



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

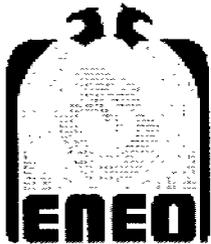
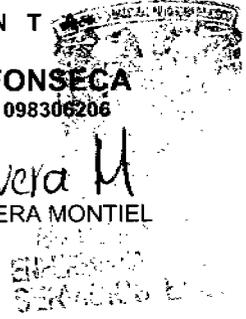
"ESTUDIO DE CASO A UNA PERSONA ADULTA QUE PRESENTA
DEPENDENCIA EN LA NECESIDAD DE:
COMUNICACIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGOS"

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

AIDA SANTANA FONSECA
NUMERO DE CUENTA 098306206

Angelino Rivera M
Asesor: LEO ANGELINA RIVERA MONTIEL



NOVIEMBRE 2007.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Santana Fonseca, Aída Abril 2008.

Autoriza a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Aída Santana
Fonseca

FECHA: 14 de Abril de 2008

FIRMA: 

ÍNDICE

Introducción	3
Justificación	4
I. Objetivos	5
Objetivo general.....	5
Objetivos específicos.....	5
II. Marco Teórico	6
2.1 <i>Cuidado</i>	6
2.1.1. Concepto.....	6
2.1.2. Antecedentes históricos.....	6
2.1.3. Tipos de cuidado: Care y Cure.....	7
2.1.4. Connotaciones del cuidado.....	8
2.2 <i>Enfermería</i>	9
2.2.1. Concepto.....	9
2.2.2. Antecedentes históricos.....	9
2.2.3. Metaparadigma.....	13
2.3 <i>Proceso de Atención de Enfermería</i>	13
2.3.1. Concepto.....	13
2.3.2. Antecedentes históricos.....	14
2.3.3. Objetivos.....	15
2.3.4. Etapas del proceso.....	16
2.4 <i>Modelo conceptual de Virginia Henderson</i>	22
2.4.1. Antecedentes históricos.....	22
2.4.2. Principales conceptos.....	23
2.4.3. Necesidades básicas.....	24

2.5. <i>P.A.E. y el modelo conceptual de Virginia Henderson</i>	31
2.5.1. Concepto.....	31
2.5.2. Antecedentes históricos.....	32
2.5.3. Principios o supuestos teóricos.....	32
2.5.4. Etapas del PAE de Virginia Henderson.....	33
2.6. <i>Estrés quirúrgico y ansiedad</i>	34
2.7. <i>Enfermería perioperatoria</i>	35
2.8. <i>Calidad de los servicios de enfermería</i>	36
2.9. <i>Indicadores de calidad del cuidado</i>	37
III. Metodología	55
3.1. <i>Descripción</i>	55
3.2. <i>Valoración</i>	56
3.2.1. Fuentes de información.....	55
3.2.2. Técnicas utilizadas para la obtención de información.....	56
3.2.3. Instrumento de registro.....	57
Historia clínica.....	58
3.3. <i>Diagnóstico de Enfermería</i>	61
3.4. <i>Planeación</i>	62
3.5. <i>Ejecución</i>	63
3.6. <i>Evaluación</i>	63
IV. Guía de valoración de enfermería	65
<i>Análisis de las necesidades o factores de dificultad</i>	71
<i>Conclusión diagnóstica de enfermería</i>	78
<i>Plan de atención</i>	79
V. Conclusiones	91
VI. Bibliografía	93

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el profesional de enfermería debe de estar preparado para poder brindar un cuidado profesional basado en una metodología que le permita valorar, realizar diagnósticos de enfermería y tomar decisiones acertadas que garanticen un cuidado de calidad, por lo tanto es necesario que al egresar de la carrera cuente con los elementos básicos teórico – prácticos que le permitan llevar a cabo dicha labor.

Consecuentemente, como muestra de ello, se presenta el presente Estudio de Caso, a una mujer aparentemente sana, probable donadora renal, a través de la metodología del Proceso de Atención de Enfermería, guiado a través de los conceptos básicos de Virginia Henderson.

Estará conformado por tres capítulos elementales; el primero de ellos se referirá al Marco de Referencia, en el cual se abordan algunos aspectos conceptuales básicos para su fundamento; en el siguiente se encontrará la metodología a través de la cual se llevará a cabo; en el tercer capítulo se presentará el Estudio de Caso, de acuerdo a la metodología seleccionada como es: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación y evaluación de las intervenciones y por último se presentarán las conclusiones referentes al Estudio de Caso.

JUSTIFICACIÓN

Al término de la formación profesional, el egresado debe demostrar que cuenta con los elementos teórico – prácticos para poder ofrecer un cuidado profesional; en este sentido y con fines de titulación, se tomó la decisión de realizar un Estudio de Caso a través de la metodología del Proceso de Atención de Enfermería, ya que a través de él, se podrá constatar que el pasante de enfermería cuenta con los elementos necesarios que le permiten la toma de decisiones y que cuenta con las habilidades y destrezas mediante las cuales pueda ejercer con base a conocimientos científicos, disciplinarios y humanísticos el Cuidado Enfermero.

El estudio de caso, estuvo centrado en una paciente femenina, que al requerir tratamiento quirúrgico, presentó dependencia en algunas de sus necesidades. Para tal efecto se tuvo como ejes fundamentales al Proceso de Atención de Enfermería y el Modelo Conceptual de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

I. OBJETIVOS

1.1. Objetivo general.

A través de la metodología del Proceso de Atención de Enfermería y sustentado en los conceptos básicos de Virginia Henderson, llevar a cabo un Estudio de Caso que permita evidenciar que el pasante de enfermería cuenta con los elementos teóricos – metodológicos para ejercer el Cuidado Profesional de Enfermería.

1.2. Objetivos específicos.

1.2.1. Crear una base de datos con relación a la persona, para conocer el grado de dependencia con el que cuenta, así como las causas y problemas que lo originan.

1.2.2. Realizar un análisis de los datos obtenidos para establecer los diagnósticos de enfermería.

1.2.3. Con base a los diagnósticos establecidos, se definirán los roles de enfermería (suplencia, ayuda, acompañamiento) y planear los cuidados asistenciales que ayuden a suplir los cuidados que por sí mismo no puede realizar la persona.

1.2.4. Ejecutar los cuidados planeados bajo el sustento de una fundamentación científica.

1.2.5. Evaluar el impacto de los cuidados de enfermería en función del logro de las necesidades, de la satisfacción (independencia), y si fuese necesario reorganizar el Plan de Intervención.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 CUIDADO

2.1.1. Concepto.

¹“El cuidado es una actividad que ha existido desde el inicio de la humanidad, pues es algo innato y fundamental en la vida de las personas”.

Todo aquello que concierne a la persona, a su defecto físico, a su enfermedad, su entorno y su medio ambiente. Poner en marcha todo aquello que mueve su energía, su potencial de vida. La acción se centra en todo aquello que mejora las condiciones que favorecen el desarrollo de la salud para prevenir y limitar la enfermedad, y en todo aquello que revitaliza al ser humano cuando está enfermo.

2.1.2. Antecedentes históricos.

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

Siguiendo a Colliere², “cuidar es un acto de vida que significa una variedad infinita de actividades dirigidas a mantener la vida y permitir la continuidad y la reproducción. Es un acto individual, dado por uno mismo y para uno mismo, en el momento en que la persona adquiere la autonomía precisa para ello.

¹ García, Catalina. Historia de la Enfermería, Madrid, Harcourt, 2001. p 179.

² Colliere, M. F. Promover la vida, Interamericana, Mc Graw-Hill, Madrid, 1993.

Igualmente, es un acto recíproco que supone dar a toda persona que, temporal o definitivamente, tiene necesidad de ayuda para asumir sus cuidados de vida. Por tanto, el cuidar es una actividad sencilla y habitual en el ser humano, que practica continuamente como parte integrante de las actividades diarias de las personas, para responder a la aspiración esencial de cubrir las necesidades fundamentales”.

2.1.3. Tipos de cuidados: care y cure.

La forma organizada de cuidar constituye una disciplina humana y sanitaria, que utiliza conocimientos de las ciencias físicas, biológicas, sociales, etc.

Enfermeras y destacados organismos profesionales de enfermería, sitúan las funciones de enfermería en tres áreas: independientes, interdependientes y dependientes.

- *Independientes*: las que la enfermera está capacitada para atender y están incluidas en el campo del diagnósticos y tratamiento de enfermería.
- *Interdependientes*: son las que desarrollan mediante una labor de equipo.
- *Dependientes*: son las actividades que la enfermera desarrolla de acuerdo con las órdenes médicas.

*Care*³: “Cuidados permanentes y cotidianos que tiene como única función mantener la vida”.

Cure^{3,4}: “Relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida... tiene por objeto limitar la enfermedad, luchar contra ella y atacar la causa”.

Los cuidados son imprescindibles para curar y recuperar la salud, puesto que no puede haber curación sin previo cuidado, aunque pueda existir el cuidado sin curación.

³ Op-cit, Pp 1.

⁴ IDEM Pp. 34.

La universalidad de los cuidados revela la naturaleza común de los seres humanos y de la humanidad, mientras que la universalidad de los cuidados pone de manifiesto la variabilidad y las características únicas de los seres humanos.

2.1.4. Connotaciones del cuidado.

El cuidado es el objeto de conocimiento de la Enfermera y criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud.

⁵“Cuidados profesionales son aquellas acciones, conductas, técnicas, procesos o patrones aprendidos cognitivamente y culturalmente, que permiten ayudar a un individuo, familia o comunidad a mantener o desarrollar condiciones saludables de vida. “

Los hombres tienen la salud y la enfermedad según la vida que llevan. Utilizar en el cuidado enfermero una sola fuente de explicación a la enfermedad es alejar, eliminar y rechazar los factores de orden cultural, social, económico, etc., que deben tenerse en cuenta para que el cuidado sea integral. De esta forma, la atención basada en la unicausalidad tiene que dar paso a la atención integral fundamentada en la pluralidad de conocimientos.

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

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

⁵ Antología. El Cuidado: objeto de conocimiento de la Enfermería como Disciplina, ENEO, UNAM, 2007 p 35-41.

2.2. ENFERMERÍA

2.2.1. Concepto.

⁶“Asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de las actividades que contribuyan a la conservación de su salud, a la recuperación de la misma o a una muerte pacífica; y que el paciente llevaría a cabo sin ayuda, si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo mas rápidamente posible.”

La labor de enfermería está orientada no sólo a la labor del individuo enfermo, que requiere una intervención concreta para el alivio de sus padecimientos y la recuperación de la salud, sino también hacia el individuo sano, en el área de la promoción de la salud.

Se basa en una perspectiva holística, biopsicosocial, que se centra en las respuestas humanas a los procesos mórbidos y de salud.

2.2.2. Antecedentes históricos.

⁷El origen de la enfermería profesional data del sistema implantado por Florencia Nightingale durante la Guerra de Crimea (1853 – 1856). De vuelta a Londres, después de la guerra, fundó escuelas y hogares para enfermeras en el Hospital H. Thomas de Londres.

En Europa, en el siglo XVII se proporcionaba entrenamiento a las mujeres que atendían a los enfermos; particularmente se cita la escuela de las diaconisas de Kaiserworth, Alemania, donde la misma Florencia Nightingale se entrenó.

Este primer sistema de formación profesional de enfermería, del modelo

⁶ García, María de Jesús. Proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson, México, Progreso, 2004. p. 12.

⁷ García, Catalina. Historia de la Enfermería, Madrid, Harcourt, 2001. p 121-184.

Nightingale, centra el proceso educativo en la práctica, estableciendo una fusión escuela-hospital. Se recibían cursos teóricos impartidos por los médicos, eran dirigidas por una directora encargada de establecer y hacer cumplir una serie de reglas, que conjuntamente con el proceso de socialización en los servicios, complementaba la instrucción de una disciplina y una moral rigurosa, simultánea a la formación técnica.

En este sistema, la enfermera ocupaba un lugar específico que no se confundía con el del médico ni con otro tipo de personal. Sus funciones y cualidades eran determinadas desde la misma escuela: puntualidad, orden, limpieza, método, habilidad técnica en curaciones, vendajes, tendido de camas, etc., dando relevancia a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

El sistema Nightingale tuvo amplia difusión en Europa y Estados Unidos, aunque con diferentes niveles de asimilación.

En Francia, la primera escuela "profesional" de enfermería se establece el 1° de abril de 1878, como una de las estrategias del Estado para proporcionar asistencia médica a los enfermos sin recursos. Cada vez más, se valoraba el papel de la enfermera como responsable del cuidado directo de los enfermos y colaboradora disciplinada pero inteligente del médico y del cirujano.

Para ello, se hacía necesaria su preparación técnica que le hiciera sentir orgullosa por su nivel científico.

El sistema, modelo Republicano, legítima a la enfermera en función al mérito derivado de sus capacidades y cualidades desarrolladas en el proceso de instrucción, que culminaba con la distinción de un diploma obtenido a través de un examen.

El programa de estudios obligatorio, fue establecido por la Asistencia Pública; incluía cursos teóricos y prácticos de anatomía, fisiología, técnicas de cuidado, asepsia e higienes impartidos por los médicos y cirujanos, así como por los que

aplicaban las “ventosas” y daban los baños, así se transmitía su “saber hacer”. El internado era obligatorio para las alumnas con el fin de inculcar la disciplina y responsabilidad para el servicio, así como la devoción de los enfermos.

En Estados Unidos hubo varias iniciativas para formar enfermeras desde principios del siglo XIX, sin embargo es hasta la mitad de este siglo cuando se fundan las escuelas consideradas como las pioneras en la formación de enfermeras, en el Hospital de Mujeres de Filadelfia en 1861 y la del Hospital de Mujeres y Niños de Nueva Inglaterra. Uno de los objetivos fundamentales, fue la preparación de enfermeras, que si inicia desde 1862, pero hasta 1872 se establece el programa formal de un año, siguiendo el ejemplo de las diaconisas de Kaiserworth. Su duración era de un año, con enfoque central en la experiencia práctica, se dividía en cuatro periodos: cirugía, medicina interna, maternidad y asistencia domiciliaria, así como guardias nocturnas hospitalarias.

Como consecuencia de la Guerra de Secesión, que hizo evidente la necesidad de enfermeras, acrecentó el interés por la formación existiendo ya en 1873 tres escuelas bien organizadas basadas en el Modelo Nightingale, con programas de dos o tres años y se habían constituido dos asociaciones de enfermeras. Así, para principios del siglo, la enfermería comienza a consolidarse como campo profesional dirigido a mujeres, como consecuencia de la demanda de los servicios médicos y hospitalarios desarrollados a partir de los avances científicos, particularmente de la asepsia y la cirugía, así como del descubrimiento de los microorganismos y de la expansión de las oportunidades educativas para las mujeres y su genuino compromiso con el ser humano.

Con el nuevo siglo, las estudiantes cuentan con bases de la enfermería teóricas y prácticas. Por ello, es que desde 1899 contaban con un curso avanzado para la formación de enfermeras graduadas para dirigir escuelas y servicios de enfermería.

En México, en 1898, el Presidente Porfirio Díaz, estableció la primera “Escuela

Práctica y Gratuita de Enfermeros" en el Hospital de Maternidad e Infancia.

