



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA
DE ZAMORA A.C. INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO
CLAVE 8723

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA,
A UNA ADULTA MAYOR INTRADOMICILIARIO
CON ALTERACIÓN EN EL ESTADO DE SALUD

PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBTETRICIA

P R E S E N T A:
MARIA GUADALUPE FERNANDEZ RUVALCABA
No. DE CUENTA 404528661

ASESORA:
L.E.O. GUADALUPE RODRIGUEZ BARAJAS



ZAMORA DE HIDALGO, MICHOACAN
SEPTIEMBRE 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A DIOS

POR DARME LA VIDA Y LA OPORTUNIDAD DE VIVIRLA
PERMITIRME SENTIR AMOR Y ASI PODER SERVIR
A MIS SEMEJANTES, FUNCIÓN PRINCIPAL DE LA ENFERMERA,
POR LOS PADRES Y HERMANOS QUE ME HAS DADO.
POR LOS AMIGOS Y FAMILIARES QUE ME RODEAN
PARA LOS CUALES TE PIDO
QUE DERRAMES TUS BENDICIONES.
POR HACERME COMPRENDER QUE EL SER HUMANO TIENE
TRES GRANDES RIQUEZAS:

❖ EL ESTUDIO Y TRABAJO

❖ LOS AMIGOS

❖ LA FAMILIA

A MIS MAESTROS

SUS EXPERIENCIAS Y SABIDURIA
SON LA ESENCIA DE NUESTRA FORMACIÓN
ME AYUDARON A SALIR ADELANTE
ENSEÑANDOME COSAS NUEVAS CADA DÍA
LAS CUALES YO APRENDIA Y PONIA EN
PRACTICA CADA DÍA.

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA

NUESTRA SEGUNDA CASA
POR PROPORCIONARNOS LAS
HERRAMIENTAS NECESARIAS
PARA ENFRENTARNOS A LA VIDA
EN NUESTRA PROFESIÓN.

A MIS PADRES

QUIENES CON SU EJEMPLO DE HONRADEZ
Y DIGNIDAD ME ENSEÑARÓN
A CRECER.

PORQUE GRACIAS A SU APOYO,
HE LLEGADO HASTA DONDE ESTOY;
HA SER LO QUE SOY.

POR GUIARME SIEMPRE POR EL BUENCAMINO,
POR SU AMOR INCONDICIONAL,
POR DEMOSTRARME SIEMPRE SU
CALIDAD HUMANA.

POR ENTREGARME LA MEJOR HERENCIA
QUE UN PADRE DEJA A SUS HIJOS.

EL ESTUDIO Y EL GUSTO
POR EL TRABAJO Y RESPETO A LOS DEMAS.

A MIS HERMANOS

POR SU AYUDA Y APOYO
MORAL QUE ME BRINDARON
A LO LARGO DE MI CARRERA
ESTANDO SIEMPRE CON MIGO,
EN TODO MOMENTO,
YA QUE SON PARTE
IMPORTANTE DE MI VIDA:

A MIS SOBRINOS (AS)

YA QUE GRACIAS A SU AMOR Y
TERNURA ME AYUDARON A
SABER DAR AMOR Y ENTREGA
A LOS DEMAS.

SON MI FAMILIA.

INDICE

I.- INTRODUCCIÓN-----	1
II.- JUSTIFICACIÓN-----	2
III.- OBJETIVOS-----	3
CAPITULO I -----	5
1.- METIDOLOGIA-----	6
1.1. LA VALORACIÓN-----	6
1.1.1. RECOPIACIÓN DE LOS DATOS-----	7
1.1.2. ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS-----	8
1.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA-----	8
1.3. PLANEACIÓN-----	9
1.4. EJECUCIÓN-----	11
1.5. EVALUACIÓN-----	11
CAPITULO II-----	12
2.- MARCO TEORICO-----	13
2.1. PROCESO DE ENFERMERÍA-----	13
2.1.1. ANTECEDENTES HISTORICOS-----	13
2.1.2. ETAPAS-----	14
2.1.2.1. VALORACIÓN-----	14
2.1.2.2. DIAGNOSTICO-----	17
2.1.2.3. ELABORACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	

DE ENFERMERÍA-----	21
2.1.2.4. EJECUCIÓN-----	22
2.1.2.5. EVALUACIÓN-----	22
2.2. BIOGRAFÍAS-----	23
2.2.1. VIRGINIA HENDERSON-----	23
2.2.1.1. POSTULADOS, VALORES Y CONCEPTOS-----	24
2.2.1.2. NECESIDADES-----	27
2.2.1.3. APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON-----	29
2.2.1.4. METAPARADIGMA-----	31
2.2.2. JOYCE TRAVELBEE-----	33
2.2.2.1. CONCEPTOS BASICOS-----	35
2.2.2.2. METAPARADIGMA-----	36
2.2.2.3. CONCEPTO DE CUIDADO-----	37
2.2.2.4. ELEMENTOS DEL CUIDADO-----	39
2.3. HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD-----	41
2.3.1. ¿Qué ES LA OSTEOPOROSIS?-----	41
2.3.2. ¿Qué ES LA ARTRITIS?-----	44
2.3.3. ¿Qué ES LA DIABETES MELLITUSII-----	46
CAPITULO III-----	48
3.- APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMER-----	49

3.1. HISTORIA CLÍNICA-----	49
3.1.1. VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES-----	53
3.2. IDENTIFICACIÓN DE LOS DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS-----	62
3.3. NECESIDADES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA----	69
3.4. PLAN DE CUIDADOS-----	71
3.4.1. NECESIDAD DE RESPIRACIÓN-----	71
3.4.2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN----	72
3.4.3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN-----	74
3.4.4. NECESIDAD DE MOVIMIENTO-----	76
3.4.5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR-----	77
3.4.6. NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE-----	79
3.4.7. NECESIDAD DE HIGIENE-----	80
3.4.8. NECESIDAD DE SEGURIDAD-----	81
3.5. PLAN DE ALTA-----	82
CONCLUSIONES-----	86
PROPUESTA DE TRABAJO-----	87
BIBLIOGRAFIA-----	88
ANEXOS-----	92
GLOSARIO DE TERMINOS-----	93

1. INTRODUCCIÓN

Este ejercicio de nuestra profesión es en el que enfermería tiene su propio criterio basado en métodos científicos, y habilidades para emitir un juicio racional sobre un diagnóstico médico y realizar el suyo propio de enfermería.

En este trabajo hablamos de los antecedentes de enfermería, así como de el proceso enfermero y sus etapas. Se maneja la metodología y el marco teórico donde se abordan brevemente los cambios físicos, psicológicos, además de mencionar a algunas de las teóricas que maneja este proceso.

Hablamos de una paciente con un diagnóstico médico de osteoporosis por lo cual al sufrir una caída se fractura el fémur, en la parte proximal a la cadera, y es intervenida quirúrgicamente y se le coloca un clavo centro medular de 30 cm.

Posterior a eso es lo que yo manejo con la paciente una buena y pronta recuperación brindando cuidados adecuados ya que la paciente también sufre de diabetes mellitus²; y artritis reumatoide para lo cual cuenta con un tratamiento médico establecido.

Para lograr este objetivo realicé un proceso basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson.

2. JUSTIFICACIÓN

Este trabajo tiene como fin realizar un proceso enfermero de un paciente individualizado; y planeado específicamente a un paciente de acuerdo a sus manifestaciones; y así evitar otra complicación debido a sus diferentes patologías. Viendo a este como un ser único con necesidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales las cuales se manifiestan únicamente a través de la aplicación de un PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, el cual está basado en el método científico.

La finalidad de mi proceso es de ayudar a la rehabilitación e incorporación de doña Cenobia a la vida diaria que ella llevaba. Quien sufrió una caída la cual cambio su vida por completo y no puede valerse por si sola. La ayuda es de paciente enfermera una relación con la cual conjuntamente planeamos el cuidado y consejos para que ella se deje llevar para su recuperación

Otro de los aspectos importantes a considerar, es que el personal de enfermería se familiarice con este método, pues las ventajas que este reporta, tanto al paciente que es la razón de nuestra profesión, son de gran valor en los cuidados que se brindarán a los pacientes que están a nuestro cuidado. A demás de tener una continuidad en el proceso de la recuperación del usuario en conjunto con el resto del personal de enfermería, familiares y el médico.

3. OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL.

- Proporcionar cuidado holístico a una adulta mayor en necesidades de movilidad, postura, nutrición e hidratación y eliminación, permitiéndole el logro de su independencia; con base en conocimientos técnicos, científicos y humanísticos que sistematicen el cuidado de enfermería. Y que su estancia hospitalaria sea lo más agradable posible y con la mayor calidad.

Objetivos Específicos.

- Construir los diagnósticos de enfermería a partir del análisis y síntesis de los datos objetivos y subjetivos, definiendo el tipo de diagnóstico, real o de riesgo.
- Realizar la evaluación continua de los cuidados a través de la toma de decisiones en cada una de las etapas del proceso y realizar los ajustes necesarios con oportunidad.
- De acuerdo a los diagnósticos de enfermería decidir la ejecución de los cuidados y lograr la efectividad de los mismos.
- Priorizar las necesidades para decidir la orientación de los diagnósticos de enfermería, la ejecución de los cuidados y lograr la efectividad de los mismos.
- Asegurar la valoración integral que reúna los aspectos, biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. En base a las 14 necesidades de Virginia Henderson.

OBSTÁCULOS

- Falta de experiencia en la elaboración del Proceso Enfermero
- No ser capaz de reflejar correctamente los diagnósticos y objetivos en relación con el padecimiento de la paciente.
- No lograr la consecución de los objetivos.

MODELO UTILIZADO:

Para la realización de este proceso enfermero utilicé el modelo de Virginia Henderson que recoge las 14 necesidades básicas que todo individuo debe tener satisfechas.

CAPÍTULO I

*A DE LAS MÁS GRANDES
RECOMPENSAS DE LA VIDA ES;
QUE CUANDO UNO AYUDA
SINCERAMENTE
A OTRAS PERSONAS,
SE BENEFICIA A SÍ MISMO.*

1. METODOLOGÍA

Este trabajo se inició con la búsqueda y selección de un paciente con problemas de salud posterior a una sufrir una caída de su propia altura a causa de su osteoporosis.

Se inicia la aplicación del proceso de enfermería en base a su metodología y así asegurar que el profesional de enfermería lleve a cabo la sistematización, la individualización y el cuidado holístico.

Durante la aplicación de las etapas se va realizando una valoración ya que se dispone de datos objetivos y subjetivos, de poder realizar la jerarquización de las necesidades, de construir los diagnósticos, de identificar su tipo, de pensar en la planificación y ejecución de los cuidados y hasta de asegurar una evaluación favorable, si analizamos cada una de las etapas.

1.1. LA VALORACIÓN

Proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente.

Crear una base de datos sobre la respuestas de un cliente ante la salud o la enfermedad, con el fin de conocer los cuidados de enfermería que necesita el usuario.

La valoración se realizó solamente en base a la guía de valoración de las 14 necesidades de **Virginia Henderson**, y al método que establece el proceso de enfermería que consiste en la recogida y recopilación de los datos sobre el estado de salud del paciente. Se creo una base de datos de acuerdo a las respuestas del usuario y así determinar los cuidados que requiere y son necesarios para el paciente.

1.1.1. LA RECOPIACIÓN DE LOS DATOS

Se obtendrá de: Fuentes directas e indirectas para comprobación.

La recopilación de estos datos de obtiene a través de entrevista, exploración física, observación ordenada utilizando todos los sentidos para observar las necesidades reales y potenciales.

Con el interrogatorio se obtendrán datos, como antecedentes hereditarios, personales patológicos y no patológicos. De igual forma se identifican signos y síntomas de aparatos y sistemas, actividades y preocupaciones de la vida diaria.

Al realizar la exploración física se utilizan los métodos diagnósticos de palpación, percusión, auscultación y la observación para identificar los problemas del paciente.

Fuentes indirectas

Esta se realiza a través de la familia con una serie de preguntas en relación a la paciente. La cual aporta datos sobre el comportamiento social, estatus económico y preferencias de la paciente. , La comunidad,

Y por ultimo el equipo de salud el cual aporta datos sobre el tratamiento, problemas anteriores, actuales y sobre su evaluación y comportamiento anterior. Esta información se obtiene del expediente clínico como son notas de registro, de enfermería, estudios de gabinete, cardex y comunicación directa del personal de salud.

Con esta información se elabora la historia clínica de enfermería de acuerdo con las 14 necesidades de **Virginia Henderson**, la cual nos permite identificar los problemas y necesidades de la paciente que impliquen acciones de enfermería; y conformaran el diagnostico enfermero.

1.1.2. ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

Se manejan los modelos conceptuales de enfermería

Modelos ajenos a la enfermería

VALORACIÓN DE LOS DATOS

Es necesario revalorar al usuario.

