



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

**APLICADO A UNA PERSONA ADULTA
BASADO EN LAS NECESIDADES DE
VIRGINIA HENDERSON**

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

PRESENTA:

MARÍA DE LOS ANGELES DÍAZ CAMACHO

NÚMERO DE CUENTA

78515460

ASESOR ACADÉMICO:

MTRA. SANDRA M. SOTOMAYOR SÁNCHEZ



OCTUBRE 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

GRACIAS

5 Porque tu, mi Dios, eres mi esperanza., la seguridad que me acompaña desde que soy un niño.

6 En ti he sido sustentado desde el vientre; de las entrañas de mi madre y escogiste el día de mi nacimiento, por ello te alabaré siempre. Salmo 71

A mis padres, por su apoyo, su amor y comprensión que permanentemente me hacen sentir.

A mis hermanas y sobrinas/os por acompañarme en este viaje... la vida y compartir mi pasión por ella

A mis amigos íntimos: ellos saben quienes son. Por sus preciados consejos y gratos momentos. Por su generoso apoyo.

Siempre estaré en deuda permanentemente.

INDICE

Introducción	1
Justificación.....	2
Objetivos.....	2
Metodología.....	3
1.-MARCO TEORICO.....	4
1.1.-Enfermería como disciplina.....	5
1.2.-Antecedentes del Cuidado De Enfermería	7
1.3.-EL CUIDADO.....	9
1.3.1.-Concepto de cuidado.....	9
1.3.2.-Cuidado como Objeto De Estudio.....	10
1.3.3.-Tipos de Cuidado.....	10
1.4.-Teoría de Enfermería.....	17
1.4.1.-Concepto de Teoría.....	17
1.4.2.-Objetivo de la Teoría.....	18
1.4.3.-Clasificación de las Teorías.....	22
1.5.-Teoría de Virginia Henderson.....	23
1.6.-Proceso de Enfermería.....	29
1.6.1.-Concepto.....	29
1.6.2.-Objetivos.....	29
1.6.3.- Ventajas del Proceso.....	30
1.6.4.-Etapas del Proceso.....	31
1.7.- El Adulto.....	41
Características: Biológicas Psicológicas Sociales	
2.-Aplicación del proceso de enfermería bajo.....	45
el enfoque de valoración de las catorce	
Necesidades de Virginia Henderson	
Resultado de las catorce necesidades.....	46
3.- Conclusiones.....	71
4.- Bibliografía.....	72
5.-Anexos.....	74

INTRODUCCIÓN

Antes de elaborar el proceso atención enfermería, fue necesario asistir a un seminario taller de proceso para adquirir los conocimientos y estructurar el marco teórico, fue así como descubrí que la profesión de enfermería ha encontrado su razón de ser a través de la historia.

La profesión se fundamenta en aspectos teóricos de enfermería para facilitar su gestión. El proceso atención enfermería en el cual ocurre el cuidado es un método sistematizado, ayuda a los profesionales a aprovechar sus conocimientos, solucionar problemas, desarrollar su creatividad y tener presente el aspecto humano de su profesión, está constituido por cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Se orienta a un modelo teórico, en este caso se utilizan las Catorce Necesidades de Virginia Henderson.

La enfermería como profesión del cuidado implica la interacción entre la enfermera, la persona y la familia, quienes colaboran para conseguir un máximo estado de salud y bienestar del individuo enfermo o sano a través de las intervenciones de enfermería.

El siguiente proceso se aplica a una persona adulta, aparentemente sana. La valoración se lleva a cabo en el domicilio de la Sra. G. a través de una entrevista dirigida en forma directa. Las necesidades detectadas sustentan la elaboración de los diagnósticos reales y potenciales de enfermería con el fin de determinar y construir objetivos alcanzables a corto plazo e iniciar la plantación orientado hacia el **cuidado holístico** basado en elementos teóricos enfocado a la atención de la persona adulta.

Justificación

El proceso atención enfermería se elabora para aplicar los conocimientos adquiridos del seminario taller e iniciar el desarrollo de un pensamiento crítico, reflexivo, científico, ético y humanístico, fomentando la investigación orientados al cuidado de enfermería con calidad y calidez para satisfacer las necesidades de salud de la Sra. G., con el propósito de mantener su independencia.

El presente trabajo constituye un aspecto de trascendencia para el alumno, es fundamental elaborar en forma escrita un instrumento determinante del proceso atención enfermería para obtener el título de Licenciado en Enfermería.

Objetivo General

Estructurar un proceso atención enfermería para proporcionar cuidados en forma holística a la persona adulta para disminuir riesgos reales y potenciales a través de las intervenciones de enfermería.

Objetivos Específicos

Identificar necesidades prioritarias realizando seguimiento en las diferentes etapas satisfaciendo dichas necesidades.

Poner en práctica los conocimientos adquiridos del seminario de proceso atención enfermería para la titulación de Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

METODOLOGIA

Posterior a un seminario taller de proceso atención enfermería, se estructura el siguiente trabajo para poner en practica los conocimientos adquiridos, bajo la directiva de las diferentes fases que comprende el proceso atención enfermería basado en las necesidades de Virginia Henderson.

El Proceso Atención Enfermería es un instrumento metodológico donde se plasma en forma profesional los cuidados aplicables a las necesidades de cada individuo familia y comunidad, enfermo o sano. Para su aplicación fue necesario asistir a un curso de proceso para adquirir los conocimientos y se eligió una persona de edad adulta en su domicilio aparentemente sana a quien se realiza la valoración por medio de un formato establecido con el fin de facilitar la detección de las necesidades utilizando el modelo teórico de Virginia Henderson y sus catorce necesidades para establecer los diagnósticos reales y potenciales, la plantación de la intervenciones de enfermería así como su ejecución y evaluación. Este trabajo fue sometido a revisiones para su validación y registro por asesor académico para dar continuidad a los trámites administrativos para la titulación de Licenciado en Enfermería.

1

MARCO TEORICO

1.1.-ENFERMERÍA COMO DISCIPLINA

La enfermería es una disciplina compleja del área de salud, con un gran impacto social que, constantemente aumenta sus funciones para satisfacer las necesidades que impone el cuidado de la salud en un mundo de cambio. Como tal ciencia cuenta con principios propios, pero por su carácter de profesión vinculante debe nutrirse de los conocimientos alcanzados por las ciencias médicas, a su vez sustentadas por avances en biología, sociología y psicología. De esta forma, el enfermero se caracteriza por poseer una sólida formación teórica y práctica que le permite un desempeño altamente cualificado en sus funciones asistencial, docente, gestora e investigadora (Imogene M 1984).

ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN

La enfermería como profesión de servicio a las personas, le corresponde el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales y potenciales. Para llevar a cabo estas actividades se ha apoyado en el proceso atención enfermería, ya que es un método que ayuda a los profesionales a aplicar sus conocimientos, solucionar problemas, desarrollar su creatividad y tener presente el aspecto humano de su profesión. Este método tiene como objetivo proporcionar cuidados de enfermería individualizados, y permitir la interacción con el sujeto de cuidado en forma holística, es decir, en sus dimensión biológica, psicológica, socio – cultural y espiritual (Imogene M 1984).

ENFERMERÍA Y CIENCIA

La enfermería es una ciencia aplicada, que toma principios y leyes de otras ciencias para aplicar el fenómeno de ENFERMERÍA, sus procesos, métodos y resultados. En este sentido se acepta, también, que la enfermería es una ciencia de la salud, es una ciencia humana porque el centro de responsabilidad, de la atención, del cuidado que ofrece, es el hombre en todas sus dimensiones. Toma y aplica los principios de las **ciencias sociales y humanas y los valores humanos** para explicar las metas

específicas que propone, los fundamentos y las dinámicas de la relación enfermera-paciente (familia, comunidad), proceso en el cual ocurre el cuidado de enfermería.

Por otra parte la orientación de la investigación de enfermería se enfoca a tipificar las características específicas del 'cuidado humanizado de **ENFERMERÍA**', las características específicas y resultados terapéuticos de la relación enfermera-persona.

El desarrollo actual de las teorías de ENFERMERÍA presenta un componente teórico con diferentes enfoques, con diferentes niveles de desarrollo y con diferentes grados de comprobación de su utilidad práctica. En este sentido tenemos una ciencia de enfermería en construcción, en descubrimiento y búsqueda constante, en el extremo de lo abstracto y lo dinámico. (Imogene M 1984).

Concepto de Enfermería.

Enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyo sujeto de atención es la persona como ser individual, social y espiritual. Su objeto es el "cuidado integral de la salud de la persona, familia y comunidad" en todas las etapas de la vida dentro del espectro del proceso salud – enfermedad".

Se concibe como una relación dialógica <<yo-tu>>, constituido por acciones transpersonales e ínter subjetivas que buscan: proteger, mejorar y preservar la humanidad, ayudando a la persona a encontrar un significado a la enfermedad, al sufrimiento, al dolor y a la existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración. Todo ello radica en la forma particular en que construyen esta relación dialéctica, ámbito donde dos personas se hacen presentes con su singularidad y su biografía y crean una experiencia compartida que llegará a formar parte de la historia de vida de ambos influyendo a futuro.

1.2.- ANTECEDENTES DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

En los tiempos remotos, las Sociedades Arcaicas Superiores (Babilonia, el Pueblo Hebreo, Egipto, India, China y el Nuevo Mundo) y el Mundo Clásico (Grecia Antigua y Roma), **los cuidados** estuvieron centrados en lo que es el mantenimiento de la vida, frente a las difíciles condiciones del medio. La figura que desempeña esta labor es la mujer, como madre de familia y como aglutinadora de todo lo que tiene que ver con el hogar. Los elementos empleados son los básicos: la promoción de la higiene y una adecuada alimentación y vestido.

En el inicio del Mundo Cristiano, Edad Media y el Mundo Moderno (siglos XVI, XVII y XVIII), **los cuidados** se asocian con el nacimiento de la religión cristiana tomado un sentido humanitario y espiritual que previamente no habían tenido: el enfermo, el que sufre, es un elegido de Dios y, quien lo **cuida**, también se consagra a él. En esta época, los conocimientos teóricos eran casi inexistentes y los procedimientos aplicados muy rudimentarios. Lo importante era la actitud mostrada, centrada en la caridad, la sumisión, la religiosidad y la obediencia.

El primer intento de sistematización de la noción de **cuidado** se ubica en el Siglo XIX, con el trabajo de Florence Nightingale. Notas sobre Enfermería, donde se refiere a las técnicas para ofrecer comodidad, higiene y alimentación a los enfermos. Para Nightingale “cuidar es un arte y una ciencia que exige una formación formal y el papel de la enfermera es poner al sujeto en las mejores condiciones para que la naturaleza actué sobre él”

Cabe mencionar que el siglo XIX se caracterizó en el área de salud por la necesidad de mejorar las condiciones de salud y controlar las enfermedades infecciosas, lo que ayudó a comprender la importancia en el medio ambiente y la influencia de la naturaleza expresada por Nightingale, sin embargo el concepto de cuidado no quedó bien definido y la práctica de enfermería tomó un destino equivocado (Ventosa F. 1997).

Los descubrimientos realizados a finales del siglo XIX en el campo de la física y química, permiten ampliar en la medicina sus conocimientos y su práctica

tecnológica cada vez más complejos para diagnosticar y posteriormente tratar las enfermedades. Los cuidados se centran en el enfermo y su entorno, teniendo en cuenta exclusivamente la enfermedad. El campo de las actividades médicas amplia y utiliza técnicas cada vez más elaboradas hasta el punto de que el médico necesita delegar poco a poco las tareas rutinarias que tenían costumbre realizar (toma de temperatura, examen de orina, cataplasmas, lavativas, etc.). Así es como logra asegurarse de la ayuda de un personal paramédico, para prepararle el material, efectuar los tratamientos curativos que prescribe pero de los que no se encarga. (Ventosa F. 1997).

Las enfermeras son una verdadera bendición para estos doctores solicitados por todas partes; teniendo a su disposición una mano de obra médica que no se interesa ni por la práctica en sí, ni por las ideas de la medicina y que parece no tener en la vida más que una única vocación de servir..

Virginia Henderson en el siglo XX desarrolló una propuesta con el objetivo de definir la función de la enfermera. Esta autora en un análisis histórico que publica sobre el plan de **cuidado** de enfermería, reconoce que desde los años Veinte algunas enfermeras elaboraban proyectos referentes al diseño de planes de cuidado. La salud hacia principios del siglo XX era definida como ausencia de enfermedad.

El cuidado por lo tanto se orientó hacia la resolución de problemas, deficiencias.

En los años Sesenta surgió en Norte América, la preocupación por construir “Modelos de Enfermería” y por desarrollar un método a partir del “Proceso de Enfermería” en respuesta a las exigencias que planteaba el sistema de salud. Consuelo Castrillón en su libro “La dimensión social de la práctica de la enfermería”, afirma que en estos modelos conceptuales se encuentran representaciones de enfermería que, en algunos círculos académicos, han servido para facilitar la orientación de la formación del cuidado y de la investigación. “Estos modelos derivan de alguna teoría mezcla de teorías de la biología, la psicología, la sociología y la antropología, saberes que se adoptaron para ilustrar la estructura del cuidado de

enfermería y para guiar la manera de formar, investigar y ejercer la profesión” (Domínguez 1983).

La enfermería ha atravesado numerosas etapas en la búsqueda de identidad profesional y autenticidad. En esta última etapa considera que se aceptó la complejidad de la naturaleza de enfermería y la posibilidad de trabajar con múltiples paradigmas, la necesidad de probar y corroborar los planteamientos más importantes de diferentes teorías, antes de descartarlas y la idea de aceptar la permanencia de diversos modelos y teorías en el campo docente, investigativo y de la práctica.

