



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

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UN ADULTO
JOVEN CON PROBLEMA DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA BAJO EL
ENFOQUE DE VIRGINIA HENDERSON**

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**ELABORÓ: LILIANA SUSANA ZAMORA ACOSTA
NÚMERO DE CUENTA. 40411598-2**

ASESORA: PROFESORA MTRA. SANDRA M. SOTOMAYOR SÁNCHEZ

OCTUBRE 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por darme la oportunidad de concluir mi carrera satisfactoriamente con salud contando siempre con el apoyo incondicional de mis seres queridos.

A mi padre:

Que con su ejemplo me enseñó a superar todos los obstáculos a luchar y defender mis sueños, principalmente te agradezco que siempre me alentarás a seguir adelante.

A mi madre:

Gracias mamá por el esfuerzo que haces para brindarme siempre tu apoyo, por levantarme cuando he tropezado por estar cerca de mí en todo momento y quererme tanto.

A mi esposo:

Por tu paciencia, comprensión y apoyo que siempre estás dispuesto a brindarme en los momentos de caos.

A mis hijos:

Por ser mis mejores alicientes para seguir adelante.

A la profesora:

Sandra M. Sotomayor Sánchez agradezco su asesoría, por compartir su experiencia y conocimientos, por su valiosa ayuda para la realización de este trabajo, gracias por ser sobre todo un gran ser humano.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	2
OBJETIVO	2
METODOLOGÍA	2
1. MARCO TEÓRICO	
1.1 ENFERMERA DISCIPLINAR	3
1.2 ANTECEDENTES HISTORICOS DEL CUIDADO.....	7
1.3 EL CUIDADO	
1.3.1 CONCEPTO DE CUIDADO	12
1.3.2 CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO.....	12
1.3.3 TIPOS DE CUIDADO	13
1.4 TEORÍA DE ENFERMERÍA	
1.4.1 CONCEPTO DE TEORÍA	14
1.4.2 VENTAJAS DEL USO DE LAS TEORÍAS	16
1.4.3 CLASIFICACIÓN DE LAS TEORÍAS	17
1.5 TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON	19
1.6 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	
1.6.1 CONCEPTO	22
1.6.2 OBJETIVOS.....	23
1.6.3 VENTAJAS	23
1.6.4 ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	24
1.7 LA EDAD ADULTA	
1.7.1 CARACTERÍSTICAS DEL ADULTO	26
1.8 ALTERACIONES EN ADULTOS DE ORIGEN CONGÉNITO.....	29
1.8.1 LABIO Y PALADAR HENDIDO	30
2 APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	32
3 PLAN DE ALTA	48
4 CONCLUSIONES	49
5 BIBLIOGRAFÍA	50
5 ANEXO	54

INTRODUCCIÓN

La enfermería es una profesión disciplinar que necesita apoyar sus intervenciones, siguiendo una metodología que le permita individualizar la atención que brinda, esto se ve reflejado en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería conocido como (PAE), constituyendo parte elemental en la formación de la enfermera profesional esperando que la mayoría pueda realizar su práctica apegadas a este modelo logrando ser parte del desarrollo de las tendencias respecto a su saber y hacer.

En la primera parte de este trabajo se toman como referencia los antecedentes históricos de enfermería ya que se conocieron estos inicios, y entendiendo la razón por la que enfermería debe contar con una identidad y tener en claro el objeto de estudio, se indaga sobre las bases científicas (Teorías de Enfermería y Teoría de Virginia Henderson) para apoyar las intervenciones dando paso a la construcción del pensamiento constructivo.

En la segunda parte se desglosa por etapas el proceso de atención de enfermería, bajo el enfoque de Virginia Henderson que se realizó a una mujer adulta joven con secuelas de labio y paladar hendido este plan de cuidados muestra, la importancia del aspecto físico y la interrelación con las demás necesidades importantes para el desarrollo de la persona a quien se le maneja con el proceso en el Hospital Dr. Manuel Gea González, en el área de cirugía ya que por lo general se da más importancia a otros aspectos técnicos que a la calidad humana característica insustituible que da la razón de ser de nuestra profesión.

Por último se incluye el instrumento de valoración que se utilizó.

Justificación

Es una metodología propia del cuidado de enfermería a través de la cual se garantiza el cuidado de la persona de manera individual holística y de calidad.

Constituye un instrumento de metodológico que refuerza a la profesión en su estructura disciplinar.

Me permite aplicar conocimientos teóricos a la práctica con identidad y autonomía.

Es una opción de titulación para obtener el grado de licenciada en enfermería.

Objetivo

Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson a un adulto con malformación congénita de Labio y paladar hendido para ofrecer cuidados de enfermería de calidad y de manera integral con la finalidad de optimizar su estado de salud.

METODOLOGÍA

Se inicia al cursar un taller de Proceso de Atención de Enfermería.

Se elige una persona sana o con problemas de salud para aplicar el Proceso de Atención de Enfermería, se aplica cada una de las etapas del proceso.

Se elabora y se aplica un instrumento de valoración, basado en las necesidades de Virginia Henderson, se estructuran los Diagnósticos de Enfermería, se planea un plan de intervenciones se ejecutan y se evalúan.

Se elabora de un trabajo por escrito, con revisiones (continuas por asesora académica) y complementando con la aprobación (por asesora académica) se inicia el trámite administrativo con el registro del proceso, se continúa con el llenado de formatos, para seguir con la revisión del trabajo por parte de los sinodales además de las correcciones pertinentes se finaliza con los trámites administrativos para la presentación del proceso.

Justificación

Es una metodología propia del cuidado de enfermería a través de la cual se garantiza el cuidado de la persona de manera individual holística y de calidad.

Constituye un instrumento de metodológico que refuerza a la profesión en su estructura disciplinar.

Me permite aplicar conocimientos teóricos a la práctica con identidad y autonomía.

Es una opción de titulación para obtener el grado de licenciada en enfermería.

Objetivo

Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson a un adulto con malformación congénita de Labio y paladar hendido para ofrecer cuidados de enfermería de calidad y de manera integral con la finalidad de optimizar su estado de salud.

1. Marco Teórico

1.1 Enfermería disciplinar

A partir de los años 60 se empieza a buscar donde apoyar las prácticas de enfermería, es cuando se investiga y se precisa el concepto de bases científicas para los Cuidados enfermeros, entendiendo su significado en la transformación de la epistemología de la enfermería.

En 1961, Faye Abdellah estimó que este enfoque científico afectaba apenas al 10 por 100 de los programas universitarios de Enfermería, aunque éste se irá desarrollando en la década de 1960-1970. Desde todos los enfoques teóricos, la Enfermería ha asumido el >>concepto holístico<< actualizándolo a través de argumentaciones científicas rigurosas. Uno de los beneficios de este nuevo enfoque integrado a la persona en su entorno, dando pauta a una orientación más humanística de la que antes se apreciaba. De manera que los modelos de Enfermería consideran a la persona que va a recibir cuidados como un todo, en conexión con su ambiente y no en forma aislada como solía tratarse.

Entonces se parte de una variedad de Teorías que facilitan la explicación de los fenómenos en relación a los Cuidados de Enfermería, el siguiente paso, en el proceso de la construcción disciplinar es el de su correcta utilización estipulando las relaciones cognitivas en las que debemos tomar en cuenta para la elaboración de hipótesis, no olvidando que estas se dan a través del conocimiento en este caso el Conocimiento Enfermero y las hipótesis se toman como postulados derivados de tal conocimiento que se convertirán en las teorías o sistemas de leyes, con el fin de construir el Conocimiento Enfermero. De tal manera que podremos organizar los conocimientos desarrollar métodos propios y/o adaptar otros preexistentes, para desarrollar unas técnicas apropiadas a la Naturaleza de la Enfermería, que nos permitan realizar una construcción disciplinar propia.

>> Una disciplina como ciencia debe pensarse y construirse desde la historia, desde la práctica profesional, desde la filosofía de la ciencia, desde la historia comparada de las Ciencias (Esteban Albert, 1992).

El pensamiento científico parte en última instancia, de problemas sugeridos por la observación de las cosas y sucesos de la experiencia común; trata de comprender esas cosas observables, descubriendo en ellas algún orden sistemático.

La práctica milenaria de los cuidados como arte institucionalizado de la investigación científica, ha dado frutos variados:

- a) El logro de un conocimiento teórico general, concerniente a las condiciones fundamentales que determinan la aparición de diversos tipos de sucesos y procesos.
- b) La emancipación de la mente del hombre de las supersticiones antiguas.
- c) La adopción de métodos lógicos para juzgar sobre una base de datos, derivados de la observación de los fenómenos.

Las orientaciones que configuran el contenido de los estadios del proceso de identidad profesional y construcción disciplinar, dentro de lo religioso-vocacional centrados en el dolor y el sufrimiento e implican una conducta moral de la enfermera. Derivado de la tradición de servir y de la salvación eterna a través del cuidado a los más necesitados. En el nivel laico laboral que se centra en el auxilio social, la enfermedad y la técnica este se deriva del cambio de estatus de la mujer y de la ampliación de su campo de trabajo. En lo referente al concepto de auxiliar de medicina que se centraban en la enfermedad y la técnica estos a su vez derivados del avance de las tecnologías y de las tareas delegadas de la medicina. En cuanto a la prestación de un servicio enfermero científico social propio. Centrados en el concepto holístico del hombre y en proposiciones de carácter científico relacionadas con los cuidados de enfermería, derivándose del planteamiento teórico-científico de los cuidados enfermeros y de una identidad profesional y disciplinar.

De echo para Aristóteles, la reflexión sobre la Ciencia debía empezar por la búsqueda de los principios propios a cada ciencia, es quiere decir que se debe identificar los términos universales que son el objeto de dicha disciplina (el objeto de la enfermería el cuidado).

Es relevante que la enfermería delimite su objeto de estudio a través del estudio de su pasado, a través de la construcción de teorías y modelos

utilizando un desarrollo metodológico, y a través del desarrollo tecnológico instrumental.

Dentro del proceso que se requiere para la construcción disciplinar se contempla a la filosofía como prescriptiva de la ciencia de este camino podemos apoyarnos en los *Modelos y Teorías* de Enfermería para adoptar sistemas explicativos unificados que nos llevan a utilizar una metodología así como sus instrumentos, en un mismo lenguaje, que darán como resultado postulados epistemológicos rigurosos con la obtención de conocimientos prácticos.

La principal novedad que introdujo Popper es la importancia atribuida a las teorías, y nos centrará en la construcción de la Ciencia en las Teorías Científicas. >> Las ciencias empíricas son sistemas de teorías; y la lógica del conocimiento científico, por tanto, debe describirse como una teoría de teorías<< (Popper 1962).

La Filosofía de la Ciencia queda planteada como una disciplina metateórica o metacientífica, cuyos objetos principales de reflexión son las teorías científicas, y no las ideas, ni los universales, no los hechos más simples o elementales.

Por tanto Esteban Albert menciona, que la disciplina debe ser la óptica prescriptiva y dominante que delimite con rigor las diversas tentativas de producir modelos, teorías, métodos que contribuyan a construir el cuerpo científico de la Enfermería.

Podemos afirmar que las teorías son redes que lanzamos para apresar aquello que llamamos <<el mundo>>: para racionalizarlo, explicarlo y dominarlo. Y tratamos de que la malla sea cada vez más fina así lo describe (Echeverría J. 1986) >> Introducción a la metodología de la ciencia>>. Una historia y una práctica secular nos proporcionan unos conocimientos en busca de una disciplina que configure una identidad profesional.