La primera enfermera que dirigió la escuela a partir de 1900 fue Rose Crowder, de nacionalidad norteamericana, egresó de la Escuela de Enfermeras del Hospital del Este, Illinois. Su plan de lecciones señala que la enseñanza de la enfermería debía iniciarse inculcando el orden, la limpieza y el uso del uniforme para continuar con los procedimientos. Mas adelante, la enfermera Rose Warden, estableció el plan de trabajo y un reglamento que guiarían la preparación de las jóvenes en el cuidado de los enfermos.

La labor de enfermería comprende tres niveles:

- 1) Nivel primario: encaminado al mantenimiento y promoción de la salud, así como la prevención de enfermedades. Este nivel implica una actividad de enfermería asistencial y pedagógica, se centra en la concienciación acerca de la importancia de la salud y la responsabilidad individual, familiar o comunitaria para mantenerla, así como en la oportuna información sobre los eventuales peligros que pueden amenazar la salud y los medios que pueden emplearse para conservar un estado óptimo de bienestar físico, psicológico y social.
- 2) Nivel secundario: corresponde a las intervenciones asistenciales o curativas que tratan los problemas de salud ya establecidos o potenciales y prevenir su eventual agravamiento, mediante la elaboración de un plan de actuaciones destinado a evitar o reducir el riesgo de posibles complicaciones.
- 3) Nivel terciario: dirigido a la rehabilitación y correspondiente a las intervenciones de enfermería, orientadas al apoyo del paciente en su adaptación a determinadas dificultades ocasionadas por un problema de salud y la superación de los efectos de eventuales secuelas. El objetivo de este nivel consiste en la consecución de un grado de satisfacción óptimo de las necesidades personales básicas a pesar de las limitaciones temporales o permanentes impuestas por el estado de salud.

2.2.3. Metaparadigma.

El paradigma de cualquier disciplina, es una declaración o un grupo de declaraciones que identifican los fenómenos relevantes para esa disciplina. Es un elemento transitorio y estratégico para la formación de la teoría. Marriner (1994) agrega que ⁸“el paradigma denota el sistema predominante de filosofía, ciencia y teoría adoptado por una disciplina. Designa aquello que un colectivo científico tiene en común. En esta matriz compartida por el colectivo, se incluye el conocimiento, la filosofía, la teoría, la experiencia educativa, la orientación práctica, la investigación y la literatura que se identifica con la disciplina”. Estas declaraciones presentan los fenómenos de interés de una manera general y global y nunca pretenden ser específicos y concretos. El metaparadigma actúa como una unidad encapsulante, o marco de referencia del cual se derivan estructuras mas específicas y restrictivas (Fawcett, 1984;1995).

Virginia Henderson afirma que ⁹“la enfermera es y debe ser legalmente una profesional independiente, capaz de hacer juicios independientes. Considera a la enfermera como la mayor autoridad en los cuidados básicos de enfermería.”

2.3. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

2.3.1. Concepto.

¹⁰Método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales.

⁸Antología. Teorías y Modelos para la atención de Enfermería, ENEO, UNAM, 2006. p 137.

⁹ IDEM Pp. 179.

¹⁰ García, María de Jesús. Proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson. México. Progreso, 2004. p. 21.

Los objetivos y características de la atención de enfermería son muy diversos y variados, tanto como lo son las personas, familias o comunidades; sus necesidades específicas, y los eventuales problemas de salud que presenten.

Desde una perspectiva holística, que toma en consideración todas las dimensiones del individuo y su entorno, se deben tener en cuenta, pues, las necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales del ser humano. Cualquier factor que impida o dificulte la satisfacción de tales necesidades, ya sea interno (individual) o externo (ambiental), priva al individuo de su total autonomía y puede requerir una intervención de enfermería destinada al restablecimiento de la salud en su sentido más amplio.

Ordenamiento lógico de actividades a realizar por la enfermera, para proporcionar atención de calidad al individuo, familia y comunidad.

2.3.2. Antecedentes históricos.

Para cumplir sus cometidos fundamentales, la enfermería práctica requiere la concepción y aplicación de un modelo o método a partir del cual se puedan estructurar de una manera eficaz todas las intervenciones, desde el primer contacto con el paciente hasta la finalización de las actividades dentro de un ámbito de responsabilidades.

El modelo plenamente aceptado en la actualidad es el método científico, considerado el más idóneo para la solución de problemas, basado en una secuencia elemental: la comprensión del problema, la recogida de datos, la formulación de hipótesis de trabajo, la comprobación de las hipótesis y la formulación de conclusiones.

El método científico general, basado en el conocimiento procedente de la información y la experiencia así como en la racionalización, aplicado al campo de la enfermería hace posible los siguientes puntos:

- Una mejor aproximación a los problemas y necesidades del paciente.
- Un adecuado establecimiento de prioridades en todo lo referente a las necesidades del paciente.
- La adecuada formulación de las estrategias de actuación oportuna para cubrir las necesidades del paciente.
- Una máxima eficacia y continuidad en el trabajo asistencial.
- Una óptima coordinación de las diferentes intervenciones del equipo sanitario.

Por el año de 1973 se introdujo en la enseñanza de las materias de enfermería, el proceso de atención de enfermería, porque se le consideraba un buen instrumento para dar un cuidado individual al paciente.

Se comparaba el Proceso de Enfermería, con el proceso de Resolución de problemas y el Método Científico, sosteniendo que, el Proceso de Resolución de Problemas es lo mismo que el Método Científico simplificado, y el Proceso de Enfermería, es el Proceso de Resolución de Problemas, con los mismos pasos, pero dando a los problemas, el nombre de necesidades.

2.3.3. Objetivos.

Con el propósito de precisar y solventar de manera eficaz las necesidades de cada paciente, es indispensable establecer una serie de pautas que, en su conjunto, constituyen el proceso de atención de enfermería. Se trata de un proceso continuo, integrado por diferentes etapas, ordenadas lógicamente, que tienen como objetivo fundamental la adecuada planificación y ejecución de los cuidados oportunos, orientados al bienestar del paciente. Tales etapas, están íntimamente relacionadas y son ininterrumpidas, puesto que el proceso de enfermería implica una actuación

constante y a todos los niveles para poder determinar y cubrir los requerimientos del paciente no sólo desde una dimensión física o biológica, sino también desde las perspectivas psicológica, sociológica, cultural y espiritual.

El proceso de enfermería abarca por una parte, la recogida, el análisis y la interpretación de los datos precisos para determinar las necesidades del paciente, y por otra, la planificación de los cuidados oportunos, su ejecución y su evaluación global. Pueden distinguirse cinco fases, cada una de las cuales debe ser adecuadamente cumplimentada para el logro satisfactorio de los objetivos: valoración, diagnóstico, planificación de cuidados, ejecución y evaluación.

2.3.4. Etapas del proceso.

Valoración: Es la primera etapa del proceso de atención de enfermería, en esta fase se reúne toda la mayor información posible para tener una imagen lo mas completa y apegada a la realidad sobre los problemas del paciente.

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

Las actividades a realizar son:

- Recolección de datos.
- Validación de datos.
- Organización de datos.
- Comunicación/anotación de datos.

Las fuentes de obtención de los datos son:

- Paciente y familia.

Medios: -observación

-entrevista

-interacciones

-valoración física.

- Registros médicos en el expediente.

- Registros de enfermería.
- Bibliografía referente al problema.

-Tipos de valoración de enfermería: similar a la valoración de necesidades básicas, en el Modelo de Virginia Henderson y da un panorama general de datos de dependencia o independencia en la satisfacción de las necesidades.

-Valoración focalizada: se centra sobre un grupo de signos que nos indican que existen un problema específico real o potencial. La valoración focalizada marca el camino para la valoración continuada. Si se ha identificado un problema real o potencial, deberán realizarse valoraciones periódicas para actualizar los datos, es decir, el estado de dependencia o independencia del paciente y familia.

-Valoración de los datos básicos: debe ser planificada, sistemática y completa, para asegurarse que se obtiene información pertinente. El instrumento para la valoración de los datos básico debe estar basado en un modelo de enfermería, orientado a las respuestas humanas, sin un enfoque de este tipo, no se obtendrá la información completa y no se estará tomando al paciente como un ser bio-psico-social y espiritual.

La valoración es un proceso continuo, en ella se conjugan tanto los datos básicos, como los que se van presentando cada día, como respuesta del paciente a las intervenciones de enfermería.

Diagnóstico: Es la segunda etapa del proceso de enfermería. Es un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta humana de un individuo o grupo, y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar de forma independiente. Facilita la tarea de informar sobre las actividades a los familiares, a sus superiores y al equipo de salud.

Es importante especificar las características que difieren en el diagnóstico médico y en el diagnóstico de enfermería, para tener mayor claridad al formular los diagnósticos de enfermería.

El diagnóstico médico se centra en el proceso patológico de una enfermedad concreta. Las manifestaciones clínicas indican que requiere atención médica.

El diagnóstico de enfermería se basa en las respuestas del paciente, que pueden ser de tipo fisiológico, psicológico, espiritual y social. Todas las situaciones que la enfermera puede atender de manera independiente.

El diagnóstico de enfermería se dirige particularmente al examinar las áreas donde se detectan funciones de enfermería de carácter independiente, las cuáles son: educación para la salud, cambio de actitudes hacia la salud, cambio de actitudes hacia el tratamiento para su cabal cumplimiento.

El diagnóstico de enfermería se apoya en datos objetivos y subjetivos que se pueden constatar, y deben ser validados por el paciente cuando esto sea posible.

Los diagnósticos de enfermería se clasifican en:

- Reales: es el que reúne todos los datos que se requieren para confirmar su existencia.
- Potenciales: es el que no está presente en el momento de la valoración, pero existen suficientes factores de riesgo de que puede aparecer en un momento posterior.
- Posibles: se le da esta categoría cuando los datos recogidos en la valoración, nos indican la posibilidad de que esté presente, pero faltan datos para confirmarlo o descartarlo.

El diagnóstico de enfermería se elabora en cuatro pasos:

-Análisis de datos.

-Identificación de los problemas de salud y elaboración de diagnósticos de enfermería.

-Identificación de los problemas interdependientes.

-Identificación de las capacidades.

Los diagnósticos de enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), se basan en el formato PES:

P: Respuesta humana o problema.

E: Etiología, factores relacionados o contributorios.

S: Signos y síntomas.

Componentes de los diagnósticos: cada una de las categorías diagnósticas aceptadas por la NANDA, consta de tres componentes.

- Título: descripción breve del problema de salud. Consta de dos partes unidas por la frase "relacionado con". El problema de salud nos orienta hacia los objetivos que nos vamos a proponer en el plan de cuidados, que corresponde a la etapa de planeación.
- Características definitorias: grupo de signos y síntomas que se ven en ese diagnóstico en particular.
- Factores etiológicos y contribuyentes: identificar aquellos factores situacionales, patológicos o de maduración que pueden causar el problema. Los factores etiológicos nos orientan sobre las actividades de enfermería.

Planeación: Los componentes de este apartado son:

- Actividades
- Fijación de prioridades.- debe asegurarse si no hay algún problema que requiera atención inmediata. Pregúntese ¿hay algún problema que requiera atención inmediata?; haga una lista con todos los problemas y clasifíquelos en dos categorías: diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes; estudie los problemas interdependientes y determine si

tiene órdenes médicas, normas o procedimientos estándares para dirigir los cuidados y el control del paciente; estudie la lista de los diagnósticos de enfermería para determinar cuales son complejos.

Las enfermeras clínicas con experiencia, no necesitan incluir los diagnósticos rutinarios de enfermería en el plan de cuidados.

- Establecimiento de objetivos.- los objetivos centrados en el paciente, que reflejan los cambios deseables en su estado de salud, y los beneficios que obtiene con los cuidados de enfermería son los más recomendables. Para cada diagnóstico que identifique en el plan de cuidados, debe elaborar un objetivo centrado en el paciente, que determine la resolución al problema que originó el diagnóstico de enfermería.

Los resultados esperados se pueden clasificar en tres dominios o áreas, cognitivo, afectivo y psicomotor, los cuales según el modelo de Virginia Henderson corresponde a las áreas problema de: **conocimiento, voluntad y fuerza** respectivamente.

- Determinación de actividades de Enfermería.- son acciones específicas que la enfermera debe realizar para prevenir complicaciones, proporcionar bienestar físico, psicológico o espiritual y mantener o restaurar la salud. Realizar valoraciones permanentes de enfermería, para identificar nuevos problemas o el estado de los ya identificados. Dar educación sanitaria al paciente y su familia, para que aprendan a cuidar su salud. Realizar acciones específicas del tratamiento para eliminar o reducir los problemas de salud. Enseñar a los pacientes y familiares a realizar actividades tendientes a reducir los problemas de salud.
- Documentación del plan de cuidados.- cuando haya determinado las intervenciones de enfermería para proporcionar los cuidados requeridos, necesitará escribir las órdenes de enfermería, para que todas las enfermeras implicadas en el cuidado de ese paciente, tengan instrucciones claras para la ejecución del plan de cuidados.

El plan de cuidados de enfermería se centra en los diagnósticos de enfermería y sus propósitos son: dirigir los cuidados de enfermería, dirigir las

anotaciones, servir como registro que pruebe que se ha confeccionado un plan de cuidados de enfermería individualizado, que posteriormente puede usarse para evaluación.

Ejecución: es la puesta en práctica de lo planeado en la fase anterior. Las fases de planeación y ejecución tienen una relación muy estrecha; la diferencia está en que durante planeación se proporcionan las actividades, y en la ejecución se ponen en práctica; en los registros del plan de cuidados se anotarán las respuestas del paciente a las actividades de enfermería.

La planificación dirige la ejecución, que a su vez está determinada por la valoración continua del paciente.

Las siguientes preguntas ayudan a determinar las modificaciones diarias que debe dar al plan de cuidados:

- ¿Cuáles son los problemas más urgentes que debo atender, y que me conducen al logro de los objetivos generales del plan de cuidados?
- ¿Cuáles son las actividades que el paciente puede realizar por sí mismo?, ¿en cuáles actividades puede colaborar el familiar?

Evaluación: se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Al medir el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos, la enfermera logra la efectividad de las actuaciones de enfermería.

A la etapa de evaluación se le da el quinto lugar en el proceso de enfermería, porque es el que le corresponde siguiendo un orden lógico en el ordenamiento de las etapas.

La evaluación del logro o no logro de los objetivos, es la clave para determinar la efectividad del plan. Esta evaluación o valoración se debe hacer junto con el paciente.

En la aplicación del modelo de Henderson, la evaluación se dirige a determinar el grado de independencia alcanzado por el paciente y su familia, respecto de los problemas identificados al poner en marcha el plan de cuidados.

2.4. MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

2.4.1. Antecedentes históricos.

¹¹Virginia Henderson nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanas. Originaria de Kansas City, Missouri, paso su infancia en Virginia, ya que su padre ejercía la abogacía en Washington D.C.

Durante la primera guerra mundial, despertó en Henderson el interés por la enfermería, así en 1918 ingresó a la Escuela de Enfermería del Ejército en Washington, D.C. En 1921 se graduó y acepto un puesto como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1922 inició su carrera docente en enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años más tarde, ingresó en el Teacher Collage de la Universidad de Columbia, donde consiguió los títulos B.S. y M.A. en la rama de enfermería. En 1929, Henderson ocupó el cargo de supervisora pedagógica en la clínica Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. Regresó al Teacher Collage en 1930 como miembro del profesorado e impartió cursos sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas hasta 1948.

