

Verduras: aportan clorofila, estimulan y limpian el intestino

- Betabel
- Acelgas
- Espinacas
- Verdolagas
- Papa *\* un consumo en exceso también puede provocar problemas de estreñimiento.*
- Zanahoria
- Espárrago
- Rábano
- Poro
- Camote
- Cebolla

Desayuno:

Jugos para disminuir la gastritis:

5 zanahorias

½ papa cruda con cáscara

½ rama de apio cortada en forma vertical o bien una hoja de col morada.

Pasar todo por el extractor y tomar en ayunas por 7 días.

Comida: consumir gran cantidad de crudos (80%) como ensaladas, por lo menos durante 10 días.

Cena: un plato de papaya con 1 cucharada de germen de trigo tostado y yogur natural.

Es importante aumentar el consumo de líquidos como agua y jugos, así como incrementar la actividad física., para ayudar a corregir el problema de estreñimiento y el estrés.

# **V CONCLUSIONES**

## V CONCLUSIONES

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

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

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

Después de incursionar en el modelo de Virginia Henderson y utilizando en forma práctica en la atención de un paciente con alteración en la nutrición, considero haberle proporcionado atención de enfermería que cumplió el 90% de los objetivos establecidos y el otro 10% para valorar en un corto plazo.

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

El hecho de haber estado hospitalizado Claudia durante 8 días valida el trabajo realizado y puede favorecer la disminución de complicaciones en el paciente.

El apoyo de la taxonomía de la NANDA y el enfoque del modelo de Virginia Henderson me permitieron detectar las alteraciones de la salud y las demandas de atención y favorecer la elaboración de diagnósticos de enfermería que considero la etapa de mayor dificultad seguida de la elaboración de objetivos que sin embargo me dieron el punto de partida para la planeación de las intervenciones de enfermería.

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

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



# **VI RECOMENDACIONES**

## VI RECOMENDACIONES

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

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

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

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

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

En cuanto a la patología creo que tenemos que tener cuidado con nuestros adolescentes, y dar a conocer el valor de los alimentos sobre todo el de la comida chatarra.

Me atrevo a recomendar que esta profesión requiere de una dosis extra de amor, humildad y servicio (calidad y calidez), ya que es una profesión altamente humanística.