REGISTRO DE DATOS

Escribir textualmente lo que el usuario expresa, solo la mas relevante; así como fecha y hora de la realización del registro.

HISTORIA CLÍNICA

Esta se elabora a través de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

1.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

- ♦ Es la 2da. Etapa del proceso que requiere diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia y comunidad, así como de los recursos existentes (capacidades). Este se redactará utilizando el siguiente formato.
- ♦ Los diagnósticos enfermeros se dividen en dos:
 - ♦ Reales. Se redactan de la siguiente forma:
 - ♦ problema----- . Relacionado con -----
----- . Manifestado por-----.

- ♦ De riesgo. Estos se redactan igual al anterior.

Estos diagnósticos son confrontados con los aprobados por la NANDA.

Es un Juicio clínico sobre respuestas humanas. “Están dentro del ámbito independiente de la práctica profesional ya que se refieren a situaciones que la enfermera identifica, valida y trata independientemente, siendo ella la responsable del logro del resultado deseado”.

Para determinar si es diagnóstico enfermero se deben contestar las siguientes preguntas:

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

Si Diagnostico Enfermero

No problema interdependiente

1.3. PLANEACIÓN

Consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar, las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermero.

Organización de las necesidades (diagnósticos de enfermería), en base a elaboración de estrategias diseñadas para reforzar, las respuestas del cliente dando prioridad a las necesidades más urgentes.

- Problemas que amenazan la vida.
- Problemas que interfieren con la seguridad y protección.
- Problemas que interfieren con el amor y la pertenencia.
- Problemas que interfieren con la autoestima.
- Problemas que interfieren con la capacidad para lograr objetivos personales.

Al establecer los resultados se elabora el objetivo final y específico. Los cuales están dirigidos al usuario, familia o comunidad, porque en ellos se esperan los resultados; para lo cual se determinan las acciones de enfermería (estrategias concretas diseñadas para ayudar al paciente a conseguir los objetivos). Para esto es muy importante el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados de un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados.

TIPOS DE OBJETIVOS

FINAL (Se centra en dar solución al problema)

ESPECIFICO (Centrado en la modificación o desaparición de los factores causales del problema o de sus efectos)

- Están dirigidos al usuario, familia o comunidad, porque en ellos se esperan los resultados; también pueden referirse a una parte del organismo o a una función.

CARACTERÍSTICAS.- Están dirigidos al usuario, familia o comunidad, porque en ellos se esperan los resultados; también pueden referirse a una parte del organismo o a una función.

1.4. EJECUCIÓN

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

Se aplican los cuidados de enfermería en base a lo planeado y documentado. Dando continuidad a los cuidados y educación del paciente y familiares, ajustando las necesidades para alcanzar los objetivos.

1.5. EVALUACIÓN

Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda práctica de enfermería; la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la *valoración, diagnóstico, planificación y ejecución*.

En esta etapa aparecen los resultados obtenidos en relación con lo esperado, en caso de no ser resueltos en su mayor porcentaje se revaloran y ajustan nuevamente las acciones de enfermería.

CAPÍTULO II

*JAMÁS HABRÍA TENIDO
ÉXITO EN LA VIDA
SI NO HUBIERA PRESTADO
A LA COSA MÁS PEQUEÑA
DE QUE ME OCUPÉ
LA MISMA ATENCIÓN
Y CUIDADO QUE PUSE
EN LA MÁS IMPORTANTE*

2. MARCO TEORICO

2.1

PROCESO DE ENFERMERIA

2.1.1. ANTECEDENTES HISTORICOS

La ciencia de enfermería tiene una amplia base teórica y el proceso de cuidados, representa el medio de llevar a la práctica una serie de conceptos. El proceso de cuidados es un instrumento que exige la observación sistemática, el razonamiento sólido, buen juicio clínico y una planificación detallada.

El proceso de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez fue considerado un proceso, Wiedenbach (1953), Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación, ejecución), años después en el año 1967 Yura y Walsh, agregaron una etapa más la realización, posteriormente Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976), establecieron cinco etapas que son las que actualmente en el Proceso Enfermero.

En el año de 1973, la Asociación Americana de enfermería (ANA por sus siglas en Ingles) publicó *Standards Nursing Practice*, en donde se describe las cinco fases del Proceso de Enfermería y es aquí donde el término adquirió legitimidad.

“se considera el proceso de enfermería con sus características con seis características a saber finalidad, es sistemático, dinámico, flexible, interactivo posee una base teórica”. Al hablar de **finalidad** debe entenderse que se dirige a un objetivo, el hecho de ser **sistemático** nos dice que es un planteamiento organizado para el logro del objetivo, (evitar la intuición), el que sea **dinámico** es porque responde a un cambio continuo, se caracteriza **evolutivo** porque se orienta según las respuestas del paciente, se dice que es de naturaleza interactiva porque se basa en las relaciones reciprocas entre enfermera-paciente. Es **flexible** porque se puede adaptar al ejercicio de enfermería en todas sus áreas, y su base **teórica** nos habla de que el proceso es el resultado de conocimientos científico y humano y se puede aplicar en cualquier modelo de enfermería.

1.1.2. ETAPAS

1.1.2.1. valoración:

Es la primera etapa la cual consiste en recoger y organizar los datos de la persona, familia y entorno, son las bases para las decisiones y actuaciones posteriores.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma en la práctica, la enfermera adquiere un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima

información en el tiempo disponible de la consulta de enfermería. Uno de los criterios de orden en la valoración es el de las 14 necesidades comenzando por los datos generales, luego la valoración focalizada en cada una de las necesidades y posteriormente con la exploración física que corresponde a cada necesidad.

Tipo de datos:

Datos subjetivos.- no se pueden medir y son los que expresa la persona, lo que dice sentir o percibir.

Datos objetivos.-están constituidos por información real, observable. Se puede medir por cualquier escala o instrumento.¹

Datos históricos.- antecedentes, son hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento.

Datos actuales.- información sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

Entrevista clínica.- Tiene como objetivo obtener información sobre la persona, existen dos tipos de entrevista, formal o informal.

La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, utilizando formularios ya establecidos, la enfermera realiza la historia del paciente.

La entrevista.- Es un proceso que tiene como finalidad, obtener información específica y necesaria para el diagnóstico de enfermería y la planificación de los cuidados; facilitar la relación enfermera/paciente, permitir a la persona informarse y participar en el identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos, además de ayudar a la enfermera a determinar, que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La observación.- Implica la utilización de los sentidos para obtener la información de la persona, como de cualquier otra fuente significativa en su entorno. La observación es una habilidad que precisa, práctica y disciplina.

La exploración física.- Determina la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, se obtienen datos para comparar y evaluar las eficacias de las actuaciones, se confirman los datos subjetivos de la entrevista. Para ello se realizan 4 técnicas:

1. Inspección.- es el examen visual, cuidadoso y global del paciente. Se centra en las características físicas o comportamientos específicos.

¹ Murray, ME, Atkinsón, LP. Proceso de atención enfermería. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1996. 225 pp.

2. Auscultación.- es el procedimiento clínico de la [exploración física](#) que consiste en escuchar de manera directa o por medio de instrumentos como el [estetoscopio](#), el área [torácica](#) o del [abdomen](#), en busca de los sonidos normales o patológicos producidos por el cuerpo humano. Los ruidos más comunes encontrados a nivel patológico en el proceso antes mencionado son: roncus, crepitus o crepitantes, sibilancias y estertores. Se utiliza el estetoscopio.
3. Palpación.- Es un método de "sentir" con las manos utilizado durante el examen físico. Se toca y siente con las manos un órgano o parte del cuerpo del paciente para evaluar su tamaño, consistencia, textura, localización y sensibilidad. Se utiliza el tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel.
4. percusión.- Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal con el fin de obtener sonidos.

VALIDACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE DATOS.- Su propósito es confirmar que la información obtenida es verdadera. Se considera datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados. Los datos observados y que no son medibles, se someten a validación confrontándolos con otros datos que apoyen o se contrapongan a los primeros. La organización de los datos, nos ayudan a identificar problemas y posibles diagnósticos de enfermería, los modos más habituales de organizarlos es por necesidades humanas.²

DOCUMENTACIÓN Y REGISTRO DE LA VALORACIÓN.- Es la actividad de informar y registrar los datos para dar un seguimiento al diagnóstico y tratamiento del paciente.

1.1.2.2. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de enfermería es el “enunciado de un juicio clínico sobre las reacciones a los problemas de salud reales o potenciales, a los procesos vitales de la persona. Los diagnósticos de enfermería, sirven de base para elegir la intervenciones encaminadas a lograr lo objetivos que son responsabilidad de la enfermería”.³

Tipos de diagnósticos.

Si se considera el diagnóstico enfermero según su virtualidad, se pueden decir 4 tipos:

² Marriner, TA, Raile, AM. Modelos y teorías de enfermería. 4ª Ed. editorial Harcourt Brace, España, 1999.

³ Phaneuf, M. La planificación de los cuidados enfermeros. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México.

- Real.- El problema es actual y las manifestaciones son observables, consta de 3 partes PES.- Problema (P) + etimología, factores causales o contribuyentes (E) + signos y síntomas (S).
- Alto riesgo.- Es un juicio clínico de que es más probable de que una persona es más vulnerable a desarrollar el problema que otros en situación similar. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. Consta de 2 componentes, formato P. Problema + etimología/factores de riesgo (E).
- Posible.- Son enunciados que describen un problema que se sospecha por el cual se necesitan datos adicionales y la enfermera debe confirmar o excluir.
- De bienestar.- Juicio clínico respecto a una persona en transición, desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado deben de estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado funcional actual eficaz. No contienen factores relacionados, lo inherente a estos diagnósticos es una persona que comprenda que puede lograr un nivel funcional más elevado si lo desea, o si es capaz.

Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo cuidados de enfermería, que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminar las necesidades, Según la prioridad de los diagnósticos se agrupan en tres categorías:

- Alta Prioridad: problemas de riesgo vital, por ejemplo paro cardíaco.
- Mediana Prioridad: suponen una amenaza para la salud.
- Baja Prioridad: surge de necesidades normales del desarrollo, requiere apoyo mínimo de enfermería.⁴

Planteamiento de los objetivos de la persona con resultados esperados:

Describe lo que la enfermera espera conseguir al realizar las intervenciones. Una vez que hemos jerarquizado las necesidades o problemas a tratar, debemos definir los objetivos a cumplir con respecto a cada problema, teniendo presente que el fin de los objetivos son:

- Dirigir los cuidados.
- Proporciona un plazo para las actividades planificadas
- Servir como criterio para evaluar el progreso del paciente
- Medir la eficacia de las actuaciones.

⁴ Kozier, B, et al. Fundamentos de enfermería. 5ª Ed, vol 1 Conceptos, procesos y practica. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1999.

Normas generales para la descripción de objetivos

- La formulación debe ser simple, clara y concisa.
- El objetivo debe ser propio de una persona
- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- La formulación debe indicar un plazo preciso para la realización del objetivo.
- Debe evolucionar con la situación.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar.
- Elaborar objetivos cortos.

Existen dos Tipos de Objetivos:

Objetivos de enfermería.- Lo que se espera que logre la enfermera. Van dirigidos a encontrar los puntos fuertes de la persona, y sus familiares; de su comprensión de los cambios biofisiológicos, que experimenta la persona y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

Objetivos a corto plazo.- son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata, en situaciones de urgencia cuando las personas son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.

Objetivos a mediano plazo.- requieren semanas o meses, podemos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.

Objetivos a largo plazo.- son los resultados que requieren de un tiempo más prolongado.⁵

Objetivo del paciente.- los cambios que logre el paciente después de haber recibido los cuidados de enfermería, como tratamiento de los problemas detectados, estos deben ser alcanzables, medibles y específicos.

2.1.2.3. ELABORACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

Son estrategias concretas o actividades necesarias para favorecer, mantener o restablecer la salud de la persona. La persona y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones de enfermería encaminadas al logro de los objetivos. El

⁵Kozier, B, et al. Fundamentos de enfermería. 5ª Ed, vol 1 Conceptos, procesos y practica. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1999.

plan se individualiza enfocándolo en el factor relacionado, en las fuerzas y debilidades del paciente y en la gravedad y urgencia de su estado. Para lo cual se realizan diferentes intervenciones contando con el equipo de salud para realizarlo:

- Intervenciones independientes.- es toda acción reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales.
- Intervenciones dependientes.- incluye problemas que son responsabilidad directa del médico, él designa las intervenciones que debe realizar la enfermera.
- Intervenciones interdependientes.- trabajan y colaboran en el tratamiento, las enfermeras y otros profesionales de la salud.