Henderson vivió una larga trayectoria profesional como autora e investigadora. Sus conclusiones y su influencia en esta profesión la han hecho merecedora de más de nueve títulos doctorales honoríficos. En la convención de 1988 de la American Nurses Association, recibió una mención de honor por sus contribuciones

¹¹ Marriner, Tomey Ann. Modelos y Teorías en Enfermería, Interamericana, México, 1999, p 99-131.

a la investigación, la formación y la profesionalidad en la enfermería a lo largo de toda su vida.

Henderson publicó por primera vez su definición de enfermería en la revisión de 1955 de *The Principles and Practice of Nursing*.

Existieron tres factores decisivos que la llevaron a compilar su propia definición de enfermería: la necesidad de aclarar la función de las enfermeras, su punto de vista modificado por las opiniones de otros miembros del grupo y finalmente la función de la enfermera y no mostrar completa satisfacción con la definición que adoptó al respecto la American Nurses Association en 1955.

Describió su interpretación de la enfermería como una “síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas”.

Se dio a conocer en nuestra patria por los años 60, al revisar el libro de Bertha Harper, que se publicó en español con el nombre de “Tratado de Enfermería Teórica y Práctica” que sirvió de libro de texto o de consulta en muchas escuelas de enfermería.

Henderson falleció de muerte natural en marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su definición de enfermería es conocida internacionalmente y su trabajo sigue ejerciendo una gran influencia en la práctica, educación e investigación en el campo de la enfermería en todo el mundo.

2.4.2. ¹²Principales conceptos.

- *Persona*: el paciente debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional, porque la mente y el cuerpo de la persona son inseparables. La persona es

¹² García, María de Jesús. Proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson. México, Progreso, 2004. p. 13-14.

capaz de aprender durante toda su vida. El paciente y su familia conforman una unidad.

- *Salud*: estado de independencia o satisfacción adecuada de las necesidades. Enfermedad por lo tanto, es un estado de dependencia motivada por la insatisfacción inadecuada de las necesidades.
"Es la calidad de la salud más que la vida en sí misma, ese margen de vigor físico y mental, lo que le permite a una persona trabajar con máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial mas alto de satisfacción en la vida"
- *Fuerza*: la dependencia proviene de que el individuo carece de fuerza, no sólo de fuerza física sino también de fuerza moral, para tomar decisiones y comprometerse en las acciones necesarias para conservar o recuperar la salud.
- *Voluntad*: la voluntad se ve disminuida por los problemas de salud, frecuentemente está relacionado con la capacidad intelectual y se ve limitado por la falta de recursos económicos o por factores socioculturales.
- *Conocimiento*: hay desconocimiento de los mecanismos de acción del desarrollo de enfermedades, de los recursos de salud, de los cuidados que se deben tener cuando se presenta la enfermedad para evitar su desarrollo, en general, en lo que se refiere a prevención, curación y rehabilitación.
- *Entorno*: el medio ambiente en el que el individuo desarrolla su actividad: hogar, trabajo, escuela, hospital. Los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno físico inmediato, la enfermedad puede interferir en tal capacidad, por lo tanto, las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones producidas por agentes externos mecánicos o físicos.

2.4.3. ¹³Necesidades básicas según el Modelo de Valoración de Virginia Henderson.

¹³García, María de Jesús. Proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson, México, Progreso, 2004. p.55-297.

1) *Oxigenación*. La respiración es la función por medio de la cual el organismo absorbe del exterior el oxígeno necesario para el sostenimiento de la vida y elimina del interior los gases nocivos para la misma.

El intercambio de gases en el acto de la respiración se realiza en dos niveles: el primero entre el organismo y el medio ambiente y el segundo al interior de organismo, entre las células de los tejidos y la sangre.

La frecuencia respiratoria normal en el adulto es de 16 a 20 respiraciones por minuto, en los bebés varía de 30 a 50 y disminuye gradualmente hasta la edad de 10 a 12 años en que se iguala a la del adulto.

Existen factores que pueden producir variaciones en la frecuencia respiratoria como: ejercicio, reposo, fiebre, nutrición, hidratación, postura, edad, sexo, estatura, emociones y hábitos.

2) *Nutrición e hidratación*. El término nutrición es una cualidad o un estado de los seres vivos. Se observa que una persona adulta bien nutrida es una persona saludable, que vive en estado de equilibrio porque el gasto energético y plástico que consume diariamente lo repone regularmente en cantidad suficiente, y mantiene reservas que puede utilizar en momentos de mayor desgaste, evitando de esta manera, alguna alteración de sus funciones.

Los factores que afectan la nutrición son variados, entre los cuales se encuentran: la disponibilidad, el consumo y la utilización.

Para que una alimentación satisfaga las necesidades del hombre, debe reunir las siguientes características: completa, equilibrada, suficiente, adecuada y pura.

3) *Eliminación*. El organismo, para conservar su función normal, debe desechar los residuos acumulados durante el catabolismo de los alimentos, así como los gases y otros elementos no utilizables, formados durante el proceso de digestión.

Cada persona tiene un patrón único de eliminación fecal, al valorar la eliminación fecal de las personas se deben tener en cuenta los siguientes puntos: edad, dieta, líquidos, ejercicio, factores de estrés psicológico, estilo de vida, medicaciones y patrón de defecación.

Las características normales de las heces fecales son: color marrón, consistencia blanda, configuración del recto y olor característico.

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

Las cifras de temperatura corporal, varían algunas décimas según el sitio donde se tome. La temperatura normal del adulto es: rectal 37.5 ° C, oral 37 ° C, axilar 36.5 ° C.

Algunos factores que alteran la temperatura corporal son: edad, hora del día, emociones, ejercicio, ingestión de líquidos fríos o calientes, ambiente, ropa, enfermedades y algunas drogas.

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

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

El sueño ayuda a recuperar la energía perdida durante las actividades cotidianas y el trabajo físico y mental del día.

La cantidad de sueño necesario para recupera la energía perdida varía con la edad: lactantes de 14 a 18 hors diarias, escolares de 10 a 14 horas diarias, adolescentes y adultos de 7 a 9 horas diarias.

Entre los factores que afectan el reposo y sueño están: alteración de costumbres o posturas que afectan los patrones de reposo y sueño, estimulación psíquica excesiva, la falta de alimentos o exceso de los mismos, el ruido y el dolor, ambiente hospitalario.

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

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

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

7) *Higiene y protección de la piel.* La higiene corporal es una de las formas más sencillas de conservar la salud física y proporcionar bienestar. El organismo se debe conservar con el máximo cuidado, para que responda plenamente a nuestros requerimientos.

La piel está formada por tres capas principales: la epidermis, la dermis y el tejido subcutáneo o hipodermis. La piel se extiende por toda la superficie corporal y su epitelio se continúa con el epitelio de los orificios externos de las vías: digestiva, respiratoria y genitourinaria.

Las funciones de la piel son: constituir una eficaz barrera contra las agresiones del ambiente, proteger contra el frío intenso y en altas temperaturas impide la pérdida excesiva de líquidos por evaporación, las capas conjuntivas protegen de los golpes al constituir un colchón en las articulaciones y prominencias óseas, el tejido elástico favorece la cicatrización de pequeñas heridas, la sensibilidad al dolor es útil como aviso para evitar lesiones mayores o bien para detectar patologías internas, la piel intacta no permite la entrada a los microorganismos.

Algunos factores afectan el buen funcionamiento de la piel como: la desnutrición proteica, la falta de circulación correcta, la hidratación no suficiente y adecuada, la deficiente higiene de piel y sus anexos, la exposición prolongada a los rayos solares, el manejo sin protección adecuada de sustancias irritantes, el manejo de desechos sin la protección adecuada, la humedad prolongada de partes del

cuerpo, la falta de movilidad o cambio de postura, la deshidratación, la disminución de la sensibilidad y la presencia de secreciones.

Algunas recomendaciones para conservar sana la piel y mucosas son: disminuir la fricción intensa, protegerse contra la mordedura de insectos, examen dental cuando hay lesiones en la boca o hay irritación causada por una dentadura postiza, tener precaución al usar objetos afilados que corten la piel, práctica de medidas higiénicas diarias, uso de tratamientos o fármacos para aliviar el prurito, evitar el contacto de sustancias irritantes con la piel, evitar que el paciente permanezca con la ropa de cama, mojada, arrugada o sucia, usar métodos adecuados para eliminar sustancias adheridas a la piel, suspender el uso de cosméticos, desodorantes y dentífricos si se presentan signos de irritación.

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

Una buena postura mejora la salud y le da una buena presencia a nuestro cuerpo. Algunos factores afectan la buena postura corporal como: desarrollo y crecimiento físico, fatiga, actitudes y valores, trabajo.

9) *Usar prendas de vestir adecuadas.* La forma de vestir y de acicalarse son parte importante de la personalidad de un individuo, es un rasgo particular que le hace ser diferente a los demás.

Se considera ropa de vestir adecuada, la que está de acuerdo con la temperatura ambiente y a las actividades que se realizan. Se debe procurar que las ropas no opriman el cuerpo, porque la opresión produce relajación de los músculos, disminución de la circulación y trastornos en la eliminación.

10) *Comunicarse.* Comunicación significa la acción y efecto de hacer a otro partícipe de lo que uno tiene, descubrir, manifestar o hacer saber a uno alguna cosa, consultar, conferir con otros un asunto tomando su parecer.

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

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

Tipos de comunicación: con la Divinidad, interna, externa.

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

La sexualidad humana abarca todas las áreas de la persona, física-biológica, psicológica, social y espiritual. La identidad de la persona y la conducta total están marcadas por la sexualidad y son las características que dan la femineidad o masculinidad.

En la sexualidad humana se pueden incluir todos los afectos de que es capaz el corazón de la persona humana, como las relaciones humanas, la amistad, la solidaridad.

Según el programa de la Organización Mundial de la Salud sobre la enseñanza de la sexualidad humana, para trabajadores de la salud; la salud sexual se basa en tres elementos: 1) la capacidad de gozar y controlar la propia conducta sexual y reproductiva de acuerdo con una ética personal y social. 2) la superación del miedo, la vergüenza, el sentimiento de culpa y de otros factores psicológicos que inhiben la respuesta sexual y que deterioran las relaciones sexuales. 3) la ausencia de desórdenes orgánicos, de enfermedades y disfunciones que dificultan las funciones sexuales y reproductivas.

12) *Aprendizaje*. Un estado saludable es indispensable para alcanzar una vida plena en todos los aspectos que conforman a la persona como son: los físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Cuando se conocen las medidas para promover la salud, proteger al organismo de enfermedades y se ponen en práctica durante toda la vida, los resultados son una existencia gozosa y productiva.

13) *Participar en actividades recreativas*. La recreación es una necesidad básica para todo ser humano en cualquier etapa de su vida.

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

Para clasificar de alguna manera las diferentes actividades que pueden realizar los enfermos las agrupamos en dos: 1) terapia recreativa (juegos de mesa, escuchar música, cantar, bailar, realizar ejercicio, visitas, excursiones, funciones). 2) terapia ocupacional (habilidades del pensamiento, manualidades)

14) *Vivir según las creencias y valores*. El hombre por la sola razón natural, reconoce la necesidad de creer en un Ser Superior. Sin embargo, para que las relaciones del hombre con Dios sean satisfactorias, necesita el hombre tener una idea precisa de la divinidad y de la cuál dependerá su actitud ante el Ser Superior.

La persona, según Santo Tomás de Aquino, es un espíritu encarnado. Está compuesto de una parte material que se rige por las leyes de la naturaleza y una parte espiritual que se rige por las leyes del espíritu.

Valor es aquello que conviene a la persona humana. Los valores se encuentran depositados en los seres o cosas y se nos presentan como cualidades de las mismas.

Toda persona que puede decidir sobre sus actos, tiene una escala de valores, generalmente elige un bien.

Es importante tener una correcta jerarquía de valores, porque ella nos puede proporcionar una eficaz orientación de nuestra vida. Quien no tiene clara su

jerarquía de valores puede tomar decisiones equivocadas y sentirse mal por no saber elegir.

15) *Trabajar y realizarse*. Trabajar es una necesidad básica del ser humano, es una forma de auto-expresión importante a través de la cual la persona puede manifestar su capacidad creadora. Esta necesidad pide, como requerimiento fundamental para su satisfacción, el hecho de que la tarea que se realiza esté de acuerdo con: la vocación, capacidad, aptitudes, intereses y carácter de la persona que lo realiza, de lo contrario se convierte en algo desagradable que la persona trata de evitar.

Un factor importante para sentirse bien en un determinado trabajo, es que se encuentre satisfacción al realizarlo y exista en la persona una inclinación o gusto hacia esa actividad. Por otro lado que se sienta con las aptitudes necesarias para ese trabajo.

2.5. P.A.E. Y EL MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

2.5.1. Concepto.

¹⁴El Modelo de Enfermería de Virginia Henderson ha sido clasificado por las teoristas, en el grupo de La Enfermería Humanística, por que considera a la Profesión de Enfermería como un arte y una ciencia.

Ante la necesidad de encontrar un modelo para la enseñanza de enfermería, que sea aplicado a la práctica, útil en nuestro medio y que además se le puedan hacer las adaptaciones necesarias para ser aceptado y puesto en práctica por las enfermeras clínicas se seleccionó el Modelo de Virginia Henderson, que se sustenta en las necesidades básicas del ser humano.

¹⁴ García, María de Jesús. Proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson, México, Progreso, 2004. p.11.

2.5.2. Antecedentes históricos.

¹⁵En las últimas décadas se ha notado entre el gremio de enfermería, ya sea entre las docentes que trabajan en facultades y escuelas de enfermería de las universidades, como entre el personal que trabaja en servicio en los hospitales de diversas instituciones de salud, un gran interés por el estudio, la comprensión y la aplicación de modelos conceptuales de enfermería. Este fenómeno significa para Enfermería un avance importante, dado que, se han tenido experiencias en la comprensión y aplicación del Proceso de Enfermería.

Así mismo, ha sido relevante el esfuerzo de muchas enfermeras por determinar la meta o función específica de enfermería. Este esfuerzo ha llevado a que se acepte cada vez más ampliamente, que existen funciones independientes que la enfermera puede ejecutar por sí misma, además de las funciones delegadas por el médico que tradicionalmente ha venido ejecutando.

Se afirma que la aplicación de un modelo conceptual de Enfermería, contribuye en gran manera para lograr la autonomía profesional, porque orienta las funciones asistenciales, docentes y de investigación. Así mismo, determina los propósitos de la práctica, la educación y la investigación en el campo de la Enfermería.

Ante la necesidad de encontrar un modelo para la enseñanza de Enfermería, que sea aplicable a la práctica, útil en nuestro medio y que además se le puedan hacer adaptaciones necesarias para ser aceptado y puesto en práctica por las enfermeras clínicas, se seleccionó el Modelo de Virginia Henderson que se sustenta en las necesidades del ser humano.

2.5.3. Principios o supuestos teóricos.

- “Cada individuo lucha por mantener la salud o por recuperarla y desea ser independiente en cuestiones de salud.”

