



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA

ESTUDIO DE CASO CENTRADO EN UNA PERSONA CON
DEPENDENCIA EN LA NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

LUIS FERNANDO PECH LIRA
No. Cta: 404118457

Mtra. Angelina Rivera Montiel
Asesor



Septiembre, 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

Introducción	
Justificación	1
Objetivo General	2
Objetivos Específicos	2
Marco Teórico	3
Cuidado de Enfermería	3
Proceso Atención de Enfermería	4
Concepto	4
Valoración	5
Diagnóstico de Enfermería	14
Planeación	10
Ejecución	12
Evaluación	13
Necesidades Fundamentales (Virginia Henderson)	13
Núcleos Conceptuales de Enfermería desde la Perspectiva de Virginia Henderson	14
Postulados	15
El Proceso de Atención de Enfermería y el Modelo Conceptual de Virginia Henderson	16
Valoración	16
Diagnóstico	18
Planeación	18
Ejecución	18
Metodología de trabajo	19
Aplicación del Proceso de Atención	21
Valoración por necesidades	21
Diagnósticos de Enfermería / Planeación / Evaluación	26
Conclusiones	38
Bibliografía	39

INTRODUCCION

El Proceso de Atención de Enfermería es considerado como la herramienta principal para la práctica profesional de las enfermeras. Su aplicación requiere del desarrollo y especialización de habilidades cognitivas, de comunicación, tecnológicas e interpersonales; además del desarrollo de habilidades para la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación de los resultados de los cuidados profesionales. En este sentido, el egresado de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, debe de ser experto en el dominio del Proceso de Atención de Enfermería, con el fin de garantizar la calidad en el cuidado; por tal motivo, el presente estudio de caso esta dirigido a una persona que presenta dependencia en la necesidad de oxigenación.

El estudio tiene dos ejes básicos: el primero es de carácter metodológico y se centra en el Proceso de Atención de Enfermería y el segundo, es de tipo conceptual centrado en el Modelo de Virginia Henderson, siendo una guía para ubicar las intervenciones de enfermería dentro del contexto de las necesidades humanas.

JUSTIFICACION

La importancia de establecer una serie de intervenciones de Enfermería en el ámbito hospitalario ha sido uno de los objetivos principales de la investigación más actual. Ambos modelos ponen de relieve que estas actividades autónomas pueden modificarse y ampliarse en función del modelo que se escoja. La elección del Proceso de Atención de Enfermería es de gran importancia en los servicios hospitalario, por todo lo anterior el siguiente trabajo esta enfocado la frecuencia del asma bronquial como problema de salud, la importancia de esta patología y su sintomatología a si como su tratamiento sintomático, y la necesidad de incorporar el proceso de atención de enfermería al trabajo diario de estos profesionales para incrementar la calidad de los servicios de salud.

El asma bronquial (AB) es una enfermedad frecuente en el mundo. Su prevalencia en nuestro medio es de 8,6 % en adultos y de 14 % en menores de 15 años. La morbi - mortalidad se ha incrementado en los últimos años a pesar de los avances de los recursos terapéuticos, y ello se ha relacionado con una mala educación sanitaria de los pacientes y el uso inadecuado de los fármacos disponibles. Es una enfermedad crónica no transmisible, y se sabe que una conducta terapéutica correcta del AB, contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes que la padecen. El asma conceptualmente se define como una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas, de origen multifactorial, y no bien conocido, por lo anterior es importante que el personal de enfermería conozca a fisiopatología para la relación de un plan de cuidado enfocado al paciente y considerándolo siempre como un ser biopsicosocial.

I. OBJETIVOS

1.1 General

A partir del Estudio de Caso, mostrar el desarrollo de habilidades metacognitivas para la toma de decisiones, en ayuda de las personas que requieren los cuidados profesionales de enfermería.

1.2 Específicos

1.2.1 A través de la metodología del Proceso de Atención de Enfermería y del Modelo de las 14 Necesidades Fundamentales, ayudar a una persona con dependencia en la necesidad de oxigenación a mejorar su bienestar.

1.2.2 Mediante las diferentes técnicas de valoración, identificar los problemas que afectan la necesidad de oxigenación e identificar los problemas que la afectan.

1.2.3 Con base a los problemas identificados, elaborar los diagnósticos de enfermería que guiarán la toma de decisiones para la implementación del Plan de Cuidados.

1.2.4 Ejecutar el Plan de Cuidados Propuesto y evaluar los resultados obtenidos en virtud de la mejora en el bienestar de la persona afectada.

II MARCO TEÓRICO

2.1 Cuidado de Enfermería.

A través de los tiempos, la enfermería ha ido desarrollando el contenido de su función como lo han hecho la medicina y otras profesiones, por lo que hoy día su historia puede dar razones de esta evolución, que se ha hecho irreversible para convertirse en una profesión sin perder la originalidad de su esencia: el cuidado. De acuerdo con los historiadores, la enfermería como actividad, ha existido desde el inicio de la humanidad, pues dentro de la especie humana siempre han existido personas incapaces de valerse por sí mismas y siempre se ha visto la necesidad de cuidar de ellas.

Durante mucho tiempo se ha tenido a la enfermera inglesa *Florence Nightingale* (1820-1910), como la iniciadora de la obra y de las tareas de las enfermeras. Durante la guerra en Crimea, organizó y mejoró sensiblemente las instalaciones sanitarias de campaña; además, escribió varias obras acerca de estas reformas.¹ En relación con la función profesional y cómo debe desarrollarse esta, surge a partir de los años 50, una corriente de opinión importante que aborda la filosofía de la profesión, y pretende dar a la enfermería una identidad propia dentro de las profesiones de salud. Se publicó en 1952 el primer Modelo Conceptual de Enfermería en la obra de *Hildegarden Peplau*, que tiene por título, *Interpersonal Relations in Nursing*. En este mismo año apareció la revista *Nursing Research*, que se convierte en un órgano de difusión de primer orden en la investigación.²

En 1955, surge la teoría Definición de Enfermería, de *Virginia Henderson*, adoptada en 1961 por el Consejo Internacional de Enfermería. Estas y otras teorías que surgieron a partir de la segunda mitad del pasado siglo han sido de gran relevancia para la profesión, fomentando el desarrollo epistemológico de la ciencia de Enfermería. Varias son las teorías que plantean que la enfermería es un arte y una ciencia. Esto se puede corroborar, si analizamos las definiciones de enfermería que se encuentran dentro de sus postulados teóricos. En este recorrido transversal de los conocimientos, desde *Florence Nightingale* a la actualidad, se han tratado cuatro conceptos metaparadigmáticos que están presentes en todas las teorías y modelos conceptuales: persona, entorno, salud y el cuidado, centro de interés de la enfermería, constituyendo, el cuidado el objeto de estudio y razón de ser de la Enfermería.³

¹ Benavent MA, et al. Fundamentos de Enfermería. España: DAE. Grupo Paradigma. Enfermería 21;2002

² Rodríguez J. Fundamentos de Enfermería Especializada. México: Ed. Interamericana McGraw-Hill;1997

³ Kérouac S. El Pensamiento Enfermero. España: Masson S.A.;1996

El primer intento de sistematización de la noción de cuidado se ubica en el Siglo XIX, con el trabajo de *Florence Nightingale*: *Notas sobre Enfermería*, donde se refiere a las técnicas para ofrecer comodidad, higiene y alimentación a los enfermos. Para *Nightingale* “cuidar es un arte y una ciencia que exige una formación formal y el papel de la enfermera es poner al sujeto en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él”. Vale la pena mencionar que el siglo XIX se caracterizó en el área de salud por la necesidad de mejorar la salubridad y controlar las enfermedades infecciosas lo que ayuda a comprender la importancia en el medio ambiente y la influencia de la naturaleza expresada por *Nightingale*.