Documentación en el plan de cuidados de enfermería. El plan de cuidados de enfermería, es un método de comunicación de la información importante sobre la persona, su objetivo es servir como anteproyecto para dirigir las actividades de enfermería, coordina y se utiliza como instrumento de comunicación entre los profesionales.⁶

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta, que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria.

2.1.2.4. EJECUCIÓN.

Es la cuarta etapa del proceso enfermero que inicia una vez que se han elaborado los planes de cuidados y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que nos ayudan a conseguir los objetivos planeados y poner en práctica los cuidados programados.

2.1.2.5. EVALUACIÓN.

Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda práctica de enfermería; la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la *valoración, diagnóstico, planificación y ejecución*. Determina si se han conseguido los objetivos establecidos.

⁶ Iyer, W, Taptich, B, etal. Proceso y diagnostico de enfermería. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1995. 437 pp.

1.2. BIOGRAFÍAS

1.2.1. VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas (Missouri), durante la Primera Guerra Mundial, despertó su interés por la enfermería, así en 1918 ingresó a la Escuela de Enfermería del Ejército en Washington. Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente.

En 1955 publicó en su libro *The Nature Nursing* por primera vez su definición de enfermería: "La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que llevaría acabo sin ayuda, si contara con la fuerza, voluntad o conocimiento necesario haciéndolo de tal forma que se le ayude a ser independiente lo antes posible"⁷

“Virginia Henderson, considera que todas las personas que tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades en forma continua. A fin de mantener en estado de la propia salud. Cundo esto no es posible, aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como: falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad”.⁸

Los niveles de independencia en la satisfacción de las necesidades son específicos, y únicos para cada individuo, por lo tanto estos criterios deben ser considerados de acuerdo con las características de cada persona, variando según sus aspectos psicológicos, socioculturales y espirituales.

2.2.1.1. POSTULADOS, VALORES, CONCEPTOS⁹.

a) Postulados:

En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del cliente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarle a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

⁷ Marriner, TA, Raile, AM. *Modelos y teorías de enfermería*. 4ª Ed. editorial Harcourt Brace, España, 1999. 555 pp.

⁸ Fernández, FC, Novel, MG. *El proceso de atención enfermería. Estudio de casos*. Editorial Masson, 1999. 115 pp.

⁹ http://www.ulpgc.es/descargadirecta.php?codigo_archivo=4479 -

Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son explicativos de la siguiente manera:

- Necesidad fundamental.- Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.
- Independencia.- Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.
- Dependencia.- No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.
- Problema de dependencia.- Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.
- Manifestación.- Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.
- Fuente de dificultad: Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad.

Falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

- Falta de fuerza.- Se entienda por ésta no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.
- Falta de conocimientos.- los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- Falta de voluntad.- compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

Dichos postulados se resumen en:

- Cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia.
- Cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades.
- Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente.

b) Valores:

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson.

V.H. afirma que si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar.

Cuando la enfermera asume el papel del médico delega en otros en otros su propia función.

La sociedad espera de la enfermera un servicio que solamente ella puede prestar.

c) Conceptos:

Los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera:

Objetivos.- Conservar o recuperar la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades.

Cliente.- Ser humano que forma un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden bio- psicosocial.

2.2.1.2. NECESIDADES

1. NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE. Matiza también el control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores. Hace referencia al masaje cardíaco y al control de oxigenación.

2. NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

La enfermera debe conocer los aspectos psicológicos de la alimentación y establecer una supervisión constante sobre la comida, teniendo en cuenta gustos, hábitos, etc.

3. NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS

La enfermera deberá observar si la eliminación es normal. Incluyendo la protección de la piel contra la irritación y una buena utilización de ropas de vestir y de cama.

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA DEBIDA POSTURA. Hace un matiz sobre los cambios posturales y la prevención de úlceras por decúbito, e incluye la rehabilitación.

5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

Hace referencia al dolor y al uso indiscriminado de somníferos.

6. NECESIDAD DE SELECCIONAR LA ROPA ADECUADA, A VESTIRSE Y DESVESTIRSE.

Es importante reducir al mínimo la interrupción de costumbres establecidas y el uso de ropas que lo hagan sentir un miembro activo de la comunidad.

7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA DEL CUERPO DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES, POR MEDIO DE ROPAS ADECUADAS Y LA MODIFICACIÓN DE LA TEMPERATURA AMBIENTE

Hace referencia también al control de insectos, prevención de la polución de las aguas y la contaminación de la comida.

8. NECESIDAD DE MANTENERSE LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER LA PIEL

Tiene en cuenta el valor psicológico, aparte del fisiológico. El número de baños completos deben determinarse de acuerdo con la necesidad física y la voluntad del paciente.

9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES Y LOS DAÑOS A OTRAS PERSONAS

Hace referencia a la prevención de accidentes y a la protección de si mismo y de las personas que le rodean. La autoestima. También introduce el conocimiento sobre esterilización.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE CON OTROS PARA EXPRESAR EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES, O “SENSACIONES”

En la medida en que fomenta las buenas relaciones del paciente, promueve el bienestar del mismo. Ayuda a la persona a comprenderse así mismo y cambiar ciertas condiciones, que son las que lo han convertido en enfermo y aceptar aquello que no puede ser cambiado.

11. NECESIDAD DE PRACTICAR SU RELIGIÓN

Respeto y tolerancia a la raza, color, religión, creencias y valores. Secreto profesional.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR EN ALGO QUE DE LA SENSACIÓN DE UTILIDAD

Aceptación del rol de cada uno.

13. NECESIDAD DE JUGAR O PARTICIPAR EN DIVERSAS FORMAS DE RECREO.

Puede ser un estímulo y un medio de hacer ejercicio. La enfermera puede ayudar a los familiares y amigos del paciente a que atiendan las necesidades recreativas del mismo.

14. NECESIDAD DE APRENDER A SATISFACER LA CURIOSIDAD, AFÁN QUE CONDUCE AL DESARROLLO NORMAL DE LA SALUD

La orientación, el adiestramiento o la educación forman parte de los cuidados básicos de la mayoría de las personas. La enfermera tiene una función docente.

A demás identificó tres niveles en la relación enfermera paciente que van desde una independencia a la practica independiente.

- a) **Sustituta del paciente.**- En estado de enfermedad grave la enfermera se considera como un sustituto de las necesidades del paciente para sentirse integro o independiente.
- b) **Auxiliar del paciente.**- Lo ayuda para adquirir o recuperar su independencia.
- c) **Compañera del paciente.**- Imparte educación al paciente y a la familia logrando así una relación importante con el paciente. Una de las metas de la enfermera debe ser mantener la vida cotidiana del paciente lo más normal posible.

2.2.1.3. Aplicación del Modelo de Virginia Henderson

Este modelo es aplicable en todas las etapas, ya que en las etapas de valoración y diagnóstico sirve de guía en la recogida de datos, en el análisis y síntesis de los mismos; determinándose el grado de independencia/dependencia de cada necesidad, las causas de la dificultad, la interrelación de unas necesidades con otras y la definición del problema y su relación con las causas de dificultad.

En las etapas de planificación y ejecución, se formulan objetivos en base a las causas de dificultades detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia, ayuda o compañía) y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo, cuando sea posible, en su propio cuidado.

En la etapa de evaluación, este modelo ayuda a determinar los criterios que indicaran los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, según esta autora la meta es ayudar al individuo a conservar su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápido posible, nuestra actuación tiene como objetivo ayudarlo a alcanzar dicha independencia por sí mismo de acuerdo a sus capacidades y recurso

El cliente debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

Rol de la enfermera: Es un rol de suplencia-ayuda. Suplir, para Henderson, significa hacer por él aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos.

Fuentes de dificultad: Henderson identificó las tres fuentes mencionadas anteriormente. (Falta de fuerza, de voluntad y conocimientos).

Intervenciones: El centro de intervención es el la dependencia del sujeto. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces en el nivel de la fuente de dificultad, según la situación vivida por el cliente. Las acciones de la enfermera consiste en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades.

Consecuencias deseadas: son el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del cliente en la satisfacción de las sus catorce necesidades fundamentales.

Hendersón no perseguía la creación de un modelo de enfermería, lo único que ansiaba era la delimitación y definición de la función de la enfermera.

A continuación, se expondrán los cuatro elementos del metaparadigma.

2.2.1.4. METAPARADIGMA

El metaparadigma comprende los cuatro elementos siguientes.

a) Salud.- Estado de bienestar físico, mental y social. La salud es una cualidad de la vida.

La salud es básica para el funcionamiento del ser humano.

Requiere independencia e interdependencia.

La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.

Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

b) El Entorno.- Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo (Definición del Websters New Collegiate Dictionary 1961). Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.

Las enfermeras deben:

- Recibir información sobre medidas de seguridad.
- Proteger a los pacientes de lesiones producida por agentes mecánicos.
- Minimizar las probabilidades de lesión mediante recomendaciones relativo a la construcción de edificios, compra de equipos y mantenimiento.
- Tener conocimientos sobre los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los peligros.

c) Persona.- Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales.

- La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.
- La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.
- El paciente requiere ayuda para ser independiente.
- El paciente y su familia conforman una unidad.

d) Enfermería.- *Henderson* define la enfermería en términos funcionales.

La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.

1.2.2. JOYCE TRAVELBEE

Nació en 1926 y terminó su formación básica en enfermería en 1946, en la Escuela de Enfermería del Charity Hospital de Nueva Orleans.

Comenzó su carrera como educadora de enfermería en 1952 dando clases en la escuela afiliada al Hospital Deplau en Nueva Orleans.

Empezó a publicar artículos de revista de enfermería en 1963.

Escribió un libro como “internacional aspecto of nupeina” en 1968.

En 1973, Travelbee comenzó un programa de doctorado en Florida, pero no pudo terminarlo debido a su prematura muerte, ocurrida ese mismo año.

Falleció a la edad de 47 años tras una breve enfermedad y sin dejar descendencia.

Travelbee pensaba que la enfermería necesitaba una revolución humanística que volviera a centrarla en su función de “cuidadora” en la atención y apoyo al paciente.

Ella afirma que la enfermera y paciente interaccionan mutuamente.

Establece que el propósito de enfermería es ayudar al individuo, familia y comunidad a prevenir o enfrentarse a la enfermedad, el sufrimiento y si es posible también encontrar un sentido a dicha experiencia.

Dentro de los Modelos de Relación de PERSONA A PERSONA, se concentra en cuidados que refuerzan empatía, simpatía y comprensión así como aspectos emocionales.

APLICACIÓN DE DATOS EMPÍRICOS.

Esta teoría se basa en las experiencias acumuladas durante su práctica, pruebas obtenidas a través de trabajos específicos de investigación.

PRINCIPALES CONCEPTOS.

- Ser humano. Individuo único e irremplazable.
- Paciente. Es un estereotipo útil para la economía en la comunicación.
- Enfermera/o posee conocimientos y capacidad para aplicarlos.
- Enfermedad. Es una situación en la que se carece de salud.
- Sufrimiento. Es una sensación de malestar, físico, mental o espiritual.
- Dolor. Es una experiencia individual difícil de comunicar y única para cada individuo.
- Esperanza. Es el deseo de alcanzar una meta o lograr un objetivo.
- Desesperanza. Es la carencia de la esperanza.
- Comunicación. Es la forma de establecer una relación de persona a persona.
- Interacción. Cualquier contacto entre dos individuos.
- Interacción enfermera-paciente. Cualquier contacto entre enfermo y enfermera.
- Necesidad de enfermería. Cualquier requerimiento de la persona.
- Empleo terapéutico del yo. Es la capacidad de usar la propia personalidad.
- Empatía. Proceso por el cual un individuo comprende el estado psicológico de otro.

- Simpatía. Deseo de ayudar al individuo sometido a estrés.
- Acercamiento. Es un proceso de actividades de acercamiento de un individuo a otro.

Relación persona-persona. Es principalmente una experiencia entre dos personas.

2.2.2.1. CONCEPTOS BÁSICOS

PERSONA.- La persona es una unidad corporal, física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables. Necesitan asistencia para alcanzar salud de independencia o una muerte tranquila, el paciente y la familia son vistos como una unidad.

SALUD.- Es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con mayor efectividad y alcanzar el nivel más alto de satisfacción en la vida.

ENTORNO.- Conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan la vida y el desarrollo de un organismo.

ROL PROFESIONAL.- Acciones que lleva a cabo la enfermera, actuando según el nivel de dependencia identificados en el paciente.¹⁰

2.2.2.2. PARADIGMA DE ENFERMERÍA

Es una declaración que indica fenómenos relevantes relacionados con todas las variables que afectan a la respuesta del individuo de los factores estresantes.

El paradigma de la integración se ubica entre 1950-1975, se caracteriza por: la urgencia de programas sociales y el desarrollo de los medios de comunicación como consecuencia de la crisis provocada en la Segunda Guerra Mundial, lo que favoreció la creación de la seguridad social y el reconocimiento de la necesidad de un ser).