Esteban Albert nos indica que una disciplina *explica e implica*:

Explica, es decir describe analiza y confiere una referencias ordenadas y sistemáticas, a la vez que interactivas con otros campos disciplinares, sin dependencias exclusivas. Esta función se verifica construyendo nuevos conocimientos y ordenándolos en una misma dirección epistemológica, que irá produciendo una diferenciación progresiva del objeto, y con ello, un perfil más definido de la identidad profesional.

Implica ya que compromete a una práctica derivada de las prescripciones de un objeto de conocimiento específico que se pone al servicio de los conceptos disciplinares propios.

Cuando hay un cuerpo de conocimientos abundante y una práctica extensa y secular, estamos en la obligación de preguntarnos si estamos ante una disciplina o una simple actividad profesional.

Como consecuencia es preciso tomar conciencia de la situación epistemológica de la Enfermería y de las prescripciones de la Filosofía de la Ciencia.

La enfermería se considera un arte es el sentido de que está compuesto de habilidades que requieren experiencia y preparación para su ejecución.

Es una ciencia porque es necesario que sus practicantes posean conocimientos sistematizados derivados de la observación, estudio e investigación para integrarse como ciencia, enfermería utiliza el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que constituye la columna vertebral en la formación de la enfermera profesional, porque se espera que las enfermeras realicen su práctica profesional apegadas a este modelo aunque en la realidad muchas enfermeras en la práctica no lo utilizan como una base que les sustente en la toma de decisiones en el cuidado de los pacientes.

1.2 Antecedentes Históricos del Cuidado

Desde el comienzo de la vida, los cuidados existen, ya que es necesario >>ocuparse<< de la vida para que ésta pueda persistir. Los hombres, como todos los seres vivos, han tenido siempre necesidad de cuidados porque cuidar

es un *acto de vida* que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, *permitir que la vida continúe* y se desarrolle y, de ese modo, luchar contra la muerte, del individuo, del grupo o de la especie.

Durante millares de años, los cuidados no fueron propios de un oficio y aún menos de una profesión eran los actos de cualquier persona que ayudara a otra a asegurarse todo lo necesario para continuar su vida.

Las tareas se organizan alrededor de una serie de necesidades fundamentales: sustentarse protegerse de la intemperie, defender el territorio y salvo guardar los recursos, estas tareas dan origen a la división sexual del trabajo que, precisamente marcará de forma determinante, según las culturas y las épocas, el lugar del hombre y de la mujer en la vida social y económica. (Leakey R.,1980).

En este sentido la actividad de cuidar estaba ligada a las peculiaridades biológicas femeninas, relacionadas con la fecundidad así las principales responsabilidades femeninas eran: el mantenimiento del fuego y sus secretos en cuanto a la preparación de alimentos, calor y prácticas para procurar bienestar y alivio, otra de sus responsabilidades era el cuidado de las gestantes, de los partos y de la prole a través de la observación y el aprendizaje de comportamientos que garanticen la continuidad de la especie y de la vida, también se dedicaba a la recolección de vegetales que implicaba la selección de alimentos y la obtención de conocimientos relacionado con sus propiedades, así como su repercusión en las prácticas de cuidados.

De tal manera que el saber empírico que se va configurando mediante la praxis de las *tareas asignadas* establece el valor social de los Cuidados de supervivencia proporcionados por las mujeres en las primeras comunidades prehistóricas.

Estas actividades no son cosa fácil si le sumamos las precarias condiciones de vida y hacen visible la presencia de la muerte naciendo los primeros discursos sobre lo bueno y lo malo, los primeros conjuros del miedo.

Se intenta discernir el origen del bien y el mal, interpretando y distinguiendo las fuerzas benéficas y las fuerzas maléficas, portadoras del mal, y por lo tanto de la enfermedad y de la muerte.

A medida que los grupos continúan practicando cuidados habituales en cosas permitidas y prohibidas, se erigen ritos encargando primero al chamán, luego

al sacerdote como guardianes de estas tradiciones y de todo lo que contribuye a mantener la vida el mismo sacerdote es visto como el mediador entre las fuerzas benéficas y maléficas es decir está designado para interpretar y decidir lo que es bueno o lo que es malo.

Con el avance de la humanidad y con la continua lucha entre la vida y la muerte a un ritmo lento surgen nuevos descriptores del mal, los médicos. El médico desciende de sacerdotes y clérigos, aparece como especialista, interprete de signos y síntomas indicadores de un mal determinado del que el enfermo es el portador.

Recurrir a un médico es un hecho aislado y solo concierne a una clase social privilegiada del medio urbano mientras que en el medio rural, los campesinos tenían sus propia ideas de las enfermedades.

Con la ayuda de la física y de la química la ciencia medica progresa y el hospital es un lugar de reagrupamiento de todos los marginados de las clases sociales esto hace posible el ensayo de nuevos instrumentos y este refugio se convierte en un lugar de exploración y tratamiento de las enfermedades.

Las curas del cuerpo herido son cosas de hombres se inicia el descubrir el cuerpo por dentro, a osar explorarlo, lo que hará desarrollar una tecnología cada vez más exacta que se convertirá en la tecnología que utilizan los herreros, los barberos y los cirujanos. Los cuidados que exigen una importante fuerza física serán también competencia de hombres: desplazamientos de articulaciones, reducción de fracturas, dominio físico de los agitados y personas en estado delirante, locura o embriaguez.

Estos cuidados llevado a cabo por los hombres darán lugar a otras corrientes de influencia a otras formas de ejercicio distintas de las propias de mujeres dando origen a los cuerpos de enfermeros vinculados al ejercito, como los esclavos en las legiones romanas, las ordenes de los Caballeros de San Juan de Jerusalén, los Caballeros de la Orden teutónica, los Templarios, o como los que aparecerán aún más tarde en los hospitales de campaña militares. Otros se encargarán de mantener el orden y alejando a los portadores del mal, encerrándoles en los hospitales psiquiátricos, hacia mediados del siglo XIX, irán recibiendo ayuda en su tarea para poco después ser desplazados por enfermeros laicos que se convertirán en los enfermeros psiquiátricos. Hasta que no apareció la quimioterapia para neutralizar la fuerza física de los

alienados, no se empezó a contar con mujeres entre el personal de enfermería psiquiátrica.

Los cuidados que se muestran como una actividad predominante de hombres o de mujeres, es porque parece que hasta hoy se hubiera hecho poca diferenciación entre el origen del <<nursing>> y es lo que dará lugar a la enfermería y que más tarde se denominará *cuidados de enfermería* sin tener en consideración la diferente naturaleza, concepción y técnica de los cuidados proporcionados por hombres y los aplicados por mujeres.

A principios del siglo XX hubo una verdadera bifurcación del concepto de cuidados dirigida por una corriente médica, que vino a impregnar el concepto transmitido por las mujeres consagradas y a remodelar su función. Junto con el modelo religioso se asocia el papel del auxiliar médico creándose así el papel de la mujer enfermera auxiliar del médico.

Las mujeres siempre han sido curanderas, han curado gracias a las plantas y han intercambiado los secretos de sus prácticas entre ellas.

Las comadronas se desplazan de una casa a otra, sin tener acceso a libros ni a ningún tipo de enseñanza las mujeres han ejercido durante siglos una medicina sin diplomas, han forjado su saber por contacto de unas con otras transmitiéndolo a lo largo del tiempo.

En torno al cuerpo giran todas las primicias de los hoy establecidos cuidados de enfermería con son los masajes, los hábitos de higiene lo que en ese tiempo se conocían como cuidados corporales.

Dentro de los cuidados que se proporcionaban entorno a la alimentación las mujeres que tienen a su cuidado las cosechas de los vegetales estos los pueden preparar en diferentes formas descubriendo a la par de la gama inmensa de poderes terapéuticos y se considera que estas preceden a las preparaciones oficiales dando origen a la farmacopea.

Todas estas prácticas se transmiten a través de varias civilizaciones por tradición oral, hasta la edad media tiempo en el que prevalece el miedo a ser contagiado ya que se desconoce la etiología de la enfermedad, en estos tiempos la enfermedad que prevalece es la lepra en Europa durante los siglos VIII, IX y X se incrementa la incidencia de esta enfermedad, y hasta los siglos XII y XIII las mujeres intervenían a menudo como fundadoras, protectoras y enfermeras de los afectados ya que el trabajo de las leproserías era

considerado como la más cristiana de todas las obras de caridad por lo que el cuidado a estos leprosos se consideraba un elemento determinante para alcanzar la salvación.

Debemos esperar hasta el siglo XVII para encontrar el primer manual de Enfermería conocido en el mundo, publicado en Madrid en 1623.

La paralización intelectual que durante siglos han sufrido los Cuidados de Enfermería, han provocado que la práctica de los mismos fuera concebida de forma estática, pues la ausencia casi total de documentación escrita, hasta la aparición de Florencia Nightingale, impidió su acercamiento a la Ciencia del momento.

Nos remontamos a la época de la reforma donde el cuidado y la atención a los enfermos pierde su sentido salvador los hospitales dirigidos por órdenes religiosas católicas fueron cerrados, siendo expulsados de las instituciones los monjes y las monjas dedicados al cuidado de enfermos sin ser sustituidos. El deterioro durante tres siglos de los Cuidados de Enfermería da origen a la denominada Época oscura de la Enfermería en el mundo Protestante.

En la época de la Contrarreforma en México, Fray Pedro de Gante fundó en 1523 la Escuela de San José de los Naturales, donde se formaba académicamente a los enfermeros.

Por tanto la profesionalización surge fuera del concepto caritativo por consiguiente como una necesidad social en el marco creado por la sociedad Protestante ante la atención de los enfermos.

Con la Revolución Industrial se da otro giro a los Cuidados de Enfermería ya que aparecen enfermedades como la tuberculosis, la Fiebre Amarilla, primaron los conceptos de prevención de la enfermedad y fomento a la salud.

En 1826 surgen los primeros centros de instrucción de Cuidados de Enfermería, los cursos duraban tres años y sus objetivos se centraban, básicamente en el adiestramiento de las estudiantes, con el nacimiento de la Cruz Roja se valora a la enfermera como figura importante en los Cuidados que se prestan a los enfermos y se llegó al acuerdo de respetarlas como no combatientes. Es hasta 1947 que nace la Asociación Mexicana de Enfermeras con el propósito de lograr el más alto nivel para las enfermeras de este país.

Existen muchas asociaciones de enfermeras de carácter específico las que convergen en que desde principio de siglo las enfermeras intentaron trabajar

organizadas por una identidad profesional, de rol con el propósito del estudio de la naturaleza de la Enfermería.

Cabe mencionar que es relevante conocer todo lo que ha recorrido la profesión de la Enfermería sin embargo todo esto pierde valor si la enfermera no identifica el verdadero objeto de estudio de la enfermería y sigue en franca lucha con el médico por lograr incurrir en una ciencia que no le compete solo para hacer más enriquecedor su ejercicio profesional no para sustentarlo.

1.3 El cuidado

1.3.1 Concepto de cuidado

Con frecuencia se relaciona el término *cuidado* con la ayuda que se prestaba a las personas para vivir o sobrevivir en sus ambientes físicos o naturales. Para Nigthingale el *cuidado* se relaciona con la limpieza, el aire no contaminado, el reposo, la buena alimentación, y el ejercicio. A raíz de esta conexión el término cuidado ha sido usado en Enfermería como verbo para designar la idea de cuidar a otra persona.