En el recorrido transversal de los saberes, desde *Florence Nightingale* a la actualidad, varias teorías de enfermería sustentan en sus postulados que “...la enfermería es ciencia y arte...”, y se destaca el cuidado como objeto de estudio y razón de ser de la Enfermería. La profesión de enfermería exige una vocación específica que implica ejercer nuestro trabajo con espíritu de servicio y exige una actitud que debe tornarse en un deseo, en una intención, en un compromiso y en un juicio consciente que se manifiesta en actos concretos. La acción real y concreta de cuidado puede trascender el valor y superarlo y es dentro de esa idea que la noción de los valores y las acciones de cuidado pueden ser contagiosas en forma individual y en grupo, si se dan suficientes condiciones. El valor del cuidado se fundamenta en la enfermera creativa cuyo ser es trascendente.

2. 2 Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

2.2.1 Concepto

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), “Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centran en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales”.

La Enfermería, como cualquier disciplina profesional necesita utilizar una forma de proceder para llevar a cabo el servicio que presta a sus usuarios, y que como ya sabemos se caracteriza por dar respuesta a una serie de situaciones de salud que pueden ser problemáticas para las personas. Esta forma de proceder, encaminada a solucionar o minimizar los posibles problemas de la vida cotidiana relacionados con la salud, no es otra que una actuación ordenada y sistemática, en todas las acciones que lleva a cabo, esto es la aplicación del método de resolución de problemas ante las posibles situaciones que puedan presentarse.

El método de trabajo de enfermería con orientación al modelo de de Virginia Henderson, enfoca las acciones hacia la persona, partiendo del concepto de que el individuo tiene catorce necesidades básicas, las cuales cuando se encuentran satisfechas, hacen que el sujeto tenga independencia (sano); por tal motivo, es de suma importancia establecer esquemas de valoración sistematizada con este enfoque teórico.

Comienza a hablarse del PAE en la década de los cincuenta, desde entonces muchas teóricas han tratado de definirlo de diferentes formas; ya en 1983 Marriner establecía que: "El Proceso de Enfermería es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidado de enfermería"⁴, el cual constituye una herramienta para organizar el trabajo de enfermería, lo que comporta una determinada manera de proceder que nos es propia.

La estructura del Proceso de Atención de Enfermería, como método de trabajo, de las enfermeras ha tenido diferentes componentes; hay autoras que lo han descrito en tres etapas y otras en cinco; para fines de este estudio de caso, se retomará la estructura de cinco etapas. Dichas etapas están íntimamente interrelacionadas, y aunque en los textos se expongan, analicen y estudien por separado, en la práctica se suelen solapar durante la intervención enfermera. A continuación se estudiarán cada una de sus etapas:

2.2.2 Etapas.

El Proceso de Atención de Enfermería consta de cinco etapas:

- 1) Valoración
- 2) Diagnostico
- 3) Planificación
- 4) Ejecución y
- 5) Evaluación

A lo largo de todas las etapas o sea durante todo el proceso, la enfermera debe guiarse preferentemente de un modelo de enfermería, para centrar el cuidado en la persona y sus necesidades y no en la enfermedad.⁵

1. Valoración

Es la primera fase proceso de enfermería y se define como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos.

⁴ Citado En Kershaw B, Salvaje J. Modelos de Enfermería. Barcelona 1988.p9.

⁵ Marrier, T Ann "Introducción de la Teorías de Enfermería" en "Modelo y Teoría de Enfermería. Ed. Mosby-Doyma, Barcelona España, 4ta. Ed 1998 p.p. 3-13

Su objetivo se centra en la recolección de datos que permitan a la enfermera identificar los problemas que están afectando las necesidades de las personas, para integrar los diagnósticos de enfermería.

La recolección de datos implica las siguientes etapas:

Validación de datos: Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es lo que debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que ayuda a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones. Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc. Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

Organización de los datos: Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987), etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información. Estas categorías ya las hemos visto en el apartado de examen físico y como habíamos apuntado, para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc.

Documentación y registro de la valoración: Es el segundo componente de la fase de valoración y las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen:

- ✚ Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- ✚ Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad (véase tema referente a la garantía de la calidad de los cuidados enfermeros).
- ✚ Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- ✚ Prueba de carácter legal
- ✚ Permite la investigación en enfermería
- ✚ Permite la formación pregrado y postgrado.

Para una adecuada valoración se necesita que la enfermera cuente con:

- ❖ Conocimientos científicos, humanísticos y sociales.
- ❖ Habilidades cognitivas especializadas en la toma de decisiones referentes al cuidado de enfermería.
- ❖ Habilidades para la comunicación e interacción.
- ❖ Habilidades para la valoración
- ❖ Conocimiento de sus convicciones (ideas, creencias, etc.).

Los datos que se recogen en la valoración son de diferentes tipos:⁶

- **Datos subjetivos:** No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe, como los sentimientos.
- **Datos objetivos:** se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial, hemorragia, fiebre etc.).
- **Datos históricos-antecedentes:** Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento. Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.
- **Datos actuales:** Son todos aquellos datos sobre el problema de salud que están presentes en el momento de la valoración.

Para la recolección de los datos la enfermera se apoya de diferentes ello utiliza fuentes de información, así como de diversos métodos e instrumentos para el registro de la información. A continuación se revisará cada uno de ellos:

A. Fuentes de información: las cuales serán de tipo primario y secundario. La fuente primaria la constituye la persona (paciente) y las fuentes secundarias incluyen otros profesionales, familiares, el expediente clínico, revistas científicas, y textos entre otros.

B. Métodos: Los métodos a partir de los cuales se apoya la enfermera para obtener información son:

a) **Entrevista:** Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos. Es un proceso que tiene cuatro finalidades:

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.

⁶ María T. Luis R. Cols “De la Teoría a la Práctica” ED. Masson Barcelona España 2da. Ed. 2000 p.p. 3-15

- Facilitar la relación enfermera / paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
- Ayudará a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal: La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados. Y consta de **tres partes**:

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

Cuerpo: La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.

Cierre: Es la fase final de la entrevista. No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

C. Observación: Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina.

D. Método Clínico: La exploración física se centra en la obtención de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, además de confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista.