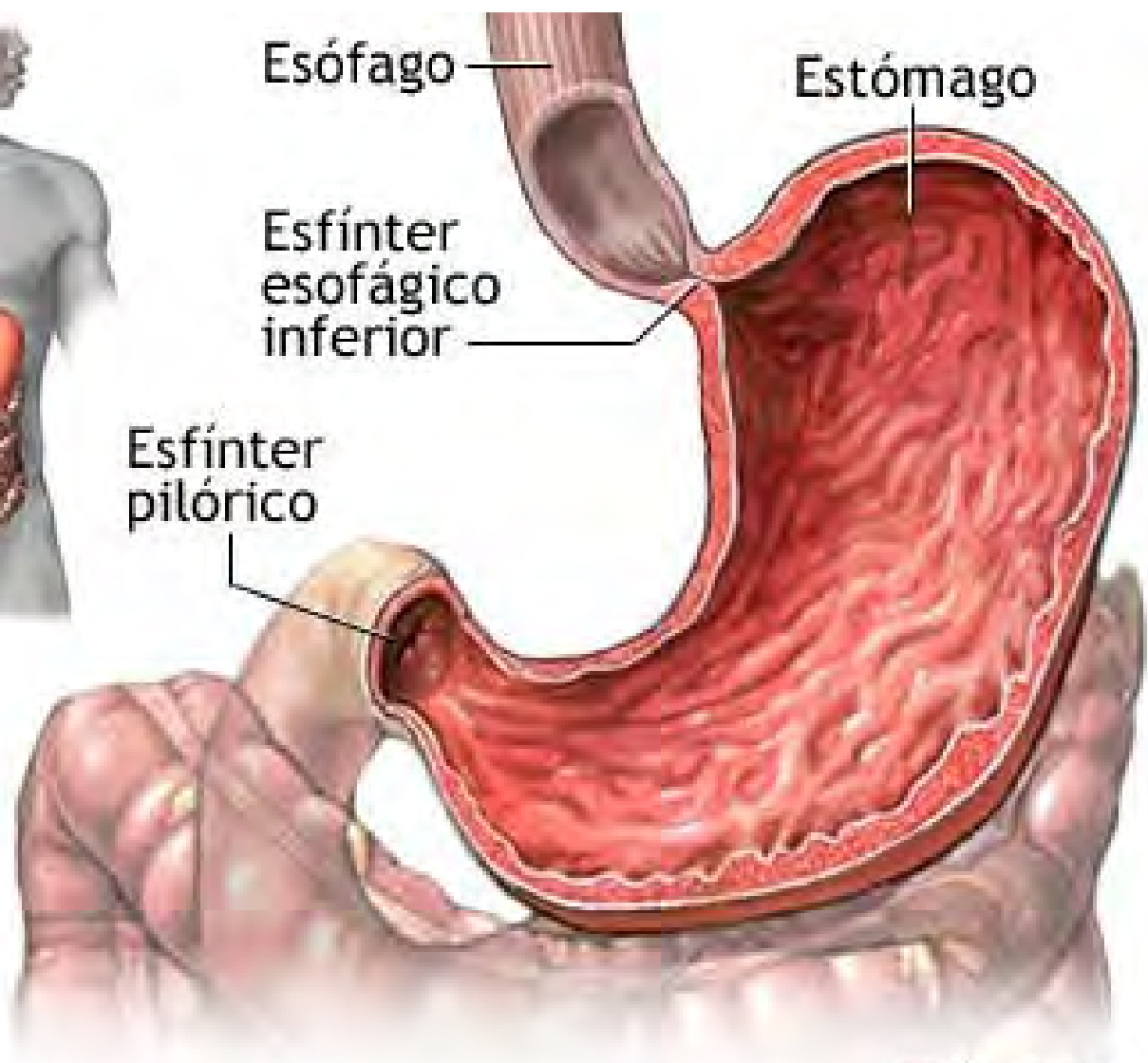
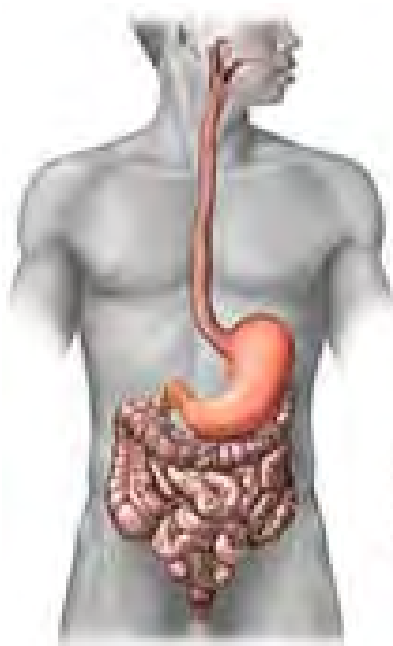
## **VII BIBLIOGRAFIA**