“Cuidar es un acto de vida, que tiene por objetivo en primer lugar y por encima de todo permitir que la vida continúe y se desarrolle y, de este modo luchar contra la muerte del individuo, la muerte del grupo y la muerte de la especie” (Colliére 1993).

1.3.2 Cuidado como objeto de estudio de la Enfermería

Cuidar representa un infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida, permitiendo que ésta continúe y se reproduzca, la naturaleza del cuidado tiene dos vertientes: los cuidados de costumbre y habituales, que

están relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida, basados en todo tipo de hábitos de costumbres y de creencias. La tarea de la enfermera es proporcionar cuidado a la persona teniendo en cuenta todo su entorno y no solo la afección que en determinado momento presenta, darle continuidad a estos cuidados buscando estrategias hasta mejorar su salud. Con marcada diferencia con los cuidados de curación que están relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida, que por lo general proporciona la medicina.

1.3.3 Tipos de cuidado

Leininger en 1978 presenta las diferencias entre cuidado *genérico*, cuidado *profesional* y cuidado *profesional enfermero*.

Define el cuidado *genérico*: “Son todos aquellos actos de asistencia, soporte o facilitación prestados a individuos o grupos con necesidades evidentes y orientados a la mejora y el desarrollo de la condición humana”.

Los cuidados *profesionales* para esta autora son:

“Aquellas acciones, conductas, técnicas, procesos o patrones aprendidas cognitivamente y culturalmente que permiten (o ayudan) a un individuo, familia o comunidad a mantener o desarrollar condiciones saludables de vida”.

Por tanto los cuidados *profesionales enfermeros* son:

Todos aquellos modos humanísticos y científicos, aprendidos cognitivamente a ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades, culturalmente determinadas, técnicas y procesos de cuidado orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte”.

Dentro de los tipos de cuidados existe una gran diferencia los que proporciona una enfermera que son conocidos para preservar la vida y los que proporcionan la rama médica que son procedimientos que ayudan al individuo a incorporarse a la vida, a la salud. Los primeros conocidos como CARE son cuidados de vida sin embargo los cuidados que están enfocados para restituir

la función de un órgano se les denomina CURE estos cuidados se complementan existiendo un equilibrio entre ambos.

Cuando se asimila la idea que cuidar es un ciencia y un arte que exige conocimientos que requiere de aptitudes especiales por parte de las enfermeras que los ejercen como son: interés en la salud de las personas, compromiso profesional e institucional, y que tienen como finalidad mantener y desarrollar la salud y el bienestar de las personas, y que con ello entabla la diferencia con otras profesiones.

1.4 La Teoría de Enfermería

1.4.1 Concepto de Teoría

La profesión de la enfermera ha mostrado un desarrollo, las teorías y modelos han existido desde que Nightingale en 1859 propuso por primera vez sus ideas acerca de la enfermería.

La práctica profesional se basa en un compendio de principios y tradiciones determinados por una formación basada en el aprendizaje y en el sentido común desarrollado por los años de experiencia (Marriner 1999), en la década de los 70, existía la inquietud de apoyar el ejercicio profesional en teorías propias y no en conocimientos de otras disciplinas, sin embargo las investigaciones revelaban que la disciplina no contaba con Modelos conceptuales, ni con sistemas teórico sólidos.

Es hasta los años 80 que las bases teóricas se incorporaban a los currículos profesionales despertando el interés por realizar análisis utilizando teorías en la práctica clínica. Dando pauta a la aceptación de los conceptos dominantes de la disciplina: persona, entorno, salud y la disciplina de la enfermería.

En los años 90 no existe un acuerdo para utilizar una teoría estandarizada, se aboga por que se utilicen varias teorías ya que ninguna abarca a la persona holísticamente.

Los modelos conceptuales son un conjunto de conceptos que explican de manera general el fenómeno del cuidado, estos a su vez son más complejos y generales que las teorías otorgando una manera muy amplia sobre algunos fenómenos de interés para la enfermería como : el autocuidado, la promoción a

la salud, las relaciones interpersonales, el proceso de adaptación entre otros, mientras que las teorías son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, de tal manera que se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilita la forma de describir, explicar y predecir el fenómeno del cuidado.(Fawcett 1996).

Los modelos conceptuales como las teorías están elaboradas por conceptos y Fawcett 1996 “los define como palabras que describen imágenes mentales de los fenómenos, no se limitan a un grupo, o situación e individuo en particular, son en forma general, estos se relacionan para explicar distintos fenómenos de interés para la enfermería, como lo hicieron: Orem sobre el déficit de autocuidado, Roy ; adaptación y estímulo, Henderson ; necesidades básicas, Pender; Conducta promotora de salud y Neuman; Estresares”(Fawcett, J.,1996). Para conectar este mundo abstracto con el mundo concreto, la única forma de relacionar los aspectos teóricos con la práctica siendo lo más favorable a nuestra disciplina se usan indicadores empíricos ya que son los instrumentos reales, condiciones y procedimientos experimentales que se utilizan para observar o medir los conceptos de la teoría.

1.4.2 Ventajas del uso de las teorías

Existen varias razones para apoyar el ejercicio profesional en las teorías ya que estas ayudan a adquirir conocimientos que permiten perfeccionar las prácticas cotidianas mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos. Incluso las enfermeras sabrán en cada momento las razones de sus actos, facilitando autonomía de acción, asociado a sus funciones profesionales sirven de guía las teorías en los aspectos prácticos, educativos y de investigación.

El estudio de las teorías ayuda a desarrollar las habilidades de análisis, estimula el razonamiento aclarando los valores y suposiciones que se aplican determinado los objetivos de la práctica, la educación y la investigación en enfermería.

La variedad de teorías y modelos enriquecerá el ejercicio profesional de la enfermera pues facilitará el entendimiento de situaciones que se encuentra frecuentemente. Estos modelos y teorías ayudan la práctica de la disciplina ya que cubre gran parte de las actividades como son en la *Investigación* guiando el proceso de investigación, en la *educación* encauzan el proceso general para elaborar los planes de estudio, los programas y las actividades de enseñanza aprendizaje, en la rama *administrativa* nos provee de una estructura sistemática, para observar las situaciones e interpretar las situaciones administrativas del cuidado de enfermería de manera individual, en la practica *clínica* nos guía dando un enfoque organizado basado en los conceptos propuestos por el modelo conceptual y en el Proceso Atención Enfermería(PAE).

Es fundamental la aplicación de los modelos y teorías de atención que se ve reflejado en la elaboración del Proceso Atención Enfermería, permitiendo a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

1.4.3 Clasificación de las teorías

Las teorías se clasifican de acuerdo con sus características de aplicación en grandes teorías o *macroteorías*, teorías de mediano rango o *rango medio* y *microteorías*.

Las *macroteorías* son aquellas que 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.

En este caso que se asocia a una disciplina profesional mantiene 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 favorece la aparición de 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. Estas teorías se acercan a los datos empíricos que permiten generar y probar cuestionamientos distintivos de estudio y específicos para la práctica (Lenz, 1995). Durante los años 80, Afaf Meleis (1987) propuso e hizo clara la necesidad que tenía la enfermería de desarrollar teorías sustantivas que generaran fundamentos para la práctica de enfermería en relación con conceptos específicos del quehacer y dando respuestas a los requerimientos de la práctica también se podría utilizar para la investigación. Desde la década de los años 90 se ha visto el incremento de la teoría de rango medio.

La ventaja de estas teorías radica en que trabajan aspectos vividos del ejercicio profesional y de las características singulares de la práctica de enfermería, dentro de un contexto mucho más objetivo pero que de ninguna forma proponen estereotipos o prácticas inmodificables. Al utilizarlas

sistemáticamente se proponen intervenciones específicas de cuidado de acuerdo con la creatividad de las enfermeras para explicar un fenómeno determinado.

Las *microteorías* son las menos complejas y las más específicas. Se han definido según Kim (1983) como <conjunto de enunciados teóricos, por lo general hipótesis, relativos a fenómenos muy concretos> (Kim, H. S. 1983).

1.5 Teoría de Virginia Henderson

Virginia Henderson nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos. Durante la primera guerra mundial, despertó en Henderson el interés por la enfermería, en 1918 ingresó a la Escuela de Enfermería del Ejército en Washington, D.C. graduándose en 1921.

Virginia Henderson veía al paciente como una persona que requería ayuda para lograr la autosuficiencia, contempla la práctica de la enfermería como una labor independiente de la que desempeñan los médicos. La interpretación de la función de la enfermería que se propone en sus obras procede la síntesis de múltiples influencias. Henderson hizo especial hincapié en el arte de la enfermería y señaló la existencia de 14 necesidades humanas básicas en los pacientes que requieren cuidados.

Sus principales contribuciones se refieren a la definición de enfermería, la esquematización de las funciones autónomas de esta disciplina, la insistencia en los objetivos de interdependencia de cara al paciente y la elaboración de los conceptos de autoayuda, siguiendo la influencia de los trabajos de Abdellah y Adam. La obra de Henderson es una filosofía de la enfermería.

Define la función propia de la enfermera como: < 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 su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría 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>.

A partir de definir la función propia de la enfermera Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así cada persona es único y complejo con componentes biológicos, psicológicos socioculturales y espirituales, que tiene 14 Necesidades Básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento.

- 1 Necesidad de oxigenación
- 2 Necesidad de Nutrición e Hidratación
- 3 Necesidad de Eliminación

- 4 Necesidad de Moverse y mantener una buena postura
- 5 Necesidad de Descanso y sueño
- 6 Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas
- 7 Necesidad de Termorregulación
- 8 Necesidad de Higiene y protección de la piel
- 9 Necesidad de Evitar los peligros
- 10 Necesidad de Comunicarse
- 11 Necesidad de Vivir según sus creencias y valores
- 12 Necesidad de Trabajar y realizarse
- 13 Necesidad de Jugar/ participar en actividades recreativas
- 14 Necesidad de Aprendizaje

Estas necesidades son comunes en todos los individuos y cada uno tiene la habilidad de satisfacerlas de modo diferente la diferencia que puede existir esta determinada por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales en cada persona, entre estas necesidades existe una estrecha interrelación implicando que cualquier modificación entre las diferentes necesidades pueda dar lugar a modificaciones en las restantes.

Una vez que se han identificado las necesidades de las personas se analiza la razón por la que no se lleva a cabo denominando así la dependencia y la independencia, la dependencia para realizar cierta necesidad puede estar dada por tres causas que son: falta de fuerza, falta de voluntad o bien por falta de conocimiento.

Las actividades de la enfermera se adaptaran a las modalidades y a la idiosincrasia de cada persona y se trabajando en conjunto con el equipo de salud, y algo de suma importancia se verá a la persona como un sujeto activo y responsable de su propia salud que participa en las decisiones y en el logro de sus metas.

Cuando el Modelo de Henderson lo utilizamos como marco conceptual y se aplica en todas y cada una de las etapas del Proceso de Atención nos da nos siguientes resultados:

En las etapas de *Valoración y Diagnóstico* sirve de guía para la recolección de datos y en el análisis y síntesis de los mismos determinando el grado de independencia / dependencia, las causas que dificultan tal satisfacción, la

interrelación de unas necesidades con otras, la definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

En las etapas de *Planificación y Ejecución* sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectada y en la elección del modo de intervención (suplencia o ayuda) determinando las actividades de enfermería que implican al individuo en su propio cuidado, todos esos criterios serán los que guían la etapa de ejecución.