En el decenio del Noventa, el movimiento de reflexión sobre la conceptualización en enfermería, indaga por los conceptos propios de este campo y se propone precisar cuál es su objetivo o razón social de la enfermería, identificando “el cuidado” como la función histórica de los profesionales de enfermería. (Leakey 1980).

1.3.- EL CUIDADO

1.3.1.-CONCEPTO DE CUIDADO

Es un proceso interactivo por el que la enfermera y la persona se ayudan mutuamente para desarrollarse, actualizarse y transformarse hacia mayores niveles de bienestar. El cuidado es alcanzado por una conciencia e íntima apertura del yo al otro por una determinación sincera de compartir emociones, ideas, técnicas y conocimientos (Leakey 1980).

1.3.2.-CONCEPTO DE CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

El cuidado es un objeto particular de estudio que constituye un cuerpo de saberes edificados a partir de aquel y, al mismo tiempo, es capaz de presentar la estructura y contenido de esos saberes, estructura que se funda en la distinción entre cuidados genéricos, cuidados profesionales y cuidados profesionales enfermeros (Leininger 1978).

1.3.3 TIPOS DE CUIDADO.-

Existen dos tipos de cuidado de naturaleza diferente:

Care son los cuidados de costumbre y habituales y están relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida.

Cure son los cuidados de curación concernientes con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida.

Los cuidados de costumbre y habituales o cuidados de conservación y mantenimiento de la vida (**Care**) representan a todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida, dotándola de energía, en forma de alimento o de agua, calor luz o de naturaleza afectiva o social etc.

Los cuidados de costumbre o habituales están basados en todo tipo de hábitos, de costumbre y creencias. A medida que se constituye la vida de un grupo, nace todo un ritual, toda una cultura que determina lo que se considera bueno o malo para conservar la vida.

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

Los cuidados que proporciona la madre son los que adquirimos como hábitos cada día a medida que adquiramos autonomía y que otros deben compensar cuando vemos que esta autonomía se estrecha, disminuye, o cuando la hemos perdido.

Los cuidados representan un conjunto de actividades que aseguran la continuidad de la vida como: beber, comer, evacuar, lavarse, moverse, así como todo aquello que contribuye al desarrollo de la vida de nuestro ser, manteniendo la imagen del cuerpo, las relaciones, estimulando los intercambios con todo aquello que es fundamental para la vida, las fuentes de energía vital, la luz, el calor, la relación con personas conocidas, los objetos familiares etc.

Los cuidados de curación o tratamiento de la enfermedad (**Cure**): Garantizar la continuidad de la vida encuentra obstáculos o trabas, entre las principales son:

❖ El hambre

La falta de recursos en energía alimentaría para mantener las funciones vitales. Este fue el principal obstáculo de la vida durante miles de años, e incluso ahora para una gran parte de la población mundial. Se conoce en un fenómeno de malnutrición con predominio a insuficiencias nutricionales incluso en algunos grupos sociales en las sociedades desarrolladas , o por sobre nutrición en los grupos que gozan de abundancia.

- ❖ La enfermedad
- ❖ El accidente
- ❖ La guerra

En determinadas circunstancias es necesario utilizar además de los cuidados habituales para el mantenimiento de la vida, cuidados de curación, es decir, todo aquello que exige el tratamiento de la enfermedad.

Los cuidados de curación tienen por objeto limitar la enfermedad, luchar contra ella y detener sus causas. Los cuidados centrados en el hombre en relación a su entorno se han polarizado, en las sociedades occidentales, cada vez más en las enfermedades, un proceso de análisis que ha aislado las causas orgánicas y las causas físicas y que ha dejado de lado las causas socioeconómicas.

Los cuidados de curación van a predominar progresivamente hasta el punto de obliterar e incluso de excluir los cuidados para el mantenimiento de la vida, que se minimizan y se hacen secundarios, cuando siguen siendo fundamentales, puesto que sin ellos ninguna vida puede continuar.

Cuando prevalece el **cure sobre el care**, es decir descuidando los cuidados habituales y de costumbre, se aniquilan progresivamente todas las fuerzas vivas de la persona, todo aquello que la hace ser y reaccionar, ya que se agotan las fuentes de energía vital, sean de la naturaleza que sea (física, afectiva, social etc.). Esta aniquilación puede llegar hasta el deterioro irreversible.

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

Los cuidados de curación han invadido progresivamente el campo de todas las prácticas curativas, las de las madres, los padres, los vecinos, los amigos y a fortiori las del personal de enfermería convertido en auxiliar del médico.

Con el desconocimiento de la importancia de los cuidados relacionados con el mantenimiento de la vida, se ha descuidado gravemente lo importante que para un niño, un adulto o una persona de edad avanzada puedan seguir dando respuesta a sus necesidades cotidianas: adquirir un desarrollo psicomotor, o no perderlo, desarrollarse, mantener su cuerpo y su imagen corporal, tener una vida de relaciones. Un niño hospitalizado se encuentra más disminuido físicamente por la detención de su desarrollo psicomotor que por la afección resultante de la enfermedad.

Haciéndose más médicos, los cuidados de enfermería han perdido de vista y han dejado de lado todo aquello que tiene sentido para garantizar la continuidad de la vida de los hombres y su razón de ser. Abandonando el vasto terreno de los cuidados para el mantenimiento de la vida, o relegándolo como algo secundario, menor o sin importancia, creando un abismo en los cuidados de enfermería (Colliere1993).

Actualmente la enfermería como profesión ha encontrado su esencia, su razón de ser, sin embargo han sido muchos años de oscuridad en el que aún muchas de nosotras estamos inmersas por diversas causas. Es fundamental que las enfermeras cambiemos el rumbo de nuestra profesión para continuar el trabajo de aquellas enfermeras que han encontrado el verdadero sentido de la enfermería en estos últimos tiempos.

En las postremas décadas, las enfermeras teóricas se han preocupado por encontrar un nombre que defina las actividades de cuidado, FLORENCIA NIGHTINGALE ha

sido la primera y conceptualiza que la práctica de enfermería es el cuidado, la persona, salud y el entorno; este contexto aún

Se sigue usando, ubicando a las actividades de cuidado dentro de la disciplina profesional con una perspectiva única y procesos de reflexión. Sin embargo no se ha llevado a cabo como debiera ya que nuestra función se limita a hacer la voluntad del médico, a quien se le ha dado el reconocimiento por su formación científica y su capacidad de intelectual. Los médicos no brindan cuidado, ellos curan la patología, La ENFERMERA ayuda al individuo, familia y comunidad a lograr, conservar y restaurar la salud y si ello no es posible que el individuo fallezca con dignidad. (Leakey 1980).

Las mujeres iniciadoras del cuidado a través del tiempo fueron durante siglos médicos autodidactas y sin diploma; al no tener acceso a libros ni a cursos fueron ellas mismas su propia enseñanza, transmitiendo experiencia de vecina a vecina, de madre a hija. Posteriormente la enfermera careció de un contenido profesional propio para su formación sus actividades catalogadas como humildes y ocultas solo reclaman los cuidados para el cuerpo enfermo, ocuparse de hacerle comer, del aseo, la eliminación, la ropa, mientras que el médico pasa, decide controla y ordena. Para las enfermeras es lo sucio, lo vergonzoso, lo secreto de la miseria física, y para el médico lo limpio, lo confesable, la representación. Gracias al trabajo de enfermería, el médico puede curar a los enfermos, no solo cuidando de que se sigan sus prescripciones y de que se efectúe una vigilancia del tratamiento, sino simplemente porque el trabajo de enfermería garantiza una respuesta cotidiana a las necesidades vitales del enfermo.

Desde el principio de la historia, la humanidad se ha preocupado por asegurar la continuidad de la vida a través del cuidado del grupo y de la especie. Teniendo en cuenta todo lo que es indispensable para mantener las funciones vitales, de ahí la necesidad de alimento, protección contra las inclemencias del frío o del calor por medio de la ropa o del refugio. Las tareas se organizaban alrededor de una serie de necesidades fundamentales para sustentarse, protegerse de la intemperie, defender del territorio y salvaguardar los recursos. Estas tareas dan origen a la división de las

actividades; al hombre se le atribuyen el trabajo fuerte poniendo su espíritu y su talento a la inteligencia y a la fuerza física, a las mujeres actividades menos rudas, utilizan sus recursos inteligentes para ordenar la distribución de los productos y saber cual es el momento de la maduración de las plantas. También se les atribuyo a las mujeres prácticas de cuidado desde la concepción hasta el nacimiento de un nuevo ser. Los cuidados que se tejen alrededor de todo aquello que crece y se desarrolla revierten en las mujeres y lo hacen hasta la muerte: cuidando a los niños, cuidando a los enfermos y cuidando a los moribundos.

La base de los cuidados desarrollados por las mujeres a lo largo de la evolución de la historia de la humanidad han sido los cuidados corporales y la experiencia con frecuencia secular de las prácticas alimentarias. Desde el origen del descubrimiento de las propiedades de las plantas, siendo así hasta nuestros días. Por otra parte, los cuidados que exigen una importante fuerza física serán competencia de hombres los cuales darán lugar a otras corrientes de influencia y otras formas de ejercicio distintas de las propias de mujeres.

Los cuidados no solo representan un conjunto de respuestas a necesidades vitales imprescindibles para su supervivencia, sino que al ser transmitidos por el cuerpo de las que los proporcionan expresan al mundo una forma de relación. Por tanto la enfermería es una profesión que socializa en todos los niveles (Leakey 1980)

Cuidar es la expresión más antigua de la historia del mundo, para asegurar la supervivencia. Era necesario cuidar de las mujeres de parto, cuidar de los niños, cuidar de los vivos pero también de los muertos. Cuidar del fuego para que no se apagara, de las plantas y de los instrumentos de caza, de las pieles, más tarde de la cosecha, de los animales domésticos, etc. (Colliere 1993 Pág. 3, 105).

Actualmente todavía esta expresión orienta a “cuidar de”, “ocuparse de”, transmite el sentido inicial y original de la palabra cuidado. Cuidado no precisa dar medicamento para lograr el bienestar de las personas, se puede dar cuidado sin tratamiento pero no se puede dar tratamiento sin cuidado.

(Colliere Pág. 1993, 3, 105)

Cuidar es, mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades mismas que son indispensables para la vida, pero que son diferentes de persona a persona en su manifestación. Las diferentes posibilidades de responder a estas necesidades vitales crean e instauran hábitos de vida propios de cada grupo.

Cuidar y vigilar representan un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirle producirse y perpetuar la vida del grupo. Esta orientación de los cuidados basada en todo aquello que contribuye a asegurar el mantenimiento y la continuidad de la vida nace de lo que Edgar Morin llama la Phycis, es decir la ciencia de la naturaleza. Descubierta progresivamente por tanteos, ensayos y errores, este conocimiento de la naturaleza favorece la adquisición del saber hacer, del saber usar, que elaborándose y desarrollándose contribuye un patrimonio de ritos y creencias en el seno del grupo con unas atribuciones de las que algunas serán más cosa de hombres, mientras que otras serán primordialmente cosa de mujeres (Colliere 1993 Pág. 3, 105)

Los cuidados, acciones por las que podríamos definir a las enfermeras se organizaban en torno a la enfermedad, pues en estos esquemas se habían formado (se examinaba el papel de la enfermera en una fractura de cadera, un infarto al miocardio) por lo que había una gran contradicción ya que su responsabilidad era cuidar a los individuos, aspecto para el que no habían sido preparadas y al que se enfrentaba basándose en su intuición.

Cuidar no se trata de luchar contra la enfermedad sino de vincularse a aquel que vive, estimulando y facilitando las condiciones para su desarrollo, el cuidado es para todos los seres vivos (plantas, animales, ser humano), sin embargo cuando se trata de los hombres se inicia la derivación del sentido original del cuidado, llevando a asimilar los tratamientos a los cuidados.

Ningún tratamiento puede sustituir a los cuidados.

(Colliere 1993 Pág. 3, 105)

El cuidado se lleva a cabo para contribuir a recuperar la salud, prevenir la enfermedad, fomentar el mantenimiento de la salud. El cuidado se da a partir de la

identificación de la necesidad de ayuda considerando las percepciones e integridad de la persona.

Es importante reconocer que la formación de las enfermeras ha sido únicamente para dar atención hospitalaria, el contenido de esa formación es enfocado hacia los conocimientos médicos, recibimos una formación técnica y un entrenamiento para la obediencia.

La acción de cuidado del profesional se establece en una relación transpersonal, mutua y consciente con el paciente, caracterizada por un sentimiento de compromiso y ánimo de servicio. El cuidado no es una simple realización de tareas o la realización de procedimientos prescritos por el médico, el cuidado conecta al que cuida con el que es cuidado y se destaca en una presencia auténtica, es una actividad dinámica reflexiva, deliberativa, basada en una interacción humana donde el propósito es promover el bienestar del otro” cuidado que se realiza para satisfacer las necesidades de la persona cuando ésta no lo puede hacer por sí misma.

El paradigma de enfermería marca un trabajo disciplinar que establece con claridad su fenómeno de interés, sus proposiciones, principios y métodos que permiten un encuentro entre el paciente y la enfermera, la práctica y el ambiente, este paradigma tiene dos componentes ideológicos, por una parte el heredado de la ciencia antigua donde se aborda el cuidado de la experiencia de la salud como un fenómeno parcial, puntual con soluciones concretas y fragmentadas y otro que aborda la filosofía de la ciencia posmoderna como acciones transformativas, simultáneas e interpretativas Modelos y Teorías en enfermería (Maritza 2006).

Desde esta mirada posmoderna la salud en el ejercicio de cuidado se percibe como un fenómeno de vida, como una forma de ser, que no es estático, sino que exige una mirada integral, en la que se incorpora el bienestar, el malestar, los hábitos, los afrontamientos, las adaptaciones o desadaptaciones, la independencia o dependencia, el estilo de vida y sus motivaciones, la calidad de vida y la vida misma (Ann Marriner).