## VII BIBLIOGRAFIA

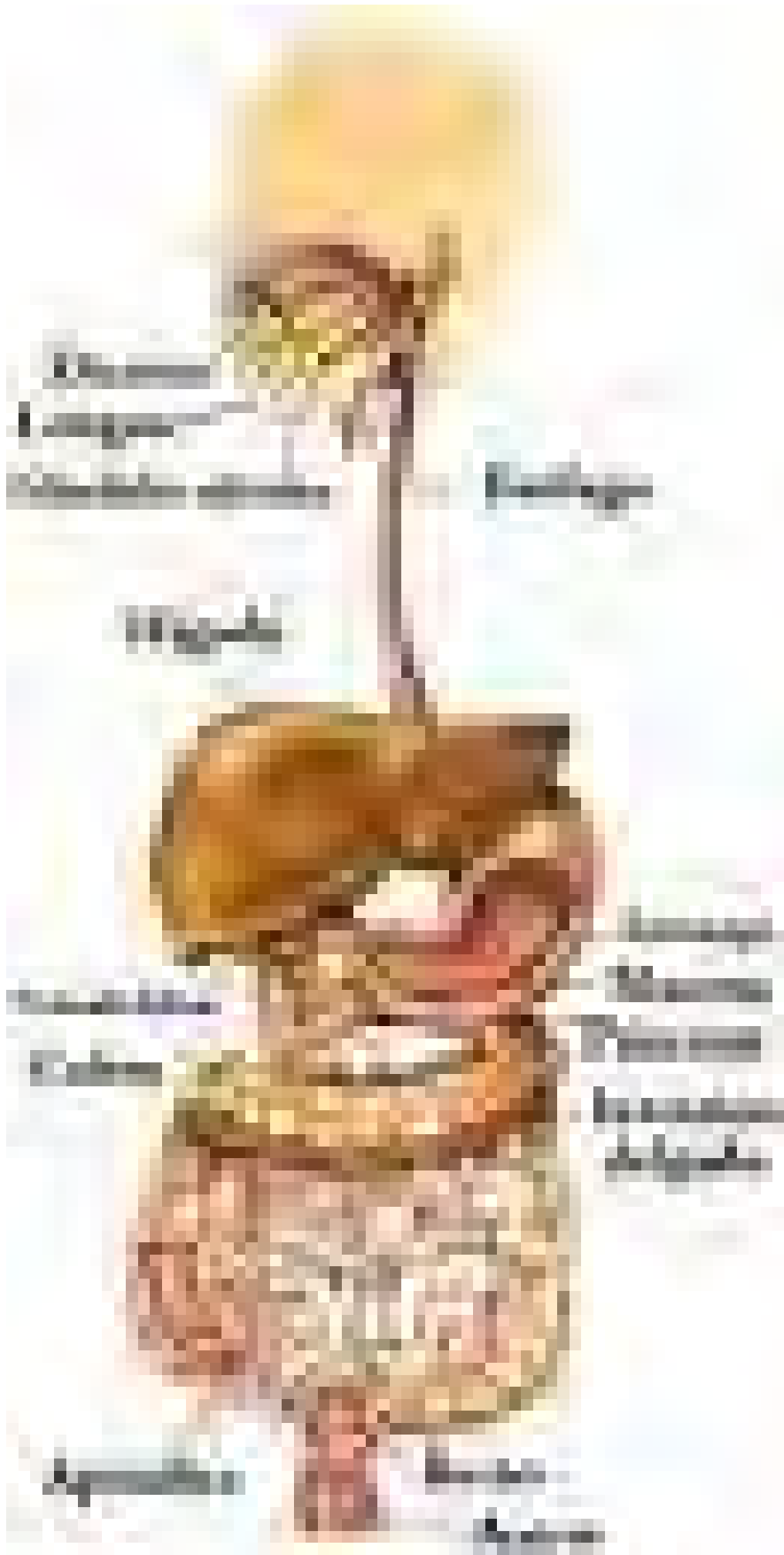
- 1.-ALFARO Rosalinda, "Aplicación del proceso de enfermería". Ed. Doyma, ed. Madrid, 1996. P. 3
- 2.-ANDRADE, P. Rafael y colaboradores," Ciencias Básicas de Medicina", Patología 1ª Edición; Ed Corporación Para Ediciones Biológicas.1999 Pp 139-142.
- 3.-ATKINSON. Leslie D. Y colaboradores Proceso de Atención de Enfermería Ed, el Manual Moderno 1985 p.4
- 4.-BERNAL, L. Beatriz, "Textos de Filosofía de enfermería", antología de la ENEO-UNAM p. 284-297
- 5.-CATHERINE Parker Anthony, "Anatomía y Fisiología" , Interamericana Mc Graw Hill 10 edición, p.480
- 6.-DE BERNABE Ortega Enric, " El Cuerpo Humano", Instituto Monsa de Ed. S.a. P.55
- 7.-GISPERT,Carlos. "Manual de la Enfermería". Ed. Grupo Océano, España, 2003, pag. 1048
- 8.-Grifith. Janet W. "Proceso de Atencion de Enfermeria" Pp.13 Ed. El mundo moderno 1986
- 9.-HERNANDEZ Conesa Johana "Historia de la enfermería", análisis históricos de los cuidados de enfermería Mc. Graw Hill año 1995, P.p 133
- 10.-HENDERSON Virginia, "La Naturaleza de la Enfermería" , Interamericana, Madrid 1994, Pp 21-27
- 11.-HINCHLIFF Susan M. y otras "Citado en enfermería y cuidados de salud", Madrid Doyma 1955 p.174
- 12.-KOSIER Barbara., "Fundamentos de Enfermería, conceptos, proceso y practica", 5ª edición vol. 1 Mc graw Hill p606
- 13.-KOZIER. "Fundamentos de Enfermería", Ed Mc Graw Hill, 3ª ed, Vol II, México, 1998, pag. 898,1051,1250.
- 14.-LAWRENCE M. Tierney, JR., MD. "Diagnóstico clínico y tratamiento", Ed. El Manual Moderno.2003 p.601-604