En la etapa de *Evaluación* una vez determinados los criterios nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que según está autora nuestra meta es *ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades* lo mas pronto posible. Por supuesto esto no significa que nosotras le proporcionemos la independencia, sino que nuestra actuación va encaminada a ayudarle a alcanzar dicha independencia por sí mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos.

1.6 Proceso de enfermería

1.6.1 Concepto

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E). Este proceso

es un ordenamiento lógico y razonado de una serie de etapas que buscan el fundamento científico de la práctica de los cuidados. El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes en 1955 cuando por primera vez es considerado como un proceso, es hasta 1976 cuando se definen las cinco etapas que hoy conocemos como; Valoración, Diagnósticos de Enfermería, Planificación, Ejecución, Evaluación.

El Proceso de Atención de Enfermería se define por sus objetivos, así dice Iyer (1989) que, “el objetivo principal del Proceso de Atención de Enfermería es constituir una estructura que pueda satisfacer, en forma individual las necesidades de la persona, la familia y la comunidad. Alfaro define el Proceso de Enfermería como “el 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.

El Proceso de Atención de Enfermería evalúa a la persona en sus procesos vitales psicológicos, fisiológicos, socioculturales de desarrollo y espirituales, así como los patrones de interacción con el medio, los objetivos de salud, las energías y limitaciones de la persona tomando en cuenta los recursos disponibles para conseguir el estado óptimo de salud.

1.6.2 Objetivos

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

El Proceso de Atención de Enfermería implica la existencia de una relación con interacciones entre el paciente y la enfermera, en donde el objetivo es el paciente. La enfermera, corrobora sus datos con el paciente, participando

conjuntamente en el proceso. Ello ayuda al paciente a enfrentarse con los cambios en su salud, tanto actuales como potenciales, y su consecuencia es la atención individualizada.

1.6.3 Ventajas

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, mejora los cuidados a los pacientes, define el campo del ejercicio profesional, garantiza la calidad de los cuidados, produce la satisfacción de los y las enfermeras y contribuye en la profesionalización.

Según la Organización Mundial de la Salud enfermería necesita realizar más investigación para que pueda colaborar a que la población alcance estilos de vida saludable y una mejor atención de calidad.

- Estamos en una práctica científica
- Se fundamenta en el método científico
- Los pasos del método científico se asemejan a los del Proceso Atención de Enfermería.
- La aplicación del Proceso Atención de Enfermería es el ordenamiento basado en el fundamento científico de los cuidados enfermeros.

1.6.4 Descripción de las Etapas

Valoración: Es la primera fase del proceso de enfermería que consiste en la recolección y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores (observaciones). Se define como el proceso organizado y sistematizado de recolección de datos estos pueden ser datos objetivos signos medibles y comprobables a través de la exploración física, otros datos son los subjetivos estos se recolectan a través de la entrevista tanto directa o indirecta sobre el

estado de salud del paciente a través de diversas fuentes primarias o secundarias, las primarias conciernen a la persona las secundarias a la familia, expedientes, personal de otras disciplinas. Esta etapa es de vital importancia ya que los datos que se obtienen y registran darán la pauta para la planificación ejecución y evaluación de los cuidados.

Diagnóstico de enfermería: Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería (hipótesis). Durante esta etapa se analiza el problema de salud y se clasifica como problema de salud *real* o *potencial* de la persona y se consideran las diferentes situaciones que influyen en la salud o enfermedad del individuo. Un problema *real* es aquel que reúne todos los datos para confirmar su existencia y hay manifestaciones que están alterando el estado de salud. Un diagnóstico potencial describe aquellos fenómenos que pueden ocurrir ya que hay factores de riesgo que pueden desencadenar el problema de salud, no existen signos y síntomas en este momento la enfermera necesita implementar intervenciones preventivas para evitar que se presente el problema. Un diagnóstico posible es donde se describe un problema que puede estar presente pero requiere información para confirmar o bien descartar. Se toma en cuenta el formato **PES** para la elaboración de los diagnósticos de enfermería **la letra (P) significa problema de salud, la letra (E) factores etiológicos o relacionados la letra (S) signos y síntomas característicos que lo definen.**

El formato **PES** descrito por Gordon se utiliza para redactar un informe para el diagnóstico actual donde se enuncia el problema relacionado la etiología y la manera como se está manifestado.

Planificación: Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud (diseño). Se elige la mejor manera para organizar los cuidados se plantea una meta, ejerciendo un criterio en forma individual. Incluso se deben establecer prioridades iniciándose la atención de los problemas que pongan en riesgo la vida de la persona y los demás cuidados se atenderán en forma progresiva. Se continúa con determinar los resultados, lo que se espera con los cuidados estos estarán enfocados a proporcionar evidencias verificables para determinar la efectividad de las intervenciones que se realizaron para resolver el problema de salud.

Los cuidados de enfermería pueden ser de manera *independiente*, son acciones que de acuerdo con su profesión esta validado legalmente para realizarlas, las acciones *interdependientes* son aquellas acciones que se realizan conjuntamente, con personal de otras áreas de la salud como la fisioterapia, existen otras acciones llamadas *dependientes* estas son intervenciones que no realiza la enfermera directamente pero se requieren para mejorar el estado de salud de la persona.

Ejecución: Es la realización ó puesta en práctica de los cuidados programados (diseño). Requiere seguimiento puesto ya que existe una valoración constante este plan debe registrarse así como las observaciones acerca de los progresos alcanzados en relación con las metas.

Evaluación: Es la comparación de las respuestas de la persona, se determina si se han conseguido los objetivos establecidos (análisis).

En esta fase la enfermera valora el progreso del paciente establece medidas correctivas si es necesario. Si los resultados no son satisfactorios se inicia un plan nuevamente.

1.7 La edad adulta

El adulto joven completa su desarrollo físico hacia los 20 años de edad. Una excepción la constituyen las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia. Los cambios físicos, cognitivos, psico-sociales son complejos en esta etapa.

Los adultos jóvenes normalmente son bastante activos, experimentan enfermedades graves con menos frecuencia que los grupos de edad más avanzada, tienden a ignorar los síntomas físicos, y con frecuencia, posponen la búsqueda de atención médica. Las características físicas de los adultos jóvenes empiezan a cambiar a medida que se acercan a la madurez. A menos que tengan enfermedades, los resultados de su valoración generalmente se encuentran dentro de los límites normales.

Una valoración del estilo de vida personal del adulto joven incluye una valoración del grado de satisfacción de su vida en general; aficiones e intereses; hábitos como la dieta, el sueño, el ejercicio, vida sexual y consumo

de cafeína, alcohol y drogas; las condiciones domésticas, incluyendo el alojamiento, tipo de seguro sanitario y la presencia de animales domésticos y el ambiente laboral, incluyendo el tipo de trabajo, la exposición a sustancias peligrosas y la tensión física y mental.

1.7.1 Características del adulto

Dentro de los cambios cognitivos los hábitos del pensamiento racional aumentan de forma continúa a través de los años en el adulto joven y de mediana edad. Las experiencias educativas formales e informales, las experiencias generales de la vida y las oportunidades profesionales aumentan especulativamente las habilidades motoras, conceptuales y de resolución de problemas.

La identificación de las áreas ocupacionales preferidas es una de las tareas principales de los adultos jóvenes. Muchos adultos jóvenes, sin embargo, carecen de los recursos o de los sistemas de soporte requeridos para facilitar una posterior educación o el desarrollo de las habilidades necesarias para muchas de las plazas laborales.

La enfermera siempre contempla a los adultos como individuos. Su adaptación a regímenes como la medicación, tratamiento o cambios en el estilo de vida (como dejar de fumar), requieren un proceso de toma de decisión. Las personas inseguras tienden a ser más rígidas a la hora de tomar decisiones.

En el ámbito social la salud del adulto joven se encuentra relacionada con la habilidad individual para afrontar y resolver problemas sociales y personales. A menudo, el adulto joven se encuentra con el dilema de querer prolongar la irresponsabilidad de la adolescencia y al mismo tiempo, asumir los compromisos de un adulto.

Entre edades de 23 y 28 años, la persona refina su autopercepción y su capacidad para intimar. Entre los 29 y 34 años, la persona concentra la mayor parte de su energía al éxito y el dominio del mundo que lo rodea.

Durante el periodo de adulto joven, la persona acostumbra a dar más importancia a los objetivos profesionales y sociales. Es un período en el que el individuo intenta mejorar su situación socioeconómica. Se intenta ascender mediante cambios en el campo profesional.

Muchos adultos jóvenes tienen que enfrentarse a un estrés añadido, el de tener una mayor competencia para mejores puestos de trabajo. Muchos adultos jóvenes necesitan los ingresos de su pareja para poder conseguir y mantener una clase media.

Los factores étnicos y el sexo influyen sociológica y psicológicamente en la vida del adulto, lo cual implica un desafío distinto en el cuidado del individuo. Cada persona tiene definiciones culturales de salud y enfermedad. Las enfermeras y otros profesionales sanitarios aplican prácticas diferentes para la prevención y el tratamiento de las enfermedades.

Los cambios en las expectativas del rol tradicional de hombres y mujeres en adultos jóvenes y de edad media también conllevan mayores desafíos para el trabajo; las mujeres continúan trabajando durante el crecimiento de sus hijos, se esfuerzan por encontrar un equilibrio entre tres puestos de gran responsabilidad: esposa, madre y profesional. Ésta es una fuente potencial de tensión para la mujer adulta trabajadora. Los hombres son más concientes de la labor paterna y de las responsabilidades domésticas, con lo que se encuentran a sí mismos con más responsabilidades en el hogar mientras consiguen sus propios objetivos profesionales.

En los estilos de vida la falta de ejercicio y de higiene personal aumentan el riesgo de futuras enfermedades.

El estrés prolongado aumenta el desgaste y reduce la capacidad de adaptación corporal, y pueden desencadenar enfermedades relacionadas con el estrés como úlceras, trastorno emocional e infecciones.

En lo referente a la sexualidad el adulto joven tiene normalmente la madurez emocional necesaria para completar su capacidad física, por lo que es capaz de desarrollar relaciones sexuales maduras. Sin embargo, los adultos jóvenes que no hayan logrado conseguir la integración personal desarrollan relaciones que son superficiales y estereotipadas.

La presión social para casarse no es tan grande como hace años, y muchos adultos jóvenes esperan a casarse hasta los 25-35 años, y en algunas ocasiones deciden no casarse.

A nivel emocional la mayoría de los adultos jóvenes tienen los recursos físicos y emocionales y los sistemas de soporte necesarios para afrontar los retos, las tareas y las responsabilidades que se les presentan. Los riesgos para la salud

del adulto joven tienen su origen en la comunidad, el estilo de vida y los antecedentes familiares.

Un antecedente familiar de enfermedad puede indicar riesgo de que el adulto joven la desarrolle durante la edad madura o la vejez

1.7 Alteraciones en Adultos de origen Congénito

La inadecuada alimentación de la mujer embarazada, especialmente la de las zonas rurales, origina la baja presencia de la biotina en los recién nacidos situación que es causa de diversas enfermedades, malformaciones y puede llegar hasta la muerte.

Otra causa de la falta de biotina en el organismo es que los genes en ocasiones no pueden expresar esta vitamina y con ello se producen enfermedades congénitas como la Deficiencia Múltiple de Carboxilasas, entre otras.

En los últimos 15 años, se han generado diversos reportes que asocian la deficiencia de biotina con enfermedades o desórdenes como malformaciones congénitas: labio y paladar hendido, anencefalia, microcefalia y dedos unidos por una membrana, en algunos animales, las cuales también se presentan en los humanos.