1.4.-TEORIAS DE ENFERMERIA

1.4.1.- CONCEPTO DE TEORIA

Teoría es la articulación organizada, coherente y sistemática de una serie de declaraciones relacionadas con preguntas de significado importante para enfermería, que se expresan como un todo significativo. Es una representación de aspectos de la realidad que se descubren o inventan para describir, explicar, predecir o prescribir respuestas, eventos, situaciones, condiciones o relaciones.

Las teorías tienen conceptos que están relacionados con los fenómenos de la disciplina. (Ann Marriner).

1.4.2.- OBJETIVO DE LA TEORIA

Es la obtención de resultados científicos y generables

VENTAJA DE LA TEORIA

Mayor accesibilidad y por ende una mayor utilidad del cuerpo de conocimientos tanto para la puesta en practica de los resultados como para la ampliación de la base de conocimientos.

Permite a los investigadores entrelazar las observaciones y hechos en un esquema ordenado.

Proporcionan una base para predecir fenómeno.

Es un marco utilitario que contribuye a generar cambios deseables en la conducta de las personas o en el medio.

Enfermería es una ciencia joven, es importante recordar que la primera teoría de enfermería es de Florence Nightingale, a partir de aquí nacen nuevos modelos. Cada modelo aporta una Filosofía de entender la enfermería y el cuidado.

Desde sus orígenes la enfermería era considerada como ocupación basada en la experiencia práctica y el conocimiento común, no contemplaba el conocimiento científico de la profesión, este nace con la primera teoría de enfermería.

Las enfermeras centraban su atención a la adquisición de conocimientos técnicos que habían sido delegados. En 1852 Florence Nightingale con su libro "Notas de enfermería" sentó la base de la enfermería profesional, ella intentó definir cual era la aportación específica de la enfermería al cuidado de la salud (Dueñas 2006).

Las ideas globales de lo que entendemos por enfermería, a través de lo que denomina la "Estructura del conocimiento", donde se sitúa al metaparadigma, filosofías, modelos conceptuales, teoría e indicadores empíricos en una estructura descendente que vincula el mundo abstracto con el mundo concreto.

Metaparadigma son los conceptos globales del fenómeno de interés de la disciplina de enfermería, los cuales han sido conceptualizados de manera diferente por distintas enfermeras para dar lugar a la generación de modelos conceptuales. (Dueñas 2006).

La filosofía denomina un conjunto de creencias, valores y lo que las enfermeras asumen como verdadero, respecto al fenómeno de interés para la disciplina "El Cuidado". La enfermera modifica en su contexto propio de trabajo lo que entiende por persona, salud, entorno y enfermería dando origen al desarrollo de modelos conceptuales, definidos como un conjunto de conceptos abstractos y generales.

Los modelos conceptuales como las teorías están elaboradas por conceptos y Faucett (1996) los define como palabras que describen imágenes mentales de los fenómenos, no se limitan a un grupo, situación e individuo en particular, son generales, estos se relacionan para explicar distintos fenómenos de interés para la disciplina. (González ENEO/UNAM)

Los modelos y teorías de enfermería se aplican para facilitar la práctica de enfermería en la Investigación, educación, administración y practica clínica.

Las teorías son modelos de fenómenos empíricos del mundo real que identifican los componentes o elementos de esos fenómenos y las relaciones que se establecen entre ellos.

Los elementos que configuran el marco conceptual de la enfermería y que están presentes en todas las teorías o modelos son:

- El concepto de Hombre.
- El concepto de Salud.
- El concepto de Entorno.
- El concepto de Rol Profesional o de Enfermería. (Dueñas 2006)

La teoría ayuda a determinar la capacidad para describir, explicar y prescribir las relaciones en situaciones en las cuales se aplica la teoría.

Relación de los conceptos en enfermería.

- ❖ El **hombre** necesita a la enfermería.
- ❖ El hombre tiene capacidad propia para mejorar su estado de **salud**.
- ❖ Los conocimientos de la **enfermería** a lo largo de la historia se han relacionado con la salud y la enfermedad.
- ❖ El hombre interacciona constantemente con el **entorno**.
- ❖ Mejorar la salud es una meta de los **cuidados** de enfermería.
- ❖ La salud es un **valor** positivo en la sociedad (Dueñas 2006).

La teoría comienza con una serie de supuestos que han sido aprobados empíricamente o han sido aceptados como supuestos por un número previo de teorías o por investigación. Pueden evolucionar desde un punto de vista filosófico, ideológico, de consideraciones éticas, o por herencia cultural, estructuras sociales o por haber sido hipótesis previamente sustentadas.

La teoría enfoca su interés en el cliente, la familia, los grupos, la sociedad; la mira a la cual apunta la acción de la teoría denota la valoración de la meta, y la intervención. La meta de enfermería debe ser el **CUIDADO** de la persona en toda la amplitud de la palabra. (Antología de teoría ENEO)

La construcción de las teorías en relación con la enfermería es la formalización de los esfuerzos por describir, explicar, predecir o controlar las cuestiones relativas a esta ciencia, es decir los fenómenos de la enfermería.

La teoría debe ser operativa en el sentido de que pueda compararse con la realidad (Ann Marriner).

Los modelos teóricos no solo son “de” sino “para” la representación de fenómenos seleccionados.

Teoría es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, mediante el diseño de las interrelaciones específicas entre los conceptos y con el ánimo de describir, explicar y predecir dicho concepto.

La teoría se desarrolla a través de un proceso definido por métodos de inducción, deducción y reproducción. La inducción es una forma de razonamiento que va de lo específico a lo general. La deducción es una forma de razonamiento que va de lo general a lo específico. La reproducción consiste en el uso combinado de la inducción y la deducción.

La teoría ayuda a adquirir conocimientos que permiten perfeccionar las prácticas cotidianas mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos.

Las enfermeras deben mejorar su capacitación a través de conocimientos teóricos, ya que los métodos aplicados de forma sistemática tienen mayores posibilidades de éxito.

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

El estudio de la teoría ayuda a desarrollar las habilidades analíticas, estimula el razonamiento, aclara los valores y suposiciones que se aplican y determinan los objetivos de la práctica, la educación y la investigación en enfermería.

(Ann Marriner).

1.4.3.- CLASIFICACIÓN DE LAS TEORIAS

Las teorías se aplican de acuerdo con sus características de aplicación en grandes teoría o macro teorías, teorías de mediano rango o rango medio y microteorías.

Las **macroteorías** cubren áreas amplias de preocupación. Dentro de una disciplina son construcciones sistemáticas sobre la naturaleza de enfermería, la misión de enfermería y las metas del cuidado de enfermería. Estas teorías cuando se asocian con una disciplina profesional como enfermería mantienen un papel formativo y de socialización dentro de la comunidad profesional, sin embargo su papel dentro de la evolución y desarrollo del conocimiento disminuye una vez que una masa crítica de realización científica se produce a partir e independientemente de estas teorías o de modelos conceptuales y se abren paso las teorías de rango medio.

Las **teorías de rango medio** son mucho más limitadas en amplitud, son menos abstractas, describen fenómenos o conceptos específicos y reflejan de mejor manera, los componentes de la práctica. Los conceptos o fenómenos tienden a cruzar diferentes campos de enfermería y reflejan una gran variedad de situaciones de cuidado de enfermería. Son ejemplos incontinencia, incertidumbre, soporte social, calidad de vida y la salud como forma de empoderamiento.

Las ideas de la teoría de rango medio son relativamente simples en el sentido de que estas ideas proponen aspectos "funcionantes" de la disciplina. Las ideas son simples, pero generales y son mucho más allá de una sola situación, lugar o tiempo.

Asimismo, son lo suficientemente cercanas a los datos empíricos que permiten generar y probar cuestionamientos distintivos de estudio y específicos de la práctica

1.5.- VIRGINIA HENDERSON

Nació en 1897 en Kansas City, Missouri, pasó su infancia en Virginia. Durante la primera guerra mundial, despertó su interés por la enfermería, En 1918 ingreso en la escuela de enfermería del ejercito en Washington, D.C. en 1921 se graduó y acepto un puesto como enfermera en el Henry Street Visiting Nuese Service de New Cork. En 1922 inicio su carrera docente en enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería. (Ann Marriner)

La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a la recuperación (o a una muerte serena) actividades que realizara por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible (Ann Marriner).

La filosofía de Virginia Henderson es la de realizar los cuidados de tal manera que la persona gane independencia lo antes posible.

Los elementos más importantes de su teoría son:

La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz. Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud. Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.

Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow , las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a

la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización.

Conceptos y subconceptos básicos del modelo de Virginia Henderson

Persona

Necesidades básicas

Salud

Independencia Dependencia

Causa de la dificultad o problema

Rol Profesional

Cuidados básico de enfermería

Entorno

Factores Ambientales

Factores socioculturales

(Fernández)

Definición de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería de Henderson:

Persona

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables.

El paciente y su familia son considerados como una unidad. Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia .Tiene catorce necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

❖ Necesidad de oxigenación

- ❖ Necesidad de nutrición e hidratación
- ❖ Necesidad de eliminación
- ❖ Necesidad de moverse y mantener una buena postura
- ❖ Necesidad de descanso y sueño
- ❖ Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas
- ❖ Necesidad de termorregulación
- ❖ Necesidad de higiene y protección de la piel
- ❖ Necesidad de evitar los peligros
- ❖ Necesidad de comunicarse
- ❖ Necesidad de vivir según sus creencias
- ❖ Necesidad de trabajar y realizarse
- ❖ Necesidad de jugar/participar en actividades recreativas
- ❖ Necesidad de aprendizaje

(Ann Marriner)

Cada persona tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida.

Las diferencias personales en la satisfacción de las catorce necesidades están determinadas por aspectos biológicos, psicológico, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así como por la estrecha interrelación existente entre las diferentes necesidades que implica que cualquier modificación en cada una de ellas puede dar lugar a modificaciones en las restantes. Desde un punto de vista holístico, el estudio por separado de cada una de estas necesidades no nos da la visión del ser humano en su totalidad solamente una parte de la realidad de la persona. Lo que hace necesaria la interrelación de cada una de las necesidades con las restantes, para poder valorar el estado del individuo como un todo.

La Salud

Desde una filosofía humanística Virginia Henderson considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como

potenciales. En este sentido buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto la satisfacción de las necesidades de forma continua con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a las tres causas que identifica como “**falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad**”. (Ann Marriner).

La independencia se define como la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir llevar a cabo sus acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación. Los criterios de independencia deben ser considerados de acuerdo con las características específicas de cada persona las cuales variaran según los aspectos biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales (Ann Marriner)

La dependencia puede considerarse en una doble vertiente. Por un lado la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las catorce necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades (Ann Marriner).

Las causas de la dificultad son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson la agrupa en tres (Ann Marriner).

Falta de fuerza.- no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de la persona, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, la cual vendrá determinado por estado emocional, estado de la función psíquica, capacidades intelectuales etc.

Falta de conocimiento, en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

Falta de voluntad.- entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y

mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades (Ann Marriner).

La presencia de estas tres causas o alguna de ellas da lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanentes estos aspectos se valoran para la planificación de las intervenciones correspondientes el tipo de actuación es determinado por el grado de dependencia identificado.

Rol Profesional

Los cuidados básicos son conceptualizados 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.

(Ann Marriner).

Con el equipo multidisciplinario la enfermera colabora con los demás miembros así como estos con ella en la planificación y ejecución de su programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos en la hora de la muerte.

En relación al paciente, todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atienden como la figura central y comprender que su misión es asistir a la persona. Si la persona no comprende ni acepta el programa tratado con él y para él ni coopera en su desarrollo, se perderán gran parte de los esfuerzos del equipo. La persona o usuario es visto como un sujeto activo y responsable de su propia salud, que participa en las decisiones y el logro de sus metas.

El entorno

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan la vida y el desarrollo de un organismo. (Ann Marriner)

La relación enfermera paciente

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente que van de una relación muy dependiente a la práctica independiente:

- ❖ La enfermera como sustituta del paciente.
- ❖ La enfermera como auxiliar del paciente
- ❖ La enfermera como compañera del paciente

(Ann Marriner)

Ante una enfermedad grave la enfermera funge como sustituta de las carencias del paciente para ser completo integro e independiente, debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento. Henderson declara que la enfermera es temporalmente la conciencia del inconciente; el amor del suicida; la pierna del amputado; los ojos del ciego, un medio de locomoción para el niño, la experiencia y la confianza de una madre joven, la boca de los demasiados débiles o privados del habla.

Como compañeros, la enfermera y el paciente formulan el plan de asistencia.

El establecimiento de metas comunes, la participación del paciente y de sus familias convierten en factores decisivos para lograr la independencia. Además el fomento a la salud ocupa un lugar destacado ya que para Henderson se gana más ayudando a que cada persona aprenda a estar sano que preparando a los terapeutas para servir a los que están en crisis.

Relación enfermera – médico:

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen. (Ann Marriner).

Relación enfermera – equipo de salud:

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente las tareas ajenas.)

Método lógico

Henderson utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Dedujo esta definición y las catorce necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos (Ann Marriner).

1.6.- PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

1.6.1.-Concepto

Conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona o grupo de personas necesitadas de cuidados de salud reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de enfermería (Alfaro 2005).

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

1.6.2.- Objetivos del Proceso

Constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. (Iyer 1989). Implica la existencia de una relación con interacciones entre el paciente y la enfermera en donde el objetivo es el paciente.

Sustentar el propósito de la enfermería para mantener el bienestar del paciente a un nivel óptimo, si este estado se altera, proveer entonces, todos los cuidados necesarios que la situación exija para restablecer su bienestar. (Ann Marriner)

1.6.3.- Ventajas del Proceso

La ventajas del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y la enfermera: profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado; ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería:

para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

Participación en su propio cuidado

Continuidad en la atención

Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera

Se convierte en experta

Satisfacción en el trabajo

Crecimiento profesional

El proceso enfermero es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros en forma humanística, centrados en unos objetivos. También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse como pueden mejorarlo. (Alfaro 2005).