¹⁵ García, María de Jesús. Proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson, México, Progreso, 2004. p.8.

- “Cada individuo es una totalidad compleja (un ser bio-psico-social) que requiere satisfacer necesidades fundamentales.”
- “Cuando una necesidad no se satisface, el individuo no está completo en su integridad, ni es independiente.”

2.5.4. Etapas del Proceso de Atención de Enfermería de Virginia Henderson.

¹⁶ Siguiendo el Modelo de Virginia Henderson, los 14 componentes de los cuidados de enfermería se orientan en las cinco etapas del proceso.

1. Etapa de valoración: se realiza reuniendo toda la información necesaria para determinar el estado de salud del paciente, mediante una historia clínica de enfermería que abarca las catorce necesidades básicas del paciente.
2. Etapa de diagnóstico: se examina el grado de dependencia e independencia del paciente o su familia. En cada una de las necesidades básicas y los problemas de salud reales o potenciales, se utilizarán las categorías diagnósticas de la NANDA.
3. Etapa de planificación: en ella se desarrolla un plan de acción con el paciente y su familia e incluirán las siguientes actividades: determinar prioridades, determinar objetivos, actividades de enfermería y actividades del paciente y familia que ayudarán a lograr los objetivos establecidos. Registros del plan de cuidados. El plan de acción, incluye las órdenes médicas.
4. Etapa de ejecución: se realizan las actividades prescritas durante la fase de planificación. Se determinan las intervenciones del paciente o de su familia en el plan de cuidados y se identifican nuevos problemas o avances.
5. Etapa de evaluación: se decide si el plan ha sido efectivo o si es necesario hacer cambios. La evaluación se hace en base a los objetivos propuestos: ¿se ha logrado la independencia del paciente en cada una de sus necesidades

¹⁶ García, María de Jesús. Proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson, México, Progreso, 2004. p. 20-23.

básicas?, ¿en qué medida?, ¿se realizaron las actividades como estaban propuestas?, ¿qué cambios hay que realizar?

2.6 ESTRÉS QUIRÚRGICO Y ANSIEDAD.

¹⁷Las intervenciones quirúrgicas constituyen una fuente de estrés psicológico, porque obligan a los pacientes a enfrentar situaciones desconocidas y que además, implican ciertos riesgos.

La ansiedad es uno de los síntomas mas frecuentes en los pacientes quirúrgicos. En general, los pacientes con una adaptación preoperatorio normal, presentan una buena evolución postoperatoria; por el contrario, los pacientes con una adaptación psicológica anormal en el preoperatorio, presentan mayores dificultades en su evolución clínico-quirúrgica.

Una adaptación emocional ineficaz frente al estrés preoperatorio, determina un riesgo quirúrgico adicional de origen psicológico y psiquiátrico que debería de ser evaluado junto con los demás factores de riesgo.

En cirugía, la magnitud de la ansiedad que experimenta el paciente y su capacidad para tolerarla y dominarla dependen de varios factores:

1. La magnitud del factor traumático externo o real (la gravedad de la enfermedad orgánica)
2. La duración del periodo preoperatorio (cuanto mas urgente sea la necesidad de operar, menor tiempo para el paciente de reconocer y controlar sus temores)
3. Antecedentes personales y familiares en cuanto a cirugías (historias de complicaciones anestésicas o quirúrgicas, que el enfermo teme se repitan)
4. La capacidad subjetiva del paciente de hacer frente a la ansiedad (la tolerancia y capacidad para defenderse y controlar psicológicamente las situaciones estresantes)

¹⁷ Atkinson. LJ. Kohn. ML. Técnicas de quirófano, México, Interamericana, 1988, p. 36-38.

De la interacción de estos factores resulta un determinado grado de ansiedad, que varía en un amplio espectro, desde aquellos pacientes que se encuentran absolutamente tranquilos, hasta los enfermos con una notable angustia e inquietud motora.

Para evaluar la ansiedad preoperatorio es necesario, no sólo atender los aspectos verbales, sino también observar manifestaciones no verbales de la ansiedad (expresión del rostro, la mirada, temblor, sudoración, etc.)

Es necesario detectar cambios fisiológicos que suelen acompañar los estados de ansiedad y pueden afectar las respuestas a las drogas anestésicas como: variaciones de la presión arterial o la frecuencia cardíaca.

2.7. ENFERMERÍA PERIOPERATORIA.

¹⁸El término enfermera perioperatoria, se refiere a la enfermera quirúrgica profesional que lleva a cabo funciones que incluyen toda la gama de la práctica de la enfermería perioperatoria.

La función perioperatoria consiste en "las actividades que realiza la enfermera quirúrgica profesional durante las fases preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria de la experiencia del paciente quirúrgico". El término *función*, se refiere a la conducta prevista y actividades clínicas de la enfermera quirúrgica durante las tres fases de la atención del paciente quirúrgico.

La enfermera quirúrgica que desempeña esta labor, toma decisiones sobre las necesidades del paciente y le ayuda para que satisfaga estas necesidades.

El objetivo global de la enfermera perioperatoria es mejorar la atención intraoperatoria que se da a pacientes quirúrgicos por medio del equipo del quirófano y mejorar los resultados de la intervención quirúrgica en el paciente.

Dentro de las metas que la enfermera debe considerar dentro del quirófano en orden de prioridades, pero no limitarse a ellas son:

¹⁸ Atkinson. LJ. Kohn. ML. Técnicas de quirófano, México, Interamericana, 1988, p. 57-58.

- Que no haya infección
- Conservar la integridad de la piel
- Evitar los efectos adversos aplicando apropiadamente medidas de seguridad en relación con la posición y riesgos químicos, físicos y eléctricos.
- Conservar el equilibrio de líquidos y electrolitos.
- Conocer y comprender al paciente, a sus familiares u otras personas importantes que puedan influir en las reacciones fisiológicas y psicológicas potenciales a la intervención quirúrgica y su participación en el proceso de rehabilitación.

2.8. CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA.

¹⁹En la asistencia sanitaria, la calidad se determina en gran medida por los servicios de cuidado que proporciona el personal de enfermería, dado que éste mantiene el vínculo más estrecho con los pacientes y la comunidad, además de que interactúa con todos los subsistemas de las unidades de atención.

La calidad en la atención de enfermería es un concepto complejo que comprende la asistencia acorde con el avance de la ciencia, a fin de implantar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y para asegurar su continuidad.

Los principales componentes del cuidado que hacen posible alcanzar dichos objetivos son: carácter tangible, fiabilidad, rapidez, competencia, cortesía, credibilidad, seguridad, accesibilidad, oportunidad, comunicación y conocimiento de la situación del paciente.

La comisión Interinstitucional de Enfermería, define la calidad de los servicios de enfermería como "la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito

¹⁹ Ortega Carolina, Suárez María. Manual de Evaluación del Servicio de Calidad en Enfermería, México, Panamericana, p 8.

de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios”, lo cual requiere de una planeación óptima para que el cuidado sea efectivo y seguro. Las intervenciones seguras tienen la capacidad de producir un impacto positivo sobre la mortalidad, morbilidad, incapacidad y complicaciones en los usuarios y determinar la garantía de calidad del cuidado.

²⁰“Gestión de calidad del cuidado: este concepto, engloba la administración de todos los recursos necesarios y disponibles, con el propósito de crear y desarrollar la estructura que brinde cuidados de enfermería óptimos, eficaces, oportunos y humanos con niveles de calidad que siempre tiendan a la excelencia.”

2.9. INDICADORES DE CALIDAD DEL CUIDADO.

Los prestadores de servicios de salud de todas las instituciones, deben establecer normas, requisitos y procedimientos indispensables que han de cumplir todos los integrantes del personal para garantizar a los usuarios de los servicios, el mayor beneficio a un costo razonable y con un mínimo de riesgo posible.

Para los profesionales de enfermería, resulta indispensable establecer indicadores de cuidado, a fin de llevar a cabo la gestión de calidad en el proceso enfermero.

Los indicadores son:

1. Lavado de manos.
2. Instalación de catéter venoso central.
3. Transfusión de hemoderivados.
4. Prevención y tratamiento de úlceras por presión.
5. Prevención de caídas.
6. Esterilización con vapor.
7. Administración y preparación de medicamentos por vía oral.

²⁰ Ortega Carolina, Suárez María. Manual de Evaluación del Servicio de Calidad en Enfermería, México, Panamericana, p15.

8. Baño de regadera.
9. Aspiración de secreciones traqueobronquiales con sistema cerrado.
10. Lavado y esterilización del filtro dializador y de las líneas arteriovenosas en hemodiálisis.

1.- Lavado de manos.

El lavado de manos es el proceso que se lleva a cabo para eliminar el mayor número de microorganismos de las manos por medio de la limpieza mecánica con productos antisépticos antes y después de tocar a un paciente o de llevar a cabo cualquier procedimiento; la importancia del lavado de manos no puede subestimarse, ya que los microorganismos e infecciones se transmiten principalmente por las manos.

Este procedimiento constituye el método más importante, sencillo y efectivo para reducir la transmisión de microorganismos entre pacientes. La diseminación de las infecciones nosocomiales por contacto directo a través de las manos, es la forma más común de transmisión. Por tanto, el lavado de manos debe convertirse en un procedimiento estandarizado y tomarse como un indicador de calidad mensurable para conocer la eficiencia con que se realiza al brindar atención a los pacientes.

Concepto:

Es el proceso que se lleva a cabo para eliminar el mayor número de microorganismos de las manos por medio del lavado mecánico con productos antisépticos, antes y después de tocar a un paciente o de llevar a cabo cualquier procedimiento.

Objetivos:

- Eliminar la flora transitoria de las manos.
- Disminuir la contaminación y prevenir la propagación de los organismos patógenos a otros pacientes o áreas no contaminadas.

Indicaciones:

- Antes y después de practicar procedimientos invasivos.
- Antes y después de tocar heridas.
- Antes de estar con pacientes particularmente susceptibles.
- Después de estar en contacto con una fuente contaminada con microorganismos.
- En el intervalo de contacto entre pacientes.

2.- Instalación de catéter venoso central.

La instalación del catéter venoso central es un procedimiento universal que realiza el profesional de enfermería en una unidad hospitalaria.

Este procedimiento implica la aplicación de una técnica de interacción directa con el paciente, que hace necesaria la integración del conocimiento científico, habilidad y destreza, de tal manera que si no se realiza con precisión, pone en riesgo la integridad del paciente.

Concepto:

Es la técnica para puncionar una vena con el fin de introducir un dispositivo intravascular, por medio del cual se aplicará un tratamiento médico específico, o se vigilarán las variables hemodinámicas en un paciente, generalmente se efectúa a través de una punción transcutánea.

Objetivos:

- Establecer una vía de acceso central a la circulación.
- Monitorear variables hemodinámicas.
- Permitir una vía de acceso para hemodiálisis.
- Administrar medicación, hidratación y nutrición a los pacientes.

Indicaciones:

- Reestablecer y conservar el equilibrio hidroelectrolítico.
- Crear un sistema para administrar medicamentos por vía parenteral.

- Administrar la nutrición básica por vía parenteral.
- Obtener un acceso venoso cuando las venas periféricas son pequeñas, están trombosadas o son de difícil acceso.

Contraindicaciones:

- Pacientes con alteración en los niveles de coagulación.
- Miembros con fístulas arteriovenosas o injertos vasculares.

Complicaciones:

- Hematoma en el sitio de punción.
- Trombosis.
- Hemorragia en el sitio de punción.
- Imposibilidad técnica para colocar el catéter.
- Incrustación del catéter en cualquier sitio fuera de la vena cava.

3.- Transfusión de hemoderivados.

La transfusión sanguínea consiste en restituir por vía intravenosa hemoderivados compatibles a una persona que ha sufrido pérdida o destrucción de los componentes sanguíneos.

Concepto:

La transfusión de hemoderivado es la restitución intravenosa de componentes sanguíneos compatibles, por pérdida o destrucción de los mismos. Puede administrarse sangre reconstituida o sólo alguno de sus componentes, como son las plaquetas y plasma, entre otros.

Objetivos:

- Restituir volumen circulante cuando hay hemorragia masiva.
- Mejorar la capacidad de la sangre para el transporte de oxígeno incrementando el volumen circulante de la hemoglobina.

- Suministrar nuevamente a la sangre los componentes necesarios para la coagulación con el fin de inhibir una hemorragia.
- Mantener o recupera el estado hemodinámica del paciente y asegurar una perfusión tisular eficaz.
- Mejorar el estado de la oxigenación hística y la función respiratoria del paciente.
- Favorecer una buena hemostasia.
- Aportar granulocitos para pacientes neutropénicos con infección.

Indicaciones:

- La sangre reconstituida total se aplica cuando existe pérdida aguda y masiva de sangre y el receptor requiere las propiedades de transporte de oxígeno de los eritrocitos y de la expansión de volumen plasmático.
- El paquete globular está indicado para restablecer y conservar la capacidad de transporte de oxígeno, con expansión mínima del volumen sanguíneo.
- El concentrado plaquetario se utiliza para inhibir o prevenir hemorragia en pacientes con trombocitopenia.
- El plasma es adecuado en las deficiencias de factores de la coagulación debido a enfermedades hepáticas, coagulopatías, coagulación intravascular diseminada y coagulopatía por dilución a consecuencia de sustitución masiva de sangre y la necesidad de expansión del volumen intravascular.
- El crioprecipitado se aplica en pacientes con hemofilia A, enfermedad de Von Willebrand, coagulación intravascular diseminada o hemorragia urémica.

Contraindicaciones:

- Incompatibilidad al producto sanguíneo.
- No transfundir hemoderivados cuando tengan más de 60 minutos a temperatura ambiente.

Complicaciones:

- Reacciones adversa a la transfusión de hemoderivados.

4.- Prevención de úlceras por presión.

Método por medio del cual se promueve, conserva y restablece la integridad del tejido tegumentario. Se aplica a pacientes susceptibles de sufrir úlceras por presión y tiene por objeto asegurar y evitar la pérdida de la continuidad de la piel, lo que le brinda comodidad y bienestar al paciente.

Se trata de un indicador de cuidado directo, su importancia radica en que es una intervención en la que sólo participa la profesional de enfermería e incluyen procedimientos esenciales para el cuidado.

En la planificación de los cuidados de enfermería, la prevención de las úlceras por presión ocupa un lugar preponderante, aun cuando sea una labor difícil, debido a los múltiples factores causales que ocasionan la aparición de las mismas. Las úlceras por presión suelen agravar el pronóstico de los pacientes, elevar el riesgo de infección y complicaciones; en definitiva, pueden prolongar la estancia hospitalaria con el consecuente aumento en los costos.

El gran número de factores de riesgo, hace necesario el establecimiento de sistemas que permitan conocer de forma rápida y eficaz la susceptibilidad del paciente a sufrir estos trastornos. Dichos sistemas permiten analizar las diferentes variables que intervienen en la aparición y evolución de las úlceras, así como agrupar a los pacientes en las categorías del alto, mediano o mínimo riesgo de desarrollar úlceras por presión.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) utiliza la incidencia de las úlceras por presión como uno de sus indicadores para evaluar la calidad asistencial de un país.