- 15.-PHANEUF Margot “Las necesidades fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson” en cuidados de enfermería, p.116-118 Mc Graw Hill, Madrid 1993
- 16.-REYES Eugenia, “Introducción al masaje, Manual básico para promotores y terapeutas de salud”. Ed. Herbal, 4ª ed., México, 2004, pag 21 y 126.
- 17.-RODRIGUEZ Sánchez Bertha Alicia “Proceso Enfermero”. Ed. Cuellar Aguirre p.29
- 18.-ROSALES Barrera Reyes Gómez, “Proceso de Atención de Enfermería” Fundamentos de enfermería p.205
- 19.-ROSALES Barrera Reyes Gomez, “Fundamentos de Enfermería” P.200-217
- 20.-SÁNCHEZ, Vega Norma Blanca, Manual del Perdón, 1ª parte, Asociación de Tanatología, 2003, México, pag 18 – 20
- 21.-TOMEY Ann Marriner “Introducción del Análisis de las Teoría de Enfermería”, 4ta edición, Ed. Mosby Doyma Barcelona 1999 p 99-100
- 22.-TORTORA: “Anatomía y Fisiología Humana”, México, 1999. Ed.Harla. P.522-527
- 23.-WOLFF LuVerne.” Curso de Enfermería Moderna”, Ed. Harla, 7ª ed., México, 1993, P. 605.
- 24.-YURA–Walsh. “El Proceso de Enfermería: Valoración, planificación, implementación y evaluación” Ed. Alambra, Madrid 1986,P.p. 94-97

# **VIII ANEXOS**



ADAM.





## FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE: Claudia Giselle Sanchez Payan Edad: 13 Peso: 37 KG TALLA: 152

FECHA DE NACIMIENTO: 29-OCT-92 SEXO: Femenino OCUPACION: Estudiante

ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE ADMISION: 23-abril-05 HORA: 16hrs 14hrs

PROCEDENCIA: Recuperacion FUENTE DE INFORMACION: Directa \_\_\_\_\_

FIABILIDAD: (1-4) 4 MIEMBRO DE LA FAMILIA/PERSONA SIGNIFICATIVA: Hija

CID: CAUJ 690220-3

CED: PARH 620228-8

## VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

### 1.NECESIDADES DE OXIGENACION

Subjetivo:

DISNEA DEBIDO A: \_\_\_\_\_TOS PRODUCTIVA/SECA: \_\_\_\_\_DOLOR  
ASOCIADO CON LA RESPIRACION: \_\_\_\_\_ FUMADOR: \_\_\_\_\_

DESDE CUANDO FUMA/CUANTOS CIGARROS AL DIA/VARIA LA CANTIDAD SEGÚN SU ESTADO EMOCIONAL: \_\_\_\_\_

Objetivo:

REGISTRO DE SIGNOS VITALES Y CARACTERISTICAS: 100-70 36.82-20

---

TOS PRODUCTIVA/SECA: \_\_\_\_\_ ESTADO DE CONCIENCIA: \_\_\_\_\_

COLORACION DE PIEL/LECHOS UNGUALES/PERIBUCAL: Tes morena clara

CIRCULACION DEL RETORNO VENOSO: \_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_

---

## 2.NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION.

Subjetivo.