Existen diferentes **formas de abordar el examen físico, como:**

- ❖ **Desde la cabeza a los pies:** Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- ❖ **Por sistemas corporales o aparatos,** nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.

- ❖ **Por patrones funcionales de salud**, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

Las técnicas que se utilizan para la valoración física son:

- **Inspección:** Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que ayudarán en la valoración.
- **Percusión:** Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, estos aparecen cuando se percuten músculos o huesos; mates, son ruidos característicos del hígado y el bazo; hipersonoros, se escuchan cuando se percute sobre el pulmón normal lleno de aire, y por último: timpánicos, este tipo de sonido se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- **Auscultación:** Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo, e utiliza el estetoscopio y se determinan las características sonoras de los diferentes órganos.

E. Instrumentos de registro:

Los datos que la enfermera obtiene de la valoración, tendrán que ser registrados en diferentes instrumentos como: la hoja de enfermería, la historia clínica de enfermería, curva térmica, curva de presión arterial, hoja de control de líquidos, etc.

2. Diagnóstico de Enfermería.

Es un enunciado del problema real o potencial que esta afectando la satisfacción de las necesidades de la persona y que requiere de la intervención profesional de enfermería para resolverlo. La construcción del diagnóstico de enfermería, pone a prueba las habilidades cognitivas, conocimiento y experiencia de la enfermería. Las fases que se siguen para la construcción del diagnóstico son:

Identificación de problemas: implica poner en juego las habilidades cognitivas de la enfermera para el análisis de los datos e inferencia de los diagnósticos de enfermería.

Formulación del diagnóstico: Los diagnósticos de enfermería se clasifican en:

- ❖ **Real:** representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.
- ❖ **Alto Riesgo:** es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedida por el término alto riesgo. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- ❖ **De bienestar:** juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

3. Planeación

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989):

Establecer prioridades en los cuidados. Selección: Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado: Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente.

Determinación de prioridades: Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica.

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, Maslow (1972), esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir.

Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad y en aquellas que ponen en riesgo su salud biofisiológica.

Planteamiento de los objetivos: Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- ✚ Dirigir los cuidados.
- ✚ Identificar los resultados esperados.
- ✚ Medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Los objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

- ✚ A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- ✚ A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- ✚ A conocer su estilo de vida y ayudarlo a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

4. Ejecución

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades:

- ✚ Continuar con la recogida y valoración de datos.
- ✚ Realizar las actividades de enfermería.
- ✚ Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas.
- ✚ Dar los informes verbales de enfermería.
- ✚ Mantener el plan de cuidados actualizado.

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema (Iyer 1989).

Las características de las actuaciones de enfermería son, según Iyer (1989), las que siguen:

- ❖ Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.

- ❖ Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.
- ❖ Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- ❖ Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- ❖ Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- ❖ Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

5. Evaluación

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Una característica a tener en cuenta en la evaluación es que ésta es continua, así se puede detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermera, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones. El proceso de evaluación consta de dos partes:

- a) Recogida de datos sobre el estado de salud / problema / diagnóstico que queremos evaluar.
- b) Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

2.3 Necesidades Fundamentales de Virginia Henderson.

Virginia Henderson define a la enfermería como: “La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”⁷

⁷ Marrier, T Ann “Introducción de la Teorías de Enfermería” en “Modelo y Teoría de Enfermería. Ed. Mosby-Doyma, Barcelona España, 4ta. Ed 1998 p.p. 3-13

En su modelo Virginia Henderson visualiza a la enfermera como la asistente de los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz e introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.

2.3.1 Núcleos conceptuales de enfermería desde la perspectiva de Virginia Henderson.

Aunque Henderson, no hace una definición *persé* de los cuatro núcleos conceptuales, diferentes teóricas de enfermería que han analizado los escritos de Virginia, coinciden en mencionar que:

Persona: La persona es una unidad corporal / física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad. Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia; necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

Entorno: Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados. Para Virginia Henderson el concepto de entorno es el conjunto de factores que actúan de forma positiva o negativa, en función de su independencia.

Salud: La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara la salud con independencia.

Enfermería: Define a la Enfermería en términos funcionales y señala que “La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”.

Refiere tres niveles de relación entra la enfermera y el paciente:

- a) La enfermera como sustituto del paciente. En estado de enfermedad grave, la enfermera puede considerarse como sustituto de lo que le hace falta al paciente para sentirse completo o independiente.
- b) La enfermera como ayuda del paciente. Como ayuda del paciente, la enfermera da apoyo al paciente para recuperar su independencia.
- c) La enfermera como compañera y orientadora del paciente. Como compañera y orientadora, la enfermera imparte educación sobre la salud al paciente y familia y junto con el paciente y la familia, formulan juntos el plan de cuidados, lo ejecutan y evalúan.

2.3.2 Postulados y valores del Modelo Conceptual de Virginia Henderson.

Todos los modelos enfermeros, aunque presenten una visión distinta sobre lo que debería ser la enfermería, coinciden en señalar los postulados y valores en torno a los cuales girará el cuidado de enfermería y la relación interpersonal – profesional que se dé entre el cliente y la enfermera⁸.

Los postulados se definen como las asunciones científicas, que son los que le aportan el soporte teórico al modelo. Sus aportaciones sobre los conceptos que constituyen el metaparadigma enfermero, es decir sobre los conceptos de persona, entorno, la salud y el rol profesional, pueden ser cuestionadas y los valores son las creencias, desde la perspectiva personal e individual de la autora, acerca de la naturaleza del ser humano y de las metas profesionales; por tanto y en contra de las afirmaciones anteriores, estas no pueden ser cuestionadas.

Los postulados que propone Virginia Henderson son:⁹

- 1) La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas.
- 2) La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla.
- 3) Cuando una necesidad no está satisfecha, la persona no es un todo, no es independiente.

Y los valores son:¹⁰

- 1) La enfermera tiene una función propia, aunque comparta actividades con otros profesionales.
- 2) Cuando la enfermera asume el papel del médico, delega su función propia en personal no cualificado.

⁸ Luis Rodrigo Mt. Fernández Ferrin C, Navarro Gómez MV. De la Teoría a la Práctica. El Pensamiento de Virginia Henderson en el Siglo XXI. Barcelona Masson, S.A. 1998 p.28.

⁹ Luis Rodrigo Mt. Fernández Ferrin C, Navarro Gómez MV 1998. op. C. P.,33

¹⁰ Luis Rodrigo Mt. Fernández Ferrin C, Navarro Gómez MV 1998. op. C. P. 34

- 3) La sociedad espera un servicio de la enfermera, que ningún otro profesional puede darle.