Úlceras por presión: designa la destrucción de tejido que ocurre cuando se restringe la irrigación sanguínea en una zona debido a presión excesiva o prolongada. Aparecen como consecuencia de una compresión continua en alguna parte del cuerpo, que ocasiona lesión vascular y como consecuencia isquemia; se ha demostrado que para que se produzca una úlcera es más decisiva la permanencia de la presión que la integridad de la misma. Se puede prevenir su

surgimiento si se identifican los pacientes de alto riesgo y se instauran medidas preventivas, adecuadas y correctas que son fácilmente aplicables, si la enfermera conoce la etiología que está dada por tres mecanismos:

1. Presión: es la fuerza que se ejerce de manera perpendicular a la piel como consecuencia de un padecimiento grave que provoca inmovilidad del paciente, lo que a su vez causa compresión tisular entre dos planos, uno del propio cuerpo del paciente y otro externo (cama, sillón, sondas, etc.)
2. Fricción: fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel y produce roces por movimientos o arrastres.
3. Fuerza externa de oclusión vascular: se forma por la combinación de los efectos de presión y fricción.

La compresión de los tejidos ocluye la irrigación, provoca hipoxia y de no corregirse, produce isquemia en esa zona; la isquemia de la membrana capilar aumenta la permeabilidad con la consiguiente vasodilatación, extravasación de líquidos e infiltración celular. De esta forma, un proceso inflamatorio activo da como resultado hiperemia reactiva, que es reversible si se reduce completamente la presión y se permite la perfusión de los tejidos y la eliminación de los productos de desecho. No obstante, si no se disminuye o elimina la presión, se produce isquemia local intensa en los tejidos, trombosis venosa y alteraciones degenerativas, las cuales son irreversibles y finalizan en necrosis y ulceración.

Las úlceras por presión normalmente aparecen en los puntos de apoyo del cuerpo que coinciden con las prominencias óseas, los sitios más susceptibles por orden de frecuencia son: sacro, talones, maleolos externos, glúteos, trocánteres, omóplatos, isquion, occipucio, codos, cresta iliaca, orejas, cara interna de rodillas, maleolos internos y bordes laterales de los pies.

Dentro de los factores predisponentes están: los fisiopatológicos, derivados del tratamiento, situacionales y del desarrollo.

- Fisiopatológicos: aparecen como consecuencia de diferentes problemas de salud como lesiones cutáneas (edema, sequedad de piel, falta de elasticidad). Entre los principales podemos mencionar:
 - a) Alteraciones en el transporte de oxígeno, trastornos cardiopulmonares, vasculares periféricos y estasis venosa.
 - b) Deficiencias nutricionales.
 - c) Trastornos inmunitarios (cáncer, infección)
 - d) Alteración de la conciencia (estupor, confusión, coma)
 - e) Deficiencias motoras (paresia, parálisis)
 - f) Deficiencias sensoriales(pérdida de la percepción del dolor)
 - g) Alteraciones de la eliminación (urinaria y/o intestinal)

- Derivados de tratamientos: son consecuencia de algunas terapéuticas o procedimientos diagnósticos.
 - a) Inmovilidad impuesta, deriva de los procedimientos terapéuticos (dispositivos o aparatos como respiradores, catéteres, sondas y elementos de tracción)
 - b) Tratamientos o fármacos que tienen acción inmunosupresora (radioterapia, corticoides, citostáticos)

- Situacionales: modificaciones de las condiciones personales, ambientales y de los hábitos.
 - a) Inmovilidad relacionada con dolor, fatiga y estrés.
 - b) Arrugas en ropa de cama, camisón, pijama y objetos que ocasionan rozamiento.

- Del desarrollo: se relacionan con el proceso de maduración.
 - a) Lactantes.
 - b) Adulto mayor.

El uso de una escala de valoración de riesgo, facilita la identificación de los pacientes propensos a desarrollar úlceras por presión. Una de las más utilizadas es el índice de valoración de Norton, el cual comprende cinco categorías que se valoran: estado general, estado mental, actividad, movilidad e incontinencia. Cada una se mide con base en cuatro indicadores a los que se les asigna un valor de 1 a 4 puntos. La interpretación de esta escala se hace en forma inversa, de tal manera que a menor puntuación obtenida mayor riesgo, la suma total de las categorías oscila entre 5 puntos, máximo riesgo y 20 puntos, mínimo riesgo; se considera que una puntuación por debajo de 11, identifica una situación de alto riesgo.

Concepto:

Proceso por medio del cual se promueve y conserva la integridad del tejido tegumentario.

Objetivos:

- Asegurar y evitar la pérdida de la continuidad de la piel con el propósito de proporcionar comodidad y bienestar al paciente.
- Prevenir al máximo las lesiones cutáneas.

Indicaciones:

- Pacientes susceptibles que pueden desarrollar lesiones según la escala de valoración de riesgo de Norton.

Contraindicaciones relativas:

- Pacientes con balón intaaórtico de contrapulsación.
- Pacientes con lesiones de columna.
- Pacientes con inestabilidad hemodinámica.

Complicaciones:

- Desarrollo de úlceras por presión.

Puntos importantes:

- Evite el contacto prolongado de la piel con heces y orina.

4.-Prevención de caídas.

Conjunto de acciones que se realizan para proteger al sujeto hospitalizado de posibles caídas que puedan o no poner en riesgo su vida, participan también en estas medidas preventivas el profesional médico, paramédico e interdisciplinario, además de la familia del paciente.

La OMS define las caídas como cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad. La causa de las caídas es multifactorial y por su elevada frecuencia y sus múltiples complicaciones, constituye un importante problema en el área hospitalaria.

Existen factores de riesgo intrínsecos como enfermedades crónicas, agudas y el uso de algunos fármacos, los factores extrínsecos son los derivados de la actividad y el entorno. En el ámbito hospitalario, los factores intrínsecos son los que influyen con mayor frecuencia en las caídas de pacientes, por lo que es necesario que la enfermera aprenda a valorar dichos factores con el fin de reducir estos eventos adversos.

- Factores que inciden en el riesgo de caídas inherentes al medio ambiente:

Iluminación: debe ser apropiada para reducir el riesgo, sobre todo en los pacientes con discapacidad visual; las lámparas de cabecera deben emitir suficiente luz.

Mobiliario: tienen que ser fuentes con sillas y sillones de respaldos altos y estables, la unidad del paciente no debe representar ningún riesgo y siempre ha de estar en el mismo orden y en óptimas condiciones de funcionamiento.

Limpieza: el área física debe estar impecable, sin basura ni fluidos que puedan hacer que una persona resbale.

Dispositivos de deambulación: deben encontrarse en óptimas condiciones, sobre todo las gomas de los bastones y muletas; las andaderas y sillas de ruedas deben permitir un deslizamiento fácil y un frenado eficaz.

- Factores de riesgo relacionados con el paciente:

Edad: implica riesgo en las distintas etapas de la vida.

Estilo de vida y dependencia: significa un riesgo adicional por el grado de estrés o ansiedad que domina a una persona, lo que pone en riesgo su seguridad.

Paciente con movilidad limitada: son más propensos a sufrir caídas, ya que las inmovilizaciones pueden predisponer a los pacientes a otros accidentes. Esto puede restringir aún más la movilidad y la independencia.

Relacionado con el estado físico y las limitaciones sensoriales: los pacientes con problemas visuales o con dificultad para comunicarse tienen alto riesgo de lesionarse, ya que no son capaces de percibir un peligro potencial ni de expresar la necesidad de ayuda.

Pacientes con estado neurológico y emocional alterado: en pacientes con hemiparesia total o parcial, ansiedad, excitación, desvalorización, tendencias suicidas, depresión, somnolencia, sopor, estupor, inconsciencia, alteraciones de la memoria o la conducta, incapacidad para comprender o cumplir las indicaciones y enfermos reuentes a solicitar ayuda.

- Factores relacionados con el tratamiento farmacológico:
 - a) Diuréticos.
 - b) Hipoglucemiantes.
 - c) Antihipertensivos, ansiolíticos, hipnóticos y sedantes entre otros.
 - d) Betabloqueadores.
 - e) Laxantes y enemas.
 - f) Antiarrítmicos.
 - g) Anticoagulantes.
 - h) Inotrópicos.

Medidas de seguridad: las dividiremos en tres grupos.

- Medidas de seguridad relacionadas con el mobiliario:
 - a) Barandales de cama.
 - b) Timbre e intercomunicador.
 - c) Lámpara de cabecera.

d) Banco de altura.

- Medidas de seguridad relacionadas con el personal de enfermería:
 - a) Detección de riesgos de caídas.
 - b) Registro de riesgos de accidentes.
 - c) Explicación del uso de barandales.
 - d) Comprobación del funcionamiento del timbre.
 - e) Orientación sobre el uso del banco de altura y el mobiliario de la unidad.
 - f) Respuesta inmediata al llamado del paciente.
 - g) Vigilancia y acompañamiento.
 - h) Ubicación cercana de los objetos de uso personal.
 - i) Arreglo de las unidades de los pacientes.
 - j) Educación del paciente y su familia.
 - k) Orientación al paciente.

- Medidas de seguridad relacionadas con el familiar:
 - a) Conocimiento de las medidas de seguridad del hospital.
 - b) Conservación del orden en el mobiliario.
 - c) Observación del paciente.
 - d) Información sobre el estado del paciente.

Concepto:

Medidas implementadas para proteger al paciente hospitalizado contra caídas que puedan poner en riesgo su vida.

Objetivos:

- Evitar las caídas de los pacientes hospitalizados mediante la aplicación de las medidas de seguridad.

Indicación:

- Todo paciente que ingrese al área de hospitalización.

6.- Esterilización con vapor.

Proceso que consiste en dejar libre de microorganismos y contaminantes un material o equipo. Se trata de una actividad compleja que implica la ejecución de varias etapas intermedias para llegar al resultado final: esterilizar los productos que se usarán con los pacientes para evitarles infecciones y contagios.

Concepto:

Procedimiento mediante el cual se reduce la biocarga del instrumental y equipos, ya sea en forma manual o mecánica.

Serie de acciones que se realizan una vez que el instrumental y equipos están limpios para su selección, integración y embalaje.

Actividad que lleva la enfermera para la colocación de los paquetes en la autoclave de vapor y para efectuar los registros de los controles que validan el proceso de esterilización.

Objetivo:

- Eliminar del instrumental y equipo los residuos orgánicos por medio de la aplicación de detergente enzimático, cepillado y enjuague.
- Acondicionar el instrumental y equipo para su esterilización.
- Mantenerlos en condiciones idóneas para conservar su esterilidad.
- Proporcionar equipos y materiales libres de microorganismos y esporas reduciendo el riesgo de infección.

Indicaciones:

- Todo instrumental o material sucio que deba ser esterilizado.
- Todo instrumental o material sanitizado que requiera esterilización.
- Todo instrumental, equipo o material que deba ser esterilizado para su uso en procedimientos medicoquirúrgicos.

Contraindicaciones:

- Instrumental punzo-cortante y materiales electromédicos o termo-sensibles.

7.- Administración de medicamentos por vía oral.

Es un procedimiento que realiza exclusivamente el personal de enfermería, quien es el responsable único y directo de aplicarlo.

Concepto:

Serie de actividades que realiza la enfermera para obtener y proporcionar la dosis exacta de los fármacos prescritos al paciente.

Objetivo:

- Asegurar que se administre al paciente la terapéutica farmacológica prescrita, detectar manifestaciones clínicas por efectos adversos.

Indicaciones:

- Todo paciente que precise terapéutica farmacológica por vía oral.

Contraindicaciones:

- Pacientes con alteraciones de la conciencia.
- Dificultad para deglutir.
- Anomalías en el tracto digestivo.

Complicaciones:

- Náuseas.
- Vómito.
- Atragantamiento.

Puntos importantes:

- Es preciso contar con la indicación por escrito para cada medicamento que se va a administrar.

- Todo fármaco presentados tipos de efectos: el deseado y el secundario; por ello debe realizarse una valoración constante del paciente y mantener actualizados sus conocimientos sobre cada fármaco.

8.- *Baño de regadera.*

El aseo personal es una de las catorce necesidades básicas descritas por Virginia Henderson, consiste en mantener el cuerpo limpio por medio de cuidados que constituyen la esencia de la atención de enfermería, que permita obtener una sensación de autoestima.

Concepto:

Se denomina baño de regadera al aseo general del cuerpo con agua corriente.

Objetivos:

- Proporcionar al paciente bienestar, comodidad, relajación y frescura.
- Eliminar las impurezas y favorecer la transpiración de la piel del paciente.
- Estimular la circulación sanguínea y mantener la integridad de la piel.

Indicaciones:

- Pacientes que por su condición clínica puedan bañarse por sí mismos o con ayuda del personal de enfermería.

Contraindicaciones relativas:

- Pacientes dependientes.

Complicaciones:

- Incidentes o accidentes ocurridos en el transcurso del procedimiento.
- Caídas.
- Alteración del estado clínico del paciente.

9.- Aspiración de secreciones traqueobronquiales con sistema cerrado.

La aspiración de secreciones traqueobronquiales es un procedimiento que se efectúa con frecuencia en áreas de cuidados intensivos, ya que un alto porcentaje de pacientes en estado crítico requieren ventilación mecánica.

Concepto:

Introducción de un catéter de plástico flexible a través de la vía aérea artificial, con el fin de retirar las secreciones traqueobronquiales y evitar que se desconecte al paciente del ventilador mecánico al efectuar la aspiración.

Objetivos:

- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas para promover un óptimo intercambio de oxígeno y bióxido de carbono.
- Estimular el reflejo tusígeno.
- Facilitar la eliminación de las secreciones.
- Prevenir neumonías causadas por acumulación de secreciones.

Indicaciones:

- Pacientes con ventilación mecánica con tubo endotraqueal.
- Pacientes intubados con atelectasia pulmonar.
- Pacientes con acumulación de secreciones traqueobronquiales.

Complicaciones:

- Lesiones traumáticas en la mucosa traqueal.
- Hipoxemia.
- Arritmias cardíacas.
- Atelectasias.
- Broncoaspiración.
- Reacciones por estimulación vagal.
- Broncoespasmo.
- Extubación accidental.

- Disminución de la presión intrapleuraral.
- Aumento de la presión intracraneana.

10.- Lavado y esterilización del filtro dializador y de las líneas arteriovenosas para hemodiálisis.

Este indicador asegura la esterilidad y el funcionamiento del filtro y las líneas al volver a usarlas en la hemodiálisis, lo que reduce el costo del tratamiento y permite que haya una mayor frecuencia en el número de sesiones, para mejorar la calidad de vida del paciente nefrópata.

Concepto:

Proceso establecido para el lavado y esterilización del filtro dializador y de las líneas arteriovenosas de hemodiálisis, mediante la técnica de presión inversa con cloro y esterilización con formol.

Objetivos:

- Esterilizar el filtro dializador y las líneas arteriovenosas para garantizar su reutilización sin riesgos, y evitar complicaciones a los pacientes sometidos a tratamiento de hemodiálisis.
- Optimizar el uso de los recursos destinados al tratamiento del paciente con insuficiencia renal crónica.

Indicaciones:

- Filtro dializador, línea arterial y venosa para reutilización.

Contraindicaciones:

- Ruptura de líneas o del filtro dializador durante hemodiálisis.
- Obstrucción de los capilares del filtro.
- Cambio de color u opacidad de los equipos.