1.8.1 Labio y paladar hendido

El paladar hendido y el labio leporino son defectos congénitos que afectan el labio superior y el paladar. Ocurren cuando el tejido que forma el paladar y el labio superior no se unen antes del nacimiento. El problema puede variar desde un pequeño corte en el labio hasta una ranura que llega hasta el paladar y la nariz. Puede afectar el aspecto del rostro del niño. También conducir a problemas con la alimentación, el habla y las infecciones en el oído. El tratamiento suele ser una operación para cerrar el labio y el paladar. Con frecuencia, los médicos realizan esta cirugía en varias etapas. Por lo general, la primera operación se efectúa durante el primer año del niño. Con el tratamiento, la mayoría de los niños con labio leporino o paladar hendido están bien.

Los mismos tratamientos que están a disposición de los niños con labio y paladar hendido también están a disposición de los adultos con hendiduras. Aunque se trata de terminar todo el cuidado de una hendidura cuando el paciente sea más joven, a veces, le falta más tratamiento u otra necesidad que se presenta a través de los años. Hoy en día, se continúan perfeccionando cada vez más las nuevas técnicas para cuidar a personas con hendiduras. Y algunos adultos probablemente querrán hablar con un especialista en genética para saber la probabilidad de tener un niño con una hendidura. Actualmente se sabe que el labio y paladar hendido cuando no forma parte de otros síndromes, se debe a herencia multifactorial.

Esto ocurre como resultado de una interacción entre factores genéticos y factores ambientales tales como uso de drogas, abuso de alcohol por parte de la madre, enfermedades maternas, y algunos medicamentos durante los primeros tres meses del embarazo. El labio y paladar hendido es más frecuente en el sexo masculino, 68% de los casos presentados.

Es más común que afecte a un sólo lado a que afecte a los dos lados.

Por medio de una evaluación de un equipo que se especializa en hendiduras, puede aprender sobre las hendiduras y cómo cuidarlas. Un equipo está compuesto de un grupo de expertos en labios y paladares hendidos. Los miembros de un equipo incluyen especialistas en cirugía plástica, otolaringología, audición, odontología, el habla, cirugía bucal, enfermería y psicología, además de otros especialistas.

Los adultos, tanto como las personas menores con hendiduras, se preocupan acerca de la apariencia del labio y de la nariz, su habilidad de hablar con claridad, la calidad de su audición, la apariencia y función de los dientes.

Aunque la cicatriz del labio arreglado es permanente, es posible que se pueda mejorar la calidad de esa cicatriz. La cirugía también puede cambiar la forma del labio, la deformidad de la nariz y la obstrucción a la respiración nasal.

Los dientes de los adultos con hendiduras a veces pueden tener una forma incorrecta o una posición incorrecta o aun estar totalmente ausentes. Se pueden colocar los dientes en sus posiciones correctas con "frenillo". También, se pueden volver a colocar los dientes ausentes o los que tienen una forma incorrecta por medio de los puentes dentales o implantes. Además, los dientes no pueden juntarse bien debido a la mandíbula. Cuando no se juntan bien los dientes y la mandíbula, se presentan otros problemas que afectan su apariencia, la habilidad de masticar y hablar. Una cirugía puede ayudar a juntar las mandíbulas que no se juntan bien. El odontólogo, cirujano bucal y cirujano plástico trabajan juntos para determinar el mejor plan de tratamiento para cada paciente.

La orientación psicológica, junto con los tratamientos mencionados anteriormente, pueden ayudar a una persona con una hendidura se sienta mejor de sí misma. Siempre puede hablar con los miembros del equipo,

especialmente el psicólogo y la trabajadora social, sobre todas las preocupaciones de su apariencia, habilidad de llevarse bien con los demás, satisfacción en el trabajo, metas para el futuro y las esperanzas de tener una vida feliz y llena de amor.

El intercambio de información con otros adultos con hendiduras, mediante un grupo de apoyo para los pacientes y padres, también puede ayudarlo.

2 Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería con el enfoque del Modelo de Virginia Henderson

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando esta

sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es denominada por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

Ella plantea que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad, a pesar de que en sus catorce necesidades señala la de profesar la fe, no menciona ninguna que cubra la parte emocional del paciente, dándole carácter Biologista a su definición.

En la primera fase de valoración la enfermera deberá reunir toda la información necesaria para establecer el estado de salud del paciente, una vez recabada la información, la enfermera analiza los datos y detecta las necesidades prioritarias junto con las manifestaciones de dependencia e otras necesidades imprescindibles; la interacción que sustenta a las necesidades permite a la enfermera tener una visión integral persona. Enseguida la enfermera elabora un plan de cuidados individualizado y que se ajusta a las necesidades de la persona, sin dejar de tener en cuenta los objetivos que se desea alcanzar beneficiando el estado de salud de la persona.

Ejecutando el plan la enfermera ayuda a realizar su actividad recuperando su salud o bien para tener una muerte tranquila.

La evaluación de los cuidados se da en razón de lograr en la persona la independencia. (Kerouac ,2005).

Presentación del caso

Se trata de una persona del sexo femenino de nombre Nallely O.L, de 22 años de edad, con un peso de 49 kg., talla de 1.54m. Reside en el Distrito federal, su ocupación es enfermera, es soltera.

Mediante la recolección de datos se indican los siguientes:

Padre vivo con 62 años sano, madre viva con 50 años sana, tiene dos hermanos de los cuales el menor nació con una malformación cardiaca. Habita en casa rentada, cuenta con todos los servicios de urbanización, buena alimentación en calidad y cantidad, Hace bicicleta en sus tiempos libres. Tabaquismo positivo ocasional, alcoholismo negativo, zoonosis negada, Niega transfusiones.

Nace con labio y paladar hendido a las 38 semanas de gestación, llora y respira al nacer.

Al año dos meses de nacida le realizan cierre de labio y paladar hendido, a los 12 años le toman un injerto oseo alveolar, a los 16 años la operan de rinoplastia, a los 21 años la cirugía a la que es sometida es a un colgajo retrofaringeo, es captada para realizar el proceso de atención de enfermería cuando llega a revisión de dicho acto quirúrgico, se inicia con la recolección de datos a través del instrumento de valoración, se elabora un plan de cuidados, donde se establecen objetivos dirigidos a mejorar las condiciones de tal manera se desglosan los cuidados de enfermería se llevan a la práctica durante los dos días antes de su egreso del hospital y se realiza su respectiva evaluación.

Con este tratamiento quirúrgico se mejora la dicción aunque debe continuar con la terapia de lenguaje (foniatria).

Análisis de la información

Necesidad	Satisfecha	No satisfecha		Fuerza	Voluntad	Conocimiento
		Real	Potencial			
1.Oxigenación	-----	X	-----	X	---	-----
2.Nutrición e hidratación	X	-----		-----	-----	-----
3.Eliminación	X	-----		-----	-----	-----
4. Movimiento y mant. Buena postura	-----	X	-----	-----	-----	X
5.Descanso y sueño	-----	X	-----	X	-----	-----
6.Vestido	X	-----		-----	-----	-----
7. Termorregulación	X	-----		-----	-----	-----
8.Higiene	-----	X	-----	-----	-----	X
9.Evitar peligros	-----	-----	X	-----	-----	X
10.Comunicación	-----	X	-----	X	-----	-----
11.Creencias y valores	-----	X	-----	X	-----	X

12.Trabajar y realizarse	-----	X -----	-----	-----	X
13.Recreación	X	-----	-----	-----	-----
14.Aprendizaje	X	-----	-----	-----	-----

Diagnósticos reales

1. Oxigenación Insatisfecha por fuerza.

Diagnostico de enfermería:

Alteración en la oxigenación *relacionado* a obstrucción del paso del aire por colgajo retrofaringeo *manifestado* por sensación de ahogo.

Objetivos:

Reducir los factores relacionados que causen o contribuyan a la obstrucción del paso del aire.

Planeación de intervenciones

Independientes: Dar posición de decúbito lateral.

Fundamentación Teórica: Constituye la segunda opción como posición para favorecer la respiración ya que las malformaciones a nivel de las vías respiratorias superiores dan origen a insuficiente entrada de aire a los pulmones como consecuencia acumulación de bióxido de carbono. La persona que sufre disnea tiene la sensación de ahogo y sofoco y según la gravedad del problema, puede sufrir un elevado grado de ansiedad con ello llegar a la angustia por lo que la posición de decúbito lateral favorece la alineación de las vías respiratorias superiores, reduce la flexión lateral del cuello y disminuye la tensión sobre el músculo esternocleidomastoideo, mejorando la ventilación ya que el tórax puede expandirse con mayor facilidad (Potter, 2002).

EJECUCIÓN: Se dio posición de decúbito lateral.

EVALUACIÓN: Nallely refiere que la posición de decúbito lateral le permitió respirar mejor.

2. Descanso y sueño: Insatisfecha por fuerza

Diagnóstico de enfermería:

Alteración del descanso y sueño relacionado a obstrucción de la vía aérea en posición de decúbito dorsal manifestada por interrupción continua de sueño.

Objetivo:

Reducir los factores relacionados a la interrupción del sueño.

Planeación de intervenciones:

Independientes: Orientar sobre las posiciones que puede adoptar para dormir.

Fundamentación Teórica: En la posición de decúbito ventral la cabeza está de lado, las vías respiratorias superiores se alinean permitiendo el paso libre de aire, los brazos se colocan a ambos lados de la cabeza para lograr la expansión torácica (Potter, 2002).

- Sugerir técnicas de relajación como la música terapia o la terapia de oración.

Fundamentación Teórica: La terapia de relajación puede ayudar a reducir la ansiedad que interfiere con el sueño, escuchar música suave permite la relajación favoreciendo el descanso (Potter, 2002).

EJECUCIÓN: Se dio posición decúbito ventral y se proporciona música terapia.

EVALUACIÓN: Nallely logró adoptar la posición que le favoreció para permanecer dormida consiguiendo descansar y mencionó conciliar pronto el sueño al realizar la música terapia.

3. Higiene: Insatisfecha por conocimiento

Diagnóstico de enfermería:

Alteración de la higiene bucal relacionado a mala técnica de cepillado con aparato de ortodoncia (braquets) manifestada por residuos de alimento en braquets.

Objetivo:

Favorecer y mejorar los hábitos de higiene bucal.

Planeación de intervenciones:

Independientes: Dar la demostración sobre la técnica de cepillado dental con braquets y mencionar la necesidad de comprar un cepillo dental especial que se utiliza en tal caso.

Fundamentación Teórica: La limpieza de los braquets forma parte de los cuidados higiénicos bucales ya que se deben mantener libres de residuos de alimentos pues estos favorecen la proliferación de microorganismos como el estreptococo mutans que interviene en la formación de caries, la forma de los cepillos esta diseñado para remover los residuos de comida que se encuentran entre los dientes y los braquets (Gutiérrez 2001).

-Se sugiere el uso de antiséptico oral.

Fundamentación Teórica: El uso de estas sustancias antisépticas disminuye la proliferación de la placa dentobacteriana (Gutiérrez 2001).

Dependiente: Ínterconsulta con Odontólogo.

EJECUCIÓN: Se realiza la observación del aprendizaje de la técnica del cepillado y la limpieza de los braquets con el cepillo especial complementando la higiene bucal con el uso de antiséptico oral.

EVALUACIÓN: Se logro mantener limpia la cavidad oral por medio de la limpieza de los braquets y el uso del antiséptico oral después de cada comida.