Virginia Henderson plantea como elementos fundamentales de su propuesta teórica los siguientes:¹¹

- 1) El objetivo de los cuidados enfermeros es ayudar a la persona a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su independencia; o a morir dignamente.
- 2) El cliente del servicio es la persona que presenta un déficit real o potencial en la satisfacción de sus 14 necesidades básicas.
- 3) El rol profesional es de suplencia de la autonomía (hacer por la persona) o de ayuda (hacer con la persona).
- 4) La fuente de dificultad., aquí área de dependencia, es el origen donde radica esta, y está relacionada con la falta de fuerza (no poder hacer), la falta de conocimiento (no saber hacer) y/o la falta de voluntad (no querer hacer).
- 5) La intervención de la enfermera hace referencia al centro de atención, que son las áreas de dependencia de la persona y a los modos de intervención, dirigidos a aumentar, completar, reforzar o sustituir esa, ya mencionada falta de fuerza de conocimiento o de voluntad.

Las consecuencias de la intervención enfermera será la satisfacción de las necesidades básicas de las personas, supliéndola o ayudándola a ello, o la muerte pacífica.

2.4 El Proceso de Atención de enfermería y el Modelo Conceptual de Virginia Henderson.

Aunque en los documentos escritos por Virginia Henderson no hace referencia explícita del Proceso de Atención de Enfermería, si lo hace de manera explícita al señalar la capacidad inductiva que tiene la enfermera para la toma de decisiones y capacidad de ayuda a los clientes.

2.4.1 Valoración

Es una etapa en la que adquiere un especial protagonismo los factores influyentes a los que hemos hecho reiteradas referencias, es decir la filosofía que nos guíe, los conocimientos, las habilidades que poseamos, así como nuestra capacidad de interacción para llevarla a cabo, ya que de cómo orientemos y realicemos la toma de la información va a depender el éxito de la valoración enfermera. Como su

¹¹ Luis Rodrigo Mt. Fernández Ferrin C, Navarro Gómez MV 1998. op. C.P. 34

nombre indica, consiste en reunir información útil, necesaria y completa sobre la persona a valorar.

El objetivo de esta etapa será la recogida de los datos necesarios para determinar si los comportamientos llevados a cabo por la persona son adecuados y suficientes para satisfacer todas y cada una de las 14 necesidades fundamentales (independencia).

Las necesidades señaladas por Henderson son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones.
11. Vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores.
12. Ocuparse en algo para realizarse.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.

Al realizar la valoración, la enfermera tendrá que considerar que de acuerdo a Henderson, las necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

Permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

Variables: estados patológicos:

- ❖ Falta aguda de oxígeno.
- ❖ Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
- ❖ Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
- ❖ Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
- ❖ Estados febriles agudos debidos a toda causa.
- ❖ Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
- ❖ Una enfermedad transmisible.
- ❖ Estado preoperatorio.
- ❖ Estado postoperatorio.

- ❖ Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
- ❖ Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Otro objetivo de la valoración, es el encontrar datos que permitan identificar las fuentes de dificultad: falta de fuerza, falta de conocimiento, falta de voluntad.

2.4.2 Diagnostico de Enfermería

Después del análisis de los datos obtenidos en la valoración, se procederá a realizar su análisis con el objetivo de inferir por un lado el grado de dependencia que presenta el cliente en la satisfacción de sus necesidades y por otro lado, los diagnósticos de enfermería; esto es, los problemas que impiden o dificultan al cliente la satisfacción de sus necesidades y por ende la independencia.

En esta etapa del Proceso de Atención de Enfermería, también se identificarán las fuentes de dificultad.

2.4.3 Planeación

En esta etapa, considerando el grado de dependencia que tenga el cliente, se tomarán decisiones acerca del rol (s) de enfermería a través de los cuales se apoyará la enfermera para ayudar al cliente. Estos podrán ser: como sustituto del paciente, como ayuda del paciente, compañera y orientadora del paciente.

También se definirá el tipo de funciones que desempeñará:

- **Actividades independientes:** Son funciones que las enfermeras están capacitada para atender y estar incluidas en el campo del diagnostico y tratamiento de enfermería.
- **Actividades interdependientes:** Son las que se desarrolla mediante una labor de equipo.
- **Actividades dependientes:** Son las actividades que la enfermera desarrolla de acuerdo con las prescripciones médicas.

2.4.4 Ejecución

En esta etapa se pondrá en marcha el plan de cuidados de enfermería, el cual tendrá como objetivo fundamental el ayudar al cliente a alcanzar la independencia.

III. METODOLOGIA DE TRABAJO

Para la realización del estudio de caso se consideraron dos ejes fundamentales: El primero es de carácter metodológico sustentado en el Proceso de Atención de Enfermería y el segundo es de tipo conceptual derivado del Modelo de las 14 Necesidades Fundamentales de Virginia Henderson.

El PAE, guía la toma de decisiones para el cuidado de la persona y el Modelo Conceptual orienta el cuidado hacia la persona y no hacia la enfermedad. Los motivos que propiciaron la elección de este modelo son:

- ❖ Expone de manera clara, el rol autónomo de la enfermera y la especificidad de su servicio.
- ❖ Los conceptos de persona y salud coinciden con el pensamiento humanístico, que impregna actualmente las corrientes de enfermería.
- ❖ El lenguaje utilizado es sencillo y fácilmente comprensible.
- ❖ Es flexible y abierto, permitiendo la incorporación de nuevos conceptos.

El estudio de caso, estuvo dirigido a una persona adulta de 70 años, del sexo masculino, que se encontraba hospitalizada en el Hospital Regional Dr. Agustín O` Horan del la ciudad de Mérida Yucatán, en el servicio de Medicina Interna.

Con vista a regular la relación entre la persona y el profesional de enfermería, se considero el Código de Ética de Enfermería, y se solicito el consentimiento informado de la persona (paciente), asegurando la confidencialidad de la información otorgada por el paciente o la que derive del estudio de caso.

Para la valoración de las necesidades se utilizaron: la observación, entrevista y método clínico. Los datos obtenidos, se organizaron en necesidades y se clasificaron en: biológicos, socioculturales, emocionales y espirituales.

Los datos obtenidos, fueron analizados, identificando: independencia o grado de dependencia, causas de dificultad y los problemas que afectan las necesidades de la persona y dificultan su independencia; a partir de ellos se elaboraron los diagnósticos de enfermería, utilizando para su estructura lógica el formato PES, y la taxonomía de la NANDA para describir los problemas.

Los diagnósticos fueron de carácter real; esto es, problemas que están presentes y afectan la satisfacción de la necesidad; así como diagnósticos de riesgo; son

aquellos que aun no están presentes pero que tienen una gran probabilidad de estarlo.

Con base a los diagnósticos de enfermería, se estableció un Plan de Acción, marcando objetivos y criterios de evaluación o de resultado. Las intervenciones realizadas fueron fundamentadas teniendo como base la evidencia científica.

Posteriormente se puso en marcha el plan de acción, evaluando los resultados con base a los criterios de resultado.

Para sustentar el estudio de caso, se integro un marco teórico basado en: el cuidado, el proceso atención de enfermería, el modelo conceptual de Virginia Henderson y aspectos relacionados con los problemas que afectan las necesidades de la persona, en particular los relacionados con la necesidad de oxigenación.