Es un proceso terapéutico que implica la interacción mutua entre la enfermera, el cliente y la familia, quienes colaboran para conseguir la máxima salud posible. (Carpenito 1981).

El proceso enfermero se define por sus objetivos, así dice (Iyer 1989).

El proceso enfermero es un conjunto de pautas organizadas de actuación, dirigidas a cumplir el objetivo de la enfermera ; mantener el bienestar del paciente a un nivel óptimo ; si este estado se altera, proveer entonces, todos los cuidados necesarios que la situación exija para restablecer su bienestar. (MARRINER 1999) .

El proceso atención enfermería es un método que orienta a la enfermera a prestar cuidados en forma racional, lógica y sistematizada (MARRINER 1999), exige a la enfermera ser reflexiva e inteligente en la ejecución del Cuidado.

El proceso atención enfermería esta constituido por cinco pasos valoración, diagnósticos, planificación, ejecución y evaluación. En los que se lleva a cabo una

serie de acciones para extremar la eficiencia y obtener resultados benéficos a largo plazo (Alfaro 2005).

Es importante que la enfermera en la actualidad se rija en forma reflexiva a través del proceso enfermero y un pensamiento crítico sobre como lograr los objetivos enfermeros para:

- Prevenir la enfermedad y promover, mantener y restaurar la salud.
- Potenciar la sensación de bienestar y la capacidad para actuar según los roles deseados.
- Proporcionar cuidados eficaces y eficientes de acuerdo con los deseos y necesidades del individuo.
- Hallar formas de satisfacción del usuario al administrarle cuidados de salud (Alfaro 2005).

1.6.4.- Pasos del Proceso Enfermero

Valoración

Es la primera fase del proceso enfermero que consiste en recolectar y examinar la información sobre el estado de salud, buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que generen problemas de salud. También puede buscar evidencias de los recursos con que cuente el cliente (Alfaro 2005).

Los métodos para la recolección de los datos son: la entrevista (historia de enfermería), la observación y la exploración. La enfermera toma en consideración aspectos fisiológicos sin olvidar los psicológicos, socioculturales y espirituales. Desde un punto de vista holístico es preciso que la enfermera identifique las necesidades de la persona para ayudarlo a alcanzar un nivel óptimo de salud.

La enfermera debe poseer un perfil profesional que la caracterice para realizar una adecuada valoración. La convicción de lo que piensa, siente y cree de la enfermería, la persona, la salud y la enfermedad, etc. Indudablemente debe tener una base de conocimientos sólidos de enfermería que comprendan resolución análisis y toma de decisiones que le permita hacer una valoración del estado de salud integral del

individuo, la familia y la comunidad. Es importante establecer una buena comunicación así como la utilización de métodos y procedimientos que guíen e identifiquen los datos específicos que necesitan recogerse en forma sistemática: cefalocaudal, aparatos y sistemas o patrones funcionales de salud.

La recolección de datos por parte de la enfermera consiste en la identificación de la persona, la familia y grupo o comunidad abarcando los siguientes aspectos.

- Estado de salud presente y pasado
- Los patrones de hacer frente pasados y presente.
- Capacidades y limitaciones
- Respuesta a alteraciones presentes
- Respuesta a la terapia (médica y enfermera)
- Riesgo de complicaciones potenciales

(Marriner 1999).

Tipos de Datos

Los datos es la información concreta que se obtiene de una persona, familia o comunidad. Hay una serie de datos que proporcionan una imagen general para identificar problemas o necesidades de salud familiar o comunitaria y otros específicos que se toman en función de la situación.

Los datos se dividen en:

Objetivos: Aquellos que se pueden observar o medir.

Subjetivos: lo que la persona dice que siente o percibe. El afectado las verifica y las describe.

(Marriner 1999).

La procedencia de la información puede ser de dos formas:

Directa: Es la que aporta el paciente y podremos encontrar datos objetivos y subjetivos.

Indirecta: Son los datos aportados por familiares, amigos, compañeros de trabajo etc. También los podemos encontrar en la historia clínica anterior o registros realizados por otros miembros del equipo. (MARRINER 1999).

Se debe tener en cuenta que la intimidad y vida privada de la persona están sometidas a una gran subjetividad, para facilitar la obtención de la información deben ser llevados a procedimientos y técnicas especiales de adquisición de datos a través de una buena comunicación (Marriner 1999).

Hay dos tipos principales de valoración

Valoración de datos básicos

Información general que reúne en el contacto inicial con la persona para valorar todos los aspectos de su estado de salud. (Alfaro 2005).

Valoración focalizada

Datos que reúne para determinar el estado de un aspecto específico (p. ej. hábitos intestinales, estado neurológico, etc. (Alfaro 2005).

Métodos para la Recolección de Datos

Entrevista

La entrevista puede ser formal e informal.

Formal: Consiste en una comunicación con un propósito específico en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

Informal: Es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista consta de tres partes: inicio, cuerpo y cierre.

Inicio: Comienza con una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.

Cuerpo: se centra la obtención de información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia, aspectos culturales o religiosos.

Cierre: Face final de la entrevista
(Marriner 1999).

Finalidades de la entrevista

- Información específica
- Establecer relación enfermera-paciente
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración

(Marriner 1999).

Tipos de Interferencias

Interferencia cognitiva. Interferencia emocional. Interferencia social.

(Marriner 1999).

Técnicas de la Entrevista: verbales y no verbales.

Verbales. Interrogatorio, reflexión o reformulación, frases adicionales.

No verbales: expresiones faciales, posición corporal, los gestos el contacto físico, la forma de hablar.

Cualidades para finalizar la entrevista. Empatía, calidez, concreción, autenticidad.

La observación

La enfermera aborda la fase de recolección de datos a través de la observación sistemática. Implica la utilización de los sentidos para la obtención de información del paciente o de cualquier otra fuente significativa y del entorno así como de la interacción de éstas tres variables. La observación precisa práctica y disciplina. Los

hallazgos detectados posteriormente serán confirmados y descartados. (Marriner 1999).

Exploración Física

La clave para llevar a cabo la valoración física es ser minucioso sistemática y técnicamente hábil. Debe explicarse al paciente en que consiste el examen y pedir consentimiento para efectuarlo (Alfaro 2005).

La exploración física sirve para determinar detenidamente la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para establecer comparaciones y valorar la eficacia de las acciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos.

Las técnicas para la exploración física son: inspección, palpación, percusión y auscultación.

Guía para la explicación física

Promover la comunicación entre la enfermera y la persona que se examina.

Respetar la intimidad

No fiarse de la memoria

Elegir un método para la exploración física.

(Marriner 1999).

DIAGNOSTICO

***DIAGNIGNOSKEIN* - distinguir**

El diagnostico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas actuales o potenciales de salud proceso de la vida (Marriner 1999).

El diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico. Es un enunciado del **problema real o potencial** del paciente que requiere la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se expone el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente. (Marriner 1999).

El enunciado de un diagnóstico consta de tres partes, formato PES

P= Problema - Etiología

E= factores causales o contribuyentes

S= signos, síntomas

Para escribir un diagnóstico se une la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando relacionado con, la tercera parte (S) manifestado por (signos y síntomas).

Tipos de Diagnóstico

Diagnóstico real se refiere a una situación que existe en el momento actual.

Se enuncia en tres partes: diagnóstico+factores relacionados+signos y síntomas.

Diagnóstico potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro. Consta de dos componentes, formato PE: P-problema (etiología), E- factor contribuyente. Se enuncia en dos partes. Diagnóstico de alto riesgo + factor de riesgo.

Diagnóstico de bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Se enuncia en una sola parte (potencial)

Las funciones de enfermería tienen tres dimensiones, **dependiente, interdependiente e independiente**. La dimensión **dependiente** de la práctica de enfermería incluye problemas son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La enfermera administra el tratamiento médico prescrito.

La dimensión interdependiente de la enfermera se refiere a los problemas o situaciones cuya prescripción y tratamientos colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud. Ante posibles complicaciones fisiológicas las enfermeras detectan su inicio controlan su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.

La función independiente es toda acción reconocida legalmente como responsabilidad de enfermería, y que no requiere supervisión o dirección de otros profesionales (Marriner 1999).

Planificación

En esta fase se establece los cuidados de enfermería que conducen a la persona a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas.

- Establecer prioridades en los cuidados de enfermería. Seleccionar los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad.
- Planteamiento de los objetivos con resultados esperados. describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales. Proporcionan para la enfermera una guía que dirige las acciones a la meta propuesta. Los objetivos permiten evaluar la evolución de la persona así como los cuidados proporcionados.
- Fijar objetivos a corto y largo plazo tomando en cuenta que el principal apoyo de la persona es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos, y capacidades así como los recursos de la persona. Los objetivos se deciden y se plantean de acuerdo con la familia y/o la comunidad para que se establezca un compromiso; profesional familia o comunidad.
- Determinar las actividades, las acciones específicas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas de la enfermera para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u ordenes enfermeras que han de llevar a la practica las enfermeras.

Las actividades que la enfermera realiza para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que ayuda a detectar, reconocer y potenciar los propios recursos para satisfacer las necesidades humanas. Cabe mencionar la importancia que tiene las acciones de promoción de la salud enfocadas a cambios en el estilo de vida, estas actividades son exclusivamente responsabilidad de la enfermera.

Es de especial interés seleccionar las necesidades de la persona bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades causa enfermedad. .

Al formular objetivos, estos deben ser específicos e indicar no solo lo que se pretende hacer sino también quien lo hará y cuando, donde y en que medida lo hará.

Tipos de planes de cuidados

Individualizado, estandarizado, con modificaciones y computarizados.

Individualizado. Documenta los problemas de la persona los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente.

Estandarizado: es un protocolo específico de cuidado, apropiado para aquellos pacientes que padecen problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico o una enfermedad.

Con modificaciones: este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abierto opciones en los problemas de la persona, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

Computarizados: requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados, son útiles si permiten la individualización a un paciente.

EJECUCIÓN

Se pone en práctica el plan de cuidados. Implica las siguientes actividades.

- Continuar con la recolección de datos

- Realizar las actividades de enfermería
- Hacer anotaciones
- Dar informes verbales de enfermería
- Mantener el plan de cuidados actualizado

Evaluación

Evaluar es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona comparándolo con uno o varios criterios principalmente (eficiencia, eficacia). (Marriner 1999).

La evaluación es un proceso continuo que se utiliza para juzgar cada parte del proceso de enfermería. Consiste en la comparación sistemática y planeada entre el estado de salud del sujeto de atención y los resultados esperados. Esta fase consta de tres partes:

La evaluación del logro de objetivos

La revaloración del plan de atención

La satisfacción del sujeto de atención.

La evaluación del logro de objetivos: Es un juicio sobre la capacidad del sujeto de atención para desempeñar el comportamiento señalado dentro del objetivo del plan de atención. Su propósito es decidir si el objetivo se logró. Lo cual puede ocurrir de dos formas:

La primera un logro total, es decir cuando el sujeto de atención es capaz de realizar el comportamiento en el tiempo establecido en el enunciado del objetivo.

La segunda es un logro parcial, es decir ocurre cuando el sujeto de atención está en el proceso de lograr el resultado esperado o puede demostrar el comportamiento, pero no tan bien como fue especificado en el enunciado. Cuando el sujeto de atención no ha conseguido el resultado esperado se afirma que no hubo logro.

Si el problema de la persona se resolvió, el profesional de enfermería indicará en el plan que el objetivo se logró. Cuando el problema no se resuelve, o el objetivo se alcanza parcialmente o no se logra, se inicia la segunda parte de la evaluación.

La revaloración del plan. Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el sujeto de atención. Los datos de la revaloración pueden provenir de varias fuentes: la observación, la historia y la entrevista; pero la mayor parte de los datos los reúne el profesional de enfermería mientras brinda, coordina y supervisa la atención. Esta nueva información será la prueba para evaluar el logro del objetivo e incluso puede indicar la necesidad de revisión del plan de atención existente.

Al realizar la revaloración se pueden presentar las siguientes situaciones: 1) que las prioridades hayan cambiado su orden, 2) que haya surgido un nuevo problema, 3) que el problema haya sido resuelto, 4) que a pesar de haber logrado el objetivo el problema existe y 5) que el objetivo no se logró o sólo se logró en forma parcial.

Ante los resultados, el profesional de enfermería tendrá que tomar decisiones como cambiar el orden de prioridad de los problemas; elaborar nuevos diagnósticos de enfermería con base en los nuevos problemas; eliminar los diagnósticos de los problemas resueltos; replantear nuevas metas y acciones para solucionar el problema persistente e identificar las razones por las cuales el objetivo no se logró o sólo se logró parcialmente.

Es importante resaltar que en la evaluación del logro del objetivo no se evalúan las acciones de enfermería, esto se hace en la revaloración del plan. La evaluación ayuda al profesional de enfermería a desarrollar la habilidad para redactar planes reales y objetivos para afrontar los problemas del sujeto de atención; da la retroalimentación necesaria para determinar si el plan de atención fue efectivo en la eliminación, disminución o prevención de los problemas del sujeto de atención; y permiten diseñar protocolos de atención de enfermería cuando el plan de atención ha dado resultados satisfactorios. En caso contrario, le permite valorar lo correcto o incorrecto del plan antes de utilizarlo nuevamente (Marriner 1999).