El servicio de enfermería se centra en el cuidado a la persona, la cual es definida como un todo más que la suma de sus partes, con interrelación de los componentes biológico, psicológico y sociocultural. La salud se concibe como un ideal que se consigue según el contexto de la persona, influyendo el entorno de manera positiva o negativa.

El trabajo de enfermería es considerado de colaboración, sus intervenciones se traducen en actuar con la persona a fin de ayudarla a resolver sus necesidades, el cuidado a la salud, poniendo énfasis en lo físico, mental y social. Se aplica el proceso de enfermería con mayor

¹⁰ Marriner, TA, Raile, AM. Modelos y teorías de enfermería. 4ª Ed. editorial Harcourt Brace, España, 1999. 555 pp.

sustento teórico de la disciplina, la investigación avanza al apropiarse de conocimientos de otras disciplinas como la psicología, epidemiología, sociología, entre otras.

Por último **el paradigma de la transformación** que abarca de 1975 en adelante, se caracteriza por la apertura de las fronteras, la mentalidad, el intercambio cultural, la movilización de dinero y de personas. A la persona se le considera como un ser indisociable, único, mayor a la suma de sus partes y diferente a esta suma, capaz de ser agente de su propia salud y autocuidado. La enfermera interactúa con la persona en una relación de iguales, con respeto y reconociendo sus potencialidades para aprovecharla en beneficio de su salud y su desarrollo personal.¹¹

Gracias a que la enfermería tiene historia, teoría, práctica, filosofía, método, cuerpo de conocimiento, lenguaje propio y tecnología, se ha convertido en una disciplina.

2.2.2.3. CONCEPTOS DE CUIDADOS

Desde el punto de vista de la disciplina el cuidado es el objeto de conocimiento de la enfermería, y criterio fundamental para distinguirlas de otras disciplinas en el campo de la salud. El adjetivo *caring*, en enfermería se utiliza para designar los cuidados profesionales, que la enfermera lleva a cabo y que suponen un compromiso humanista y un interés por los semejantes.

El cuidado es el elemento esencial de la relación enfermera-paciente y la capacidad de la enfermera para empatizar o “sentirse desde” el paciente, representa la principal característica de las relaciones profesionales

El cuidado ayuda a otra persona, *permite el desarrollo y la actualización del yo*, es un proceso de interrelación que implica el desarrollo, de la misma manera que la amistad solo aparece a través de la confianza mutua que produce una transformación profunda y cualitativa de la relación.

Cuidar no consiste en imponer pautas de conductas ajenas a la persona, sino más bien, contribuir a la realización de su proyecto personal, de aquí se deriva un atributo del cuidado; “*la comprensión*”. Comprender requiere una actitud activa de empatía, de sentir con el otro.

“Cuidar es un acto de vida, que representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida permitiendo que continúe y se reproduzca.

¹¹ Kerouac, S, Pepin, J, et al. El pensamiento enfermero. Editorial Masson, Barcelona, 167 pp.

Cuidar es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que, temporal o definitivamente, requiere ayuda para satisfacer sus necesidades”.¹²

Cuidados de costumbres y habituales. Son los cuidados permanentes y cotidianos (capacidades y habilidades) que tienen como única función mantener la vida se basan en todo tipo de costumbre, y creencias de un grupo.

Cuidados de curación: *garantizan* la continuidad de la vida, cuando se obstaculiza por: hambre, enfermedad, guerra, etc. Su objetivo es limitar la enfermedad, luchar contra ella y limitar sus causas.

Cuando prevalecen los cuidados de curación sobre los de cuidado de costumbre, “se aniquilan progresivamente las fuerzas vivas de la persona, todo aquello que la hace ser y querer reaccionar, ya que se agotan la fuentes de energía vital ya sean físicas, afectivas sociales, etc., esta aniquilación puede llegar a un deterioro irreversible”¹³

2.2.2.4. ELEMENTOS PARA EL CUIDADO

Conocimientos. Se adquieren durante la formación, son importantes por ser la base de los cuidados, estos deben ser variados, para que puedan cubrirse de manera satisfactoria las necesidades de las personas, familias o comunidades.

Tecnología. Es el conocimiento de los instrumentos que emplea enfermería en su práctica, sus cuidados recurren a diversas tecnologías, para el mantenimiento de la vida y para curación. El cuerpo es el primer instrumento usado por una persona para prestar cuidados por sus propiedades energéticas, mecánicas., etc. El cuerpo utiliza los órganos de los sentidos para cuidar, a través del tacto puede tocar, levantar, vendar, sentir, etc.; con el oído transmite mensajes, diferencia silencios anormales, oye llantos e intenta comprender el simbolismo de las palabras. La vista sitúa a las personas en su entorno, descifra mensajes enviados por el cuerpo.

Se deben tomar en cuenta, además, las tecnologías para el mantenimiento de la vida, para curación y las tecnologías de información.

Tecnología para el mantenimiento de la vida compensa defectos funcionales, buscando dar una autonomía parcial o total a la persona cuidada. El conocerlos, utilizarlos, recomendarlos y enseñar a servirse de ellos, forma parte del dominio de los cuidados de enfermería.

Tecnología de curación la utilizan los médicos, son ellos quienes las prescriben para que enfermería las lleve a cabo, “todo instrumento para la curación requiere una justificación de su

¹² Collier, MF. Promover la vida. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, España, 1993. 395 pp.

¹³ Collier, MF. Promover la vida. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, España, 1993. 395 pp.

utilización con respecto a la naturaleza del mal o del daño funcional que espera curar o suplir, centrándolo en las costumbres y actividades de la vida”¹⁴

Tecnologías de información utiliza instrumentos para recoger y organizar datos, para dar así continuidad y evaluar los cuidados.

Creencias y valores. Los cuidados de enfermería están marcados por las concepciones, creencias y valores, estando vinculados tanto los que cuidan como los que requieren cuidados; por eso es importante comprender el funcionamiento de las creencias, su naturaleza, la forma en que se transmiten y cambian, para tomar conciencia de la variedad de las creencia y valores que pueden influir en la concepción de los cuidados de enfermería.

¹⁴ Collier, MF. Promover la vida. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, España, 1993. 395 pp.

2.3. HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

2.3.1. ¿QUÉ ES LA OSTEOPOROSIS?

La osteoporosis es una disminución de la masa ósea y de su resistencia mecánica que ocasiona susceptibilidad para las fracturas. Es la principal causa de fracturas óseas en mujeres después de la menopausia y ancianos en general. La osteoporosis no tiene un comienzo bien definido y, hasta hace poco, el primer signo visible de la enfermedad acostumbra a ser una fractura de la cadera, la muñeca o de los cuerpos vertebrales que originaban dolor o deformidad.

¿CUÁL ES SU CAUSA?

Los huesos están sometidos a un remodelado continuo mediante procesos de formación y reabsorción, y también sirven como reservorio de calcio del organismo. **A partir de los 35 años se inicia la pérdida de pequeñas cantidades de hueso.** Múltiples enfermedades o hábitos de vida pueden incrementar la pérdida de hueso ocasionando osteoporosis a una edad más precoz. Algunas mujeres están, también, predispuestas a la osteoporosis por una baja masa ósea en la edad adulta. La menopausia es la principal causa de osteoporosis en las mujeres, debida a disminución de los niveles de estrógenos. La pérdida de estrógenos por la menopausia fisiológica o por la extirpación quirúrgica de los ovarios, ocasiona una rápida pérdida de hueso. Las mujeres, especialmente las caucásicas y asiáticas, tienen una menor masa ósea que los hombres. La pérdida de hueso ocasiona una menor resistencia del mismo, que conduce fácilmente a fracturas de la muñeca, columna y la cadera.

BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

- Dolor de espalda de asintomático a intenso, por fracturas.
- Fracturas espontaneas que frecuentemente se descubren de manera incidental de la radiografía: pérdida de estatura.¹⁵

ETIOLOGÍA

LAS CAUSAS DE LA OSTEOPOROSIS

DEFICIENCIA HORMONAL <ul style="list-style-type: none">• Estrógeno (mujeres)• Andrógeno (varones)	TRASTORNOS GENETICOS <ul style="list-style-type: none">• Osteogénesis imperfecta• Osteoporosis del adulto e ideopática juvenil
EXCESO HORMONAL <ul style="list-style-type: none">• Síndrome de Cushing o administración	<ul style="list-style-type: none">• Síndrome de Ehlers-Danlos

¹⁵ Diagnóstico clínico y tratamiento pag. 1101-1102-1103 cap.26

<p>de glucocorticoides</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tirotoxicosis • Hiperparatiroidismo <p>TABAQUISMO</p> <p>ALCOHOLISMO</p> <p>NEOPLASIAS</p> <p>MEDICAMENTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingestión excesiva vitamina D y A • Tratamiento con heparina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de marfan <p>DIVERSOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anorexia nerviosa • Desnutrición proteínico-calórica • Deficiencia de vitamina C • Enfermedades hepáticas • ARTRITIS REUMATOIDE • DIABETES MELLITUS NO CONTROLADA
---	---

TRATAMIENTO

El mejor tratamiento de la osteoporosis es la prevención. Una ingesta adecuada de calcio y el ejercicio físico durante la adolescencia y la juventud, puede incrementar el pico de masa ósea, lo cual redundará en una reducción de la pérdida de hueso y en un menor riesgo de fractura en años posteriores. El consumo adecuado de calcio y de vitaminas durante la madurez es esencial para la salud del hueso.

Además de hacer recomendaciones sobre los cambios en el estilo de vida, los médicos pueden prescribir medicamentos ante un diagnóstico de osteoporosis. En la actualidad, existe una serie de opciones terapéuticas que, según se ha demostrado, actúan rápidamente (en el término de un año), preservan la densidad ósea y reducen el riesgo de sufrir fracturas. Es importante que la elección del tratamiento se ajuste a las necesidades médicas y al estilo de vida de cada paciente.

Los fármacos que se emplean en la actualidad para combatir la osteoporosis consiguen detener la reabsorción ósea y evitar la pérdida del mineral, unos fármacos que inicialmente se empleaban para combatir el colesterol. Completan este tratamiento, la vitamina D y el calcio, bien procedente de la alimentación natural (leche y sus derivados) o de suplementos.

2.3.2. ¿QUÉ ES LA ARTRITIS?

Es una enfermedad inflamatoria principalmente de las articulaciones diartrodiales, con manifestaciones sistémicas, de etiología desconocida, de naturaleza autoinmune y evolución crónica con curso y duración variables.

La artritis reumatoide es una enfermedad crónica e incapacitante que afecta grandes y pequeñas articulaciones. La característica más importante de la enfermedad es la poli artritis o sinovitis simétrica que típicamente afecta las manos, muñecas y pies inicialmente y posteriormente puede afectar cualquier articulación sinovial como rodillas, tobillos, codos y hombros

Las articulaciones son los puntos donde se encuentran dos huesos, como por ejemplo los codos y las rodillas. Los dos tipos más comunes de artritis son la osteoartritis y la artritis reumatoide¹⁶

- La osteoartritis es una enfermedad de las articulaciones que causa dolor en las caderas, las rodillas, el cuello, la espalda o las manos. Tener sobrepeso, practicar deportes y usar las articulaciones excesivamente de cualquier otra forma puede dañarlas y causar la osteoartritis. El cartílago es un tejido resbaladizo que se encuentra en las extremidades de los huesos de la articulación, y actúa como una almohadilla para absorber el golpe que se produce con el movimiento físico. Con el tiempo, el cartílago se hace más fino y se desgasta haciendo que los huesos se rocen entre sí.
- La artritis reumatoide es una enfermedad que ataca las articulaciones de las manos y de los pies. En el caso de la artritis reumatoide, el cuerpo ataca los tejidos sanos. Esto causa daño al tejido alrededor de las articulaciones y provoca dolor, hinchazón y rigidez.

BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

¿Cuáles son las diferencias entre la osteoporosis y la artritis? La osteoporosis y la osteoartritis se confunden algunas veces porque sus nombres se parecen, pero estas enfermedades se diferencian en:

- los síntomas
- el diagnóstico
- los tratamientos.

¹⁶ Diagnóstico clínico y tratamiento

Las personas que padecen de osteoartritis frecuentemente no tienen osteoporosis. Sin embargo, como algunos de los medicamentos que se usan para tratar la artritis reumatoide causan pérdida ósea, las personas con artritis reumatoide pueden llegar a tener osteoporosis. La pérdida de hueso causada por la artritis reumatoide también puede ocurrir como resultado directo de la propia enfermedad.

¿Cómo se enfrentan a la osteoporosis y a la artritis las personas con estas enfermedades?

Si usted tiene osteoporosis o artritis, hacer ejercicio físico puede ayudarle. El ejercicio puede ayudarle a desarrollar fortaleza, mejorar la postura y aumentar el alcance de los movimientos. Algunos ejemplos de ejercicio son:

- los ejercicios aeróbicos de bajo impacto
- la natación
- El yoga suave.