IV. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

4.1 Valoración de Enfermería

Nombre: A C H Edad: 55 años Sexo: Masculino Edo Civil: Viudo
Religión: católica Originario: Mérida Yucatán.

Entorno Físico:

- ❖ Características físicas: Vivienda de un solo piso, , comedor, cocina, 1 cuartos y un baño (bien ventilada e iluminada).
- ❖ Tipo de construcción: Mampostería y huano
- ❖ Animales Domésticos: Si (Un perro, gatos).
- ❖ Servicios Sanitarios: Agua Intra domiciliaría
- ❖ Eliminación de desechos: quemada la basura al aire libre, cuenta con sumidero o drenaje.
- ❖ Vías de comunicación: Pavimentada, camiones, taxis, etc.

Composición familiar:

PARENTESCO	EDAD	OCUPACION
Hijo	35 años	Empleada
Hija	38 años	Empleada

Dinámica familiar:

Convive mas con su hijo, muy pocas veces con sus hija, pero no existe una buena relación familiar.

1. Necesidad de Oxigenación:

Frecuencia Cardíaca: 78 x min, rítmico y regular. T.A: 150/80 mmHg

Frecuencia .Respiratoria:26 respiraciones por minuto, con presencia de sonidos sibilantes y crepitantes

Presenta tos desde hace aproximadamente 2 meses, con presencia de secreciones a la auscultación se escucha ruidos sibilantes por la presencia de secreciones, con presencia de disnea moderada.

Fumador de 3 cigarros al día. Piel y mucosas con coloración normales.

Los ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, FC 80 l x min, sin soplos, pulsos dístales regulares de intensidad normal, llenado capilar instantáneo, con buena coloración de tegumentos, hemodinámicamente estable.

Rol Profesional: Ayudar a logra su independencia para la satisfacción de sus necesidades.

Fuente de Dificultad: Conocimientos deficientes sobre el tratamiento de su enfermedad y ansiedad por su patología.

Intervenciones de Enfermería:

- 1.- Explicación sobre la patología la forma de tratamiento.
- 2.- Explicación de todas las intervenciones que se le va a realizar.

2. Necesidad de Nutrición e Hidratación:

TALLA: 1'60 metros PESO: 59 kilogramos.

Se observa mucosas orales hidratadas, piel hidratada e integra, coloración de piel normal, cicatriz umbilical presente sin presencia de red venosa, hipervalgesia presente y normal con perístasis presente ligeramente disminuida.

Es portador de prótesis dental móvil la cual tiene una deficiencia en la higiene. Tiene problemas para masticar alimentos de consistencia semidura a dura por tener prótesis dentales.

Realizar tres comidas: desayuno, comida y cena, pica entre horas, aunque según afirma “toma mucha agua”.

Consume: Carne: 3 x7; verduras: 2 x7; frutas: 2 x7; leguminosas: 5 x7; pastas: 2 x 7; huevo: 3 x 7; tortillas: 7/24 x7; pan: 1/24 x 7; agua: 2 litros al día

Observaciones: Disminución del apetito, dolor en la región del estomago, constipación, por lo general padece de estreñimiento requiere de abundantes líquidos y fibra en su alimentación.

Rol Profesional: Ayudar a lograr su independencia.

Fuente de Dificultad:

Conocimientos deficientes sobre tipo de alimentación (blanda, líquida) que pueda ingerir.

Intervenciones de Enfermería:

- 1.- Explicación sobre los diferentes tipos de alimentos para su alimentación diaria.
- 2.- Explicación de todas las intervenciones que se le va a realizar.

Modo de Intervención:

- 1.-Aumentar los conocimientos sobre sus hábitos alimenticios que favorecen su salud.
- 2.- Reforzar la fuerza psíquica para el cambio de actitudes y decisiones que mejoren su salud.
- 3.- Reforzar la voluntad para que lleve sus medidas dietéticas y farmacológicas del resto de su vida.

3. Necesidad de Eliminación:

El abdomen es blando depresible, perístasis normal (5 a 8 ruidos peristálticos por minuto.)

Hábito intestinal de 2 deposiciones/día (consistencia blanda y normal). Hábito urinario: 4 veces/día (color claro ámbar. Afirma, por las noches se levanta una o dos veces para orinar.

4. Necesidad de Moverse y Mantener Buena Postura

El señor refiere que hace labores de campo con algunos problemas de movimiento, refiere que tiene dolores musculares en la espalda al finalizar su jornada, pero con el descanso cesa la molestia. Aunque posee total autonomía, refiere que no realiza ningún tipo de ejercicio, y que tampoco sale a pasear prefiere quedarse a descansar en su cama.

Rol Profesional: Ayudar a lograr su independencia.

Fuente de Dificultad: Conocimientos deficientes sobre el tratamiento de su enfermedad y disminuir su ansiedad por su patología.

Intervenciones de Enfermería:

- 1.- Explicación sobre la patología la forma de tratamiento y.
- 2.- explicación de todas las intervenciones que se le va a realizar.

Modo de Intervención:

Aumentar su fuerza, en la toma de decisiones para la realización de ejercicios aeróbicos para el mejoramiento de su salud.

5. Necesidad de Descanso y Sueño

El señor Armando refiere que la mayoría de las veces termina cansado al final del día, por sus múltiples actividades en el campo. Actualmente no tiene problemas para conciliar el sueño. Duerme ocho horas diarias, según él "sólo me despierto para ir al baño". A veces, también se acuesta tras la comida unos 30 minutos. Sueño: variable de 21:00 a 7:00 horas como de 21:00 a 5:00 horas).

El usa prendas de vestir con total autonomía para vestirse pero, presenta un aspecto general descuidado.

Diversión y/o deportes: Diversión muy poco frecuente y ningún deporte.

Trabajo y/o estudios: trabajo/ trabajo de campo

Rol Profesional: Ayudar a lograr su independencia.

Fuente de Dificultad: Conocimientos deficientes sobre las diferentes acciones para el mejoramiento de su descanso

Intervención de Enfermería:

- 1.- Explicar lo referente a su enfermedad y la forma de tratamiento.
- 2.- Explicar las intervenciones que se le va a realizar.

Modo de Intervención:

Aumentar toma de decisiones o acciones que mejoren sus hábitos de descanso y sueño

6. Necesidad de uso de Prendas de Vestir adecuadas:

El usa prendas de vestir con total autonomía para vestirse pero, presenta un aspecto general descuidado

7. Necesidad de Termorregulación:

Don Armando vive en una región calurosa por la cual utiliza prendas adecuadas.

Termorregulación: Afebril. 37.

8. Necesidad de Higiene y Protección de la Piel

Don Armando afirma que se baña “con frecuencia” presenta un aspecto algo descuidado (barba de varios días, uñas sucias). Dice descuidar el hábito de cepillarse los dientes.

Baño: diario, Lavado de manos: cuando toma alimentos y después de ir al baño.

9. Necesidad de Evitar Peligros:

El paciente refiere no llevar un buen control medico de manera periódica con el medico, pero cuando se empeora sus crisis de asma acude al medico. Solo una vez ya fue hospitalizado por cinco días.