1.7.- El Adulto

La edad adulta es la etapa que se sitúa entre la adolescencia y la vejez, aproximadamente. Abarca muchos más años que las etapas anteriores, durante los cuales se producen acontecimientos muy importantes. Se adquieren nuevas responsabilidades, y el trabajo ocupa gran parte del tiempo. En esta edad, mucha gente forma una familia. Cada persona plantea su vida profesional, social o familiar de forma diferente. Los cambios físicos ya no son muy llamativos. El cuerpo deja de crecer y desarrollarse, y muy poco a poco empieza a envejecer. Los cambios que el tiempo produce en nuestro organismo, están relacionados con la forma de vida y al ambiente que nos rodea (Microsoft ® Encarta ® 2006).

En la mayoría de las culturas se considera como adulto a toda aquella persona que tiene más de 18 años. Aunque después de los 60 años de edad se les llame Adultos Mayores, Senectos, Ancianos o Miembros de la Tercera Edad, y siguen siendo adultos, existen diferencias entre quienes son mayores de 18 y menores – promedios ambos – de 60. Como se sabe, la adultez no inicia ni termina exactamente en éstos límites cronológicos. Aportaciones de algunos estudiosos en el campo del Desarrollo Humano coinciden en afirmar que la edad adulta tiene sub. Etapas, como:

- Edad Adulta Temprana (entre los 20 y 40 años)
- Edad Adulta Intermedia (de los 40 a los 65 años) y
- Edad Adulta Tardía (después de los 65 años de edad)

Se destacan algunas de las principales características: **Biológicas Psicológicas y Sociales**

1.7.-El adulto

- Pretende y desarrolla una vida autónoma en lo económico y en lo social.
- Cuando tiene buena salud, está dispuesto a correr riesgos temporales de entrega corporal en situaciones de exigencia emocional.
- Es propenso a padecer algún tipo de enfermedad.

- Puede y desea compartir una confianza mutua con quienes quieren regular los ciclos de trabajo, recreación y procreación, a fin de asegurar también a la descendencia todas las etapas de un desarrollo satisfactorio.
- Posee un concepto de sí mismo como capaz de tomar decisiones y autodirigirse.
- Juega un papel social, que conlleva responsabilidades desde el punto de vista económico y cívico.
- Forma parte de la población económicamente activa y cumple una función productiva.
- Actúa independientemente en sus múltiples manifestaciones de la vida.
- Su inteligencia sustituye a la instintividad.
- Además de su preocupación por el Saber, requiere del Saber hacer y el Saber ser.
- Tiene la capacidad para entregarse a afiliaciones y asociaciones concretas así como para desarrollar la fuerza ética necesaria para cumplir con tales compromisos.
- Sus experiencias sexuales y sociales, así como sus responsabilidades, lo separan sustancialmente del mundo del niño.
- En los últimos años de ésta etapa, se considera como alguien que enseña, educa o instituye, así como buen aprendiz. Necesita sentirse útil y la madurez requiere la guía y el aliento de aquello que ha producido y que debe cuidar
- Se acerca al acto educativo con disposición para aprender, responsable y consciente de la elección del tema a atender
- Puede pensar en términos abstractos, es capaz de emplear la lógica y los razonamientos deductivos, hipótesis y proposiciones para enfrentar situaciones problemáticas.
- Se torna de un ser dependiente a uno que autodirige su aprendizaje.
- Aprovecha su bagaje de experiencias como fuente de aprendizaje, tanto para sí mismo como para los que le rodean.
- Suele mostrarse como analítico y controvertible de la sociedad, la ciencia y la tecnología.
- Regularmente rechaza las actitudes paternalistas de los educadores.

- Mantiene una actitud de participación dinámica pero asume posiciones desaprobatorias cuando se siente tratado como infante.
- Rechaza la rigidez e inflexibilidad pedagógica con que es tratado por los profesores que frenen indirectamente el proceso de autorrealización, aspiración natural y propia de la juventud y de los adultos en general.
- Es buscador de una calidad de vida humana con fuertes exigencias de que se le respete su posibilidad de crecer como persona y se le acepte como crítico, racional y creativo.
- Parte de su propia motivación para aprender y se orienta hacia el desarrollo de tareas específicas.
- Busca la aplicación y práctica inmediata de aquello que aprende.
- Se centra en la resolución de problemas más que en la ampliación de conocimientos teóricos (Ibáñez Tortojada).

2

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA BAJO
EL ENFOQUE DE LAS CATORCE NECESIDADES
DE
VIRGINIA HENDERSON

RESULTADO DE LAS CATORCE NECESIDADES

NECESIDADES	SATISFECHA	INSATISFECHA REAL O POTENCIAL	F	V	C
Oxigenación		Real	X	X	
Alimentación e hidratación		Real		X	
Eliminación		Real	X		
Movimiento y Mantener una buena Postura		Potencial		X	
Descanso y sueño	X				
Vestido	X				
Termorregulación	X				
Higiene		Real			X
Evitar peligros		Potencial			X
Comunicación		Real	X		
Creencias y valores	X				
Trabajar y realizarse		Potencial	X		
Recreación	x				

Aprendizaje		Real	X		
-------------	--	------	---	--	--

RESUMEN DE LA VALORACIÓN

Persona adulta mayor mujer de nombre G C R, 64 años de edad, ocupación hogar, casada de religión católica, escolaridad primaria, con domicilio en Calle Morelos No. 45 Sn Andrés Totoltepec Tlalpan D.F. Asiste al Hospital General Dr.Manuel Gea González al servicio de medicina interna consulta externa para control de su padecimiento, su tratamiento medico es a base de ranitec, insulina, y soloken, (antihipertensivos e hipoglucemiante), signos vitales: respiraciones 20x min. Pulso 80 x min. Temperatura 36.5 Tensión Arterial 140/80, peso 74 Kg. talla: 1.54. Conciente, orientada en sus tres esferas, coloración de la piel morena clara, llenado capilar 2 segundo, actualmente vive con su esposo, una hija casada y sus dos nietos de 2 años y cuatro meses de edad quienes ella cuida de 8:00AM a 18:00 PM de lunes a viernes, habita en casa propia con seis habitaciones de concreto, buena ventilación, agua potable, luz, transporte publico, los gastos los solventa su esposo quien trabaja en el campo, su hija y su yerno trabajan como empleados, no practica ningún tipo de actividad física, otra hija le ayuda con el quehacer de lunes a viernes, su alimentación es alta en calorías, tiene sobrepeso, refiere que su estado de ánimo influye en su alimentación por que cuando se siente triste no le da hambre, los alimentos que le agradan son pollo, verduras, carne roja, tortillas, pan, leche, cuando se siente nerviosa le dan cólicos y deseo frecuente de ir al baño, ingiere cuatro vasos de agua al día, en ocasiones toma café, refresco y suplementos alimenticios. Tiene problemas para masticar por dentadura incompleta, no asiste al dentista por su problema de hipertensión, se baña diario, cambio de ropa diario y completo.

Tiene aves (pollos) pero no están cerca de su casa, Refiere dificultad para respirar cuando sube escaleras.

La mayor parte del día esta de pie. Manifiesta cansancio por la tarde.

Duerme habitualmente siete horas, acostumbra dormir con la almohada alta, concilia el sueño fácilmente, siente nerviosismo cuando tiene problemas, por la noche se levanta en una ocasión para ir al baño a miccionar.

Exploración Física: cabeza y cuello sin alteraciones ni dolor, visión es borrosa, usa lentes, no escucha cuando le hablan en voz baja, mucosas orales hidratadas, lengua limpia, no saburral, refiere irritación de faringe, piezas dentarias incompleta, no se cepilla los dientes, tórax normal, presenta tos y catarro, sin estertores, respiraciones normales, miembro torácicos sin dolor, mamas sin alteraciones, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen globoso por panículo adiposo, cicatrices de cirugía laparoscopia, refiere genitales sin patologías, extremidades inferiores sin datos de insuficiencia venosa ni edema, las uñas de los pies son gruesas y porosas, refiere alergias a la penicilina, no se ha practicado: papanicolaou, exploración mamaria ni mamografías.

NECESIDADES DETECTADAS

Necesidad de Oxigenación

La persona se sofoca al caminar o subir escaleras, congestión de vías respiratorias.

Necesidad de Alimentación

Tiene sobrepeso su alimentación es hipercalórica.

Dificultad para la masticación por falta de piezas dentarias.

Necesidad de Eliminación

Deseo frecuente de evacuar, cuando siente angustia.

Necesidad de Movimiento Y Mantener Una Buena Postura

Falta de actividad física

Necesidad de Higiene

Uñas de los pies gruesos y porosos

Necesidad de Evitar Peligros

Desconocimiento de su padecimiento y complicaciones secundarias a un mal manejo de su tratamiento

Necesidad de Comunicación

No escucha adecuadamente.

Necesidad de Aprender

Le gustaría aprender a reflexionar los textos bíblicos pero le cuesta trabajo, tiene dificultad para retener los conocimientos.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Necesidad de Oxigenación Insatisfecha por voluntad

Diagnóstico Real

Alteración de la oxigenación relacionada a esfuerzo al caminar y subir escaleras manifestado por fatiga.

Objetivo

Mejorar la oxigenación al caminar y subir escaleras a través de cambio de sus hábitos alimenticios, hacer ejercicio físico para eliminar la fatiga.

Planeación

Intervenciones dependientes

Promover una nutrición adecuada incluyendo líquido para eliminar peso.

Promover una rutina de ejercicio

Intervenciones de enfermería	Fundamentación científica	Ejecución	Evaluación
Promover una nutrición adecuada incluyendo abundante líquido a través de una charla	Una dieta balanceada y nutritiva a lo largo de la vida evitando el exceso de calorías y otras sustancias nutritivas que pueden ser tóxicas. (Carbohidratos y grasa de origen	La ejecución se lleva a cabo a través de una charla en el domicilio de la Sra. G.	Comprende la importancia y tiene la posibilidad de cambiar sus hábitos alimenticios para reducir eliminar peso

<p>Promover una rutina de ejercicio físico de manera constante de tipo aeróbicos, caminata, natación, bicicleta.</p>	<p>animal). (Nordmark, Rohweder 1998).</p> <p>Aumentar la alimentación a base de verduras frutas y granos, ya que aquí es donde se almacena la mayor parte de vitaminas y fibras requeridas por el organismo para elaborar las funciones metabólicas y digestivas respectivamente (Garza 1998).</p> <p>El ejercicio produce endorfinas que dan alegría y euforia. La grasa es un gran depósito de energía acumulada para satisfacer las demandas del organismo en los periodos de carencia, por ejemplo durante caminatas largas o ejercicio continuo, la grasa se quema.</p>	<p>Se promueve a través de una plática con la Sra. G.</p>	<p>Realiza rutina de ejercicio físico, caminata por la mañana durante media hora.</p>
--	---	---	---

<p>Promover la ingesta de líquido (agua), dos lts al día o según los requerimientos de cada persona.</p>	<p>(Garza 1998). Aumenta el índice metabólico, la absorción de oxígeno, y la posibilidad de pérdida de peso. El agua es el solvente más eficaz de los compuestos inorgánicos elimina sustancias tóxicas acumuladas en el organismo.</p>	<p>La promoción se realizó por medio de una charla de quince minutos</p>	<p>Ingiere líquido, en ocasiones porque no le gusta, sin embargo sabe que es importante.</p>
--	---	--	--

Intervenciones independientes

Acudir a consulta de nutrición para control de peso.

Necesidad de Oxigenación Insatisfecha por fuerza

Diagnostico Real

Alteración de la oxigenación relacionada con congestión de vías respiratorias altas manifestada por tos y flujo nasal.

Objetivo

Disminuir la congestión de vías respiratorias altas para recuperar el estado óptimo de oxigenación y evitar complicaciones.

Planeación Dependiente

Evitar los enfriamientos, Ingerir abundantes líquidos

Cubrir la boca y la nariz al estornudar para prevenir contagios

Aliviar la inflamación nasofaríngea, Ingerir vitamina C

Valorar la evolución y la presencia de fiebre.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación científica	Ejecución	Evaluación
Evitar los enfriamientos o corrientes de aire.	El enfriamiento irrita la mucosa, y propicia el crecimiento bacteriano o viral en nariz y garganta. (Garza 1998).	La ejecución se realiza a través de una plástica en su domicilio.	Se protege y no se expone a las corrientes de aire
Promover la importancia de ingerir abundantes líquidos.	El paso de agua a través de las membranas celulares se efectúa a una gran velocidad. provocando que estas se fluidifiquen y con ello facilita la eliminación de las secreciones (Nordmark, Rohweder 1998)	A través de una platica.	Ingiere liquido, elimina secreciones sin dificultad
	Durante la tos y el estornudo se hace esfuerzo	Se lleva a cabo a través de platicas	Comprende la importancia de protegerse cuando estornuda o toce.

<p>Cubrir la boca y la nariz al estornudar o toser utilizando un pañuelo limpio o pañuelo desechable</p>	<p>respiratorio, la glotis se abre ampliamente y el aire encuentra su principal resistencia en la boca y las vías nasales expulsando el aire con mucha fuerza eliminando las secreciones las cuales actúan como vectores (Stanley 1987).</p> <p>Refuerza el sistema inmunológico, tiene efectos antioxidantes (Garza 1998).</p>		
<p>Sugerir la ingestión de vitamina C</p>	<p>Las reagentes unidas a las células cebadas, se rompen liberando cantidades grandes de histamina.</p>	<p>Se realizó a través de plática.</p>	<p>Consumo de vitamina C como complemento alimenticio.</p>
<p>Promover la posibilidad de ingerir</p>	<p>La histamina pasa al torrente circulatorio</p>		<p>Ingerir antihistamínico Se logra controlar el malestar del resfriado</p>

antihistamínico prescrito para ayudar a disminuir la congestión nasal	causando vasodilatación generalizada y aumento en la permeabilidad capilar lo que produce inflamación de las fosas nasales. (Stanley 1987).		
---	--	--	--

Planeación Interdependiente

Acudir a consulta medica para valorar evolución de vías respiratorias.

Necesidad de Alimentación insatisfecho por voluntad

Diagnóstico Real

Alteración de la nutrición por exceso relacionado con aumento de la ingesta de carbohidratos manifestado por sobrepeso de 20 Kilogramos.