2.3.3. ¿QUÉ ES LA DIABETES MELLITUS 2?

La diabetes tipo 2 es una enfermedad que dura toda la vida, caracterizada por altos niveles de azúcar en la sangre. Se presenta cuando el cuerpo no responde correctamente a la insulina, una hormona secretada por el páncreas. La diabetes tipo 2 es la forma más común de esta enfermedad.

La diabetes es causada por un problema en la forma en que el cuerpo produce o utiliza la insulina. La insulina es necesaria para mover la glucosa (azúcar en la sangre) hasta las células, donde ésta se usa como fuente de energía.

Si la glucosa no entra en las células, el cuerpo no puede utilizarla para producir energía. Entonces queda demasiada glucosa en la sangre, lo que causa los síntomas de la diabetes.

Existen varios tipos de diabetes. Este artículo se centra en la diabetes tipo 2, que generalmente es acompañada por obesidad y resistencia a la insulina.

La diabetes tipo 2 ocurre mayormente en adultos mayores de 40 años, especialmente adultos con sobrepeso. Los niños y adolescentes con sobrepeso también pueden padecer este tipo de diabetes.

¿Cómo ocurre?

Se desconoce la causa exacta de la diabetes tipo 2. Sin embargo, a medida que las personas envejecen o suben de peso, tienen más tendencia a padecer de diabetes. El páncreas puede que no funcione adecuadamente, o las células de la persona pueden volverse incapaces de usar la insulina fabricada por el páncreas. La herencia también es un factor importante.

Las mujeres que han dado a luz bebés de gran tamaño (por ejemplo, bebés que pesaron más de 4 kilos), o que han padecido diabetes del embarazo, se encuentran en mayor riesgo de desarrollar diabetes posteriormente en su vida.

¿Cuáles son los síntomas?

La diabetes tipo 2 puede ocasionar los siguientes síntomas:

- orina con mayor frecuencia
- sed excesiva y beber gran cantidad de líquidos
- mayor apetito
- aumento o disminución de peso
- visión borrosa
- infecciones de la piel
- infecciones vaginales
- cansancio
- heridas que cicatrizan lentamente

Algunas personas no presentan síntomas.

DX DE LA Paciente: Osteosíntesis de fémur.

CAPÍTULO

III

*DAR MÁS DE LO QUE SE ESPERA
DE NOSOTROS
NOS OTORGA EL DERECHO
DE RECIBIR MÁS DE LO QUE ESPERAMOS.
SÓLO LOS PERDEDORES ESPERAN RECIBIR
ANTES DE DAR,*

*Y SE QUEDAN ESPERANDO PARA SIEMPRE.
LOS GANADORES COMPROMETEN
TODA
SU CAPACIDAD EN CADA UNO DE SUS ACTOS,
Y ALCANZAN LA EXCELENCIA.*

3. APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO

3.1.HISTORIA CLÍNICA

Señora Cenobia García de 72 a viuda, con 4 hijos y 2 hijas, con un diagnóstico médico del traumatólogo de osteosíntesis de fémur, del internista de diabetes mellitus², artritis reumatoide y osteoporosis. Controlada con hipoglucemiantes inyectados (insulina intermedia) desde hace más de 20 años, los dolores artríticos con analgésicos orales así como la osteoporosis.

ENTREVISTA.- Actividades de la vida diaria como son las labores del hogar ayudado por otra persona.

HIGIENE PERSONAL.- Baño diario, con cambio de ropa de acuerdo a la temporada pero siempre pantalón, higiene bucal tres veces al día lava sus placas, pocas veces se arregla las uñas de los pies ya que ella sola no alcanza, y su hija tiene miedo lastimarla por la deformidad de sus pies, las de las manos limpias y cortas.

HABITOS DE ELIMINACIÓN.- Micciones frecuentes de 5 a 6 veces al día, evacuaciones diarias, refiere que con frecuencia presenta diarrea de 2 a 3 veces y luego su estómago se mejora así; como con frecuencia padece estreñimiento de obrar cada 3 días. Esto a consecuencia de la diabetes.

HABITOS ALIMENTICIOS.- Normalmente come 3 veces al día mas 2 o 3 colaciones, refieren que en ocasiones la carne de res se le atora y no la pasa, así como alguna comida que no le agrada le provoca diarrea.

EJERCICIO.- Vida sedentaria, el ejercicio ella menciona que lo hace con las labores de la casa, no puede caminar mucho por su artritis refiere cansancio y dolor después de caminar, en ocasiones nada un rato ya que su casa cuenta con alberca.

HABITOS DE RELAJACIÓN Y SUEÑO.- No tiene horario para levantarse ni para acostarse, ya que cuando están sus hijos se desvela mucho y se levanta temprano para prepararles el desayuno. Realiza siesta de diario a la hora que se siente cansada, menciona no tener horario. Ella descansa en ocasiones sentada por que no se puede acostar por los dolores que se acentúan en ocasiones.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN LA QUE NECESITA AYUDA.- Solo para que la lleven a las tiendas de compras ya que tiene que desplazarse en carro y ella no maneja.

ESTADO FÍSICO

NIVEL DE CONCIENCIA.- Se encuentra completamente consciente y activa, bien ubicada en sus tres esferas, lugar, tiempo y espacio.

SENTIDOS.- Su vista es deficiente, ya que utiliza lentes para leer, ensartar agujas, o realizar algunas tareas, los demás sentidos se encuentran en buenas condiciones.

DENTADURA.- Cuenta con placas inferior y superior completas, limpias.

PIEL.- Limpia normal no presenta resequedad.

ESTADO PSICOLÓGICO.- Se observa tranquila y muy comunicativa, con deseos de aprender más sobre como cuidarse por sus padecimientos y así evitar más problemas de salud.

ANTECEDENTES SOCIALES, CULTURALES Y ECONÓMICOS.- Habita casa tipo residencial, cuenta con todos los servicios, su ocupación es el hogar, sabe leer y escribir pero no fue a la escuela, no practica ningún deporte, le gusta coser, bordar y ver televisión como hábitos recreativos.

Es católica, goza de la convivencia familiar ya que todos sus hijos, nietos y amigos la toman en cuenta, es muy querida y apreciada por quien la conoce, la visitan con frecuencia amigos y familiares. Durante la estancia en el hospital recibe llamadas constantemente de sus seres queridos.

DESEOS Y ESPERANZAS.- Espera una pronta recuperación, cuenta con exceso de visitas de familiares y amigos, así como de llamadas de quien no puede estar con ella.

COMPREENCIÓN DEL ESTADO ACTUAL DE SALUD.- Comprende su estado de salud y las causas que lo produjeron, tiene esperanza de recuperarse pronto ya que tiene fe en el médico, y la atención de enfermería intra hospitalario. Cuenta con recursos económicos para que la trasladen a su casa pero ella no quiere. Prefiere quedarse en casa de su hermana para su recuperación.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Paciente femenina de 72 años de edad con facies de dolor, tranquila consiente. Cabeza normo cefálica, buena implantación de cabello, canoso refiere nunca pintárselo. Tegumentos pálidos, ojos simétricos, isocóricos, narinas permeables, mucosas orales hidratadas, pulsos presentes, campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardiacos normales, abdomen blando, perístasis presente. Extremidades con cicatriz en rodilla derecha, con edema en misma pierna ya que presenta fractura de fémur sin compromiso circulatorio, se palpan pulsos distales, deformidades en ambos pies en dedos, con callosidades muy marcadas en el área plantar de ambos pies. Extremidades superiores normales con deformidades en dedos de ambas manos. Las deformidades son causadas por la artritis reumatoide que padece la paciente.

PADESIMIENTO ACTUAL

La señora Cenobia García el día 31 de marzo a las 22:00hrs. Fue operada de una osteosíntesis de fémur en la cual se le colocó un clavo medular de 30 cm. Durante su estancia hospitalaria la paciente se encuentra inquieta con ciertos temores a no poder volver a caminar, es dada de alta por mejoría y para rehabilitación en su casa. Se va a su domicilio con tratamiento médico y con sonda Foley abierta.

TRATAMIENTO MÉDICO

1. Dieta Libre para diabético
2. SUPRADOL tabletas c/8Hrs. Mientras tenga dolor.
3. CELEBREX caps. Tomar una diaria.
4. PREDNISONA tabletas. 4mg. Tomar una diaria
5. METFORMINA 850mg. Tomar una por la mañana y media por la noche.
6. Destrostix C/24
7. Aplicación de insulina Hummolin 30 Un. Por la mañana y 15 por la noche.
8. Cal trate D tomar una diaria.

3.1.1. VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

1. Necesidad de oxigenación.

No presenta dificultad para respirar, niega hábito de fumar, ella dice que fumó en su juventud y tiene más de 30 años sin fumar. A la inspección se observa expansión torácica completa, respiraciones continuas, sin esfuerzo y regulares, con frecuencia de 20 respiraciones por minuto. Las mamas muestran

piel intacta, pezón bien formado, areola redonda hiper-pigmentada, con ausencia de secreción, nodulaciones, tumefacciones y dolor. A la auscultación no hay sibilancias ni estertores., su frecuencia cardiaca es de 82 por minuto, su presión arterial es de 110/80, con llenado capilar al segundo.

2. Necesidad de nutrición e hidratación.

Regularmente consume: pollo 3/7, verduras 7/7, frutas 7/7, carne roja 1/7, cereales 3/7. No tiene preferencia por ningún alimento, le desagrada la carne de res, ingiere en promedio 2 a 3 vasos de agua al día, realiza 5 alimentos al día, no consume suplementos alimenticios.

Actualmente presenta molestias para masticar ya que cuenta con una prótesis total.

A la inspección se observa abdomen con panículo adiposo regular, muestra tres cicatrices muy cercanas una de otra por cirugías: colecistectomía, apendicetomía e histerectomía la auscultación se escuchan ruidos intestinales normales, a la palpación superficial y profunda hay dolor ligero en la región abdominal; a la percusión se encontró sonido mate en el área hepática y sonido timpánico en el área gástrica. Pesa 79 Kg. y mide 1.61 Cm. su índice de masa corporal es de 30.5. Los datos relevantes de laboratorio son: B.H. Eritrocitos 4.34 millones, leucocitos 11 mil/uL Hb; 8 Mg/dl, Hematocrito 23.1 Plaquetas 230,000y Química Sanguínea: glucosa de 431 Mg/dl, nitrógeno ureico de 22.1 y Creatinina de .72 Q.S. ELECTROLITOS SERICOS: Sodio 120mEq/l Potasio 3.32 mEq/l Calcio 8.7 mEq/l y Cloro 111.0 mEq/l. De estos resultados cabe señalar que la glucosa es la única cifra alterada en este estudio fue la glucosa, De la Q.S. la hemoglobina nos marca una anemia para lo cual se transfunde 2 unidades de sangre total. La nutricionista le prescribió su dieta. Con la cual logró la estabilización de la glucosa y aumentó alimentos que

favorecen la producción de hierro. Sin embargo se realizaron dos valoraciones subsecuentes al solicitarle que después de su consulta en medicina interna pasara al servicio para platicar con ella.

Realiza 3 comidas al día y 2 colaciones. La causa de la dificultad es por falta de fuerza y de voluntad.

3. Necesidad de eliminación.

Evacua una vez cada 2 a 3 días, las características de las heces son: de color marrón, sin presencia de sangre ni moco, son de consistencia dura. Refiere estreñimiento, utiliza ciruelax capsula como laxante. Su actividad limitada influye en su eliminación intestinal ya que tiene reposo absoluto solo con movilización en cama.

Esta necesidad se ve afectada por la relación que tiene necesidad de nutrición e hidratación al no incluir suficiente cantidad de fibra, y líquidos en su dieta, por lo que la señora Cenobia es totalmente dependiente, por su fractura.

Micción de 2000 a 2500 mililitro por día, la orina es de color ámbar, olor característico, cuenta con una sonda Foley de látex por comodidad más que por necesidad.

A la inspección se encontró el abdomen con ligera distensión, a la auscultación se escuchan ruidos intestinales normales.

4. Necesidad de movilidad y postura.

Su actividad física normalmente es activa va de compras al súper mercado, realiza los quehaceres de la casa, no realiza ejercicio en forma, refiere dolor en pierna derecha y fatiga.

Ella vive en un rancho que cuenta con una casa de 2 plantas en las cuales cuenta con; 8 recamaras, 8 baños, patio, jardín, al exterior cuenta con: granja, caballerizas, oficinas, huerta de duraznos y manzanas.

Durante la exploración física se encontró; a la inspección de miembros superiores, presencia de vello, piel hidratada, con equimosis en ambos brazos por punciones durante de la estancia hospitalaria; es capaz de realizar movimientos de flexión, rotación y extensión, uñas limpias, llenado capilar de 1 a 2 segundos, pulso radial y braquial palpable.