Alérgico a ningún medicamento. Refiere que por las noches en la calle por donde vive se acercan varios perros y gatos a realizar sus necesidades.

Rol Profesional: Ayudar a lograr su independencia.

Fuente de Dificultad: Conocimientos deficientes

Intervención de Enfermería:

1. Centro de intervenciones.

Modo de Intervención:

1.- Aumentar los conocimientos sobre las ventajas de los malos hábitos.

2.- Aumentar sus conocimientos sobre la importancia del control medico especializado.

3.- Explicar la importancia de mantener alejado animales de la calle en el hogar.

10. Necesidad de Comunicarse:

El tiene leve alteración auditiva del oído derecho, pero no interfieren con su comunicación en lenguaje. Tiene buena relación con sus hijos”.

Relación con la familia y otras personas: es cordial, amorosa y preocupación hacia ella.

11. Necesidad de Vivir según sus Creencias y Valores:

Es católico, aunque afirma asistir muy poco a misa. Entre los valores que ha integrado en su estilo de vida están: el amor, respeto, solidaridad con sus semejantes.

12. Necesidad de Trabajar y Realizarse:

Trabajó desde los 14 años como Jornalero, se levanta desde las 7:00 de la mañana, desayuna y se va al campo a realizar sus actividades y termina a las 15:00 aproximadamente. El se considera una persona responsable, trabajadora, respetuosa.

13. Participar en Actividades Recreativas:

Don Armando refiere que tiene un horario extenuante de trabajo desde las 7:00 a.m. hasta 15:00 p.m. por lo que siempre termina su día cansado y no destina tiempo a realizar ninguna actividad recreativa o física que mejore su salud. Sus distracciones son ver televisión, escuchar radio.

4.2 Diagnósticos de Enfermería

DIAGNOSTICOS 1: *Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con desequilibrio en la ventilación perfusión manifestada por Saturación de oxígeno de 80%, cianosis en boca y uñas.*

Objetivo: En las próximas 24 horas Don Armando tendrá mejoría en el intercambio gaseoso evidenciado por saturación de Oxígeno de 95 %, ausencia de cianosis distales, peribucales mediante las actividades que realizara por el personal de enfermería

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
<p>Observar si hay datos de insuficiencia respiratoria, valorar datos de ácidos respiratorios.</p>	<p>Durante el broncoespasmo en una crisis asmática se observa en el paciente una dificultad respiratoria con o sin presencia de de acidosis respiratoria en la cual hay un aumento de acidez de la sangre causada por una acumulación de anhídrido carbónico en la sangre como resultado de un escaso funcionamiento pulmonar o de una respiración lenta.</p>
<p>Colocar al paciente en posición semifowler. Explicar al paciente y su familia la importancia del reposo en capa para aliviar su disnea</p>	<p>Esta posición mejora la expansión del diafragma mejorando la ventilación pulmonar, evitando posibles complicaciones, además que favorece el descanso y reposo. Durante el reposo se guardan energías para las funciones vitales, además alivia la disnea en la cual es paciente ya no tiene la dificultad para respirar o la sensación de falta de aire. Este síntoma es muy estresante y supone tanto para el enfermo como para la familia una situación angustiosa.</p>

FUNDAMENTACION CIENTIFICA	
INTERVENCIONES	<p>En una valoración precisa y correcta el personal de enfermería detecta La desorientación de un paciente comienza con la pérdida de la noción del tiempo, luego posiblemente se muestre confuso respecto a dónde está, a continuación quizá no reconozca a los miembros de su familia, finalmente dejará de responder por su nombre y no podrá decirle quién es él mismo</p> <p>La finalidad de la oxigenoterapia es aumentar el aporte de oxígeno a los tejidos utilizando al máximo la capacidad de transporte de la sangre arterial. Para ello, la cantidad de oxígeno en el gas inspirado, debe ser tal que su presión parcial en el alvéolo alcance niveles suficientes para saturar completamente la hemoglobina. Es indispensable que el aporte ventilatorio se complemente con una concentración normal de hemoglobina y una conservación del gasto cardíaco y del flujo sanguíneo hístico.</p>
<p>Observar el estado neurológico (persona-tiempo)</p> <p>Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactor y humidificado vigilando siempre el flujo de oxígeno por litro y controlando la eficacia de la oxigenoterapia.</p>	<p>En una valoración precisa y correcta el personal de enfermería detecta La desorientación de un paciente comienza con la pérdida de la noción del tiempo, luego posiblemente se muestre confuso respecto a dónde está, a continuación quizá no reconozca a los miembros de su familia, finalmente dejará de responder por su nombre y no podrá decirle quién es él mismo</p> <p>La finalidad de la oxigenoterapia es aumentar el aporte de oxígeno a los tejidos utilizando al máximo la capacidad de transporte de la sangre arterial. Para ello, la cantidad de oxígeno en el gas inspirado, debe ser tal que su presión parcial en el alvéolo alcance niveles suficientes para saturar completamente la hemoglobina. Es indispensable que el aporte ventilatorio se complemente con una concentración normal de hemoglobina y una conservación del gasto cardíaco y del flujo sanguíneo hístico.</p>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	
<p>Proporcionar una hidratación sistémica intravenosa.</p>	<p>Para mejorar las funciones vitales de líquidos intracelulares y extracelulares, importantes en la circulación, además que proporciona la paciente equilibrio hidroelectrolítico, manteniendo al corazón y riñones en buenas condiciones existe una homeostasia de líquidos.</p>	
<p>Seguir la toma de estudios de laboratorio y gabinete: glucosa, rayos X de tórax y electrocardiograma.</p>	<p>Estudios importantes para diagnosticar y observar datos necesarios para el tratamiento del paciente.</p>	

EVALUACION: Don Armando reposo adecuadamente y mejorando su patrón respiratorio disminuyendo su disnea y se mantuvo alerta durante su estancia hospitalaria.