Objetivo

Ayudar a mantener un peso estable o adecuado para su constitución física y edad.
Ayudar a la persona a cambiar sus hábitos alimenticios con respecto a la calidad y cantidad de alimentos para evitar complicaciones ligadas con su padecimiento metabólico.

Planeación Dependiente

Disminuir la ingesta de carbohidratos

Promover la importancia de una dieta prescrita

Mantener el nivel de glucosa dentro de los límites normales para evitar complicaciones.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación científica	Ejecución	Evaluación
<p>Explicar la importancia de disminuir la ingesta excesiva de carbohidratos.</p>	<p>Los carbohidratos que exceden las necesidades corporales y capacidad del hígado para almacenar glucógeno se convierte en grasa y son transportados a los depósitos de grasa (Stanley1987).</p>	<p>A través de visitas domiciliarias y charlas en el domicilio.</p>	<p>Disminuye el consumo de carbohidratos.</p>
<p>Explicar la importancia de seguir su dieta prescrita.</p>	<p>En enfermedad metabólica de los carbohidratos, éste se encuentra alterado y eleva la cantidad de glucosa en sangre (Nordmark, Rohweder 1998). Cuando se almacena un exceso de grasa surge la obesidad. (Garza 1998).</p>	<p>Visita domiciliaria y platicas</p>	<p>Comprende la importancia de seguir su dieta prescrita. No le gusta tener dieta.</p>

Planeación Interdependiente.

Acudir a consulta de nutrición, para determinar los requerimientos alimenticios según sus necesidades.

Necesidad de alimentación Insatisfecha por voluntad

Diagnóstico Real

Alteración de la nutrición relacionada a dificultad para la masticación manifestada por falta de piezas dentarias.

Objetivo

Mantener una ingesta de nutrientes adecuado.

Planeación dependiente

Promover la ingesta de alimentos de fácil masticación, Masticar lento y adecuadamente.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación científica	Evaluación	Evaluación
-------------------------------------	----------------------------------	-------------------	-------------------

Sugerir que incluya alimentos de diferente consistencia de acuerdo con su capacidad para masticar.	Los alimentos humedecidos por la saliva se convierten fácilmente en masa reblandecida denominada bolo.	A través de platicas en el domicilio .	Se adapta a la masticación de las diferentes consistencias
Sugerir que ingiera los alimentos masticado adecuadamente para facilitar la digestión.	Los dientes defectuosos causan indigestión o desnutrición.		Ingiera sus alimentos sin prisas procurando masticar adecuadamente

Planeación Independiente

Sugerir la posibilidad de asistir a la consulta odontológica para valorar uso de placa o reparación de piezas dentarias.

Necesidad de Higiene insatisfecha por conocimiento

Diagnóstico Real

Alteración de la higiene relacionado desaliño de los pies manifestado por uñas gruesas y porosas.

Objetivo

Mantener un estado óptimo de higiene en los pies para mejorar su aspecto personal.

Planeación Dependiente

Limpieza adecuada de los pies, aplicar crema antimicótico en las uñas, usar calzado cómodo de tal forma que permita la circulación de aire en los pies.

Fomentar el aseo bucal

Intervenciones de enfermería	Fundamentación científica	Ejecución	Evaluación
<p>Introducir los pies en agua templada para limar las uñas con objetos personales.</p> <p>Evitar la humedad continua de la piel usando calzado que permita la circulación del aire.</p>	<p>El limado de las uñas eliminan el tejido redundante, facilita la penetración del antimicótico</p> <p>La humedad, el calor y la oscuridad es el lugar propicio para la micosis. (Garza 1998).</p>	<p>Se asiste a la Sra. G. para el cuidado de las uñas de los pies</p> <p>Se lleva a cabo a través de plática.</p>	<p>Se evaluará los resultados cada mes durante seis meses.</p>

Necesidad de Comunicación insatisfecha por fuerza

Diagnóstico Real

Alteración comunicación en relación con los efectos de una pérdida parcial de la audición manifestado por incapacidad para escuchar adecuadamente.

Objetivo

Lograr que la Sra. Guadalupe establezca una mejor comunicación con su familia y la sociedad.

Planeación Dependiente

Detectar la causa principal de la disminución de su sentido auditivo.

Buscar alternativas de solución en coordinación con su familia para corregir este defecto.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación científica	Ejecución	Evaluación
<p>Hacer una valoración del grado de pérdida de la audición.</p> <p>Preguntar el grado de tolerancia al ruido, y las molestias que éste le ocasiona.</p>	<p>El oído contiene los receptores sensitivos para el sonido y el órgano sensorial que detecta las sensaciones auditivas.</p> <p>La pérdida de la audición puede ser producida por el deterioro de los mecanismos del oído interno para la recepción del sonido y los trayectos del sistema nervioso central para la transmisión de las señales auditivas y es producida por infecciones virales, tumoraciones, drogas tóxicas para</p>	<p>A través de ruidos emitidos a diferente distancia</p> <p>A través de entrevista directa relacionada a las molestias que le ocasiona el ruido</p>	<p>El grado de pérdida de la audición es mínimo.</p> <p>No ha existido intolerancia al ruido</p>

	<p>el iodo</p> <p>Una estimulación excesiva o continua de los nervios auditivos produce fatiga general e irritabilidad. los individuos varían en cuanto a tolerancia al ruido.</p> <p>(Nordmark, Rohweder 1998).</p>		
--	--	--	--

Planeación interdependiente

Referir al otorrinolaringólogo para determinar el tratamiento a seguir

Necesidad de Aprender insatisfecha por fuerza

Diagnóstica Real

Alteración del aprendizaje relacionada con dificultad para retener nuevos conocimientos manifestado cansancio.

Objetivo

Animar a la persona para que no desista en la adquisición de nuevos conocimientos

Proponer adquiera conocimientos en los días que tenga menos actividades para alcanzar una máxima comprensión.

Plantación dependiente

Dedicar un tiempo por parte de su familia para ayudarla a repasar las lecturas de su preferencia, facilitando su comprensión de las mismas.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación científica		Evaluación
Proponer que asista a grupos donde se practique la lectura de su preferencia.	El aprendizaje se facilita cuando el individuo ve la relación entre lo que esta aprendiendo y sus necesidades. (Nordmark, Rohweder 1998).	A través de platicas de	Asiste a grupo de reunión pero no se siente satisfecha
Motivar que adquiera sus conocimientos en los dias de descanso.	El descanso y la relajación facilitan la concentración y el aprendizaje. (Nordmark, Rohweder 1998).		Los días de descanso dedican un rato para aprender con la compañía de su hija o su nieta.

Necesidad de Eliminación insatisfecha por fuerza

Diagnóstico Real

Alteración de la eliminación intestinal relacionado con eliminaciones frecuentes manifestado cólicos y angustia.

Objetivo

Lograr la ingestión adecuada de alimentos para mejorar el funcionamiento intestinal.

Ayudar a disminuir su angustia y aclarar sus dudas.

Planeación Dependiente

Ingerir su alimentación prescrita, Evitar alimentos irritantes Detectar la causa de su angustia y solicitar la intervención de su familiar.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación científica	Ejecución	Evaluación
	<p>La ingestión inadecuada de alimentos o una dieta sin fibras interfieren en la estimulación mecánica normal del intestino. (Nordmark, Rohweder 1998).</p> <p>El desequilibrio entre la estimulación simpática y la parasimpático se asocian con tensión emocional. (Nordmark, Rohweder 1998).</p> <p>La tensión emocional irrita el colon y los espasmos del músculo liso interfieren con la motilidad normal</p>	<p>Se realiza a través de pláticas dando oportunidad de que la Sra. G. exprese sus inquietudes y sus dudas para ayudarla a disminuir su angustia.</p>	<p>La Sra. comprende la importancia de ingerir su dieta prescrita y expresa sus dudas e inquietudes que le causan angustia.</p>

	del conducto (Nordmark, Rohweder 1998).		
--	---	--	--

Necesidad de Evitar Peligros insatisfecho por conocimiento

Diagnóstico Potencial

Riesgo de lesión Manejo inefectivo del régimen terapéutico relacionado con un conocimiento inadecuado de su tratamiento.

Objetivo

Fomentar la importancia de asistir a su control medico para prevenir complicaciones que ponen en riesgo su bienestar.

Dar a conocer a la paciente y familiares ¿que es la diabetes e hipertensión?, la importancia y función de la insulina así como signos precoces de hipoglucemia y acciones que ayuden a controlar el estado de emergencia para evitar riesgos y favorecer la participación para el control de su padecimiento.

Explicar la importancia de un buen control de la presión arterial y de su tratamiento

Planeación Dependiente

Explicar la importancia de asistir a su consulta en su centro de atención

Planear una platica de diabetes e hipoglucemia e hipertensión en el domicilio de la Sra. Guadalupe para toda la familia.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación científica	Ejecución	Evaluación
-------------------------------------	----------------------------------	------------------	-------------------

<p>Explicar la importancia de asistir a su consulta medica.</p>	<p>La visita médica periódica influye en la dosificación de la medicación, exámenes de laboratorio y evaluar su evolución para detectar oportunamente posibles complicaciones. (Nordmark, Rohweder 1998).</p>	<p>Se lleva a cabo a través de Charlas dirigidas a la familia.</p>	<p>Comprende la importancia de su visita medica para el control de su padecimiento</p>
<p>Explicar que es la diabetes sus causas y la importancia del funcionamiento de la insulina</p>	<p>La diabetes es un estado de hiperglucemia producido por diversos factores: genéticos, alimenticios etc. la hormona insulina secretada por las células beta del páncreas es el principal regulador de la concentración de azúcar en la sangre. cuando esta hormona no se</p>		<p>Comprende el significado de su padecimiento y lo importante de el uso de la insulina</p> <p>Conoce los datos de hipoglucemia y las acciones a seguir para evitar</p>

	<p>produce eficientemente la concentración de azúcar en la sangre se incrementa ocasionando un sin numero de trastornos (Garza 1998).</p>		<p>complicaciones y buscar atención medica.</p>
<p>Enseñar a la paciente la importancia del destrostix para determinar niveles de glucosa en sangre</p>	<p>El destrostix es un método que ayuda a ajustar el régimen terapéutico y obtener un mejor control de glucemia Los niveles de glucosa en sangre son de 70-120 mg/dl. (Nordmark, Rohweder 1998).</p>	<p>Se lleva a cabo a través de una Charla y una demostración del manejo del glucómetro para tomar el destrostix.</p>	<p>Comprenden el manejo del glucómetro para realizar la prueba de medición de glucosa en sangre.</p>
<p>Enseñar los signos precoces de hipoglucemia</p>	<p>La hipoglucemia produce dolor de cabeza, exudación profusa, piel fría, palidez, desfallecimiento, temblores musculares, hambre y pérdida de la conciencia.</p>	<p>Se realiza a través de una plática.</p>	<p>Aprenden los signos precoces de hipoglucemia</p>

	<p>(Nordmark, Rohweder 1998).</p> <p>La glucosa es un azúcar sencillo se encuentra en diferentes productos y constituye una fuente fundamental de energía. (Garza 1998).</p>		
<p>Explicar acciones a seguir en caso de presentar datos de hipoglucemia.</p>	<p>Administración de glucosa por vía oral (jugo, miel, etc.) Si no mejora Administración de glucosa 10 % por vía intravenosa. Asistir al centro de atención hospitalaria. (Lewis).</p>		<p>Aprenden las acciones a seguir en caso de hipoglucemia y la importancia de la atención médica.</p>
<p>Explicar a la Sra. Guadalupe sobre el control adecuado de hipertensión, para prevenir el progreso</p>	<p>La presión sanguínea arterial se expresa como la relación de la presión sistólica sobre la diastolita ejerciendo una</p>	<p>Se lleva a cabo a través de charlas dirigidas a la familia.</p>	<p>Comprende la importancia de mantener una presión sanguínea dentro de</p>

de los cambios vasculares y explicar los niveles normales de presión sanguínea los niveles normales de	fuerza de presión contra las paredes arteriales a medida que pasa por ellas, es un fenómeno cíclico y se mide en milímetros de mercurio. Los valores en el adulto es de 100/60 a 140/90. (Nordmark, Rohweder 1998).		los límites normales a través de su tratamiento y una dieta baja en sodio.
--	---	--	--

Planeación interdependiente

La Sra. G. debe asistir a sus citas de su centro de atención para un control de su padecimiento a través de exámenes de laboratorio y ajustes terapéuticos.

Necesidad de Evitar Peligros insatisfecho por conocimiento

Diagnóstico potencial

Riesgo de alteración del bienestar relacionado a un conocimiento inadecuado sobre el cuidado de los pies.

Objetivo

Dar a conocer la importancia del cuidado de los pies en una persona con enfermedad metabólica, y el cuidado que debe tener.

Planeación dependiente.

Enseñar los signos de alarma en los pies.

Enseñar los cuidados que debe tener en los pies.

