



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA

ESTUDIO DE CASO DIRIGIDO A UNA PERSONA CON
ALTERACION EN LA NECESIDAD DE ALIMENTACION E
HIDRATACION

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

PRESENTA:

MARÍA RUFINA HERRERA CRUZ

NO. CUENTA: 406115335

MAESTRA ANGELINA RIVERA MONTIEL
ASESOR



MEXICO, D. F.

NOVIEMBRE, 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.

DEDICATORIAS

Dedico este trabajo a mis padres, por haber creído en mi para lograr en este Proyecto.

A mi gran amor que fue el respaldo que necesité en este Arduo camino, Por su confianza y entrega mi eterno agradecimiento.

AGRADECIMIENTOS

“Doy gracias a Dios por darme paciencia, fuerza, entereza y sobre todo salud física y mental para realizar este trabajo, desde lo más profundo de mi corazón”

En primer lugar a Angelina Rivera Montiel la directora de esta tesis; sus aportaciones metodológicas, correcciones exhaustiva del manuscrito y su disponibilidad, me han proporcionado no solo conocimiento y experiencia si no también seguridad que me falta va en estos momentos.

Mi agradecimiento también a todas las personas que han participado en las entrevistas de forma anónima y desinteresada.

INDICE

	Paginas
I. INTRODUCCIÓN	
I. Objetivos	1
1.1 General	2
1.2 Específicos	
II. MARCO DE REFERENCIA	
2.1 Proceso de Atención de Enfermería	3
2.1.1 Concepto	
2.1.2 Antecedentes	
2.1.3 Valoración	4
o Concepto	
o Objetivo	
o Tipos de valoración	
o Fuentes de Información	
o Métodos y técnicas de valoración	
o Instrumentos de registro	
2.1.4 Diagnóstico de enfermería	9
o Concepto	
o Antecedentes (NANDA)	
o Clasificación	
o Componentes (Estructura NANDA): Factores relacionados, características definitorias	
o Formato PES	
2.1.5 Planeación	12
o Concepto	
o Objetivo	
o Clasificación de las intervenciones	
o Criterios de resultado (concepto y objetivo)	
2.1.6 Ejecución	13
o Concepto	
o Objetivo	
2.1.7 Evaluación	
o Concepto	
o Objetivo	
2.2 Necesidades Fundamentales de Virginia Henderson.	14

2.2.1 Antecedentes de formación	14
2.2.2 Principales conceptos	
o Necesidad	
o Independencia	
o Dependencia	
o Rol de enfermería	
o Tipos de rol de enfermería	
o Causas de dependencia (físicos, psicológicos, espirituales, culturales)	18
o las 14 necesidades de Virginia Henderson.	19
2.3 Fibrosis quística	
2.3.1 concepto	
2.3.2 signos y síntomas	
2.3.3 tratamiento	
III. METODOLOGÍA	23
3.1 Valoración	
3.2 Diagnóstico de enfermería	24
3.3. Planeación	
3.4 Ejecución	
3.5 Evaluación	
IV. INSTRUMENTACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	25
4.1 Valoración	
4.2 Diagnóstico de enfermería	29
4.3 Planeación, ejecución y evaluación	
V. CONCLUSIONES	46
VI. BIBLIOGRAFÍA	47

INTRODUCCION

La enfermera en la práctica profesional requiere de disponer conocimientos científicos que orienten y expliquen el por qué de las acciones con una fundamentación teórica. Anteriormente los cuidados de Enfermería se basaban en las órdenes escritas por los médicos y estaban más enfocados hacia las enfermedades que a la propia persona, con frecuencia los cuidados se aplicaban guiados por la intuición y no por un método científico.

La aplicación del Proceso Atención Enfermería se lleva a cabo dada la necesidad de contar con un método científico que nos permite plasmar la integración de conocimientos clínicos - teóricos- prácticos a problemas relacionados con la salud del ser humano. El objetivo principal es la atención de calidad al individuo sano o enfermo, en forma integral e individualizada basado en el Modelo de Virginia Henderson.

Por ello se han utilizado estos conocimientos; en el presente caso clínico aplicado a una persona con desequilibrio nutricional por defecto, relacionado con mala absorción de nutrientes manifestado por presencia de diarrea recurrente con retardo en el crecimiento y desarrollo. Y que a través de este proyecto se han detectado y priorizado las necesidades utilizando una metodología que ofrece al individuo atención individualizada continua y de calidad. Así mismo se da a conocer el Modelo y diseño del Plan de Atención de Enfermería, objetivos que se esperan alcanzar, tiempo, material y equipo requerido en esta investigación.