DIAGNOSTICO 2: Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C espasmos de las vías aéreas manifestada por abundantes secreciones bronquiales, estertores y sibilancias bilaterales.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA
<p>Realizar fisioterapia respiratoria que incluye: drenaje postural, vibración y percusión en segmentos pulmonares afectados.</p>	<p>Con la fisioterapia pulmonar se consigue una relación ventilación/perfusión eficaz, por medios físicos. Fomentar la eliminación de las secreciones respiratorias evitando su acumulo. Se intentará que por medio de la auscultación pulmonar se realice la técnica más adecuada para rehabilitar la función pulmonar y prevenir complicaciones</p>
<p>Observar y valorar signos vitales durante la fisioterapia pulmonar.</p>	<p>Los signos vitales son los fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo, en una forma constante. Reconocer y evaluar la respuesta individual del enfermo a los factores ambientales, internos y externos, según se manifiestan por la medición de los signos vitales.</p>
<p>Ministración de bronco dilatadores y mucolíticos previa orden medica.</p>	<p>Los broncodilatadores son antagonistas competitivos de receptores muscarínicos de acetilcolina. Muestra una gran potencia sobre los receptores bronquiales, tanto administrado por vía intravenosa como por inhalación, pero no produce taquicardia De igual manera inhibe la bronco constricción refleja tras realizar ejercicio, en la inhalación de aire frío y como respuesta temprana a antígenos inhalados. Además, también revierte la broncoconstricción inducida por agonistas colinérgicos inhalados Los mucolíticos actúan sobre el moco ya formado, provocando fragmentación y ruptura de las fibrillas glicoproteínas de las secreciones traqueo bronquiales</p>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA
<p>Observar y valorar signos vitales durante la fisioterapia pulmonar.</p>	<p>Los signos vitales son los fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo, en una forma constante. Reconocer y evaluar la respuesta individual del enfermo a los factores ambientales, internos y externos, según se manifiestan por la medición de los signos vitales.</p>
<p>Ministración de bronco dilatadores y mucolíticos previa orden médica.</p>	<p>Los broncodilatadores son antagonistas competitivos de receptores muscarínicos de acetilcolina. Muestra una gran potencia sobre los receptores bronquiales, tanto administrado por vía intravenosa como por inhalación, pero no produce taquicardia. De igual manera inhibe la bronco constricción refleja tras realizar ejercicio, en la inhalación de aire frío y como respuesta temprana a antígenos inhalados. Además, también revierte la broncoconstricción inducida por agonistas colinérgicos inhalados. Los mucolíticos actúan sobre el moco ya formado, provocando fragmentación y ruptura de las fibrillas glicoproteínas de las secreciones traqueo bronquiales.</p>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA
<p>Auscultar campos pulmonares en busca de estertores o sibilancias.</p>	<p>Una auscultación cuidadosa permite establecer la indicación de una técnica, guía su aplicación y nos da los resultados obtenidos. Nos permite clasificar objetivamente los ruidos respiratorios, entendiendo por tales a los sonidos emitidos por el aparato respiratorio intra o extratorácico: crepitantes gruesos o roncus, crepitantes finos, sibilancias.</p>
<p>Colocar al paciente en posición semifowler, para el mejoramiento de la expansión diafragmática permitiendo una mejor ventilación pulmonar.</p>	<p>Esta posición mejora la expansión del diafragma mejorando la ventilación pulmonar, evitando posibles complicaciones, además que favorece el descanso y reposo</p>
<p>Ministración de nebulizaciones con medicamentos, previa orden médica.</p>	<p>Es el método de administración de medicamentos, mediante su vaporización e introducción por las vías respiratorias del paciente. El objetivo de la nebulización son: favorecer la broncodilatación, disminuir la obstrucción de la vía aérea y mejorar el intercambio gaseoso.</p>
<p>Explicar al paciente y su familia la importancia de la ingesta de abundantes líquidos.</p>	<p>La ingesta de líquidos por vía oral mejora las fluidificaciones de secreciones mejorando a la expectoración de las mismas, mejorando su ventilación pulmonar.</p>
<p>Realización de fisioterapia respiratoria que incluye: drenaje postural, vibración y percusión en segmentos pulmonares afectados.</p>	<p>Con la fisioterapia pulmonar se consigue una relación ventilación/perfusión eficaz, por medios físicos. Fomentar la eliminación de las secreciones respiratorias evitando su acumulo. Se intentará que por medio de la auscultación pulmonar se realice la técnica más adecuada para rehabilitar la función pulmonar y prevenir complicaciones</p>

EVALUACION: Al finaliza el turno Don Armando expectoro de manera satisfactoria las secreciones acumuladas en el árbol bronquial, mejorando su patrón respiratorio.

DIAGNOSTICO 3: Intolerancia a la actividad Relacionado con fatiga y dificultad para respirar.

Objetivo: Al termino del turno Don Armando realizara actividades (comer, caminar,) con disminución de la disnea evidenciado con una saturación de oxígeno al 95%, ausencia de la fatiga, mediante las actividades que realizara en el servicio de medicina interna del Hospital regional “Dr. Agustín O’ Horan”

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA
Enseñar al paciente a respirar con el diafragma y con los labios fruncidos.	Técnica pasiva cuyo objetivo es conseguir un volumen espiratorio mayor.
Valorar la tolerancia al ejercicio, vigilando su reacción ante ellos y la forma en que lleva su patrón respiratorio.	La valoración es importante en pacientes con asma, sobre todo el la realización de ejercicios que debe ser de menor intensidad aumentando levemente hasta que realiza actividades que tolere el paciente.
Explicar al paciente que puede experimentar una falta de oxígeno al realizar cierto tipo de esfuerzo (ejercicio). Sobre todo ejercicio fuerte.	Es importante la orientación sobre cuales ejercicios debe realizar el paciente para que no sufra algún tipo de efecto secundario.
Planificar un programa individualizado de ejercicios aeróbicos según la FC del paciente y su tolerancia al ejercicio.	Los ejercicios aeróbicos asistidos, los lleva a cabo el paciente con alguna ayuda del enfermero. El paciente mueve la parte del cuerpo tan lejos como personalmente puede, la enfermera lo mueve hasta completar el resto del grado del movimiento normal. Estos ejercicios fortalecen la función del músculo de diferentes partes del cuerpo.

<p>Valorar la necesidad de la inhalación de broncodilatadores antes de realizar ejercicio.</p>	<p>Pro filaxis de inhaladores bronco dilatadores es que actúan directamente sobre los bronquios ejerciendo una acción antiinflamatoria.</p>
<p>Proporcionar oxigenoterapia durante la actividad física que realiza</p>	<p>La finalidad de la oxigenoterapia es aumentar el aporte de oxígeno a los tejidos utilizando al máximo la capacidad de transporte de la sangre arterial. Para ello, la cantidad de oxígeno en el gas inspirado, debe ser tal que su presión parcial en el alvéolo alcance niveles suficientes para saturar completamente la hemoglobina</p>

EVALUACION: Al terminar el turno don Armando realizo actividades independientes como comer solo, ir al baño, leer, caminar sin presentar dificultad respiratoria alguna.

DIAGNOSTICO 4: Alteración de la nutrición por defecto Relacionado con dificultades para masticar por la presencia de prótesis dentales Manifestado por dificultad para masticar alimentos duros y mayor tiempo para ingerir sus alimentos y peso por debajo de lo normal con relación a la talla.