Complicaciones:

- Ruptura del filtro o de la línea venosa o arterial por exceso de agua caliente y presión.
- Desprendimiento de la malla venosa.

III. METODOLOGÍA DEL TRABAJO.

Para el estudio de caso se utilizó la metodología del Proceso de Atención de Enfermería, teniendo como referencia teórica el modelo conceptual de Virginia Henderson, el cuál está fundamentado en las catorce necesidades básicas.

3.1. Descripción.

Para realizar el presente estudio de caso, se eligió a una mujer adulta, de 32 años de edad, la cuál fue ingresada al Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" el día 29 de octubre del 2007, como donadora renal y que durante el pre, trans y post operatorio se identificó dependencia en algunas de sus necesidades fundamentales. La ayuda profesional que se le proporcionó fue basada siguiendo las etapas del Proceso de Atención de Enfermería, las cuales a continuación se describen.

3.2. Valoración.

La valoración se considera la etapa a través de la cual se intenta conformar una base de datos que permita identificar las necesidades afectadas. Para el estudio de caso, el instrumento de valoración se realizó a través del interrogatorio a una paciente femenina aparentemente sana, programada a cirugía como donadora renal, en donde se logran detectar los problemas o necesidades que la aquejan

Fuentes de información.

- a) Fuentes indirectas: el expediente clínico, otros profesionales que comparten la responsabilidad del cuidado de la paciente.
- b) Fuente directa: la propia paciente (a través de una charla), datos objetivos (toma de signos vitales, exploración física), datos subjetivos (a través de la observación del pasante, manifestaciones de la paciente).

3.2.2. Técnicas utilizadas para la obtención de información

- a) Interrogatorio.
- b) La valoración de enfermería.
- c) Examen físico.
- d) Expediente clínico.

Interrogatorio: es el contacto interpersonal que tiene por objeto recopilar datos de manera verbal.

Se realiza en trabajos de investigación para recopilar datos; en trabajos que se realizan en comunidad; en la clínica, con el personal médico y de enfermería a pacientes y familiares; como un medio de comunicación para proporcionar información.

Para la realización del estudio de caso, el interrogatorio se realizó el domingo 4 de noviembre de 2007, para tal efecto, hubo que presentarse con la paciente a las 15 hrs en el área de hospitalización (4º piso del edificio "H") del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez", donde la paciente estaba hospitalizada; se le explicó el objetivo de la entrevista y se pidió autorización verbal para la realización de su estudio de caso.

Valoración de enfermería: método general para la recolección de datos, se inicia en el momento que la enfermera tiene su primer contacto con el paciente, utilizando la observación y en menor proporción el interrogatorio.

Para el estudio de caso, se realizó una valoración en donde se utilizaron la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación; los cuales, a continuación se describen:

- La inspección, es el método que aporta datos a través de la visión, ya sea simple o directa; es indirecta, cuando se auxilia de algún aparato especial.
- La palpación, proporciona datos por medio del tacto, pueden ser monomanual, bimanual, digital o de tacto.
- La percusión, consiste en golpear metódicamente la región examinada para producir fenómenos acústicos. Los sonidos pueden ser claros, mates, sub-

mates y timpánicos. Los ruidos pueden ser de resonancia, metálicos, anóricos y de olla rajada.

- La auscultación, es el método de exploración que proporciona datos por medio del oído a través de aparatos como el estetoscopio.

En la valoración de enfermería, no se aprecian datos que puedan relacionarse con alguna enfermedad.

Examen físico: ofrece apoyo y seguridad en la exploración del paciente, lo que permite obtener mayor información en relación con el estado de la paciente a través de las observaciones.

Al examen físico de la paciente, se puede observar una persona sana.

Expediente clínico: documento legal que maneja el equipo de salud, en la cual se concentra la historia clínica del paciente. El contenido (hoja de historia clínica, hoja de evolución y tratamiento, hoja de la enfermera, hoja de signos vitales, hoja de exámenes de laboratorio y gabinete, hoja de admisión y alta, hoja de consentimiento para cirugía firmada por el paciente y familiar responsable) y el orden de las hojas que integran el expediente, varía de acuerdo con la institución y el servicio en que se encuentra el paciente.

Los datos recopilados del expediente clínico, no muestran resultados anormales que sugieran alguna enfermedad.

3.2.3. Los instrumentos utilizados para registrar la información obtenida fueron:

- a) La historia clínica de enfermería.
- b) La hoja de valoración de necesidades.
- c) Hoja de enfermería.
- d) Historia clínica.

HISTORIA CLÍNICA

Datos de identificación.

Nombre. M. L. M. A.

Edad. 32 años.

Sexo. Femenino.

Escolaridad. Secundaria.

Estado civil. Casada.

Religión. Católica.

Ocupación. Comerciante y hogar.

Lugar de procedencia. Tarimoro, Villamar, Mpo. Senguio Michoacán.

Lugar de residencia. Tarimoro, Villamar, Mpo. Senguio Michoacán.

Fecha de ingreso. 31 de octubre de 2007.

Antecedentes heredo-familiares.

Abuelos paternos y maternos fallecidos por causa no especificada.

Abuela materna con patología hepática no especificada.

Diabetes Mellitus por rama paterna (2).

Padre con Diabetes Mellitus.

Madre aparentemente sana.

Hermano fallecido por leucemia.

Resto de hermanos (10) aparentemente sanos.

Hija con soplo cardiaco de etiología no especificada.

Antecedentes personales no patológicos.

Habita en casa propia de medio rural, de ladrillo y loza, pisos de cemento, cuenta con luz eléctrica y agua potable, sin drenaje. Cuenta con un perro y aves de corral.

Alimentación regular en calidad y cantidad, sedentaria, sin toxicomanías.

Esquema de vacunación completo, combe negativo, grupo sanguíneo O+.

Antecedentes gineco-obstétricos.

Menarca. 11 años.

Ciclo menstrual. 22-24 días por 4 ó 5 días. Regular, dismenorréica.

FUM. 10 de Octubre de 2007.

IVSA. 21 años. Número de parejas sexuales. 1

Gesta 1. Partos 1. Cesáreas 0. Abortos 0.

Método de planificación familiar. No

Papanicolaou. 2006, negativo a malignidad.

Antecedentes personales patológicos.

Sarampión a los 5 años.

Varicela a los 12 años.

Quirúrgicos negativos.

Alergias negativas.

Transfusionales y traumáticos negativos.

Hospitalizaciones previas negativas.

Interrogatorio por aparatos y sistemas.

- Sistema nervioso central. Sin datos positivos.
- Aparato respiratorio. Sin datos positivos.
- Sistema cardiovascular. Sin datos positivos.
- Aparato digestivo. Sin datos positivos.
- Aparato urinario. Sin datos positivos.
- Sistema músculoesquelético. Sin datos positivos.
- Resto de aparatos y sistemas sin datos positivos.

Padecimiento actual.

Inicia protocolo de transplante renal como potencial donador a su esposo en 2004, que se suspendió por causas ajenas a ellas. El protocolo se reinició en junio de 2007.

Niega síntomas relacionados al aparato urinario para llevar a cabo la donación renal.

No refiere fiebre u otros datos de infección que contraindiquen el procedimiento.

Exploración física.

Peso 63 kg. Talla. 1.45 mts. IMC 30 kg/m²SC. TA 100/70 mmHg. FC 60 x´.

FR 16 x´.

Paciente femenina de edad aparente igual a la cronológica, sin deformidades físicas, bien conformada, actitud libremente escogida, adecuada coloración de tegumentos, sin facies característica, funciones mentales superiores íntegras. Cráneo normocéfalo, ojos con mirada central, conjugada, reflejos oculomotores y conjuntivas normales. Pabellones auriculares, conducto auditivo externo y membrana timpánica sin afección, nariz recta y fosas nasales permeables. Cavidad oral con buena higiene, encías, lengua, paladar, amígdalas y orofaringe sin compromiso. Cuello simétrico, sin bocio ni adenomegalias, ausencia de plétora yugular, pulsos carotídeos normales.

Tórax normolíneo, ampliación y amplexación normales y simétricas, vibraciones vocales y transmisión vocal normal. Precordio normal, ruidos cardiacos rítmicos.

Abdomen globoso a expensas de panículo adiposo. Sin puntos dolorosos ni visceromegalias, ruidos peristálticos de frecuencia e intensidad normal. No se encontraron soplos abdominales.

Extremidades íntegras y simétricas, con dilataciones venosas en extremidades inferiores.

Fuerza, sensibilidad y reflejos osteotendinosos normales.

Pulsos periféricos normales, llenado capilar normal.

Como parte del protocolo, se realizaron las siguientes interconsultas:

- Psiquiatría: alta.
- Otorrinolaringología: alta.
- Dental: alta.
- Ginecología: alta.

Estudios de laboratorio y gabinete.

- Estudios de Rx: normales.
- Ultrasonido renal: normal. (riñón derecho 10.9 x 5.1 x 5.6cm., riñón izquierdo 10.2 x 5.5 x 5.7cm.)
- Resonancia Magnética Nuclear: normal.
- Electrocardiograma: normal.
- Laboratorios:
 1. VIH negativo, AG HV. negativo, VHC negativo.
 2. Biometría hemática: normal.
 3. Química sanguínea: normal.
 4. Tiempos de coagulación TP, TTP: normales.
 5. Depuración de creatinina en orina de 24 horas: normal.
 6. Examen general de orina: normal.
 7. Exudado nasal: flora normal.
 8. Pruebas de función hepática: normales.
 9. Electrolitos séricos: normales.
 10. Grupo sanguíneo: O+.

3.3. Diagnósticos de Enfermería.

Implica habilidades del pensamiento crítico como el análisis y la síntesis, así como el razonamiento lógico (inductivo – deductivo) a través del cual y en base a los problemas identificados, se elaboraron los diagnósticos de enfermería bajo el formato P.E.S (Problema, etiología o causa y signos - síntomas), los cuales derivan de las necesidades afectadas.

El diagnóstico de enfermería se basa en las respuestas de la paciente, todas las situaciones que la enfermera puede atender de forma independiente.

Para su estructura, se organizó y clasificó la información en base a las necesidades señaladas por Virginia Henderson, las cuales son: biológicas, psicológicas, sociales y culturales.

Para el presente estudio de caso, la realización de los diagnósticos de enfermería se tomaron en tres etapas diferentes en las que se encontraba la paciente, en el preoperatorio, el transoperatorio y en el postoperatorio.

Los tipos de diagnósticos que se estructuraron fueron reales y potenciales; los reales reunieron los datos que reflejaron las necesidades de la paciente, los potenciales se debieron a los múltiples factores de riesgo en los que se encontraba la paciente.

Para el análisis de los datos se utilizaron algunos instrumentos como: "la guía para el análisis de necesidades".

Los diagnósticos de enfermería fueron realizados en base a la etiqueta de la NANDA, ya que por ser congruente teóricamente con el modelo conceptual de Virginia Henderson, se trabajaron con base en las 14 necesidades, señalando así, el grado de dependencia o independencia de la paciente.

3.4. Planeación de Intervenciones de enfermería.

La planeación implica la toma de decisiones, la cual se expresa en la intervención de enfermería; dichas intervenciones pueden ser:

- a) Independiente: Lo que la enfermera hace y que corresponde a sus competencias profesionales.
- b) Interdependiente: Lo que la enfermera hace y que comparte con otros profesionales de la salud (Cuidado interdisciplinario).
- c) Dependientes: Los cuidados que la enfermera realiza en base a los tratamientos prescritos y derivados como consecuencia de la enfermedad que presenta la paciente.

En este sentido y debido a las características de la paciente, el Rol de enfermería fue de acompañamiento en la primera etapa, ya que ella cuenta con la capacidad e independencia de satisfacer sus necesidades básicas. Sin embargo, en la

segunda y tercera etapa de la valoración, el rol de enfermería cambió y fue de dependencia, esto, como consecuencia del procedimiento quirúrgico al que fue sometida.

Dentro de la planeación de las intervenciones, se constituyeron “Criterios de Evaluación”, los cuales permitieron establecer el alcance que se pretendió tener con la intervención y a su vez guiar la evaluación.

El formato del “Plan de Intervención” cuenta con:

- a) Iniciales del cliente.
- b) Fecha.
- c) Necesidad afectada.
- d) Problema que la afecta.
- e) Diagnóstico de enfermería.
- f) Objetivo. El cual señala lo que se pretende alcanzar con la intervención.
- g) Intervenciones de enfermería.
- h) Fundamentación de la intervención.
- i) Criterios de valoración. Los cuales son indicadores que permiten conocer el grado de dependencia o independencia de la paciente para satisfacer sus necesidades.
- j) Evaluación. En la cual, mediante la valoración se identificaron los criterios de evaluación que permitieron conocer si se logró o no el objetivo trazada, con la finalidad de retroalimentar el Plan de cuidados.

3.5. Ejecución y Evaluación.

Estas dos etapas son procesos continuos e íntimamente ligados que implican la valoración y la aplicación de habilidades y destrezas en los procedimientos de enfermería; el contar con una base teórica científica permitió fundamentar su realización y garantizó que durante su ejecución y valoración se pudieran identificar aspectos de riesgo para la salud de la paciente, logrando así alcanzar los objetivos

trazados, teniendo como referencia los indicadores establecidos en los criterios de valoración, lo que permitió retroalimentar el Plan de cuidados.

IV. GUÍA DE VALORACIÓN DE LA ENFERMERA

Nombre: María Leticia Morales Ávila.

Fecha: 4 de noviembre de 2007.

Edad: 32 años.

Sexo: femenino.

Estado civil: casada.

Religión: católica.

Etnia: ninguna.

Escolaridad: secundaria.

Ocupación: hogar.

¿Cuál es su objetivo de salud?: apoyar a su esposo para que se recupere lo antes posible.

Hospitalizaciones previas: no.

Motivo de ingreso: cirugía como potencial donadora renal.

Está tomando medicamentos: no.

Signos vitales: TA 110/ 70mmHg FC 70x' FR 20x' Temp.36 °C

Número de miembros de la familia: tres.

¿Con quien vive? con su esposo e hija.

Problemas de relación con la familia: Si () No (X).

Menstruación: cada 22-24 días, con una duración de 4-5 días, dismenorréica.

Historia del embarazo: Gesta 1, Partos 1, Abortos 0, Cesáreas 0.

Medidas de control de la natalidad: no.

Papanicolaou: sí, en 2006, sin alteraciones.

1.-Oxigenación.

Estilo de vida: activa.

Realiza sus actividades cotidianas sin fatigarse: sí.

Patrón respiratorio: normal.

Secreciones: no.

Fumadora: no.

Antecedentes de enfermedades cardiorrespiratorias: no.

Alguna otra afección: no.

2.-Nutrición e hidratación.

Se alimenta sola: sí. Horario y número de comidas habituales: 9 hrs. desayuno, 14:30hrs. comida y 20:30 hrs. cena.

Cantidad y tipo de líquidos que ingiere al día: agua de sabor o simple, aprox. 3 l. diarios.

Preferencias o desagradados: ingiere todo tipo de alimentos, frutas y verduras principalmente.

Patrones de aumento o pérdida de peso: ninguna hasta el momento.

Suplementos de la alimentación: ninguno.