DIETA HABITUAL (TIPO):Chatarra en calle,leche, filete en la comida NUMERO DE COMIDAD DIARIAS: 3 TRANSTORNOS DIGESTIVOS: \_\_\_\_\_

INTOLERANCIA ALIMENTARIAS/ALERGIAS: Presento 1 intoxicacion alimentaria hace 2 años.\_\_\_\_\_

PROBLEMAS DE LA MASTICACION Y DEGLUCION: \_\_\_\_\_

PATRON DE EJERCICIO: Le gusta natacion pero no lo hace y futbol\_\_\_\_\_

Objetivo.

TURGENCIA DE LA PIEL: Frente presenta sec. De barritos\_\_\_\_\_

MEMBRANAS MUCOSAS HIDRATADAS/SECAS: Hidratadas\_\_\_\_\_

CARACTERISTICAS UÑAS/CABELLO: Normales\_\_\_\_\_

FUNCIONAMIENTO NEUROMUSCULAR Y ESQUELETICO: \_\_\_\_\_

ASPECTO DE LOS DIENTES Y ENCIAS:Encimados los colmillos y los de abajo.\_\_\_\_\_

HERIDAS, TIPO Y TIEMPO DE CICATRIZACION: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3. NECESIDAD DE ELIMINACION

Subjetivo.

HABITOS INTESTINALES : \_\_\_\_\_ CARACTERISTICAS DE LAS  
HECES, ORINA Y MENSTRUACION: 28 X3 \_\_\_\_\_

HISTORIA DE HEMORRAGIAS / ENFERMEDADES RENALES / OTROS: \_\_\_\_\_

USO DE LAXANTES: \_\_\_\_\_ HEMORROIDES: \_\_\_\_\_

DOLOR AL DEFECAR / MENSTRUAR / ORINAR: \_\_\_\_\_

COMO INFLUYEN LAS EMOCIONES EN SUS PATRONES DE ELIMINACION:  
Se le quita el apetito \_\_\_\_\_

Objetivo.

ABDOMEN CARACTERISTICAS: nl. \_\_\_\_\_

RUIDOS INTESTINALES: nl. \_\_\_\_\_

PALPACION DE VEJUGA URINARIA No se alcanza \_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_

#### 4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.

Subjetivo.

ADAPTABILIDAD DE LOS CAMBIOS DE TEMPERATURA: \_\_\_\_\_

EJERCICIO/TIPO Y FRECUENCIA : 4 En educ. física básquet y futbol \_\_\_\_\_

TEMPERATURA AMBIENTAL QUE LE ES AGRADABLE: Lo frío frío \_\_\_\_\_

Objetivo.

CARACTERISTICAS DE LA PIEL: Lubricada \_\_\_\_\_

TRANSPIRACION: No suda a pesar del ejercicio \_\_\_\_\_

CONDICIONES DEL ENTORNO FISICO: \_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 5.NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo.

CAPACIDAD FISICA COTIDIANA: 2 Veces a la semana 1 hra \_\_\_\_\_

ACTIVIDADES EN EL TIEMPO LIBRE: Tele y dibujar\_\_\_\_\_

HABITOS DE DESCANSO: Duerme a 5:30 hrs,sabados y domingos 10am se levanta\_\_\_\_\_

HABITOS DE TRABAJO : Aveces no puede\_\_\_\_\_

Objetivo.

ESTADO DEL SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO FUERZA: Buena forma\_\_\_\_\_

CAPACIDAD MUSCULAR TONO /RESISTENCIA /FLEXIBILIDAD\_\_\_\_\_

POSTURAS:\_\_\_\_\_

NECESIDAD DE AYUDA PARA LA DEAMBULACION:\_\_\_\_\_

DOLOR CON EL MOVIMIENTO:\_\_\_\_\_

PRESENCIA DE TEMBLORES:\_\_\_\_\_ ESTADO DE CONCIENCIA:\_\_\_\_\_

ESTADO EMOCIONAL:\_\_\_\_\_

OTROS: Contenta\_\_\_\_\_

## 6.NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo:

HORAIO DE DESCANSO:\_\_\_\_\_HORARIO DEL SUEÑO:\_\_\_\_\_

HORAS DE DESCANSO:\_\_\_\_\_HORAS DE SUEÑO:\_\_\_\_\_

SIESTA: 14 a 18 horas después de que comió AYUDAS:\_\_\_\_\_

INSOMNIO: Antes de acostarse DEBIDO A: Dormir mucho en la tarde\_\_\_\_\_

Objetivo:

ESTADO MENTAL. ANSIEDAD/ESTRÉS /LENGUAJE:\_\_\_\_\_

OJERAS : Si ATENCION:\_\_\_\_\_BOSTEZOS:\_\_\_CONCENTRACION:\_\_\_\_\_

APATIA: No CEFALEAS: No solo antes de enfermarse\_\_\_\_\_

RESPUESTA A ESTIMULOS:\_\_\_\_\_

OTROS:\_\_\_\_\_

## 7.NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo.

INFLUYE SU ESTADO DE ANIMO PARA LA SELECCIÓN DE SUS PRENDAS DE VESTIR: Escoge ella ,se lo dice su tia y si le gusta se lo pone

SU AUTOESTIMA ES DETERMINANTE EN SU MODO DE VESTIR: \_\_\_\_\_

SUS CREENCIAS LE IMPIDEN VESTIRSE COMO A USTED LE GUSTARIA: Normal

NECESITA AYUDA PARA LA SELECCIÓN DE SU VESTUARIO: No

Objetivo.

VISTE DE ACUERDO A SU EDAD: \_\_\_\_\_

CAPACIDAD PSICOMOTORA PARA VESTIRSE Y DESVESTIRSE: Sola

VESTIDO INCOMPLETO: No SUCIO: No INADECUADO: No

OTROS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



---

## 8.NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL.

Subjetivo:

FRECUENCIA: Diario

MOMENTO PREFERIDO PARA IR AL BAÑO: En la mañana si no en la noche

CUANTAS VECES SE LAVA LOS DIENTES AL DIA: 1 en la noche

ASEO DE MANOS ANTES Y DESPUES DE COMER: SI DESPUES DE ELIMINAR: SI TIENE CREENCIAS PERSONALES O RELIGIOSAS QUE LIMITEN SUS HABITOS HIGIENICOS: NO

Objetivo.

ASPECTO GENERAL: Despeinada

OLOR CORPORAL \_\_\_\_\_ HALITOSIS: \_\_\_\_\_

ESTADO DEL SUERO CABELLUDO Seco chino y largo hasta el hombro

LESIONES DERMICAS TIPO: Sec. De acne en la piel

OTROS: \_\_\_\_\_

---

## 9.NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Subjetivo.

QUE MIEMBROS COMPONEN LA FAMILIA DE PERTENENCIA: Hermano-mama

COMO REACCIONA ANTES SITUACION DE URGENCIA: Groserias, impulsiva ,le dan ganas de gritar en la almohada.

CONOCER LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES.

HOGAR: \_\_\_\_\_

TRABAJO: \_\_\_\_\_

REALIZA CONTROLES PERIODICOS DE SALUD RECOMENDADOS EN SU PERSONA: No FAMILIARES: No COMO CAMALIZA LAS SITUACIONES DE TENSION EN SU VIDA: Come

Objetivo.

DEFORMIDADES CONGENITAS: No

CONDICIONES DEL AMBIENTE EN SU HOGAR: \_\_\_\_\_

TRABAJO: \_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_

## 10.NECESIDAD DE COMUNICARSE

Subjetivo.

ESTADO CIVIL: Soltera AÑOS DE RELACION: \_\_\_\_\_ VIVE CON: Su mama

PREOCUPACIONES /ESTRÉS: \_\_\_\_\_ FAMILIAR: \_\_\_\_\_

OTRAS PERSONAS QUE PUEDAN AYUDAR Su mama

ROL EN ESTRUCTURA FAMILIAR: Reg: con papa

COMUNICA PROBLEMAS DEBIDO A LA ENFERMEDAD /ESTADO: \_\_\_\_\_

CUANTO TIEMPO PASA SOLA : 1 hra:

FRECUENCIA DE LOS CONTACTOS SOCIALES DIFERENTES EN EL TRABAJO: 3 Amigas

Objetivo:

HABLA CLARO: Si CONFUSA: \_\_\_\_\_

DIFICULTAD/VISION: \_\_\_\_\_ AUDICION: \_\_\_\_\_

COMUNICACIÓN VERBAL/NO VERBAL CON LA FAMILIA /CON OTRAS PERSONAS SIGNIFICATIVAS: \_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_

## 11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

Subjetivo.