Objetivo: Al término de quince días Don Armando mejorara su nutrición tanto en la masticación, absorción y digestión, evidenciado por buena masticación y aumento de peso en relación con la talla, mediante las actividades que realizara en el servicio de medicina interna del Hospital regional “Dr. Agustín O´ Horan”

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
<p>Orientar a Don Armando sobre la importancia de la limpieza de las prótesis dentales con cepillo adecuado después de cada comida y la utilización de solución antisépticas.</p>	<p>Una buena higiene en las prótesis previene más patologías anexas de la cavidad bucal. La orientación de la higiene bucal es importante en pacientes con dificultad para comer porque</p>
<p>Explicar a Don Armando y su familia la importancia de la importancia del aumento de líquidos para prevenir la deshidratación, tipo de líquidos, cantidad y horarios.</p>	<p>Un buen aporte de líquidos mejora la hidratación, aumenta la energía para realizar actividades. Favorece la homeostasis corporal.</p>
<p>Determinar las preferencias de alimentos y satisfacerlas.</p>	<p>La preferencia de alimentos escogidas por el pacientes mejora la buena alimentación y anima al paciente a consumirlas.</p>
<p>Orientar la preparación de os alimentos de manera que sean mas fáciles de masticar (alimentos cocidos, hervidos y rayados)</p>	<p>Los alimentos bien cocidos, hervidos mejora a la masticación, digestión y absorción de nutrimentos necesarios para el paciente, mejorando su estado nutricional. Una alimentación adecuada permite a la paciente aportar todos los elementos esenciales para su buen crecimiento y formación de órganos.</p>

<p>Orientar sobre la combinación, utilización de condimentos y presentación de alimentos, para estimular el gusto y aumentar el apetito.</p>	<p>Una buena presentación en el momento de la comida aumenta el apetito lo cual capta el sistema nervioso central y estimula el estómago aumentando la peristalsis, produciendo y aumentando el apetito.</p>
<p>Sugerir la consulta al odontólogo para reajustar su prótesis o cambiarlas.</p>	<p>La visita al odontólogo se diagnóstica, previene o trata alguna patología del aparato bucal.</p>
<p>Ofrecer cantidades pequeñas de alimento que a don Armando le guste o agrade.</p>	<p>Las cantidades pequeñas se pueden digerir, absorber y sobre todo masticar, satisfaciendo las necesidades de alimentación del paciente.</p>
<p>Cuantificación de peso y talla quincenal para un mejor control.</p>	<p>Se utiliza para llevar un buen control somatométrico y valorar el estado nutricional.</p>
<p>Toma de muestras de laboratorio: proteínas, Bh, Colesterol, triglicéridos, QS, Glucosa.</p>	<p>Estudios importantes para diagnosticar y observar datos necesarios para el tratamiento del paciente</p>

EVALUACION: Al término de la hospitalización don Armando mejoró su estado nutricional evidenciado por buen apetito, piel íntegra, peso adecuado con la talla mediante las intervenciones de enfermería.

DIAGNOSTICO 5: Ansiedad relacionada con estado de hospitalización manifestado por preocupación de su estado de salud.

Objetivo: al termino del turno don armando se sentirá mejor durante su estancia hospitalaria evidenciado por expresión verbal “Estoy tranquilo, estoy bien” mediante las intervenciones de enfermería en el servicio de medicina interna del Hospital regional “Dr. Agustín O´ Horan

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
<p>Orientar y brindar información Don Armando sobre la salud y tratamiento a seguir</p> <p>Fomentar y establecer confianza con don Armando hacia el ambiente hospitalario.</p> <p>Invitar a que expresen sus sentimientos que tenga.</p> <p>Explicar los procedimientos que se realizaran con don Armando.</p>	<p>El proporcionar información a la paciente, la hace menos ansioso pues estará informada de los acontecimientos que se presentan posteriormente.</p> <p>La relación terapéutica (confianza, empatía) el personal de enfermería establece conscientemente una conexión con su paciente para ayudarse con sus necesidades vitales específicas.</p> <p>Al expresar sentimiento reduce su ansiedad, angustia y empieza a relacionarse con el personal de labora en el servicio.</p> <p>El conocimiento y la información proporcionada al paciente de todo los procedimientos a realizar con el, reduce la ansiedad del paciente y el miedo a lo desconocido.</p>

EVALUACION: Al final del turno don Armando se sintió mejor, expresando que se siente bien y se relación mejor con el personal de salud del hospital.

CONCLUSIONES

El proceso de atención de enfermería es la piedra angular de nuestro trabajo, ya que nos proporciona una base sólida de información para formular diagnósticos enfermeros, proponer objetivos, llevar a cabo intervenciones enfermeras encaminadas a su logro y evaluarlas; así mismo nos permite delimitar nuestra autonomía profesional, a la vez que cohabitar con otras disciplinas y estos hechos son los que van a contribuir al avance profesional de nuestra disciplina enfermera. Así mismo tiene un valor y encuadrada dentro de un modelo enfermero, modelo que se hace realidad mediante una metodología de trabajo, y cuyo propósito sea proporcionar cuidados enfermeros eficaces y eficientes a la población que atendemos, porque aunque Virginia Henderson, la autora que venimos citando reiteradamente nos dijo que:

“La enfermera debe saber adentrarse en el interior de cada paciente para saber no sólo lo que este desea sino además lo que necesita para mantenerse en vida o para recobrar la salud”.

Pero también nos dijo que la función primordial de la enfermera consistía en ayudar a nuestros pacientes a conseguir sus objetivos de salud, siendo para ello temporalmente:

"la conciencia para el inconsciente; el apego a la vida para el suicida, la pierna para el amputado; los ojos para quien acaba de perder la vista; un medio de locomoción para el recién nacido; el conocimiento y la confianza para la joven madre; la voz de los que están demasiado débiles para hablar o se niegan a hacerlo".

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. **Du Gas**, B. W. (2000). Tratado de Enfermería Práctica 4ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana
2. **Fernández Ferrín C** et. al. Enfermería fundamental. Barcelona: Mason-Salvat; 1995. p. 198.
3. **Ledesma**, Pérez, Ma.Carmen (2000) Fundamentos de Enfermería México: Limusa.
4. Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. De la teoría a la práctica: El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Masson, S.A.; 1998.
5. Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. 1998. op. c. p. 33
6. Maria T. Luis R. cols. "De la teoría a la Practica" Ed. Madson Barcelona España 2da ed 2000.
7. **Marrier**, T. Ann "Introducción de las teorías de Enfermería" en "Modelo y Teoría de Enfermería", Ed Mosby-Doyma, Barcelona España, 4ta ed. 1998.
8. Marrier, T. Ann "Introducción de las teorías de Enfermería" en "Modelo y Teoría de Enfermería", Ed Mosby-Doyma, Barcelona España, 4ta ed. 1998.
9. Marrier, T. Ann "Introducción de las teorías de Enfermería" en "Modelo y Teoría de Enfermería", Ed Mosby-Doyma, Barcelona España, 4ta ed. 1998
10. Potter, Patricia, A. (2002). Fundamentos de Enfermería 5ª ed (V0I 1). Madrid: Harcourt.
11. Rosales, Barrera, Susana, Reyes, Gomes, Eva. Fundamentos de Enfermería. México: Manual Moderno.
12. Smith, Sandra, F. (2000). Enfermería Básica y Clínica México: El Manual Moderno.
13. Saed, Michan Raquel (2000) Manual de Procedimientos de Enfermería en el Servicio de Emergencias. Mexico: JGH Editores.