4. Movimiento y mantener buena postura: Insatisfecha por conocimiento.

Diagnóstico de enfermería:

Alteración del movimiento y mantener buena postura relacionado a permanecer periodos prolongados de pie manifestado por dolor, edema en miembros inferiores y dificultad al movimiento por las tardes.

Objetivo:

Mejorar las condiciones de dolor y edema en Nallely.

Planeación de intervenciones:

Independientes: Fomentar el uso de medias elásticas.

Fundamentación Teórica: El uso de medias elásticas favorece la circulación de las extremidades inferiores, promoviendo el retorno venoso (Potter 2002).

- Enseñar ejercicios que ayudan al retorno venoso, hacer círculos con el pie, flexionar las rodillas.

Fundamentación Teórica: Los ejercicios antiembolicos ayudan a prevenir la tromboflebitis ya que provocan la contracción de los músculos ejerciendo una presión sobre las venas con lo que el retorno venoso aumenta y la estasis se reduce (Potter 2002).

- Enseñar a Nallely a colocar una almohada en los pies para dormir.

Fundamentación Teórica: Elevar los pies favorece el retorno venoso lo que ayuda a disminuir el dolor (Potter 2002).

EJECUCIÓN: Se ayudo a colocar las medias de compresión y se observo como realizó los ejercicios.

EVALUACIÓN: Se logro el objetivo ya que disminuyeron las molestias para deambular por las tardes.

5. Evitar peligros -Insatisfecha por fuerza.

Diagnóstico de enfermería:

Alteración en la necesidad de evitar peligros relacionado a asimetría mandibular manifestado por constantes mordidas y por ende lesiones en mucosa oral.

Objetivo:

Disminuir el riesgo de lesiones en mucosa oral.

Planeación de intervenciones:

Independientes: Planificar comidas pequeñas y frecuentes.

Fundamentación Teórica: Las comidas pequeñas facilitan la deglución y rápida acción digestiva (Capernito 2005).

- Seleccionar alimentos líquidos o blandos.

Fundamentación Teórica: Las dificultades en la masticación de frutas y verduras crudas puede originar deficiencia de nutrientes ya que no pueden absorberse (Saguines 2003)

- Hacer hincapié en masticar de manera pausada y morder trozos pequeños.

Fundamentación Teórica: Masticar de manera pausada dará tiempo para alinear la mandíbula y morder trozos pequeños para no desplazar ambos maxilares con el tamaño al momento de masticar (Capernito 2005).

- Fomentar el uso de antiséptico bucal.

Fundamentación Teórica: El uso de estas sustancias antisépticas disminuye la proliferación de la placa dentobacteriana (Gutiérrez 2001).

Dependiente: Interconsulta con el odontólogo.

EJECUCIÓN: Se asistió para ingerir su dieta y se realizó enjuague con antiséptico bucal.

EVALUACIÓN: Se ayudo a disminuir las lesiones en la mucosa oral y se mantiene limpia con el uso frecuente del antiséptico.

6. Comunicación-Insatisfecha por fuerza.

Diagnóstico de enfermería: Alteración de la comunicación relacionada a malformación de labio y paladar manifestado por mala dicción y aislamiento.

Objetivo: Contribuir a mejorar la comunicación.

Planeación de intervenciones

Independientes: Identificar los factores que favorecen la comunicación.

Fundamentación Teórica: Animar a la persona a expresar sus sentimientos utilizando un tono de voz normal hablando sin prisas, con frases cortas nos permiten reforzar los factores que intervienen en la comunicación.

-Utilizar técnicas que favorezcan la expresión verbal.

Fundamentación Teórica: Pararse enfrente de la persona y conseguir un contacto visual, permitiendo tiempo suficiente para que hable despacio nos ayuda a confirmar el mensaje recibido (Riopelle, 2003)

-Enseñar técnicas que mejoren el discurso.

Fundamentación Teórica: Al pedir que la persona hable despacio apoyando el esfuerzo que realiza por pronunciar las palabras y utilizar frases cortas facilitan el entendimiento del mensaje (Riopelle, 2003)

- Reconocer datos de frustración.

Fundamentación Teórica: Mantener una actitud activa y positiva infundiendo confianza da pauta para que la persona exprese sus sentimientos (Riopelle, 2003).

- Aumentar la autoestima de la persona.

Fundamentación Teórica: Los individuos con un concepto de si mismos positivo son más capaces de desarrollar y mantener relaciones interpersonales cálidas y resistir las enfermedades psicológicas y físicas. El autoconcepto de la enfermera y los cuidados que brinda pueden tener un efecto sobre el

autoconcepto de la persona ya que existen factores que son importantes para desarrollar un saludable y positivo autoconcepto (Kozier 1998).

Dependientes : Interconsulta con foniatria y psicología.

EJECUCIÓN: Se identificaron los factores que favorecen la comunicación, animando a Nallely a expresar sus sentimientos escuchando como ha influido la cicatriz que tiene en el labio afectando su relación con las demás personas además de que tiene mala dicción que la ha orillado al aislamiento, incluso a la depresión, se mejoran los sentimientos de autovaloración desarrollando una visión positiva de su imagen.

EVALUACIÓN: Nallely demostró un aumento en la capacidad de entender, mejoró en la capacidad para expresarse se mostró tolerante con las demás personas al momento de comunicarse disminuyendo la frustración.

7. Necesidad de trabajar y realizarse- Insatisfecha por fuerza

Diagnóstico de enfermería: Alteración en la necesidad de realización relacionado a aspecto físico manifestado por apatía, introversión, aislamiento social.

Objetivo: Disminuir los datos de apatía, introversión y aislamiento social.

Planeación de intervenciones:

Independientes: Desarrollar una relación de confianza.

Fundamentación Teórica: Una persona que ha estado dudando si expresa sus puntos de vista puede ofrecer con mayor facilidad sus opiniones y sus ideas a medida que aumenta su autoestima (Kozier 1998).

-Reducir el grado de aislamiento social.

Fundamentación Teórica: El cuidado integral de enfermería incluye la valoración de todas las personas en cuanto a fortaleza y debilidad relacionadas con las necesidades fisiológicas, psicológicas y espirituales, como un ser social la persona no debe mantenerse aislado pues no se estará desarrollando completamente (Kozier 1998).

- Desarrollar nuevos intereses y comprometer a la persona.

Fundamentación Teórica: Cada individuo tiene intereses específicos que tienen influencia en el mantenimiento de la autoestima logrando descubrir capacidades de la persona que no tenía contemplado (Kozier 1998).

-Identificar las barreras para la formación de relaciones significativas.

Fundamentación Teórica Los grupos sociales como la familia, escuela, grupos de trabajo y grupos de recreación, también esperan ciertas conductas y niveles de desempeño en las personas (Kozier 1998).

EJECUCIÓN: Nallely demostró una relación de confianza mediante la expresión de los sentimientos de soledad, desconfianza y el concepto de si misma.

Refiere que acude a un grupo de autoayuda una vez por semana y que ha invitado cuando menos a dos personas en menos de un mes a su casa,

EVALUACIÓN: Se observa menos retraída, sonrío, se logró que socializará.

8. Creencias y valores: Insatisfecha por fuerza y conocimiento.

Diagnóstico de enfermería: Alteración en la necesidad de creencias y valores relacionado a aceptación de si misma manifestado por expresión verbal de rechazo.

Objetivo: Ayudar a Nallely a conectar sus creencias religiosas con la manera de conducirse socialmente.

Planeación de intervenciones:

Independientes: Favorecer el conocimiento del bienestar espiritual, escuchar las razones por las que no son congruentes sus creencias religiosas con sus actividades sociales.

-Observar las claves no verbales mientras se le escucha.

Fundamentación Teórica: Cuando una persona logra conectar sus creencias con un poder superior y percibir una fuente de fuerza y apoyo existen resultados beneficiosos para la salud (Kozier 1998).

EJECUCIÓN: Nallely expresó sus sentimientos de frustración, soledad, tristeza.

EVALUACIÓN: Nallely logró comprender que realizar actividades como fumar aparte de ser un factor que en una futuro daña su salud no es indispensable para que se sienta aceptada en su círculo social.

Diagnósticos potenciales

9. Riesgo de alteración de la necesidad de evitar peligros relacionado a malos hábitos higiénico bucales.

Objetivo: Promover la higiene bucal, aumentando los conocimientos de higiene bucal.

Planeación de intervenciones:

Independientes: Fomentar el cepillado dental después de cada comida así como el uso de antiséptico bucal.

Fundamentación Teórica: Realizar el cepillado dental disminuye la acción de los ácidos resultantes de la desintegración de los hidratos de carbono que disuelven el esmalte dando lugar a las caries (Gutiérrez 2001).

EJECUCIÓN: Se lleva a cabo la demostración de la técnica de cepillado y se verifica que se efectúe el enjuague con el antiséptico bucal.

EVALUACIÓN: Nallely se logró concienciar para que realice el lavado dental después de cada comida y utilice el antiséptico bucal.

10. Riesgo de alteración en la necesidad de evitar peligros relacionado a tabaquismo.

Objetivo: Ayudar a Nallely a concientizar las percepciones inconscientes que tiene de la aceptación social.

Planeación de intervenciones:

Independientes: Alentar a que exprese los sentimientos de rechazo social.

-Ayudar a fortalecer su identidad para favorecer su autoconcepto.

Fundamentación Teórica: Mostrar que las creencias o ideales le llevan más cerca de la realidad y entorno para hacerlo consistente con la conducta, la persona puede cambiar lo siguiente: conducta para estar de acuerdo con el autoconcepto, creencias subyacentes al autoconcepto para incluir la conducta e ideales propios (Kozier 1998).

-Involucrar a la familia de Nallely en el fortalecimiento de su aceptación.

Fundamentación Teórica: La familia es la unidad básica de la sociedad sus funciones principales son proteger y socializar a sus integrantes en la familia se proporciona apoyo emocional, seguridad en sus miembros a través del amor, aceptación, interés y educación, este componente afectivo (emocional) mantiene unidas a las familias, les da a sus miembros un sentido de pertenencia y se desarrolla un sentido de parentesco (Kozier 1998).

EJECUCIÓN: Se propicia un tiempo para que exista comunicación dentro de la familia y se observaron de cerca los patrones de comunicación intrafamiliar.

EVALUACIÓN: Nallely mejora la percepción de su imagen refiere que deja de fumar aceptando que adoptó este tipo de actitud para agradar a los demás aunque no le complacía hacerlo, consiguiendo con ello aprobación de la sociedad.

Plan de alta

Signos y síntomas de alarma

Herida quirúrgica

Es importante valorar el proceso de cicatrización del colgajo retrofaringeo, deberá estar alerta cuando presente sangrado abundante de color rojo brillante, o que presente mal olor en la cavidad oral; también es importante mencionar sobre la presencia de fiebre.

Recomendaciones para mejorar el descanso y sueño

Las posiciones para dormir que le ayudan a mejorar la oxigenación decúbito lateral, decúbito ventral o bien colocar dos almohadas en la espalda.

Recomendaciones sobre la dieta y aseo bucal

En cuanto a la alimentación se orienta sobre los alimentos que puede incluir en su dieta como son los de consistencia blanda o en su defecto cortarlos de manera muy fina para evitar lesiones en la mucosa oral.

Continuar con la planificación de comidas pequeñas y frecuentes al terminó de las mismas realizar la limpieza oral como mínimo tres veces al día.

Recomendaciones de integración social

Animarle a que se integre a grupos de autoayuda integrado por personas que tengan el mismo padecimiento para identificar y mejorar las mismas inquietudes

asumiendo que ella no es la única con tal defecto congénito.