CREENCIA RELIGIOSA: Catolica\_\_\_\_\_

SU CREENCIA RELIGIOSA LE GENERA CONFLICTOS PERSONALES: No\_\_\_\_\_

PRINCIPALES VALORES FAMILIARES :Cada 8 dias a misa \_\_\_\_\_

ES CONGRUENTE SU FORMA DE PENSAR CON SU FORMA DE VIVIR: Si\_\_\_\_\_

PRINCIPALES VALORES PERSONALES:\_\_\_\_\_

ES CONGRUENTE SU FORMA DE PENSAR CON SU FORMA DE VIVIR: Si\_\_\_\_\_

Objetivo.

HABITOS ESPECIFICOS DE VESTIDOS. (GRUPO SOCIAL RELIGIOSO):\_\_\_\_\_

PERMITE EL CONTACTO FISICO: SI\_\_\_\_\_

PRESENCIA DE ALGUN OBJETO INDICATIVO DE DETERMINADOS VALORES  
O CREENCIAS:\_\_\_\_\_

OTROS:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 12.NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo.

TRABAJA ACTUALMENTE : Si le gustaria TIPO DE TRABAJO: Asistente de  
velencia. RIESGOS:\_\_\_\_\_ CUANTO TIEMPO LE DEDICA AL TRABAJO:\_\_\_

ESTA SATISFECHO CON SU TRABAJO:\_\_\_\_SU REMUNERACION LE  
PERMITE CUBRIR SUS NECESIDADES BASICAS Y/O LAS DE SU FAMILIA:\_\_\_

ESTA SATISFECHO (A) CON EL ROL FAMILIAR QUE JUEGA:\_\_\_\_\_

Objetivo.

ESTADO/EMOCIONAL/CALMADO.ANSIOSO/ENFAFAFO/RETRAIDO/TEMEROS  
O / IRRITABLE/INQUIETO/EUFORICO:\_\_\_\_\_

OTROS:\_\_\_\_\_

---

## 13.NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

ACTIVIDADES RECREATIVAS QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE: Juega y dibuja

LAS SITUACIONES DE ESTRÉS INFLUYEN EN LAS SATISFACCION DE ESTA NECESIDAD: \_\_\_\_\_

RECURSOS EN SU COMUNIDAD PARA LA RECREACION: Ir al parque

HA PARTICIPADO EN ALGUNA ACTIVIDAD LUDICA O RECREATIVA: NO

Objetivo:

INTEGRIDAD DEL SISTEMA NEUROMUSCULAR: \_\_\_\_\_

RECHAZO A LAS ACTIVIDADES RECREATIVAS: NO

ESTADO DE ANIMO. APATICO/ABURRIDO/PARTICIPATIVO: Participativo

OTROS: \_\_\_\_\_

## 14.NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo.

NIVEL DE EDUCACION: Sec. 1.A

PROBLEMAS DE APRENDIZAJE: \_\_\_\_\_

LIMITACIONES COGNITIVAS: \_\_\_\_\_ TIPO: \_\_\_\_\_

PREFERENCIAS. LEER/ESCRIBIR: \_\_\_\_\_

CONOCE LAS FUENTES DE APOYO PARA EL APRENDIZAJE EN SU  
COMUNIDAD: No

SABE COMO UTILIZAR FUENTES DE APOYO: \_\_\_\_\_

INTERES EN EL APRENDIZAJE PARA RESOLVER PROBLEMAS DE SALUD: No

OTROS: \_\_\_\_\_

Objetivo.

ESTADO DEL SISTEMA NERVIOSO: \_\_\_\_\_

ORGANOS DE LOS SENTIDOS: \_\_\_\_\_

ESTADO EMOCIONAL ANSIEDAD, DOLOR: Dolor \_\_\_\_\_

MEMORIA RECIENTE: \_\_\_\_\_

MEMORIA REMOTA: \_\_\_\_\_

OTRAS MANIFESTACIONES: \_\_\_\_\_