Intervenciones	Fundamentación	Ejecución	Evaluación
-----------------------	-----------------------	------------------	-------------------

de enfermería	científica		
<p>Explicar a la Sra. G. la necesidad de un control de la glicemia para prevenir afecciones en los pies, la sintomatología que presenta.</p> <p>Enseñar el cuidado preventivo de los pies aplicando las recomendaciones sobre el cuidado del diabético.</p>	<p>Las altas concentraciones de glucosa en la sangre causan daño a los nervios y mala circulación de la sangre. Estos problemas juntos ocasionan las siguientes manifestaciones en los pies:</p> <p>Pérdida de sensibilidad, herida sin sanar</p> <p>Infecciones recurrentes, piel seca y partida, dedos de martillo que se doblan hacia abajo, hormigueo o picazón en los pies y piernas.</p> <p>Las personas con diabetes que llevan a cabo una reestructura de hábitos adquieren,</p>	<p>Se realiza a través de pláticas dirigidas a la familia con el uso de un rotafolio de los signos de alarma en los pies de una persona con enfermedad metabólica.</p> <p>Se realiza a través de una plática para toda la familia.</p>	<p>Toda la familia comprende la importancia de llevar a cabo su tratamiento médico y el cuidado que debe dar a los pies para evitar complicaciones</p> <p>Comprenden la importancia de proteger los pies en una persona con enfermedad metabólica, se realizara vista para evaluar el cuidado de los pies de la Sra. G.</p>

	<p>junto con su familia, una vida más saludable y evitan, o retardan complicaciones.</p> <p>Revisar tus pies descalzos todos los días, buscar cortaduras, llagas, protuberancias o zonas enrojecidas. Utilizar un espejo o pedir ayuda a un familiar si cuesta trabajo y explorar debidamente tus pies.</p> <p>Lavar los pies todos los días con agua tibia, no dejarlos en remojo. Usar jabón suave. y sécalos perfectamente, sobre todo entre los dedos para evitar humedad.</p> <p>Aplicar crema lubricante después de lavar los pies y secarlos. No aplicar crema entre los dedos.</p> <p>Limar las uñas en línea recta con una lima de cartón. No dejes bordes agudos que pueden cortar los dedos.</p> <p>No cortar los callos, no aplicar en los pies ninguna</p>		
--	---	--	--

	sustancia prescripción.	sin		
--	----------------------------	-----	--	--

Planeación Independiente

Sugerir la posibilidad de solicitar la atención de un podólogo para corregir defectos

Necesidad de Movimiento y Mantener una Buena Postura insatisfecha por voluntad.

Diagnóstico potencial

Alteración del movimiento y mantener una buena postura relacionada a falta de actividad física.

Objetivo

Realizar actividad física durante media hora todos los días para mejorar la circulación sanguínea y un mejor aprovechamiento de la insulina.

Planeación Dependiente

Promover el ejercicio físico y los beneficios que éste causa

Intervenciones de enfermería	Fundamentación científica	Evaluación	Evaluación
-------------------------------------	----------------------------------	-------------------	-------------------

<p>Explicar la importancia de realizar ejercicio físico ½ hora todos los días.</p>	<p>El aumento de la movilidad y el ejercicio favorecen el incremento de la circulación y mejorar la eficacia de la utilización de la insulina por el organismo (Nordmark, Rohweder 1998).</p>	<p>Se lleva a cabo a través de charlas Dirigidas a la Sra. G.</p>	<p>Comprende la importancia de realizar caminata ½ hora por la tarde o por la mañana.</p>
--	---	---	---

3.- CONCLUSIONES

El seminario de proceso atención enfermería tiene gran relevancia para su elaboración, se tubo la oportunidad de estructurar oportunamente parte de este trabajo, durante las sesiones se aclaro las dudas facilitando la adquisición de conocimientos y ponerlos en practica.

Las enfermeras necesitamos abirnos al cambio, reconocer el verdadero significado que tiene la enfermeria y ejercer con autentico profesionalismo para llevar a cabo el proceso atención enfermeria. Este método exige concentración y reflexión para la elaboración de cada una de las etapas; la enfermera ilustra y actualiza sus conocimientos en el aspecto científico y cultural,

La valoración de enfermeria favorece la relación enfermera paciente y permite conocer a la persona en todas sus dimensiones y establecer un dialogo más abierto entre la enfermera y la persona. Es importante que la enfermera inspire confianza durante la valoración para que la persona exteriorice sus dudad e inquietudes.

4.-BIBLIOGRAFIA

ALFARO Lefevre Rosalinda, Aplicación del Proceso Enfermero, 5ª edición, Ed Masson 2005

ANN, Marriner Tomey, Modelos y teorías en enfermería, ed 1999, Editorial Harcourt Brace.

ANN, Marriner, Tomey Modelos y Teorías de enfermería Ed. Interamericana. México 1999. p 99-31.

CLIFFOORD, Gray, Manual de anatomía y fisiología, edición 1977, editorial Prensa Medica Mexicana.

COLLIERE Françoise "Elementos que participan en la construcción del proceso del cuidado" Cap 13 en Promover la Vida, Ed. Interamericana.Mc-Graw Hill. Madrid España 1993 Pág. 3- 105, 241-285.

DOMÍNGUEZ Alarcón C. /Rodríguez JA; SOCIOLOGIA Y ENFERMERIA; Pirámide 1983.

GARZA Enrique, Para Obtener Salud Y Bienestar, Segunda Edición. Editorial ORVI. p 88, 444. 1998.

Imogene M.; Enfermería Como Profesión; Limusa 1984 Domínguez Alarcón C. /Rodríguez JA; SOCIOLOGIA Y ENFERMERIA; Pirámide 1983

LEAKEY R., Les orígenes del hombre, París Arthaud, 1980, p. 148-177.

LEWIS, Heitkemper Dirkesen. Enfermería Medico Quirúrgica Vol. II Editorial El Sevier. Págs. 1305-1341.

NORDMARK, Rohweder, Bases Científicas de Enfermería segunda edición, editorial Manual Moderno

STANLEY, CLARICE, Anatomía y Fisiología Humana, cuarta edición, editorial Interamericana. México DF. 1987

VENTOSA, Valle, Claret A. Las fuentes para el estudio de la Historia de la Enfermería en España. Index de Enfermería 1997

PAGINAS DE INTERNET CONSULTADAS

Ann Marriner Tomey, Modelos y teorías en enfermería 4ª edición

Martha Karla Alligard Editorial Harcourt Brace

<http://www.harcourt-brace.es>.

Historia de la enfermería. Evolución histórica del **Cuidado** Enfermero. Autoras: Catalina García Martín-Caro y María Luisa Martínez Martín. ...
http://www.fisterra.com/human/1libros/cbd/historia_enfermeria.asp – 25

Cuidados Enfermeros un poco de historia Maritza Nuñez Moca, Espailat, Dominican cuidadosenfermeros.blogspot.com/2006/07/el-cuidado-un-poco-de-historia.html - 18k –

Marriner – Tome Ann (1999) **Modelos y Teorías de Enfermería**. Quinta Edición. Editorial Harcourt Brace España. LIC. ISIDORA REYES. ...
www.monografias.com/trabajos16/filosofia-enfermeria/filosofia-enfermeria.shtml - 42k -

Florence Nightingale Virginia Henderson Dorotea Orem Hildegard Peplau Callista Roy Martha Rogers Evolución de las **Teorías de Enfermería** .
www.terra.es/personal/duenas/teorias.htm - 3k

<http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/REVISTA9406/TemasLibres.ht>

<http://www.monografias.com/trabajos16/filosofia-enfermeria/filosofiai-enfermeria.shtml> - 42k –

Proceso de Enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987)

www.terra.es/personal/duenas/pae.htm

Moca, Espaillat, Dominican Republic, cuidadosenfermeros.blogspot.com/2006

www.monografias.com/trabajos16/virginia-henderson/virginihenderson.shtml - 40k

Marta Ibáñez Tortojada, Estela Campos Adrián, Alumnas Del Primer Curso De La Escuela De Enfermeria “La Fe” De Valencia. Dirección De Contactos: C/ Hermanos Antich, 3, Pta 8. 46460 Silla, Valencia

El **proceso de atención de enfermería**. ..

tone.udea.edu.co/revista/sep99/proceso.htm

Microsoft ® Encarta ® 2006. © 1993-2005 Microsoft Corporación. Reservados todos los derechos.



ANEXOS

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: G C R. Edad 64 años Sexo femenino Ocupación hogar Estado civil casada Religión católica Escolaridad Primaria Domicilio Calle Morelos · No. 45 Sn Andrés Totoltepec Tlalpan D.F. Unidad de Salud donde se atiende Hospital General Dr.Manuel Gea González.

Signos Vitales

Respiraciones: Frecuencia 20x min. Amplitud buena. Pulso: Frecuencia 80 x min.
Ritmo: regular Temperatura: 36.5 Tensión Arterial 140/80 Somatometria: peso 74 Kg.
Talla: 1.54 m Perímetro abdominal

VALORACION DE NECESIDADES

Oxigenación

Problemas para respirar NO Se expone a humo o leña: cuando joven sí, ahora NO
Fuma NO Convive con fumadores NO Convive con aves SI ¿Tiene la sensación de que le falta el aire cuando camina? SI ¿Tiene la sensación de que le falta el aire al subir escaleras? SI ¿Su casa esta ventilada? SI ¿Hay fabricas de cemento, asbesto u otra que contamine en la cercanía de su casa? NO ¿Tiene familiares con problemas para respirar? NO ¿Le han diagnosticado hipertensión? SI ¿Tiene problemas de corazón? NO ¿Tiene familiares con problemas de corazón? NO ¿Toma algún medicamento? SI Especifique: Ranitec, insulina, Soloken.

Explore

Región cardiopulmonar: Se perciben latidos cardiacos sin alteraciones. Campos pulmonares limpios. Dificultad respiratoria NO Fatiga: al subir escaleras o calles inclinadas Tos SI Expectoración NO Coloración de la piel Morena Llenado capilar 2 segundo. Observaciones: en la exploración la Sra. Se encuentra en reposo, refiere sofocación cuando camina o subir escaleras, también refiere tos por faringitis. La coloración de la piel es normal, ingiere antihipertensivos e hipoglucemiente.

ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN

Alimentos que acostumbra consumir en el desayuno: una taza de leche con café, un pan, guisado, dos o tres tortillas . Alimentos que consume en la comida: arroz, verduras, pollo o pescado, carne de res, frijoles, lentejas, tortillas. Cantidad en ración: 1 ò 2 platos de comida, 2 ò 3 tortillas. Alimentos que consume en la cena: SOLO UNA FRUTA.

¿Come entre comidas? NO ¿En donde acostumbra comer? En su casa. ¿Con quien acostumbra comer? Con su esposo. ¿Considera que su estado de ánimo influye en su alimentación? SI ¿Por qué? Porque cuando se siente triste no tiene hambre.

¿Cuáles son los alimentos que le agradan? Pollo, verduras, carne roja, tortillas, pan,
¿Que alimentos le desagradan? Ninguno. ¿Que alimentos le causan intolerancia?
NINGUNO. ¿Qué alimentos le causan alergia? Ninguno ¿Tiene problemas para
masticar? SI ¿Por qué? Dentadura incompleta ¿usa prótesis? NO ¿tiene problemas
con su peso? SI ¿Por qué? tiene sobrepeso. ¿Tiene adecuada digestión de los
alimentos? SI ¿Por qué? No se siente mal del estomago. ¿Cuantos vasos de agua
toma al día? Cuatro. ¿Toma refresco? Algunas veces ¿Toma café? SI. ¿Toma
alcohol? NO. ¿Toma suplementos alimenticios? En algunas ocasiones.

EXPLORE

Cavidad oral: hidratada, faltan varias piezas dentarias, lengua limpia sin alteraciones.

Región abdominal: cicatriz de cirugía laparoscopica y plastia umbilical, abdomen
globoso a expensas de panículo adiposo.

OBSERVACIONES: La sra. fue intervenida quirúrgicamente de colecistectomía por
laparoscopia. Nunca ha intentado atención odontológica por padecer hipertensión.
Tiene sobrepeso de 20 Kg. aproximadamente.

ELIMINACIÓN

¿Cuántas veces evacua al día? 2 veces. ¿Presenta esfuerzos para defecar? NO
¿Tiene dolor anal al evacuar? NO. ¿Tiene dolor abdominal al evacuar? NO.
¿Presenta flatulencias? SI. ¿Tiene tenesmo? NO. ¿Tiene meteorismo? NO. ¿Tiene
incontinencia? NOi. ¿Tiene prurito? NO. ¿Tiene hemorroides? NO. ¿Cuándo
presenta problemas para evacuar que recursos utiliza? Busca un baño
oportunamente. ¿Qué características tiene la evacuación? Blando. ¿Cuántas veces
orina al día? Cuatro ¿de que color es la orina? Normal. ¿Que olor tiene la orina? Sui
géneris. ¿Tiene disuria? NO. ¿Tiene poliuria? NO ¿Tiene nicturia? SI. ¿Tiene
retención de orina? NO. ¿Tiene urgencia para orinar? NO. ¿Qué recursos utiliza
cuando tiene infección de vías urinarias? Medicamentos. ¿Usted suda? NO ¿Bajo
que condiciones suda? Solo cuando hace esfuerzo. ¿Ultima menstruación? Hace
dice 17 años. ¿Tiene flujo vaginal? NO

EXPLORE REGIÓN ABDOMINAL Y FOSAS RENALES.

OBSERVACIONES: Cuando siente angustia siente retortijones y deseo frecuente de
ir al baño (hasta tres beses).

MOVIMIENTOS Y MANTENER BUENA POSTURA

¿Problemas que le dificulten la deambulaciòn? SI. Especifique. En las subidas muy.
¿Este problema repercute en sus actividades de la vida diaria? NO ¿Cómo?
Cansada. ¿Tiene dificultad para moverse en la cama? NO. ¿Tiene dificultad para
levantarse? NO. ¿Tiene dificultad para sentarse? NO ¿Hay alguna postura que no
pueda adoptar? SI. ¿Cuál? Dormir con la almohada muy baja. ¿Cuál es la postura
relacionada con su ocupaciòn? De pie, caminando. ¿Cuántas horas del día pasa en
esa postura? La mayor parte del tiempo. ¿En algún momento del día tiene dolores
musculares, articulares, óseos, contractura, presencia de temblores? SI. Especifique.
Dolor en la espalda y muscular. ¿En algún momento del día presenta movimientos
involuntarios? NO. ¿Ha sentido que le falta fuerza o tiene debilidad muscular? NO.
¿En el transcurso del día presenta edema, ardor, comezòn o hematomas en alguna
parte del cuerpo? NO. ¿En algún momento del día presenta mareos, perdida del
equilibrio o desorientaciòn? NO. ¿Realiza alguna actividad física? NO.