Recomendaciones sobre la comunicación y estado emocional

Alentar a continuar en la terapia tanto de lenguaje como psicológica.

Involucrar a la familia para continuar en el fortalecimiento de la autoestima de Nallely.

Recomendaciones sobre creencias y valores

Mencionar la importancia de que continúe asistiendo a sus prácticas religiosas.

Conclusiones

En la actualidad el ejercicio profesional de enfermería es determinante para la pronta recuperación de la persona, se eleva la calidad de atención cuando se brinda por personal con conocimientos para ejercer intervenciones sustentadas por un juicio crítico y no como antes que se llevaban a cabo solo por ser indicaciones médicas.

Es a través de la aplicación del PAE como la enfermera fundamenta su práctica profesional, obtiene elementos prioritarios para brindar atención integral viendo a la persona en su contexto y no en forma aislada.

Dentro de los cuidados holísticos no podemos dejar aparte a la familia se debe involucrar en el tratamiento de la persona ya que gran parte de la recuperación también depende del ámbito familiar.

Para la realización de este proceso se buscó el respaldó de la Teoría de Virginia Henderson ya que describe en forma específica las alteraciones fisiológicas, psicológicas y socioculturales esto nos ayuda para planear los cuidados sin pasar por alto ningún aspecto.

La aplicación PAE nos permite brindar cuidados en forma sistemática, lógica y realizar una evaluación continua, esperando optimizar las condiciones de salud en las que se encuentra la persona y en caso necesario actuar con prontitud estableciendo otro plan.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abdellah, F. *Overview of Nursing Research*. 1955-1956, pág.5.
2. Alfaro Rosalinda. *Aplicación del proceso de atención de enfermería*, 2ª Edición, editorial Doyma, Barcelona, España, 1995.
3. Atkinson E. L. D, Murray M.E, *Guía Clínica para la planeación de los cuidados* Ed. McGraw-Hill Interamericana México, 1997.
4. Capernito Juall Lynda, "Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería", 4ª. Edición, Ed. McGraw-Hill Interamericana de España, Madrid 2004.
5. Colliere, Marie Francoise, *Promover la vida*. Edit Interamericana, McGraw-Hill, Madrid, 1983.
6. Echeverría J. *Introducción a la metodología de la ciencia*. La filosofía de la ciencia del siglo XX, Barcanova, Madrid, 1986, págs. 77-78.
7. Esteban Albert M. *La construcción de una disciplina*. AEED. Sevilla, 1992, págs. 113-127.
8. Fawcett J. *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing*, 3rd edition. Philadelphia, FA Davis, 1996.
9. Fernández Ferrín, Carmen, et al. *El modelo de Henderson y el proceso de atención de enfermería*, 1998.
10. Gutiérrez E. L. *Técnicas básicas de Enfermería* Edit. Edimex, España, 2001.
11. Hernández, Conesa J. y Esteban Albert M. 1999. *Fundamentos de la Enfermería Teoría y Método*, McGraw-Hill, Interamericana Madrid, 1999.
12. Hernández, Conesa J. *Historia de la enfermería. Un análisis de los cuidados de enfermería*. Edit interamericana, McGraw Hill, Madrid, 1995.
13. Kerouac Suzane, et al. *El pensamiento enfermero*, 1a edición, Edit. Masson SA, España, 2005. Pág 83.
14. Kim HS. *The nature of theoretical thinking in nursing*. Norwalk, CT Appleton-Century-Croft, 1983.
15. Kozier, G. Erb K, Blais W. *Manual Clínico de Fundamentos de Enfermería*, McGraw-Hill, Interamericana, España 1998.

16. Leatkey R. *Les originies de l'Homme*. París, Arthaud, 1980, pág 148-177.
17. Medina, J. L. *Antropología del Cuidado*, 1ª edición, Ed, Barza, Barcelona 1981.
18. Marriner, Tomey A. *Modelos y teorías en enfermería*, 4ª edición, España. Harcourt, 2002.
19. Popper, KR. *Lógica de la investigación científica*. Ariel, Madrid, 1962, cap. III, pág 57.
20. Potter, Perry. *Fundamentos de enfermería*, 2ª edición. Edit. Interamericana, McGraw Hill, 1994.
21. Riopelle L. Louisie G. Phaheuf M. *Cuidados de Enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona*. McGraw-Hill, Interamericana España, 2003.
22. Saguines de Salinas, C. *Fundamentos de Nutrición Normal*, Compañía Editorial Continental S.A. España, 2003.

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/cleftlipandpalate.html>

http://www.nacersano.org/centro/9388_9972.asp

<http://www.cleftline.org/espanol/tratamientos>

<http://www.entornomedico.org/salud/saludyenfermedades/alfa-omega/leporino.html>

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN
BASADO EN EL MODELO DE NECESIDADES HUMANAS DE
VIRGINIA HENDERSON

Nombre: Nallely O.L. Edad: 22 años Sexo: Femenino
Ocupación: Estudiante Estado Civil: Soltera Religión: Cristiana
Escolaridad: Carrera Técnica Domicilio: Cda. San Joaquín #12, Col. San Fco.
Unidad de salud e donde se atiende: HGDMGG

Signos vitales:

Respiración: Frecuencia: 19 x' Amplitud: buena X Mediana Reducida
Pulso: Frecuencia 86 x' Ritmo: Regular X Irregular Amplitud: Fuerte X Débil
Temperatura: 36.8°C Tensión arterial: 100/70 mmHg
Somatometría: Peso 49 kg. Talla 1.54 cm. Índice de Masa Corporal: 22.07
Perímetro abdominal: 69 cm.

1. Oxigenación:

¿Tiene algún problema para respirar? No Si X Describa: Le obstruye el colgajo retrofaringeo sólo al dormir.

¿Se expone a humo de leña? No ¿Fuma? No Si X ¿Cuántos cigarros al día? 4-6
¿Convive con fumadores? NO Si X ¿Convive con aves? No ¿tiene sensación de que le fatal el aire cuando camina? No X Si ¿tiene la sensación de que le fatal el aire cuando sube escaleras? No X Si ¿Su casa está ventilada? No Si X ¿Hay fábricas de cemento, asbesto u otra que contamine en la cercanía de su casa No X Si. ¿Tiene familiares con problemas para respirar No x Si ¿Le han diagnosticado hipertensión No X Si ¿Tiene problemas cardiacos? No X Si ¿Tiene familiares con problemas del corazón? No Si X ¿Toma algún medicamento? No X Si Especifique: _____

Explore:

Región cardio-pulmonar: Normal
Dificultad respiratoria: No X Si ___ Fatiga No Tos: No X Si ___ Coloración de la piel: Sonrosada Llenado capilar: 2-3 segundos
Observaciones: Antes del colgajo. Medicamentos. Exámenes de laboratorio y gabinete

2.- Alimentación e hidratación

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante el desayuno?
Fruta, jugo, pan, café, leche

Cantidad en relaciones: 1 fruta, 1 taza de leche, 1 vaso con jugo con pan 1 taza de café.

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la comida?
1 plato de sopa, guisado y fruta

Cantidades en raciones: 1 plato de cada alimento, 1 fruta y 1 vaso con agua

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la cena?
Cereal y pan

Cantidades en raciones: 1 plato de cereal y 1 fruta

¿Come entre comidas? No ___ Si X ¿En donde acostumbra comer? Hospital o casa

¿Con quién acostumbra comer? Familia o compañeros del trabajo.

¿Considera que su estado de ánimo influye en su alimentación? No X Si__

¿Por qué? _____.

¿Cuáles son los alimentos que le agradan? Pastel, manzanas y chocolates.

¿Cuáles son los alimentos que le desagradan? Col, kiwi.

¿Cuáles son los alimentos que le causan intolerancia? Ninguno.

¿Cuáles son los alimentos que le causan alergia? Mariscos.

¿Tiene problemas para masticar? No__ Si X ¿Por qué? No alinea de la mordida.

¿Tiene la dentadura completa? No X Si__ ¿Utiliza prótesis: No__ Si X

Tiene problemas con el peso. No X Si__ ¿Por qué? _____.

¿Considera que tiene adecuada digestión de alimentos? No__ Si X ¿Por qué? No presenta problemas de digestión. ¿Cuántos de vasos con agua toma al día? 5 de 200ml

¿Acostumbra tomar refrescos? No X Si__. Cantidad: _____ ¿Acostumbra tomar café? No__ Si X. ¿Acostumbra tomar alcohol? No X Si__. ¿Ingiere suplementos alimenticios? No X Si__.

Explore:

Cavidad oral Dientes con caries, mordida no alineada, maxilar inferior hacia fuera, aparato de ortodoncia (braquets) con residuos de comida.

Región abdominal Buen peristaltismo, sin datos de distensión, abdominal sin dolor a la palpación, sin viceromegalias.

Observación: _____

3. Eliminación

¿Cuántas veces evacua al día? 1. ¿Presenta esfuerzo para defecar? No X Si__. Tiene dolor anal al evacuar? No X Si__. ¿Tiene dolor abdominal al evacuar? No X Si__. Especifique características del dolor: _____.

¿Presenta flatulencias? No__ Si X. ¿tiene tenesmo? No X Si__. ¿Tiene meteorismo? No X Si__. ¿Tiene incontinencia? No X Si__. ¿Tiene prurito? No X Si__. ¿Tiene hemorroides? No X Si__. ¿Cuándo presenta problemas para evacuar, que recursos utiliza? ¿Qué hábitos le ayudan a evacuar? Comer papaya o fibra. ¿Qué hábitos le dificultan la evacuación? Estar mucho tiempo sentada o no tomar agua.

¿Qué características tiene la evacuación? Blanda, o café claro, no huele mal.

¿Cuántas veces orina al día? 8. ¿De qué color es su orina? De color amarillo claro.

¿Qué olor tiene su orina? No tiene ningún olor. ¿Tiene disuria? No X Si__. ¿Tiene poliuria? No X Si__ ¿Tiene nicturia? No X Si__ ¿Tiene retención de orina? No X Si__ ¿tiene urgencia para orinar? No X Si__ ¿Qué recursos utiliza cuando tiene infección de vías urinarias? _____.

¿Usted suda? No__ Si X ¿Cómo es la sudoración? Sin mal olor.

¿Bajo qué condiciones suda? Cuando hace mucho calor o al realizar ejercicio.

¿Fecha de última menstruación? 03-10-07 ¿Cada cuándo menstrua? 28 días.

¿Cuántos días dura su menstruación? 3 días ¿Tiene dismenorrea? No__ Si X

¿Tiene pérdidas intermenstruales? No X Si__ ¿Tiene flujo vaginal? No X Si__

¿Qué características tiene? _____
¿Qué hace para controlar la dismenorrea? Ejercicio.
Varón: ¿En la eliminación seminal hay alguna alteración? _____

Explore:

Región abdominal fosas renales

Observación: Ningún problema.