En los miembros inferiores a la inspección se encontró piel sin vello, hidratada con edema (++) en miembro derecho y pequeñas ramificaciones de capilares. Los pies tienen uñas cortas, callosidades en las plantas deformidades en los dedos a consecuencia del Artritis Reumatoide.

A la palpación se identifica, dolor en rodillas, tobillos y pantorrillas, por lo que al caminar existe molestia, movimientos de flexión y extensión con un poco de dificultad por dolor.

Es parcialmente dependiente ya que las molestias físicas que presenta la limitan a para ir a lugares distantes, esto lo podemos verificar en la Escala de actividades instrumentales de Lawton.

5. Necesidad de descanso y sueño.

El tiempo que destina para descansar es en promedio 1 hora en algunas ocasiones, duerme aproximadamente 7 a 8 horas, tiene dificultad para hacerlo. En ocasiones sus preocupaciones y angustia por sus hijos, influye en su descanso y sueño ya que está inquieta y le cuesta trabajo dormir o presenta un sueño muy superficial.

El lugar en donde vive no influye en su descanso y sueño, ya que su cama es ortopédica, tipo hospital da posiciones cuenta con un colchón de buen soporte, da masajes, su habitación cuenta con buena iluminación, buena ventilación.

A la inspección está consiente, tranquila, cooperadora, atenta y contesta con coherencia y con seguridad, refiere sentirse triste y sin ganas.

Esta necesidad no se encuentra afectada en este momento pero se identifica el riesgo al insomnio por las preocupaciones, por lo que se señala parcialmente dependiente, además de estar fuera de su casa en el momento del accidente

6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.

Cenobia es independiente para vestirse, elige su vestuario, En temporada de calor utiliza prendas ligeras y cuando hace frío utiliza ropa gruesa o algunos accesorios como bufanda, guantes, etc. Ella refiere que donde vive es muy frío por lo que utiliza chalecos, calcetas gruesas o envuelve sus pies para mantenerlos calientes. Y en tiempo de calor también es un calor extremo que alcanza hasta los 42⁰C.

Durante su estancia hospitalaria, acepta la bata, la cual se encuentra limpia, en su casa comúnmente utiliza pantalón, calcetas gruesas, blusas, chalecos, zapatos cerrados para sentirse segura por lo de su artritis ya que tiene deformidad en los dedos de los pies.

En esta necesidad, era y es independiente.

7. Necesidad de termorregulación.

En su casa regularmente la temperatura es templada, tiene buena ventilación e iluminación, además de contar con clima artificial.

Su temperatura corporal es de 36.5 °C, en la medición axilar. A la palpación las extremidades inferiores se encuentran frías.

En esta necesidad, es independiente.

8. Necesidad de higiene y protección de la piel

Se baña diario, por las mañanas. Se lava los dientes 3 veces al día, ya que le gusta que sus placas estén limpias y no den mal olor. El aseo de manos lo realiza después de ir al baño, antes de comer, antes de preparar los alimentos o cuando sea necesario; el corte de uñas lo hace de forma circular y utiliza una lima para darles forma cuando las ve largas.

A la inspección tiene buena presentación, no hay olores desagradables, su ropa esta limpia, cabello bien peinado, no hay resequedad en cuero cabelludo, ni caspa. Su boca es mediana, color rosado uniforme, labios delgados deshidratados y fisura dos, presenta prótesis dental total inferior y superior.

Miembro superiores con vello, hay de equimosis en ambos brazos por punciones durante su estancia hospitalaria y resequedad. Miembros inferiores con edema (+). A la palpación la piel presenta pérdida de elasticidad, un poco áspera, pulso radial y braquial palpable, llenado capilar de 1 a 2 segundos.

9. Necesidad de evitar peligros.

Cuenta con el esquema de vacunación completo, se realiza la autoexploración de genitales y de mama una vez al mes; se realizó la prueba del Papanicolaou hace 6 meses la cual resulto negativa, conoce la técnica de autoexploración mamaria, se verifico pidiéndole que lo explicara.

No tiene vida sexual activa, no padeció ni padece ninguna enfermedad de transmisión sexual. No consume bebidas alcohólicas, no fuma y no consume drogas. Toma te de istafiate en ayunas, aproximadamente 100 ml. O lo que son tres tragos, esto por su creencia de que es bueno para la bilis.

En casa cuenta con mascotas las cuales son un factor de riesgo para caídas.

Conoce las medidas preventivas para evitar accidentes en el hogar: etiquetar los frascos con sustancias peligrosos como: tiner y cloro, no dejar cuchillos a la mano de los niños; en caso de temblor colocarse en lugares que sean seguros, cerrar las llaves de gas, alejarse de cosas que puedan caerse.

A la exploración física, Cenobia tiene disminución visual en ambos ojos por opacidad, conjuntiva pálida, reflejos pupilares normales, no hay secreciones, tono de voz audible. Refiere disminución de fuerza en ambos brazos, y en ocasiones dolor en las articulaciones. En miembros inferiores también presenta dolor en articulaciones de los dedos y rodillas, por lo cual se ve limitada a realizar algunas actividades.

Es parcialmente dependiente ya que por su limitación y por algunos problemas al caminar aumenta el riesgo de algún daño.

10. Necesidad de comunicarse.

Su familia está integrada por sus, 4 hijos, 2 hijas, 17 nietos y 2 bis nietos en total.

Viven en la misma casa su hijo mayor, su nuera y cinco nietos, además de dos personas que les ayudan en el rancho.

Con su esposo, no se llevaba bien, debido su carácter agresivo lo que la llevó a que la relación se deteriorara. Ella no es rencorosa y lo atendió hasta el día de su muerte.

Heraclio es el hijo mayor de 60 años, es artista está casado tiene 5 hijos; Jesús tiene 58 años es artista, esta casado, tiene 4 hijos, él vive en Chicago; se sigue María ella es directora de una compañía discográfica en nuevo México y es casada, sigue Francisco, el tiene 4 hijos y vive en Tucson Arizona, también es

artista, José Guadalupe el más chico de los hombres también es artista, esta casado en México tiene 2 hijos y por ultimo la más chica es mujer, no esta casada tiene una niña y ella es chofer de tráiler, la niña la cuida Doña Cenobia y María.

Ella refiere tener unos hijos muy buenos con ella, todos la ayudan y la visitan con frecuencia o ella va a visitarlos. Entre hermanos son muy unidos, como todos son artistas del grupo “LOS HURACANES DEL NORTE”, Esto trae como consecuencia que la paciente refiera sentirse preocupada ya que sus hijos siempre están viajando y con tanta muerte de artistas ella se pone triste, hasta el grado de no poder conciliar el sueño o perder el apetito.

11. Necesidad de creencias y valores

Es católica pero no acude a la iglesia cada semana, ya que para ella es muy penoso pedir que la lleven y en su casa o lugar de residencia a todos lados se va en carro y ella no maneja. Ella dice que los valores aprendidos en casa son los que inculcó a sus hijos.

El significado que ella tiene de la vida es que: “es algo hermoso que nos da Dios, debemos disfrutarla y valorarla”. Ve a la muerte como “un proceso por el cual vamos a pasar todos, es quizá el inicio de algo mejor”. En ésta necesidad, es independiente.

12. Necesidad de trabajo y realización.

El rol que desempeña es el de mujer, madre y abuela; está satisfecha por que cree cumplir con todas sus responsabilidades y pone todo su empeño en llevar una buena relación.

Para ella es importante cuidar el ingreso económico. Las actividades que realiza en el hogar son lavar trastes, echar la ropa a la lavadora, ir de compras

a las tiendas, siempre acompañadas ya que ocupa del transporte, preparar los alimentos, etc. No realiza ninguna actividad altruista.

13. Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.

No puede ni le gusta jugar. Considera parte de su recreación las manualidades, también le gusta hacer composturas de ropa y pegar cierres. Es independiente.

14. Necesidad de aprendizaje

No tiene ningún problema que interfiera con su aprendizaje. Sabe leer y escribir. Para ella el significado que tiene la escuela “es donde aprendemos a leer, escribir y muchas cosas mas”, refiere que en su época no era tan importante asistir a la escuela, además de que no tenía los recursos para hacerlo.

Es independiente por lo que no tiene ninguna limitante para satisfacer esta necesidad. Acepta recibir enseñanzas y recomendaciones.

3.2. IDENTIFICACIÓN DE DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS

NEC.	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS	CONDICIÓN DE LA PERSONA
Oxigenación	No hay dificultad para respirar, no fuma.	FR: 20 por min. FC: 82 por min. T/A: 110/80. Llenado capilar al segundo.	Parcialmente Independiente
Nutrición e hidratación	Dieta habitual: pollo 3/7, verduras 7/7, frutas 7/7, carne 1/7, cereales 3/7, ingiere de 2 a 3 vasos de agua al día. No consume suplementos alimenticios, realiza 3 comidas y 2 colaciones.	Piel y mucosa oral hidratadas. Peso de 79 kg. Talla de 1.61 cm., índice de masa corporal 30.5 Usa placa dental completa superior e inferior.	Parcialmente dependiente
Eliminación	Evacua una vez cada 2 o 3 días, de color marrón sin sangre y sin moco, de consistencia dura, refiere estreñimiento. Consume ciruelax como	A la palpación encontramos abdomen con ligera distensión, ruidos intestinales presentes.	Parcialmente dependiente

	<p>laxante.</p> <p>Micciona de 2000 a 2500ml.</p> <p>Por día, ya que cuenta con sonda Foley.</p>		
Movilidad y postura	<p>Actividad física moderada, ya que se encuentra en reposo relativo debido a su cirugía además de que refiere fatiga.</p>	<p>La señora Cenobia está limitada para ir a lugares distantes ya que requiere que la lleven en coche por las distancias.</p>	<p>Parcialmente dependiente</p>
Descanso y sueño	<p>Descansa en promedio 1 hora, duerme entre 7 y 8 horas, con un sueño de baja calidad de 3 de sueño por 1 de insomnio y o refiere muy superficial debido a las preocupaciones</p>	<p>Alerta, cooperadora, atenta, contesta con seguridad.</p>	<p>Parcialmente dependiente</p>
Usar prendas de vestir adecuadas	<p>No necesita ayuda para vestirse, elige su ropa de manera independiente. En temporada</p>	<p>Viste acorde a su edad, su ropa esta limpia, comúnmente usa pantalón, calcetas gruesas, chaleco y calzado cerrado,</p>	<p>Independiente</p>

	de calor usa prendas ligeras	para sentirse segura por su artritis y su deformidad en los dedos.	
Termo-regulación	Utiliza ropa ligera o gruesa según sea el caso, su casa es templada, ya que cuenta con clima artificial.	Temperatura corporal axilar, 36.5. A la palpación extremidades inferiores se sienten frías.	Independiente
Higiene y protección de la piel	Baño y aseo de cavidades diario, Se lava los dientes 3 veces al día, aseo de manos antes de comer, después de ir al baño, antes de preparar los alimentos.	Durante la exploración se observa limpia. Piel hidratada.	Parcialmente dependiente
Evitar peligros	Cuenta con esquema de vacunación completo, no consume bebidas alcohólicas, no fuma, no consume drogas. Toma te de estafiate	Disminución en la agudeza visual en ambos ojos por opacidad del cristalino, no hay secreciones, tono de voz audible. Equimosis en ambos brazos por punciones durante su estancia hospitalaria.	Parcialmente dependiente

	<p>en ayunas.</p> <p>Conoce las medidas preventivas para evitar accidentes tanto en el hogar como en la calle.</p>		
Comunica- ción	<p>Tiene buena comunicación con sus hijos a pesar de no estar tanto tiempo con ellos por su trabajo viajan mucho pero cuando ellos tienen oportunidad van a verla y llevan a los nietos para que estén con ella en temporada de vacaciones sobre todo. En ocasiones también ella va a ver a sus hijos a los bailes.</p>	<p>Sus hijos son artistas “LOS HURACANES DEL NORTE” por lo que los ve con poca frecuencia. Ellos no la visitan seguido por su trabajo y a ella no la llevan mucho, porque ellos trabajan en otros estados o países.</p>	<p>Parcialmente Independiente</p>
Creencias y valores	<p>Es católica aun cuando no acude a misa</p>	<p>En casa cuenta con imágenes religiosas en cada cuarto.</p>	<p>Independiente</p>