EXPLORE: Postura, Marcha, Movimiento, Flexibilidad, Resistencia articular, reflejos.
Buena postura de pie sentada y acostada, camina lento, sus movimientos
coordinados, articulaciones flexibles, resistencia para tocar el suelo.

OBSERVACIONES.

La resistencia que presenta es normal ya que nunca ha hecho ejercicios para
mantener la flexibilidad, no realiza ninguna actividad física.

DESCANSO Y SUEÑO.

¿Descansa durante el día? NO. ¿Cómo? Cuando se sienta a tomar sus alimentos y
por la tarde cuando va a su reuniòn o termina sus actividades. ¿Después de
descansar como se siente? Bien ¿Cuántas horas duerme habitualmente? Siete.
¿Tiene dificultad para conciliar el sueño? NO. ¿Se despierta fácilmente? SI. ¿Tiene
el sueño agitado? NO. ¿Tiene pesadillas? NO. ¿Tiene nerviosismo? SI. ¿Se levanta
durante la noche? SI. ¿Por qué? Para ir al baño en una ocasiòn. ¿El lugar que utiliza
favorece su sueño? SI. ¿Por qué? Es muy tranquilo. ¿Toma siesta? NO. ¿Cuáles son
sus hábitos para conciliar el sueño? Ninguno.

EXPLORE: Orejas, atención, bostezo, concentración, actitud de desgano, cansancio, adinamia.

Orejas céntricas, sin malformaciones, fija la atención, buena concentración, actitud de cansancio.

VESTIDO

¿Utiliza ropa adecuada a las horas del día? SI ¿Utiliza ropa adecuada para las actividades que realiza? SI. ¿Utiliza ropa adecuada para protegerse del frío? Si. ¿Utiliza ropa adecuada cuando hace calor? SI. ¿Utiliza ropa adecuada cuando llueve? SI. ¿Utiliza ropa adecuada que permita la libertad de movimiento? SI. ¿Utiliza ropa adecuada que permite expresar sus sentimientos? SI. ¿Es capaz de desvestirse y vestirse solo? SI. ¿Es capaz de elegir su ropa? SI.

Explore: Características de la ropa de acuerdo a su género, uso de distintivos, limpieza y aliño: Usa vestido, zapatos sin tacón, suéter; está limpia y peinada.

Observación: La señora está presentable, esta necesidad la satisface ella misma, no acostumbra maquillaje ni perfume pero se preocupa por su limpieza y su presentación tanto de ropa y calzado.

TERMORREGULACIÓN

¿Presenta alteración de su temperatura? NO. ¿Sabe como medirla? SI.

OBSERVACIÓN: no refiere ni presenta alteraciones de la temperatura. Necesidad satisfecha.

HIGIENE

¿Con que frecuencia se baña? Diario. ¿Cada cuanto lava su cabello? Cuando se baña. ¿El cambio de ropa es total o parcial? Total. ¿Cada cuanto se lava las manos? Las veces que es necesario. ¿Cada cuanto realiza el cuidado de las uñas? Cada quince o veinte días. Pies cada veinte días. Manos cada quince días.

¿Cuál es el aspecto de las uñas de manos y pies? De las manos normales. De los pies porosas. ¿Cada cuanto se cepilla los dientes? No los cepilla. ¿Utiliza prótesis dental? NO. ¿Cuándo realizó la visita al dentista? NO. ¿Necesita ayuda para realizar su aseo personal? NO. Lo puede realizar sola.

Explore: estado de la piel y mucosas, cavidad bucal, limpieza, coloración, textura, estado de hidratación, presencia de lesiones, caries. Piel reseca, mucosas hidratadas, coloración morena clara, ligera aspereza, miembros inferiores con machas oscuras, caries, la piel es limpia y sin lesiones.

OBSERVACIONES: la piel de manos y cara presenta arrugas por la edad, los miembros inferiores refiere la presencia de manchas por problemas circulatorios.

EVITAR PELIGROS

Prácticas sanitarias habituales.

Esquema de inmunizaciones completa NO. Toxide diftérico NO. Toxide tetánico SI. Hepatitis NO. Neumococcica NO. Influenza NO. Rubéola. Sarampion SI. Autoexploración mamaria: NO. Mamografía: NO. Papanicolaou: NO. Protección contra infecciones de transmisión sexual: Uso de condón NO. Seguimiento del plan terapéutico prescrito: SI. Cinturón de seguridad: SI. Uso de pasamanos: NO. Uso de asideras SI. Uso de bastón: Ocasional.

Percepción de su imagen corporal ¿Cómo se ve y se siente físicamente? Se siente bien. ¿Es capaz de dar solución a sus problemas? SI. ¿Es capaz de mantener su seguridad física? En el trabajo: SI. Casa: SI. ¿Percibe algún tipo de sufrimiento? SI. ¿Cuál es la causa? La pérdida de un familiar (padre).

OBSERVACIONES: No le aplicaron esquema de inmunizaciones, no se realiza papanicolaou, ni mamografía, la pérdida de su familiar le causa sufrimiento.

COMUNICACIÓN

¿Tiene alguna alteración en los órganos de los sentidos que le impidan comunicarse eficientemente? SI. Vista, Oído. Auto percepción Introverso. ¿Tiene dificultad para comprender? SI. Aprender: SI. Concentrarse SI. Relaciones de pareja: SI.

Explore:

OBSERVACIONES: .

En general puede valerse por si misma con respecto a la vista borrosa porque usa lentes. No escucha cuando le hablan en voz baja.

CREENCIA Y VALORES

¿Qué es importante para usted en la vida? ver unida a su familia y sentir paz interior.
¿Qué otra cosa es importante? Sentirse útil. ¿Qué opinión tiene de ayudar a personas desconocidas? Ayudar al prójimo con lo que ella pueda. ¿Siente que la vida le ha dado lo que usted ha esperado? SI. ¿Hay aspectos de su creencia sobre la vida o su religión que le ayuden a enfrentar su situación actual? La fe le ayuda a superar sus problemas.

EXPLORE DATOS SUBJETIVOS

Observar coherencias entre lo que la persona dice, cree, practica y lo que realmente hace.

- a) Lee con frecuencia La Biblia
- b) Usa estampas, cuadros, crucifijos, escapularios, otros. SI
- c) Práctica de oración y rezos SI
- d) ¿Al hablar expresa peticiones u oraciones a Dios o algún santo? A Dios
- e) Dice ser ateo, no acepta que le hablen de nada espiritual, se ríe de creencias NO
- f) Solicita la presencia de Sacerdote, pastor, rabino u otro guía espiritual. Sacerdote.
Describe: Practica la religión católica, asiste a reuniones donde se reflexiona la Biblia, es muy creyente, coincide lo que dice, practica y cree.

TRABAJAR REALIZACIÓN.

¿Trabaja actualmente? SI. ¿Tiene ocupación no remunerada? NO. ¿Tiene alguna incapacidad? NO. ¿Tiene algún tipo de dependencia? Solo económica. ¿Cómo considera su estado emocional? Triste. ¿Cómo considera su integración social? En general tiene buenas relaciones sociales. ¿Cómo considera su integración familiar? Su familia es unida, pero discute con frecuencia con su esposo. ¿Es capaz de realizar actividad normal? SI. ¿Puede trabajar? SI. ¿Necesita algún cuidado especial? SI. ¿Cuál? Tomar medicamento y su dieta. ¿Requiere ayuda para realizar alguna actividad? NO. ¿Requiere asistencia hospitalaria? SI. ¿Con que frecuencia logra cumplir las metas que se propone? En ocasiones. ¿A que lo atribuye? A falta de tiempo o estado de ánimo. ¿Cuáles son sus metas de vida? tener unida a su familia. Cuidar bien a sus nietos.

Explore actitud: se ve tranquila y segura. Observación: sus hijos la frecuentan pero la relación con su esposo en ocasiones es irritable.

RECREACIÓN

¿Con que frecuencia se encuentra con ánimo de reír y divertirse? Pocas veces. ¿A que atribuye ese estado de ánimo? A su tristeza. ¿Qué actividades recreativas acostumbra realizar para divertirse? Lectura de la Biblia, TV, fiestas en ocasiones, escuchar radio. ¿Con que frecuencia tiene cambios bruscos de su estado de ánimo y fácilmente pasa de reír al enojo o al llanto? Pocas veces. ¿Le han diagnosticado a usted síndrome depresivo? NO. ¿Actualmente tiene esta enfermedad? NO.

OBSERVACIÓN: La tristeza se la atribuye a la perdida de su familiar.

APRENDIZAJE:

¿Considera que debe adquirir nuevos conocimientos? SI. ¿Por qué? Nunca terminamos de aprender. ¿Como considera su capacidad de aprendizaje? Cuesta trabajo aprender. Dificultad de retención. Tiene que repasar varias veces. ¿De que fuente adquiere conocimientos? Lectura, semejantes, radio. ¿Lo que ha aprendido modifíco su estado de salud? NO. ¿Ha adquirido actitudes y habilidades para mantener su salud? NO.

Explore. Expresión de deseo de aprender, manifiesta interés por aprender, estado de receptividad:

DIABETES MELLITUS.

Es un trastorno del metabolismo de la glucosa relacionado con la ausencia o la deficiencia de los aportes de insulina y/o la escasa utilización de la insulina que se encuentra disponible.

Etiología

La diabetes es un trastorno hereditario, su manifestación es sumamente influida por factores ambientales, hormonales y posiblemente inmunitario. Cuando se manifiesta de manera objetiva se caracteriza por una influencia relativa de insulina, la cual causa cambios importantes en el metabolismo de carbohidratos, proteínas y grasas.

Se reconocen factores genéticos (frecuencia de ciertos tipos de HLA) y factores desencadenantes infecciosos, así como una estructura inmunológica especial (anticuerpos antiislotes de Langerhans).

Fisiopatología

La insulina es una hormona producida por las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas. En condiciones normales la insulina se libera continuamente en el torrente sanguíneo en reducidos aumentos pulsátiles (velocidad basal), con una liberación aumentada (bolos) cuando se ingiere alimento. La actividad de la insulina disminuye la glucosa sanguínea y facilita un intervalo de glucosa normal y estable de aproximadamente 70 a 120 mg/dl (3.9 a 6.66 mmol). La cantidad promedio de insulina secretada diariamente por un adulto es, aproximadamente, de 40 a 50 U o 0.6 U/Kg. De peso corporal.

Otras hormonas (glucagon, adrenalina, hormona del crecimiento y cortisol) ejercen efectos opuestos a la insulina y con frecuencia, son denominados hormonas contra reguladoras. Estas hormonas actúan aumentando los valores de glucemia al estimular la producción de glucosa y su salida desde el hígado y mediante la disminución del movimiento de entrada disminuida de la glucosa hacia las células. La insulina y estas hormonas contra reguladoras proporcionan una liberación de glucosa mantenida, aunque regulada, para proporcionar energía durante la ingesta de alimentos y los periodos de ayuno y, normalmente mantienen los valores de glucocemia dentro del intervalo normal. En la diabetes puede observarse una producción alterada de cualquiera de estas hormonas.

La insulina promueve el transporte de la glucosa desde el torrente sanguíneo a través de la membrana celular hasta el citoplasma de la célula. El aumento de la insulina plasmática después de una comida estimula el almacenamiento de glucosa debido a que el glucógeno contenido en el hígado y el músculo inhibe la neoglucogenesis, potencia el depósito de grasa en el tejido adiposo y aumenta la síntesis de proteínas.

Cuando la glucosa no puede entrar a las células del cuerpo porque la cantidad de insulina es insuficiente o inadecuada se altera el metabolismo de grasas y proteínas y es probable que se produzca catabolismo de proteínas, cetosis y balance negativo de nitrógeno.

A medida que la glucosa en sangre aumenta, las células pierden agua y se produce glucosuria, cuando el nivel serico es mayor de 180 mg, surge deshidratación extracelular por presión osmótica alta y mayor cantidad glucosa en orina (glucosuria) y como resultado de estas adaptaciones fisiopatológicas, se manifiestan los síntomas característicos de la diabetes.

Hipertensión

Es la elevación de la presión arterial por arriba de las cifras normales. El diagnóstico se establece normalmente cuando en la visita medica se encuentra la elevación de las cifras de presión arterial por arriba de 140/90 mm/Hg. en dos ocasiones distintas y el diagnostico se asegura sí además se encuentra algún signo de daño en órgano blanco. En otras ocasiones el examen medico encuentra hipertrofia ventricular izquierdo o signos de retinopatía hipertensiva pero la determinación de la presión arterial demuestra la normalidad de sus cifras aunque no reciba medicación antihipertensiva.

Etiología

Cuando la elevación de la presión arterial es debida a una causa conocida se denomina hipertensión arterial secundaria (nefropatía crónica, aumento de la secreción de algunas hormonas, la coartación aortica). Cuando el estudio exhaustivo no demuestra ninguna de las causas conocidas de hipertensión arterial el proceso se denomina esencial.

Fisiopatología

La presión arterial es mantenida por tres factores: el volumen sanguíneo, la resistencia periférica y el gasto cardiaco. Cuando por mecanismos anormales aumentan en forma inapropiada cualquiera de ellos, el resultado será la elevación de las cifras de la presión arterial.

En condiciones normales, los factores hemodinámicas que mantienen la presión arterial, son regulados por hormonas provenientes del sistema nervioso autónomo (aminas simpaticomiméticas) que tienen efectos directos sobre los receptores alfa adrenérgicos y beta adrenérgicos, tanto de los vasos sanguíneos como del corazón. Así mismo, hay factores humorales como las hormonas mineralocorticoides, las prostaglandinas y el sistema renina-angiotensina-aldosterona que influyen en forma importante y compleja en el mantenimiento de la presión arterial.