4. Movimientos y mantener buena postura

¿Tiene algún problema que le dificulte la deambulación? No Si X
Especifique: dolor en los miembros inferiores por las tardes y edema
¿Este problema que tiene repercute en sus actividades de la vida diaria? No X Si ____
¿Cómo? _____
¿Tiene dificultad para moverse en la cama? No X Si ____ ¿Tiene dificultad para levantarse?
No X Si __, ¿Tiene dificultad para estirarse? No X Si __, ¿Qué apoyos utiliza para desplazarse? _____
¿Hay alguna postura que no pueda adoptar? No X Si __ ¿Cuál? _____
¿Cuál es la postura habitual relacionada con su ocupación? De pie
¿Cuántas horas al día pasa usted en esta postura? 8 a 10 horas, ¿En algún momento del día tiene dolores óseos, musculares, articulares, contracturas o presencia de temblores? No X Si X, Describa cuáles son: dolor muscular ¿Ha sentido usted que le falta fuerza o que tiene debilidad muscular? No X Si ____
Describa cómo es: _____
¿En el transcurso del día presenta edema, ardor, comezón o hematomas en alguna parte del cuerpo? No X Si __, Describa qué presenta ardor en las piernas, ¿En algún momento presenta mareos, pérdida de equilibrio o desorientación? No X Si __, Describa que presenta _____, ¿Realiza usted alguna actividad física? No ____ Si X
¿Cuál? Ciclismo
¿Qué tiempo le dedica a la semana? 3 Horas.

Explore:

Postura, marcha, movimientos, flexibilidad, resistencia articular, reflejos:

Observación: Presenta dolor muscular, edema de ++.

5. Descanso y sueño

¿Usted descansa durante el día? No ____ Si X, ¿Cómo? Al sentarme.
¿Después de descansar cómo se siente? Con más ánimo.

¿Cuántas horas duerme habitualmente? 7, ¿tiene dificultad para conciliar el sueño? No X Si __, ¿Se despierta fácilmente? No X Si X, ¿tiene sueño agitado? No X Si __, ¿tiene pesadillas? No X Si __, ¿tiene nerviosismo? No X Si __, ¿Se levanta durante la noche? No X Si __, ¿Por qué? _____.

¿El lugar que usted utiliza favorece su sueño? No __ Si X, ¿Por qué? Duermo bien.

¿acostumbra tomar siestas? No X Si __, ¿Qué hora utiliza habitualmente? _____

¿Cuáles son sus hábitos para conciliar el sueño? Poner en silencio todo a mi alrededor.

Explore:

Orejas, atención, bostezo, concentración, actitud de descanso, cansancio, anemia.

Observación: Bostezos ocasionales, concentrada, cooperadora oreja limpias.

6. Vestido

¿Utiliza ropa adecuada a la hora del día? No __ Si X, ¿Utiliza ropa adecuada para las actividades que realiza? No __ Si X, ¿Utiliza ropa adecuada para proteger su cuerpo cuando hace frío? No __ Si X, ¿Utiliza ropa adecuada cuándo hace calor? No __ Si X, ¿Utiliza ropa adecuada cuando llueve? No __ Si X, ¿Utiliza ropa adecuada que permita la libertad de movimiento? No __ Si X, ¿Utiliza ropa adecuada a su edad? No __ Si X, ¿Utiliza ropa que permite expresar sus sentimientos? No __ Si X, ¿La ropa que usa usted la elige? No __ Si X, ¿Es capaz de desvestirse y vestirse solo? No __ Si X, ¿Es capaz de elegir su ropa? No __ Si X.

Explore:

Características de la ropa de acuerdo a su género, uso de distintivos, limpieza y aliño

Observación: Ningún problema.

7. Termorregulación

¿Presenta alteración de su temperatura? No X Si __, Hipotermia __ Hipertermia __
Bajo que condiciones: _____ ¿Qué medidas toma para controlarla?

¿Sabe cómo medirla? _____ si _____

Explore:

Signos y síntomas relacionados

Observación: Ningún problema.

8. Higiene

¿Con qué frecuencia se baña? Especificar diario, ¿Cada cuando lava su cabello?

Especificar diario, ¿Después del baño el cambio de ropa es? Parcial _____ Total X,

¿Cada cuándo lava sus manos? Cada vez que lo necesito.

¿Cada cuanto realiza el cuidado de las uñas? Pies 15, Manos 10, ¿Cuál es el aspecto de las uñas de pies y manos? Limpio y aseado.

¿Cuándo cepilla sus dientes? 2 veces al día, ¿Para el aseo de sus dientes utiliza hilo dental? No X Si __, ¿Utiliza prótesis dental? No X Si __, ¿Cada cuanto las asea? _____

¿Cuándo realizó la última visita al dentista? Tres meses

¿Necesita ayuda para realizar su aseo personal? No X Si __, Por qué? _____

Explore:

Estado de la piel y mucosas, cavidad bucal, limpieza, coloración, textura, estado de hidratación y presencia de lesiones caries.

Observación: Cicatriz derecha de cirugía en labio y palada, asimetría de fosas nasales

9. Evitar peligros

Prácticas sanitarias habituales:

Esquema de inmunización completo No __ Si X, Toxoide diftérico No __ Si X, Toxoide tetánico No __ Si X, Hepatitis No __ Si X, Neumocócica No __ Si X, Influenza No X Si __, Rubéola sarampión No __ Si X, Otras: _____

Revisiones periódicas en el último año:

Exploración prostática No __ Si __, Resultado: _____

Autoexploración mamaria No __ Si X, resultados: _____, mamografía No X Si __,

resultados: _____ Papanicolaou No X Si __, resultados: _____, Protección

contra infecciones de transmisión sexual (uso de condón) No __ Si __, Seguimiento del

plan terapéutico prescrito No __ Si __, Automedicación No __ Si __, Nombre del

medicamento: _____, ¿Consumo de drogas de uso no médico? No X Si __,

¿Cuál? _____ Uso de medidas de seguridad: Cinturón de seguridad No

Si X, Uso de pasamanos No __ Si X, Uso de asideras No __ Si X, Uso de lentes de

protección No __ Si X, aparatos protectores para la audición No X Si __, Bastón No X

Si __.

Percepción de su imagen corporal: ¿Cómo se ve y se siente físicamente? No le gusta la cicatriz que tiene en su labio.

¿Es capaz de mantener su seguridad física? No __ Si X, ¿Cuenta con medidas de

seguridad? En el trabajo No __ Si X, ¿las utiliza? No __ Si X, Escuela No __ Si __, ¿Las

utiliza? No __ Si __, En la casa No __ Si X, ¿las utiliza? No __ Si X, Otros: No __ Si

, Cuáles? _____

¿Percibe algún tipo de sufrimiento? No__ Si X, ¿Cuál causa?

¿Cuál causa? Cuando habla con alguien al no tener buena dicción se la dificulta la comunicación.

Observación: Es marcada la mala dicción.

10. Comunicación

Idioma materno español, Tiene alguna alteración en los órganos de los sentidos que le impida comunicarse eficientemente? No__ Si X, ¿En cuál? Vista ____, oído ____, olfato ____, gusto X, tacto ____ ¿Afectación verbal? No__ Si X, Tipo: dicción.

Tipo de carácter: _____

Autopercepción: Optimista ____, pesimista ____, realista X, introvertido ____, extrovertido ____, otro: _____

¿Tiene dificultad para ¿ Comprender: No__ Si X, Aprende No X Si __,

Concentrarse: No X Si __, Lectoescritura No X Si __, elementos socioculturales que afectan su comunicación: lenguaje y modelos de expresión No X Si __, costumbres y expectativas No X Si __, relación de pareja No__ Si __,

Explore

Características del lenguaje verbal, cambios de expresión verbal, humor, apoyos y estado de conciencia

Observación: Se esfuerza para comunicarse y se enoja cuando la otra persona no le entiende

11. Creencias y valores

¿Qué es más importante para usted en la vida? La salud propia, imagen.

Además de ese valor, qué otras cosas son importantes: Familia y trabajo.

¿qué opinión tiene de ayudar a personas desconocidas: ejemplos en casos de desastres:

Si se solidariza

¿Siente que la vida le ha dado lo que usted ha esperado de ella? Si.

¿Hay aspectos de sus creencias sobre la vida o su religión que le ayuden a enfrentar su situación actual? Se cambio de religión.

Explore:

Observar coherencia entre que la persona dice, cree o practica y lo que realmente hace, ejemplo:

A) Lee con frecuencia

- B) Usa estampas, cuadros, crucifijos, escapularios, otros.
- C) Prácticas de oración y rezos
- D) Al hablar expresa peticiones u oraciones en voz alta a Dios o algún santo?
- E) Dice ser ateo, no acepta que le hablen de nada espiritual, se ríe de creencias.
- F) Solicita la presencia de: sacerdotes, pastor, rabino y otro guía espiritual.

Describe: Acude a orientación espiritual , cuando está triste deprimida.

12. Trabajar y realización

¿Trabaja actualmente? No___ Si X, ¿Es estudiante? No X Si___, ¿Tiene alguna ocupación no remunerada? No X Si___, ¿Es desempleado? No X Si___, ¿Por qué? _____
 ¿Está jubilado o pensionado? No X Si___, ¿tiene alguna incapacidad? No X Si___, ¿Su incapacidad es temporal? No X Si___, ¿Considera que tiene algún tipo de dependencia? No X Si___, ¿De qué tipo? _____
 ¿A qué atribuye este nivel de dependencia? _____
 ¿Cómo considera su estado emocional? Estable _____
 ¿Cómo considera su integración social? Se dificulta _____
 ¿Es capaz de realizar actividad normal? No___ Si X, ¿Puede trabajar? No___ Si X,
 ¿Necesita de algún cuidado especial? No X Si___, ¿Cuál? _____
 ¿Necesita ayuda para realizar alguna actividad? No X Si___, ¿Cuál? _____
 ¿Requiere de asistencia hospitalaria, institucional o equivalente? No___ Si X,
 ¿Cuál? Terapia psicológica, tratamiento ortodóncico, terapia del lenguaje y foniatría
 ¿Con qué frecuencia logra cumplir las metas que se propone? Casi siempre _____
 ¿A qué lo atribuye? A su perseverancia y a que, Dios le ayuda
 ¿Cuáles son sus metas en la vida? Obtener base en el su trabajo

Explore

Actitud

Actitud Positiva

13. Recreación

¿con qué frecuencia se encuentra usted con ánimos de reír y divertirse? Nunca___, pocas veces___, casi siempre X, Siempre___, ¿A qué atribuye usted este estado de ánimo?
Apariencia física _____
 ¿Qué actividades recreativas acostumbra realizar para divertirse? Cine y teatro___, lectura___, Tv___, música___, baile___, fiestas___, reuniones con amistades y familiares___, otra: _____
 ¿Con qué frecuencia tiene usted cambios bruscos de su estado de ánimo y fácilmente pasa de la risa al enojo o llanto? Nunca___, pocas veces___, la mitad e las veces___, casi siempre___, siempre___, ¿le han diagnosticado a usted síndrome depresivo? No___ Si X, ¿Qué medicamentos le indicaron? _____
 ¿Actualmente tiene usted está enfermedad? No X Si___,

Observación: Solo con la terapia psicológica pudo salir de la depresión

14. Aprendizaje

¿Considera Usted que necesita adquirir nuevos conocimientos? No__ Si X

¿Por qué? lo necesitamos por la competitividad, y porque somos seres en constante aprendizaje

¿cómo considera usted que es su capacidad de aprender? Muy baja____, Me cuesta trabajo pero si aprendo X, regular____, casi no me cuesta trabajo____, no me cuesta ningún trabajo____, ¿De qué fuentes adquiere conocimientos? Lectura____, sus semejantes____, televisión____, radio____, cursos X, conferencias____, ¿Lo que ha aprendido ha modificado su estado de salud? No__ Si X, ¿Ha adquirido actitudes y habilidades para mantener su salud? No__ Si X,

Explore:

Expresión del deseo de aprender, manifestación del interés de aprender, estado de receptividad:

Observación: Tiene ganas de seguir estudiando y entusiasmo por aprender, interés, es receptiva.