	<p>cada semana.</p> <p>Los valores aprendidos ella los transmitió a sus hijos. Ve la muerte como algo natural o un proceso por el cual todos tenemos que pasar.</p>		
Trabajo y realización	<p>Rol familiar: mujer, madre, abuela. Ella se siente satisfecha por cumplir sus responsabilidades</p>	<p>Para ella es importante cuidar el ingreso económico de sus hijos.</p>	<p>Parcialmente dependiente</p>
Jugar y participar en actividades recreativas	<p>No le gusta jugar, refiere no tener ánimo.</p> <p>Considera parte de su recreación manualidades, Hacer composturas de ropa</p>		<p>Independiente</p>
Aprendizaje	<p>Para ella la escuela es un lugar en donde se aprende a</p>	<p>Utiliza lentes, los demás sentidos están en buenas condiciones.</p>	<p>Independiente</p>

	leer y escribir. Es capaz de aprender.		
--	---	--	--

3.3. NECESIDADES Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

NECESIDADES	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
1. Respiración y circulación	Riesgo de disfunción neurovascular periférica. <u>Relacionado con:</u> incapacidad parcial de movimiento.
2. Nutrición e hidratación	Alteración por desnutrición por defecto: <u>relacionado con:</u> stress / ansiedad. <u>Manifestado por:</u> saciedad inmediata (prueba 2 o 3 bocados)
3. Eliminación	Urinaria: Riesgo de infección <u>relacionado con:</u> tiempo prolongado de sonda Foley. Eliminación: Estreñimiento <u>relacionado con:</u> falta de actividad física, ingesta insuficiente de fibras y líquidos <u>Manifestado por:</u> presencia de evacuaciones cada 2 a 3 días y heces duras.
4. Movimiento: mantener postura adecuada	Deterioro de la movilidad física: <u>Relacionado con:</u> trastorno musculo esquelético <u>manifestado por:</u> dificultad para girarse en la cama.
5. Necesidad de dormir y descansar	Alteración del patrón de sueño: <u>Relacionado con:</u> cambios ambientales, estrés, dolor musculo esquelético, <u>manifestado por:</u> sueño superficial de 7 horas alternadas 3 sueño por 1 de vigilia durante la noche, dificultad para conciliar el sueño,
6. Vestirse y desvestirse	Déficit de autocuidado: vestirse/acicalamiento: <u>Relacionado con:</u> problemas de la movilidad física <u>manifestado por:</u> dificultad para ponerse o quitarse sus pantalones, ponerse ropa interior por miedo a lastimarse, dificultad del arreglo personal.
7. Higiene	Déficit de autocuidado: baño/higiene: <u>Relacionado con:</u> problemas de la movilidad física <u>manifestado por:</u> dificultad para bañarse por si sola

8. Seguridad	Temor: <u>Relacionado con:</u> Dificultad para la movilización <u>manifestado por:</u> ansiedad, miedo, desconfianza a no volver a caminar.
--------------	--

3.4. PLAN DE CUIDADOS

3.5.1. NECESIDAD: Respiración y Circulación.

DX DE RIESGO: Riesgo de disfunción neurovascular periférica. Relacionado con: incapacidad parcial de movimiento. **OBJETIVO:** Doña Cenobia mejorará su circulación con ejercicios, masajes y movilización en cama

INTERVENCIÓN ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
Favorecer la circulación con masajes en miembros inferiores. Realizar ejercicios y movilización	Los masajes en la misma dirección que el acceso venoso favorece la circulación. La movilización	Doña Cenobia favorece su circulación. Que doña	Doña Cenobia obtuvo una buena circulación y buena recuperación de su cirugía.

frecuente en cama	en la cama así como los ejercicios en las piernas favorecen la circulación previniendo las úlceras así como disminuir el dolor	Cenobia sufra menos dolor y evite una úlcera en la pierna	Se disminuyó el dolor con la posición y los ejercicios circulatorios.
-------------------	--	---	---

3.4.2. NECESIDAD: Nutrición e hidratación

DX REAL: Alteración por desnutrición por defecto: relacionado con: stress / ansiedad.

Manifestado por: saciedad inmediata (prueba 2 o 3 bocados)

OBJETIVO: Doña Cenobia disminuirá su stress y mejorara su apetito con la comunicación y asistencia de sus hijos con frecuencia a este lugar donde ella se encuentra

INTERVENCIÓN ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
Se le explica a doña Cenobia la importancia del consumo de alimentos para su bienestar. Se le ofrecerá alimentación que se le antoje se le cocinara lo que ella dese comer	La ingesta de alimentos adecuados favorecerá su stress y ansiedad. Le cocinarán a doña Cenobia lo que a ella le gusta, y desea comer, le ruega cuantas veces sea necesario. Y se lo dará en varias porciones durante el día.	Doña Cenobia aumentara su cantidad de consumo de alimentos ahora en mayores porciones. Se le ofrece colaciones entre comidas lo cual favorecerá la cantidad de alimento que consuma.	Disminuyo su stress de doña Cenobia y aumento sus cantidades de comida ya que le ofrecen lo que a ella se le antoja Mejora su alimentación ella pide comer lo que se le antoja y su hermana le cocina lo que ella pide.

DX REAL: ALTERACIÓN POR DESNUTRICIÓN POR DEFECTO: RELACIONADO
 CON: decaimiento. MANIFESTADO POR: cansancio, palidez, desaliento.

OBJETIVO: Doña Cenobia cambiara su palidez por color rosado, disminuirá el cansancio y desaliento.

INTERVENCIÓN ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
Se realizará una dieta adecuada que favorezca a la producción de glóbulos rojos y disminuya la anemia.	La ingesta adecuada de alimentos que contengan hierro favorecerá la producción de glóbulos rojos y disminuirá la anemia.	Doña Cenobia consumirá mayor cantidad de alimento que contenga hierro y así favorecerá la anemia.	Con el tiempo prolongado de consumo de alimentos doña Cenobia aumento su hemoglobina y disminuyo su cansancio y palidez.

3.4.3. NECESIDAD: Eliminación

DX DE RIESGO: Urinaria: Riesgo de infección relacionado con: tiempo prolongado de sonda Foley.

OBJETIVO: Doña Cenobia mantendrá limpio y seco el área vaginal para disminuir el riesgo mientras permanezca con la sonda

INTERVENCIÓN ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
Se le hará su aseo vulva diariamente	Si se mantiene el área limpia se seca	Su zona vaginal se mantiene seca,	Mientras se encontró

y cuantas veces sea necesario, así se mantendrá seca el área de la sonda evitando contaminación.	se evitan las infecciones ya que la humedad favorece la incubación de bacterias.	se limpia diariamente por la mañana y cuantas veces es necesario.	instalada la sonda, no presentó cambios de coloración vaginal por consecuente no hubo infección.
--	--	---	--

DX REAL: Eliminación: Estreñimiento relacionado con: falta de actividad física, ingesta insuficiente de fibras y líquidos Manifestado por: presencia de evacuaciones cada 2 a 3 días y heces duras

OBJETIVO: Doña Cenobia lograra ingerir una mejor dieta rica en fibra además de una ingesta de líquidos adecuada.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
Se recomienda una dieta rica en fibras como son: frutas, legumbres, cereales y mayor ingesta de líquidos.	Una dieta rica en fibra favorece una evacuación menos dura ya que incrementa los movimientos intestinales.	Doña Cenobia mejorará su patrón de eliminación con menos dolor y mayor frecuencia.	Aumenta la cantidad del consumo de fibras e ingesta de líquidos. Su eliminación continua siendo cada tercer día mínimo.
Se recomienda una serie de movimientos y ejercicios para favorecer la movilización	Los movimientos circulares en la dirección del las manecillas del reloj favorecen la movilización	Doña Cenobia se realizará sola sus ejercicios de movilización intestinal y quedará	Con los ejercicios no se mejoro la frecuencia de evacuaciones

intestinal y con ello una mejor eliminación fecal.	intestinal.	satisfecha con su eliminación.	pero ella se siente a gusto de su estomago.
--	-------------	--------------------------------	---

3.4.4. NECESIDAD: Movimiento: mantener postura adecuada

DX DE RIESGO: **Deterioro de la movilidad física:** Relacionado con: trastorno musculoesquelético manifestado por: dificultad para girarse en la cama.

OBJETIVO: Doña Cenobia recuperara el movimiento en un alto porcentaje y podrá valerse por si sola para la movilización en cama

INTERVENCIÓN ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
La enfermera colocara una sabana clínica y orientara a los familiares a movilizarla con frecuencia y así favorecer la circulación y evitar el cansancio en una posición.	La sabana clínica sirve de apoyo y ayuda para un manejo adecuado de la paciente durante su estancia en cama, favoreciendo una buena circulación. Con una buena circulación y movimientos continuos se mantiene una piel integra evitando escaras.	La movilización es frecuente y sin daño o riesgo para la cirugía.	Doña Cenobia se siente satisfecha ya que la movilización con frecuencia no la deja que se sienta cansada en una sola posición.

3.4.5. NECESIDAD: Necesidad de dormir y descansar

DX REAL: **Alteración del patrón de sueño:** Relacionado con: cambios ambientales, estrés, dolor musculoesquelético, manifestado por: sueño superficial de 7 horas alternadas 3 sueño por 1 de vigilia durante la noche, dificultad para conciliar el sueño,

OBJETIVO: Doña Cenobia descansara adecuadamente, durmiendo sus horas completas con una mejor calidad de sueño.

INTERVENCIÓN ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Dar una posición adecuada a la pierna para disminuir el dolor.</p> <p>Se le sugiere a la familia le llamen por teléfono con frecuencia y la visiten con frecuencia para tranquilidad de doña Cenobia.</p> <p>Se le prepara un te de azahares el cual la tranquilizara y podrá dormir mas relajada.</p>	<p>Con la posición adecuada de miembros inferiores disminuye el dolor, y doña Cenobia descansara mejor durante la noche.</p> <p>Sabiendo que sus hijos y nietos se encuentran bien ella se siente tranquila y cuando alguno de sus hijos la visita ella se siente tranquila.</p> <p>Dentro de la herbolaria los azahares son un buen somnífero y relajante mental.</p>	<p>Con la posición adecuada disminuye el dolor y ella conciliara el sueño</p> <p>Cuando uno de sus hijos la visita y le trae razón de los demás ella disminuye su ansiedad.</p> <p>Duerme mejor gracias al té o a la fe que ella le tiene.</p>	<p>Duerme un poco más pues no hay dolor en pierna derecha</p> <p>El estado de ánimo de doña mejora cuando la visitan sus hijos.</p> <p>Ella y duerme mejor. Con un sueño más profundo.</p>

3.4.6. NECESIDAD: Vestirse y desvestirse

DX DE RIESGO: Déficit de autocuidado: vestirse/acicalamiento: Relacionado con: problemas de la movilidad física

OBJETIVO: Doña Cenobia se arreglará por sí sola con la ropa que ella elija y no la incomode

INTERVENCIÓN ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
Le sugiere a doña Cenobia el tipo de ropa que puede usar, ofertándole diferentes colores en batas.	De acuerdo a su estado de ánimo ella elige el color de bata que desea ponerse	Después de su baño de esponja elige que bata se va a poner, con la que se siente cómoda por holgada y fresca	Ella se siente cómoda con lo que eligió cada día para arreglarse.

3.4.7. NECESIDAD: Higiene

DX DE RIESGO: Déficit de autocuidado: baño/higiene: Relacionados con: problemas de la movilidad física manifestado por:

Dificultad para bañarse por si sola

OBJETIVO: Doña Cenobia lograra levantarse al baño ayudada por su andadera.

INTERVENCIÓN ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
Se le da su baño de esponja diariamente, por las mañanas.	Con un baño diario evitamos una infección en herida, con los movimientos evitamos escaras y doña Cenobia se siente cómoda, fresca y dice relajarse.	Después del baño, doña Cenobia se ve más segura de si misma, lista para recibir sus visitas diarias ya que son muchas.	Se alegra de que la bañen aun cuando a ratos se deprime,por no poderlo hacer sola y en la regadera.

3.4.8. NECESIDAD: Seguridad

DX DE RIESGO: Temor: Relacionado con: Dificultad para la movilización manifestado por: ansiedad, miedo, desconfianza.

OBJETIVO: Doña Cenobia lograra vencer sus miedos a poder volver a caminar, cederá su ansiedad y desesperación al querer hacer las cosas ella y no poderse desplazar por si sola.

INTERVENCIÓN ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
Ayudar a doña Cenobia con la movilización en	Con la movilización en cama, descansa de	Por ratos logra una estabilidad emocional, de	Se logró la estabilidad emocional y

cama mientras el médico indique reposo y movilización en cama.	una misma posición, así como evitar escaras por la posición.	tranquilidad, y seguridad de que ella podrá valerse por si misma. La terapia le gusta ya que	tranquilidad ya que puede valerse por si misma. Se siente contenta con la terapia la relaja y le da fuerzas para seguir adelante.
Se le dará terapia de rehabilitación mientras ella puede valerse por si misma.	Con la terapia se agiliza el movimiento de sus piernas y se reafirma la fuerza para cuando ella vuelva a caminar.	siente cómodos los masajes y la alienta a echarle más ganas.	

3.5. PLAN DE ALTA

Se trabajo con Doña Cenobia durante su recuperación en casa, que abarco desde el 28 marzo hasta el 31 julio fecha en que la dio de alta su médico para que se regresara a su casa en los Estados Unidos.