Conocimiento de factores que favorecen la digestión: dieta balanceada en calidad y cantidad, abundantes líquidos.

Problemas relacionados con la digestión: ninguno.

Medidas para purificar el agua: usa agua de garrafón.

Revisión. Peso: 63 Kg. Talla: 1.45mts. Índice de masa corporal 30 Kg./m² SC.

Boca: puede hablar sin dificultad, mastica y deglute adecuadamente.

Lengua: buena hidratación, sin presencia de úlceras o inflamación.

Encías: color rosa brillante, sin presencia de edema, hemorragia o dolor.

Dientes: sin presencia de caries, no presenta sensibilidad al frío o calor.

Labios: bien hidratados, color rojo, sin presencia de grietas.

3.-Eliminación.

Frecuencia y cantidad en 24 horas. Heces: 1 vez al día. Orina: 5 – 6 veces al día.

Color y consistencia de las heces: Café pastosa. Orina: color paja.

Ardor o dolor al evacuar: no. Al orinar: no.

Estreñimiento: no. Hemorroides: no Dolor menstrual: no

Ayudas, líquidos, alimentos, medicamentos, enemas. No.

Problemas de: urgencia, retención, incontinencia, infecciones. No.

Intestino: dolor, diarrea, flatulencia, heridas, estomas. No.

Genitales: erupciones e irritaciones perineales, lesiones, secreción anormal. Refiere una pequeña verruga en el área perianal, la cuál no causa molestia alguna.

4.-Termorregulación.

Se protege en los cambios de temperatura ambiente. Si.

Sensibilidad extrema al frío o al calor. No.

Qué valor le da a: comida, ropa y manejo adecuado en el control de la Temperatura. A otras medidas físicas. Tiene un valor importante, ya que estas medidas le ayudan a controlar la temperatura corporal aumentándola o disminuyéndola.

5.-Descanso y sueño.

Patrones de reposo, sueño, horas en la noche, siesta. Duerme de 24:00 – 6:00 hrs.

No toma siesta, no refiere alteraciones del sueño.

Alteraciones por estados emocionales. No refiere alguno.

Uso de reductores de tensión. Si, realiza actividades manuales de tejido y lectura.

6.-Evitar peligros.

Prácticas que afectan la seguridad personal: hábitos, drogas, alcohol, tabaco, café, bebidas con cola, nivel de consumo. No consume ninguno.

Recursos de salud: médicos, odontólogos, hospitales. No cuenta con ninguno, dentro de su comunidad.

Prácticas de salud: manejo de estrés, ansiedad, técnicas de relajación: no.

Auto examen de mama: No se lo realiza.

Hogar, características que constituyen peligros para la seguridad: pisos, escaleras, aislamiento. No tiene escaleras, y el piso de su hogar es de cemento.

Entorno físico, vecindario, presencia de peligros ambientales. Comunidad rural, cuenta con aproximadamente 50 habitantes, tiene algunos animales de granja como gallinas, no cuentan con drenaje, por lo que es necesario el uso de letrinas.

7.-Higiene y protección de la piel.

Hábitos higiénicos diarios que quiere mantener: oral, higiene femenina, arreglo personal. Se realizan de forma regular.

Aseo de dientes: 2 veces al día, manos: antes de comer y después de ir al baño, baño: diario.

Uso de algún producto específico, colonia, crema, etc. Si, crema únicamente.

Revisión de piel. Pigmentación: normal, temperatura: normal, textura: manos y pies ásperos, turgencia: normal, lesiones: no, contusiones: no, hemorragias: no, cicatrices: no, masa: no, prurito: no, edema: no, presenta insuficiencia venosa en miembro inferior derecho por várices.

Mucosa oral íntegra, bien hidratada.

8.-Moverse y mantener una buena postura.

Patrones de actividades y ejercicio, en su casa, en el trabajo y en el tiempo libre. Se dedica al comercio, atendiendo una tienda de abarrotes en su comunidad; en su casa realiza labores propias de un ama de casa, y en su tiempo libre sale a caminar.

Medidas higiénicas para moverse y tener una buena postura, (ejercicios activos y pasivos para mejorar tono muscular, uso de mobiliario y calzado adecuado). No realiza actividad física como tal, sin embargo, la actividad que realiza a diario, la hace una persona activa; el calzado que ella usa, es bajo y cómodo.

No presenta limitación para la deambulacion, sin embargo, presenta dolor en miembro pélvico derecho cuando pasa mucho tiempo de pie, relacionado a la insuficiencia venosa que presenta.

La postura es libremente escogida en relación a su trabajo, sin embargo, pasa la mayor parte del tiempo de pie.

No presenta dolor muscular, inflamación de articulaciones o defectos óseos.

Revisión: la capacidad funcional es normal, la mano dominante es la derecha, utiliza ambos brazos, piernas y manos, la fuerza es normal para su edad y sexo, la marcha es normal y no requiere ningún aparato para la deambulacion.

9.-Uso de prendas de vestir adecuadas.

La higiene personal es buena, con baño diario y aseo bucal dos veces por día, por lo tanto, la salud es buena en relación al aseo diario.

No requiere ayuda alguna para vestirse o desvestirse.

Los hábitos relacionados con la higiene personal y el vestido son normales, ya que el aseo y cambio de ropa limpia son adecuados.

Cuenta con los recursos económicos para vestir ropa limpia y que mantenga la temperatura adecuada en relación al clima.

10.-Necesidad de comunicarse.

Tiene facilidad para expresar sentimientos y pensamientos, a lo cual hace mención del miedo a la posibilidad de rechazo de riñón por parte de su esposo.

La relación que mantiene con su familia y con otras personas es normal y adecuada.

No utiliza mecanismos de defensa como agresividad, hostilidad, desplazamiento, etc. Para comunicarse con su familia o en su comunidad.

No presenta limitación física alguna, que interfiera la relación con las personas en su comunidad.

Refiere contactos sociales frecuentes y satisfactorios con las personas con las que mantiene contacto.

Facilitadores de la relación: presenta confianza, respeto, empatía y disponibilidad con y por las personas que la rodean, principalmente con su esposo.

11.-Sexualidad y reproducción.

Este apartado se reserva la valoración, ya que se conserva la individualidad de la paciente.

Se puede únicamente mencionar que la paciente tiene una hija de 13 años. La paciente tiene paridad satisfecha. Sin embargo, en mi percepción, parece que la sexualidad se ve un tanto afectada, por el padecimiento que su esposo presenta.

12.-Necesidad de aprendizaje.

Conoce el desarrollo del ser humano en su ciclo vital.

Conoce su estado de salud, sus necesidades básicas, el tratamiento al que va a ser sometida (nefrectomía izquierda) y los cuidados necesarios que debe seguir al término de la cirugía.

Desea incrementar sus conocimientos sobre los aspectos relacionados a su cirugía.

Conoce los cambios necesarios en el hábito y estilo de vida, que pondrá en práctica posterior al evento quirúrgico.

13.-Participa en actividades recreativas.

En su tiempo libre le gusta tejer y leer. Lo que le produce satisfacción.

La distribución del tiempo entre su trabajo y la recreación es equilibrada.

14.-Vivir según las creencias y valores.

No realiza ritos según la religión que practica.

La frecuencia de los servicios religiosos es ir a misa cada domingo, celebra las fiestas propias de un católico.

Los valores que ha integrado en su estilo de vida son: respeto, afecto, amor, servicio, compañerismo, humildad, fe.

Los valores no han sido alterados por la situación actual de salud en la que se encuentra.

Creencias religiosas significativas en este momento: La fé, ya que cree y confía en Dios de que todo va a salir bien.

15.-Necesidad de trabajar y realizarse.

El trabajo que ella desempeña es como comerciante, atiende una tienda de abarrotes en la comunidad en la que vive, el horario es de 7 am a 8 pm. El trabajo le produce satisfacción, ya que la mantiene ocupada, le da el tiempo necesario para poder atender a su esposo e hija, y realizar labores domésticas; su hermano le ayuda a atender el negocio.

GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL
CLIENTE:

M L M A

FECHA: 4 de noviembre 2007.

NECESIDAD
AFECTADA:

Comunicación

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Temor, relacionado con la posibilidad de rechazo del esposo, manifestado por expresión verbal de la paciente "tengo miedo que mi esposa rechace el riñón"

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
Se encuentra en estado de salud óptimo para la cirugía.	Temor al posible rechazo de riñón por parte del esposo, como complicación del trasplante. Refiere tener Fé en Dios de que todo va a salir bien.	Manifiesta buena comunicación con su esposo e hija, así como en general con toda su familia.	Conoce el procedimiento al que será sometida, los cuidados personales que debe llevar a cabo posteriores a la cirugía.

TOTALMENTE DEPENDIENTE
 PARCIALMENTE DEPENDIENTE

F. FUERZA
 F. VOLUNTAD
 F. DE CONOCIMIENTOS

R. SUPLENCIA
 R. AYUDA
 R. ACOMPAÑAMIENTO

GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL
CLIENTE:

M L M A

FECHA: 5 de noviembre 2007.

NECESIDAD
AFECTADA:

Termorregulación

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de alteración de la temperatura corporal, relacionada a la exposición de la baja temperatura en el quirófano.

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
Temperatura corporal axilar de 36°C.	Manifiesta frío al ingresar a la sala de operaciones.	Sin datos por comentar.	Sin datos por comentar.

- TOTALMENTE DEPENDIENTE
 PARCIALMENTE DEPENDIENTE

- F. FUERZA
 F. VOLUNTAD
 F. DE CONOCIMIENTOS

- R. SUPLENCIA
 R. AYUDA
 R. ACOMPAÑAMIENTO

**GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD**

**INICIALES DEL
CLIENTE:**

M L M A

FECHA: 5 de noviembre 2007.

NECESIDAD

Prevenición de riesgos

AFECTADA:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de lesión perioperatorio, relacionado con la posición necesaria para la cirugía.

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
No presenta datos de lesión en la piel.	Está consciente de la posición en la que se colocará durante la cirugía. Sabe que posterior a la cirugía, no se deberá mover, ya que podría caerse de la mesa operatoria.	Sin datos por comentar.	Sin datos por comentar.

- TOTALMENTE DEPENDIENTE
 PARCIALMENTE DEPENDIENTE

- F. FUERZA
 F. VOLUNTAD
 F. DE CONOCIMIENTOS

- R. SUPLENCIA
 R. AYUDA
 R. ACOMPAÑAMIENTO

GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL
CLIENTE:

M L M A

FECHA: 5 de noviembre 2007.

NECESIDAD
AFECTADA:

Eliminación

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de la eliminación urinaria, relacionado con la disminución del tono vesical, secundario a anestesia general.

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
La función renal está conservada. Se encuentra presente la sensación de orinar.	Sabe que será sometida a anestesia general y por lo tanto, le será colocada una sonda vesical.	Sin datos que comentar.	Sin datos que comentar.

- TOTALMENTE DEPENDIENTE
 PARCIALMENTE DEPENDIENTE

- F. FUERZA
 F. VOLUNTAD
 F. DE CONOCIMIENTOS

- R. SUPLENCIA
 R. AYUDA
 R. ACOMPAÑAMIENTO

GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

**INICIALES DEL
CLIENTE:**

M L M A

FECHA: 5 de noviembre 2007.

NECESIDAD

Prevenición de riesgos

AFECTADA:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de infección, relacionado a la cirugía, la cuál tiene una duración mayor de 2 horas.

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
No presenta datos que puedan ser factores de infección.	Conoce las posibles complicaciones de una cirugía, entre las cuales se encuentra la infección.	Sin datos que comentar.	Sin datos que comentar.

- TOTALMENTE DEPENDIENTE
 PARCIALMENTE DEPENDIENTE

- F. FUERZA
 F. VOLUNTAD
 F. DE CONOCIMIENTOS

- R. SUPLENCIA
 R. AYUDA
 R. ACOMPAÑAMIENTO

GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

**INICIALES DEL
CLIENTE:**

M L M A

FECHA: 5 de noviembre 2007.

**NECESIDAD
AFECTADA:**

Termorregulación

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Hipotermia relacionada con la exposición al frío de la sala de operaciones y los efectos de la anestesia, manifestado por frialdad de la piel, palidez y tiritona leve.

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
La piel se observa pálida. Se encuentra fría. Refiere tener frío.	Sabe que se encuentra dentro del quirófano y que hace frío en él.	Sin datos que comentar.	Sin datos que comentar.

TOTALMENTE DEPENDIENTE
 PARCIALMENTE DEPENDIENTE

F. FUERZA
 F. VOLUNTAD
 F. DE CONOCIMIENTOS

R. SUPLENCIA
 R. AYUDA
 R. ACOMPAÑAMIENTO

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

No.	NECESIDAD	I	TD	PD
1	Oxigenación.	X		
2	Nutrición e hidratación.	X		
3	Eliminación		X	
4	Moverse y mantener una buena postura.	X		
5	Descanso y sueño.	X		
6	Uso de prendas de vestir adecuadas.	X		
7	Termorregulación.			X
8	Higiene y protección de la piel.		X	
9	Evitar peligros.		X	
10	Comunicarse.			X
11	Vivir según las creencias y valores.	X		
12	Trabajar y realizarse.	X		
13	Jugar y participar en actividades recreativas.	X		
14	Aprendizaje			X

I: INDEPENDIENTE

TD: TOTALMENTE DEPENDIENTE

PD: PARCIALMENTE DEPENDIENTE

PLAN DE ATENCIÓN

INICIALES DEL CLIENTE:	MLMA	FECHA:	4 de noviembre de 2007
Etapas preoperatoria			
NECESIDAD AFECTADA:	Comunicación	HOJA No:	1
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA:	Temor, relacionado con la posibilidad de rechazo del esposo, manifestado por expresión verbal de la paciente "tengo miedo que mi esposa rechace el niño"		
OBJETIVO:	Disminuir el sentimiento de temor en la medida de lo posible, para que ingrese tranquila a quirófano.		

META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
Lograr que la preocupación de la paciente disminuya al máximo, lo que le permitirá estar mas tranquila y al momento de ingresar al quirófano, se encuentre en estado de salud óptimo, lo que mantendrá unos signos vitales adecuados y el efecto de anestesia sea el esperado.	<p>Proporcionar seguridad y bienestar al paciente.</p> <p>Dedicarle un tiempo, animarle a compartir sus preocupaciones y sentimientos, escucharle con atención y transmitirle empatía y comprensión.</p> <p>Se le explica, que el riesgo de rechazo de niño es muy bajo, que existen medicamentos que se ministran para evitar dicha complicación.</p>	<p>El diálogo franco y sincero puede ayudar a iniciar una solución constructiva de los problemas y puede infundir esperanza.</p> <p>Las personas de apoyo y los mecanismos de afrontamiento, son herramientas importantes para disminuir la ansiedad.</p>	<p>La paciente manifiesta un aumento de su bienestar psicológico.</p>	<p>La paciente se encuentra animada, tranquila, relajada, con tono de voz claro y fuerte, sin sequedad bucal y desapareció el temblor de los pies.</p>

I.I.	INTERV. INDEPENDIENTE
I.D.	INTERV. DEPENDIENTE
I. ITD.	X

PLAN DE ATENCIÓN

INICIALES DEL CLIENTE:	MLMA	FECHA:	5 de noviembre de 2007
Etapas transoperatoria			
NECESIDAD AFECTADA:	Termorregulación		
	HOJA No.:	2	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:	Riesgo de alteración de la temperatura corporal, relacionada a la exposición de la baja temperatura en el quirófano		
OBJETIVO:	Mantener en normotermia a la paciente durante el acto quirúrgico.		

META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
Evitar en lo posible la pérdida de calor en la paciente, durante el periodo perioperatorio.	Se prende el colchón térmico antes de que la paciente ingrese al quirófano; una vez acostada en la mesa quirúrgica, se mantiene cubierta con sábana y colcha hasta donde sea posible. Al realizar el lavado mecánico del área quirúrgica, se realiza de manera rápida y con solución tibia para evitar la pérdida de calor.	Se puede evitar pérdidas significativas de calor reduciendo el enfriamiento por evaporación, convección, conducción y radiación. Las personas cuya temperatura se mantiene dentro de los límites normales durante el periodo intraoperatorio, experimentan menos complicaciones y originan menos costos hospitalarios.	Identificar los factores de riesgo para la hipotermia. Reducir los factores de riesgo que producen hipotermia.	No existen datos de pérdida de la temperatura corporal, ya que no hay piloerección y la coloración de tegumentos es adecuada.

META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
		La reducción de la temperatura es máxima durante la primera hora de la cirugía.		

I.I.	INTERV. INDEPENDIENTE
I.D.	X INTERV. DEPENDIENTE
I.ITD.	INTERV. INTERDEPENDIENTE

PLAN DE ATENCIÓN

INICIALES DEL CLIENTE:	MLMA	FECHA:	5 de noviembre de 2007
-------------------------------	------	---------------	------------------------

Etapas transoperatoria	
Prevenición de riesgos.	HOJA No: 3

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de lesión perioperatorio, relacionado con la posición necesaria para la cirugía.

OBJETIVO: Evitar zonas de presión en la piel durante la cirugía.

META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
Disminuir el riesgo de lesión de la piel, relacionado con la posición de lumbotomía derecha a la que tiene que ser sometida la paciente durante la cirugía.	Se coloca un colchón de polímero en la mesa quirúrgica, lo que evita el contacto directo con el colchón térmico, lo que evita que la paciente pueda presentar zonas de presión por posición durante el acto quirúrgico. Se coloca "dona" de polímero bajo la cabeza, lo que evitará que ésta pueda desplazarse y quede protegida, tanto la cabeza, como las orejas y los nervios superficiales y los vasos sanguíneos de la cara.	Un posicionamiento prolongado puede provocar una compresión mecánica de los nervios superficiales y periféricos. La hiperextensión de una extremidad en una persona anestesiada puede causar lesiones nerviosas. Los tejidos y la piel se pueden dañar por un exceso de presión en pacientes sometidos a 2 horas o más de inmovilidad.	La persona no presentará lesiones neuromusculares relacionadas con la posición quirúrgica.	Al colocar a la paciente en decúbito dorsal, posterior a la cirugía, no se observan zonas de presión en la piel. La cabeza se mantiene sin datos de lesión alguna. El brazo izquierdo mantiene buena movilidad.

META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
	<p>Se coloca piñera forrada, para colocar sobre ésta, el brazo izquierdo y protegerlo. Se coloca almohada entre ambas rodillas, con el fin de evitar la fricción entre éstas.</p>	<p>Los anestésicos interfieren en la vasodilatación y vasoconstricción normales, reduciendo así la perfusión en las prominencias óseas y en las extremidades declives o comprimidas. La mayoría de las posiciones quirúrgicas, provocan una retención circulatoria masiva; si esta posición se revierte con demasiada rapidez, es posible que se produzca una hipotensión intensa. Los cambios de postura progresivos y lentos permiten al sistema cardiovascular del paciente adaptarse a la nueva posición.</p>		

I.I.	INTERV. INDEPENDIENTE
I.D.	X INTERV. DEPENDIENTE
I.ITD.	INTERV. INTERDEPENDIENTE

PLAN DE ATENCIÓN

INICIALES DEL CLIENTE:	MLMA	FECHA:	5 de noviembre de 2007
------------------------	------	--------	------------------------

Etapa transoperatoria	
NECESIDAD AFECTADA:	HOJA No: 4
Prevención de riesgos.	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de lesión perioperatorio, relacionado con la pérdida habitual de las medidas de protección sensoriales durante la anestesia.

OBJETIVO: Evitar que la paciente sufra quemaduras relacionadas con el electrocoagulador.

META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
Evitar quemaduras en la piel de la paciente, que se puedan asociar al uso del electrocoagulador.	Se coloca un campo, por debajo de los pies de la paciente, ya que al colocarse en posición de lumbotomía, los pies quedan en contacto directo con los bordes de la mesa.	Un paciente con problemas de movilidad, necesita que se instalen dispositivos de seguridad y eliminen los peligros. Un ambiente desconocido, junto con los trastornos de la visión y movilidad, pueden aumentar el riesgo de lesión del paciente.	Identificar factores que aumenten el riesgo de lesión. Aplicar medidas de seguridad para prevenir lesiones.	La paciente no mostró datos de lesión por quemadura en la piel posterior a la cirugía.

I.I.	INTERV. INDEPENDIENTE
I.D.	X INTERV. DEPENDIENTE
I. ITD.	INTERV. INTERDEPENDIENTE

PLAN DE ATENCIÓN

INICIALES DEL CLIENTE:	MLMA	FECHA:	5 de noviembre de 2007
NECESIDAD AFECTADA:	Etapa transoperatoria Eliminación.		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:	Alteración de la eliminación urinaria, relacionado con la disminución del tono vesical, secundario a anestesia general.		
OBJETIVO:	Mantener un control de líquidos adecuado, evitar la contaminación del área quirúrgica con la orina y lesiones en la piel de quemaduras con el electrocoagulador.		

META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
Llevar un control de líquidos adecuado durante la cirugía, evitar que el campo quirúrgico se contamine con la orina, y evitar que la piel de la paciente, sufra algún tipo de lesión que se relacione con el contacto de la piel con una superficie húmeda o mojada y el uso del electrocoagulador.	Se coloca una sonda vesical a la paciente, posterior a la inducción de la anestesia general.	Las bacterias se multiplican rápidamente en la orina estancada en la vejiga. La sobredistensión entorpece el riego sanguíneo vesical, aumentando la sensibilidad a la infección por la proliferación bacteriana. El vaciado completo y regular de la vejiga reduce el riesgo de infección.	El volumen urinario es adecuado, lo que nos indica que la sonda vesical está bien colocada y se pueden llevar a cabo las funciones necesarias.	Se llevó a cabo un control de líquidos adecuado, evitando la contaminación del campo quirúrgico. Al final de la cirugía, la paciente no mostró datos de quemaduras por contacto con superficies húmedas relacionadas con la orina.

META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
		<p>La orina ácida dificulta la proliferación de la mayoría de las bacterias implicadas en la cistitis.</p> <p>El amoniaco de la orina, alcaliniza el pH de la piel y la hace mas sensible a los irritantes.</p>		

I.I.	INTERV. INDEPENDIENTE
I.D.	X INTERV. DEPENDIENTE
I. ITD.	INTERV. INTERDEPENDIENTE

PLAN DE ATENCIÓN

INICIALES DEL CLIENTE:	MLMA	FECHA:	5 de noviembre de 2007
------------------------	------	--------	------------------------

Etapas transoperatoria	
NECESIDAD AFECTADA:	HOJA No: 6
Prevención de riesgos.	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:	Riesgo de infección, relacionado a la cirugía, la cuál tiene una duración mayor de 2 horas.
-----------------------------------	---

OBJETIVO:	Disminuir el riesgo de infección para la paciente, tomando medidas adecuadas durante el periodo perioperatorio.
------------------	---

META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
Evitar riesgo de infección en el periodo perioperatorio.	<p>Lavado de manos.</p> <p>Realizar técnicas de asepsia y antisepsia adecuadas para la realización de los procedimientos invasivos.</p> <p>Evitar diálogo innecesario durante la cirugía.</p> <p>Realizar una asepsia y antisepsia adecuada en la zona operatoria.</p>	<p>El lavado de manos reduce el riesgo de contaminación cruzada.</p> <p>Los cambios sutiles de las constantes vitales, en especial la fiebre, pueden ser signos de procesos de sepsis.</p> <p>Los antibióticos administrados con el intervalo adecuado aseguran el mantenimiento de los valores terapéuticos.</p>	<p>Debido a la etapa en la que se encuentra la paciente (subclínica) y al tiempo transcurrido no es posible detectar datos que pudieran sugerir infección.</p> <p>En base a estos criterios, se hace hincapié en los indicadores de calidad en la atención de enfermería.</p> <p>Mostrar una técnica de lavado de manos meticulosa.</p>	<p>En una evaluación retrospectiva, con datos recabados del expediente clínico posterior al egreso del paciente, se corrobora que no existieron datos de infección que se pudieran relacionar con el procedimiento quirúrgico ni del periodo perioperatorio.</p>

META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
	<p>Administración de antibiótico profiláctico (según esquema hospitalario).</p> <p>Al término de la cirugía, se coloca parche en la herida quirúrgica.</p>	<p>Las heridas quirúrgicas que cicatrizan de primera intención, necesitan un apósito que las proteja de la contaminación hasta que sellen los bordes (24 horas).</p>	<p>Describir métodos de transmisión de la infección.</p> <p>Describir la influencia de la nutrición en la prevención de la infección.</p>	

I.I.	INTERV. INDEPENDIENTE
I.D.	X INTERV. DEPENDIENTE
I.ITD.	INTERV. INTERDEPENDIENTE

PLAN DE ATENCIÓN

INICIALES DEL CLIENTE:	MLMA	FECHA:	5 de noviembre de 2007
NECESIDAD AFECTADA:	Etapas Postoperatoria Termorregulación.		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:	Hipotermia relacionada con la exposición al frío de la sala de operaciones y los efectos de la anestesia manifestada por frialdad de la piel, palidez y tiritona leve.		
OBJETIVO:	Aumentar la temperatura corporal dentro de los límites normales.		

HOJA No: 7

META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Elevar la temperatura corporal del paciente y mantenerla dentro de los límites normales.</p>	<p>Se colocan sábanas calientes al término del procedimiento quirúrgico y una colcha, para evitar mayor pérdida de calor. Limitar las áreas expuestas.</p>	<p>Se puede evitar pérdidas significativas de calor reduciendo el enfriamiento por evaporación, convección, conducción y radiación. Las personas cuya temperatura se mantiene dentro de los límites normales durante el periodo intraoperatorio, experimentan menos complicaciones y originan menos costos hospitalarios.</p>	<p>Identificar los factores de riesgo para la hipotermia. Reducir los factores de riesgo para la hipotermia.</p>	<p>Al llegar a la terapia posquirúrgica, la paciente se encuentra con temblor y piel fría; al tomar la temperatura axilar, se encuentra con un registro de 35°C, lo que nos indica, que las medidas que se tomaron no fueron necesarias, por lo que se colocó otra colcha y una compresora de calor.</p>

META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
		<p>La reducción de la temperatura es máxima durante la primera hora de la cirugía.</p>		

I.I.	INTERV. INDEPENDIENTE
I.D.	X INTERV. DEPENDIENTE
I. ITD.	INTERV. INTERDEPENDIENTE

V. CONCLUSIONES

La profesión de enfermería se basa en el Proceso de Atención que garantice la calidad en el cuidado que se brinda al paciente.

En base al Proceso de Atención de Enfermería y un modelo conceptual como el de Virginia Henderson, se pueden conocer las necesidades del paciente y brindar los cuidados de manera que se puedan satisfacer dichas necesidades lo mejor y más completo que sea posible; que asegure una atención de calidad, con calidez humana y de forma holística.

Los cuidados que se brindaron a la paciente que se presentaron en este trabajo y en base al modelo conceptual de Virginia Henderson, me permitió identificar las necesidades de la paciente a través de la valoración y el análisis de la información. Mediante la obtención de datos tanto objetivos como subjetivos, se pudo identificar el grado de independencia que la paciente presentaba en la primera etapa de valoración.

En la segunda etapa de dicha valoración, se pudieron identificar los riesgos a los que la paciente se encontraba expuesta y en base a éstos, se proporcionaron los cuidados necesarios para evitar dichos riesgos, debido al grado de dependencia de la paciente presentaba.

Las características del proceso me permitieron establecer una retroalimentación de los cuidados brindados, con la finalidad de cumplir con los objetivos trazados.

La estructura dinámica y flexible del proceso permite responder a los cambios y se adapta a las necesidades de la paciente.; es universal, ya que se aplica a todos los campos de la enfermería (atención primaria, secundaria o terciaria); es sistemático, puesto que parte de un planteamiento para alcanzar los objetivos;

Interpersonal, porque el personal de enfermería necesariamente se tiene que comunicar con el paciente y continuo, ya que en base a la evaluación, se realizan las modificaciones pertinentes.

Los cuidados de enfermería brindados a la paciente fueron adecuados, ya que se identificaron los factores de riesgo en el periodo de valoración y no se presentaron complicaciones relacionadas con el periodo perioperatorio.

Es indispensable conocer los indicadores de calidad del cuidado, lo que nos permite brindar cuidados de calidad, personalizados, con un gran sentido humanista y de manera holística.

VI. BIBLIOGRAFÍA.

1. Atkinson L, Murray ME. Proceso de Atención de Enfermería. 2ª ed. México: El Manual Moderno; 1983:7.
2. Atkinson L, Murray ME. Proceso de Atención de Enfermería. 2ª ed. México: McGraw-Hill, 1983:32.
3. Atkinson L, Murray ME. Proceso de Atención de Enfermería. 5ª ed. México: McGraw-Hill, Interamericana; 1996:60.
4. Atkinson L, Kohn M. Técnicas de Quirófano. 6ª. Ed. México: Interamericana McGraw-Hill, 1988: 62.
5. Baily E, Lloyd M. Enciclopedia de la Enfermería. España: Océano Centrum. 1998: 1-76
6. Carpenito LJ. Manual de Diagnóstico de Enfermería. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1993: XXVIII.
7. Carpenito LJ. Planes de cuidado y documentación en enfermería. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1994:5.
8. García C, Martínez M. Historia de la Enfermería. Evolución histórica del Cuidado Enfermero. 5ª ed. Madrid: Harcourt; 2001: 145.
9. García M. El Proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson. 2ª. ed. México: Progreso, 2004: 2-320.
10. Griffit JW, Christensen PJ. Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. México: El Manual Moderno; 1986:6.
11. Iyer P, Tapich B, Bernocchi-Losey D. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. México: Interamericana McGraw-Hill; 1993:13.
12. Luis MT. Diagnósticos de Enfermería. Aplicación práctica. Rol de Enfermería 1991; 14:62.
13. Luis MT. Diagnósticos Enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. Barcelona: Mosby, Doyma Libros; 1996:6.
14. Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: Ediciones Rol; 1989:305.

15. Ortega C, Suárez M. Manual de Evaluación del Servicio de Calidad en Enfermería. México: Médica Panamericana; 2006: 1-183.
16. Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. El proceso de Atención de Enfermería. Madrid: Interamericana; 1993:139.
17. Téllez S, Bernal B. Teorías y Modelos para la atención de Enfermería. 2ª. ed. México: ENEO, 2006: 137-142.