Con el consentimiento de Doña Cenobia, se hizo el seguimiento de su caso aprovechando que tenía cuidados especiales en casa.

El día 31 de julio del 2008 se dio por concluido el proceso con ella, obteniendo como resultados:

NECESIDAD	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	VALORACION DEL ALTA
1. respiración y circulación	Riesgo de disfunción neurovascular periférica. <u>Relacionado con:</u> Incapacidad parcial de movimiento.	Doña Cenobia obtuvo una buena circulación y buena recuperación de su cirugía. Se disminuyó el dolor, con la posición y los ejercicios circulatorios.
2. Nutrición e hidratación	Alteración por desnutrición por defecto.- <u>Relacionado con:</u> Stress / ansiedad. <u>Manifestado por:</u> Saciedad inmediata (prueba 2	Disminuyo su stress de doña Cenobia, y aumento sus cantidades de comida; se le ofrecen lo que a ella se le antoja Mejora su alimentación,

	<p>o 3 bocados)</p> <p>Alteración por desnutrición por defecto.- relacionado con: Anemia.</p> <p><u>Manifestado por:</u> cansancio, palidez, desaliento.</p>	<p>comiendo lo que le gusta.</p> <p>Con el tiempo prolongado de consumo de alimentos, doña Cenobia aumentó su hemoglobina y disminuyó su cansancio y palidez.</p>
3. Eliminación	<p>Urinaria.-Riesgo de infección <u>relacionado con:</u> Tiempo prolongado de sonda Foley.</p> <p>Eliminación.-Estreñimiento <u>Relacionado con:</u> falta de actividad física, ingesta insuficiente de fibras y líquidos <u>Manifestado por:</u> Presencia de evacuaciones cada 2 a 3 días y heces duras</p>	<p>Mientras se encontró instalada la sonda no presentó cambios de coloración vaginal, por consecuente no presentó infección.</p> <p>Durante esta temporada de reposo en cama se logro aumentar la cantidad del consumo de fibras, e ingesta de líquidos.</p> <p>Su eliminación continúa siendo cada tercer día mínimo.</p> <p>Con los ejercicios no se mejoró la frecuencia de evacuaciones, pero ella se siente satisfecha de su estomago; porque la hace canalizar gases.</p>
4. Movimiento: mantener postura adecuada	<p>Deterioro de la movilidad física.- <u>Relacionado con:</u> Trastorno musculo esquelético</p> <p><u>Manifestado por:</u> Dificultad para girarse en la cama.</p>	<p>Doña Cenobia se siente satisfecha ya que la movilización con frecuencia, no la deja que se sienta cansada en una sola posición.</p> <p>Con la constancia de los</p>

		ejercicios disminuyó el dolor y aumentó la fuerza de su pierna izquierda.
5. Necesidad de dormir y descansar	<p>Alteración del patrón de sueño.- <u>Relacionado con:</u> Cambios ambientales, estrés, dolor musculo esquelético,</p> <p><u>Manifestado por:</u> Sueño superficial de 7 horas alternadas 3 sueño por 1 de vigilia durante la noche, dificultad para conciliar el sueño,</p>	<p>Duerme un poco más ya que no hay dolor en pierna derecha</p> <p>Se siente querida por su familia. Recibe llamadas telefónicas y eso la hace sentir contenta.</p> <p>En algunas ocasiones la visita alguno de sus hijos y el trae razón de los demás, y ella se siente querida.</p> <p>El té la hacen sentir más tranquila dice ella y duerme mejor. Con un sueño más profundo.</p>
6. Vestirse y desvestirse	<p>Déficit de autocuidado: vestirse/acicalamiento.-</p> <p><u>Relacionado con:</u> Problemas de la movilidad física</p>	Ella se siente cómoda con lo que eligió cada día para arreglarse.
7. Higiene	<p>Déficit de autocuidado: baño/higiene:</p> <p><u>Relacionado con:</u> Problemas de la movilidad física <u>Manifestado por:</u> Dificultad para bañarse por si sola</p>	Se alegra de que la bañen aun cuando a ratos se deprime, por no poderlo hacer sola y en la regadera.
8.- Seguridad	<p>Temor.- <u>Relacionado con:</u> Dificultad para la movilización</p> <p><u>manifestado por:</u> Ansiedad, miedo, desconfianza.</p>	<p>Se logró la estabilidad emocional y tranquilidad ya que puede valerse por si misma.</p> <p>Se siente contenta con la</p>

		terapia la relaja
--	--	-------------------

CONCLUSIONES

Al desarrollar el proceso de enfermería, se reconoce la importancia de contar con un modelo que guíe la práctica de enfermería, como el de Virginia Henderson, ya que junto con el proceso de enfermería, nos da la oportunidad de ver a la persona desde todos los aspectos identificando así sus problemas o factores de riesgo que comprometan su salud.

Doña Cenobia mejoró su padecimiento en un 75% ya que camina por si sola apoyada con una andadera, y en ocasiones con un bastón esto gracias a que ella colaboró en su rehabilitación con agrado.

Al realizar la valoración de las catorce necesidades básicas resultó difícil valorar aquellas que requieren de ayuda, así que las especificamos y nos enfocamos especialmente en ellas para una favorable recuperación.

La experiencias que me dejó trabajar con una mujer adulta mayor, fue enriquecedora, y me di cuenta que son personas con enormes capacidades, experiencias y aptitudes, y una fuerza de voluntad para luchar por lo que ella quería

PROPUESTA DE TRABAJO

Para lograr un mejor manejo de lo que es el proceso enfermero, sería tener una enseñanza adecuada. Con las teóricas reconocidas.

Una unificación de criterios sería lo ideal, y se lograría viendo al usuario desde un mismo punto de vista, es cuestión de platicarlo entre compañeros, y exponer cada uno su punto de vista, tratando de llegar a un acuerdo con los conocimientos que tenemos.

Conociendo adecuadamente los pasos a seguir de acuerdo con cada teórica o bien con nuestra propia manera de evaluar las necesidades, podemos llevar continuidad en un mismo paciente en diferentes turnos, así lograr objetivos a corto y mediano plazo; estableciendo otros a largo plazo en su domicilio.

Con una enseñanza y práctica continua lograremos ser excelentes trabajando con un proceso adecuado a cada necesidad de usuario o paciente.

Lograremos un México más sano y con más gente preparada en todos los ámbitos.

BIBLIOGRAFIA

1. Collier, MF. Promover la vida. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, España, 1993. 395 pp.
2. Donahue, PM. Historia de la enfermería. Editorial Doyma, España, 1985. 506 pp.
3. Fernández, FC, Novel, MG. El proceso de atención enfermería. Estudio de casos. Editorial Masson, 1999. 115 pp.
4. García, GM de J. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. 1º Edición. Editorial Progreso, México, 1997. 323 pp.
5. Hernández, CJ, Esteban, AM. Fundamentos de enfermería. Teoría y Método. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, España 1999. 152 pp.
6. Iyer, W, Taptich, B, et al. Proceso y diagnóstico de enfermería. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1995. 437 pp.
7. Kerouac, S, Pepin, J, et al. El pensamiento enfermero. Editorial Masson, Barcelona, 167 pp.
8. Kozier, B, et al. Fundamentos de enfermería. 5ª Ed, vol 1 Conceptos, procesos y práctica. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1999.
9. Marriner, TA, Raile, AM. Modelos y teorías de enfermería. 4ª Ed. editorial Harcourt Brace, España, 1999. 555 pp.
10. Murray, ME, Atkinsón, LP. Proceso de atención enfermería. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1996. 225 pp.
11. Phaneuf, M. La planificación de los cuidados enfermeros. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México.
12. Rosales, BS, Reyes, GE. Fundamentos de enfermería. Editorial Manual Moderno, México, 1999. 556p.
13. Siles, J. Historia de la Enfermería. Editorial Aguaclara, España, 1999. 375

14. Dueñas, F, JL. El Proceso de Atención de Enfermería. Consultado el 22 de abril 2006. Disponible en: www.terra.es/personal/duenas/pae.htm
15. Mark H Beers, MD, Andrew J. Fletcher, MB, BChirs, Tomas V Jones, MD, MPH, y Robert porter, nuevo manual merck editorial oceano, pags 2171,
16. Kasper, Braunwald, Fauci, Hauser, Longo, Jameson, Harrison. PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA 16ª 2006 Ed. Mc Graw Hill
17. José Narro Robles, Octavio Rivero Serrano, Joaquín J. López Barcenás DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN LA PRACTICA MEDICA Ed. Manual Moderno 2006 pp. 818
18. David M Cline, O. Jonh May, Judith E Tintinalli, Gabor D. Kelen, J. Stephan Stapezynskil, MANUAL DE MEDICINA DE URGENCIAS Ed. Mc Graw Hill 5ª ed. Pp1165
19. Nancy Burns, Susan K. Grove, Investigación de Enfermería, 2004, Ed. Saunders, 3ra. Edición, España,
20. Carpenito L J. Diagnósticos de Enfermería. Ed. Interamericana Mc Graw – Hill. 3ª edición. 2000
21. García, GM de J. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. 1º Edición. Editorial Progreso, México, 1997.
22. M. García Carrasco, R. Sanmarti, J.D. Cañete, G. S. Alarcon Avances en artritis reumatoide Ed. Arava 2001 pp190
23. curso latinoamericano sobre osteoporosis dra. claudia campusano y dra. sonia cerdas. 10 tomos.
24. MANUAL DE LA ENFERMERA BRUNNER Ed. Interamericana/Mc Graw-Hill 6 tomos
25. La urgencia medica de hoy vol. 5 may-ago 2002
26. Manejo de fracturas y colocación de clavo intramedular Ed. Medigraphic asociación mexicana de medicina y cirugía de traumatología a.c.
27. R.B.Salter trastornos y lesiones del sistema musculoesquelético 2ª ed.2003 Ed. SALVAT pp.623
28. Alfaro. R. aplicación del proceso enfermería. Ediciones Mc Graw Hill; 1995
29. http://es.wikipedia.org/wiki/Historia_de_la_nica
30. http://www.abcmedicus.com/articulo/medicos/2/id/430/pagina/1/historia_clinica_elemento.html.

31. http://www.ulpgc.es/descargadirecta.php?codigo_archivo=4479 -

ANEXOS

COMENTARIO

Creo que aun nos falta mucho en cuestión de conocimientos y práctica para realizar el proceso.

No es difícil realizarlo. Pero con la convivencia que tenemos directamente con el paciente es fácil valorar la evolución, que va teniendo; en ocasiones lo detectamos primero que los familiares.

Es bonito realizar los procesos de nuestros pacientes solo que al no tener unificación de criterios, y todos tenemos puntos de vista diferentes no siempre se le da continuidad al proceso.

Otras veces es porque no se lleva una continuidad en los diferentes turnos, y el único afectado es el paciente; por lo que si se unificaran los diagnósticos y procesos, el beneficiado es el usuario.

GLOSARIO DE TERMINOS

P.A.E.- Proceso Atención Enfermería

P.E.S. Problema –Etiología –Signos/Síntomas.

P.E.- Problema – Etiología / Factores de Riesgo

VALORACIÓN.- Crear una base de datos sobre las respuestas de un Paciente.

DIAGNOSTICO.- establecer un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia y comunidad,

PLANEACIÓN.- Organización de las necesidades (diagnósticos de Enfermería),

EJECUCIÓN.- Se aplican los cuidados de enfermería en base a lo Planeado

EVALUACIÓN.- los resultados obtenidos

OSTEOSINTESIS.- Tratamiento quirúrgico de fracturas, en que la Fractura es reducida y fijada en forma estable.

NANDA.- (antes llamada North American Nursing Diagnosis Association) es una sociedad científica de enfermería cuyo Objetivo es estandarizar los Diagnósticos.

SIGNOS VITALES.- Conjunto de variables fisiológicas que son la Presión arterial, la frecuencia cardíaca, la Frecuencia respiratoria y temperatura corporal.

T/A. - Presión Arterial

F.C. Frecuencia Cardíaca.

F.R. Frecuencia Respiratoria.

TEM. Temperatura

PERISTALSIS.- Es una serie de contracciones musculares rítmicas y Coordinadas que ocurren a todo lo largo del [tracto Gastrointestinal](#).

ESTREÑIMIENTO.- Es una [defecación](#) infrecuente o con esfuerzo, Generalmente de heces escasas y duras.

GERARQUIZACIÓN.- Organización o clasificación en niveles.

ABDUCCIÓN.- un tipo de movimiento de una parte del cuerpo Respecto a otra, en dirección transversal, proviene del Latín abductio (separación).

ADUCCIÓN.- Movimiento por el que una parte del [cuerpo](#) se aproxima al plano De simetría [sagital](#) de éste. Es el movimiento contrario a la [Abducción](#).