Cabe mencionar que el trabajo se realizó con el consentimiento de los padres de Ximena, permitiendo interactuar con ellos y llevado a cabo bajo la más estricta ética profesional. Se dan a conocer las conclusiones y recomendaciones necesarias respecto al aprendizaje obtenido. Para finalizar, cabe mencionar que las experiencias y conocimientos se verán reflejados en mi quehacer profesional y personal, elevando con ello la calidad de los cuidados de Enfermería aplicados a individuos sanos y enfermos.

I. OBJETIVOS

1.1. General

- A través del Proceso Atención de Enfermería la priorización de problemas reales y potenciales de acuerdo a las necesidades básicas de Ximena en base al Modelo de Virginia Henderson.

1.2. Específico

- Establecer una atención integral e individualizada, continua y de calidad a través del Proceso Atención de Enfermería.
- Identificar oportunamente posibles complicaciones a través de la enseñanza.
- Planear y ejecutar las intervenciones de Enfermería que contribuyan a mejorar el estado de salud de Ximena.
- Reducir el estado de preocupación y angustia a los padres de Ximena para su vida reproductiva.
- Aumentar el afrontamiento en forma positiva y optimista.

II. MARCO REFERENCIAL

2.1 proceso atención enfermería

2.1.1 Concepto

Es un método racional y sistemático de organizar y prestar los cuidados de enfermería.

2.1.2 Antecedentes

“La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); El uso del proceso de enfermería en la práctica clínica adquirió mas legitimidad en 1973, cuando la American Nurses Association (ANA) publico la Standards of Nursing Practice, que describen las cinco fases del proceso de enfermería: valoración, diagnostico, planificación, ejecución y evaluación (ANA 1973)”¹

Fases

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el P.A.E. configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

¹ KOZIER Barbará, ERB Glenora, et'al. ~~Fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y práctica~~, 5taedicion editorial Ma Graw-Hill España pág. 93.

2.1.3 Valoración

- Concepto

“Es la primera fase del proceso de enfermería, que nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad. Con la valoración se reúnen todas las piezas necesarias del rompecabezas, correspondientes a respuestas humanas y fisiopatologías con lo que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo. La valoración que realiza la enfermera del usuario tiene que ser total e integradora por lo que debe seguir un enfoque *holístico*; es decir un modelo enfermero para la identificación de respuestas humanas y la integración de elementos de un modelo médico para la identificación de respuestas fisiopatologías.”²

- Objetivo

“Describir los aspectos importantes en el ámbito de la entrevista.”³

- Tipos de Valoración

- ❖ “Valoración inicial: realizado en el plazo especificado después del ingreso en un centro de asistencia sanitaria con el propósito de establecer una base de datos completa para identificar el problema, las referencias y las futuras comparaciones, ej. Valoración de enfermería al ingreso.
- ❖ Valoración focalizada: proceso progresivo integrado durante los cuidados enfermeros con el propósito de determinar el estado de un problema específico, identificado en la valoración anterior. Identificar un problema nuevo o que pasaron desapercibidos Ej. Valoración horaria de la toma de líquidos y de la diuresis en una UCI.
- ❖ Valoración de urgencia: durante cualquier crisis fisiológica o psicológica del cliente, con el propósito de identificar problemas que amenazan la vida. Ej. Valoración rápida de las vías respiratorias de una persona.
- ❖ Valoración después de un tiempo: varios meses después del estudio inicial con el propósito de comparar la evolución del cliente con los datos basales obtenidos anteriormente. Ej. Nueva valoración del estado funcional del cliente en su domicilio o fuera del hospital.”⁴

² Ibidem pág. 96.

³ Ibidem. Pág. 90.

⁴ Ibidem 7ª edición España 2005 Pág. 288.

- Fuentes de Información

- ❖ “*Primarias*: el cliente es la primera fuente de información.
- ❖ *Secundarias*: los miembros de la familia o las demás personas que le apoyan, otros profesionales de la salud, los registros e informes, los datos de laboratorio y de diagnóstico y las publicaciones pertinentes son fuentes secundarias o indirectas.”⁵

- Métodos para obtener datos:

- ✓ Entrevistas:

“Es una comunicación programada o una conversación que se realiza con el propósito, por ej. De dar información, de identificar problemas o preocupaciones mutuas, para evaluar un cambio, enseñar, dar apoyo o proporcionar asesoramiento o tratamiento. La entrevista es un proceso que la enfermera emplea en la mayoría de las fases del proceso de enfermería. Durante la fase de valoración, sin embargo, el propósito principal de la entrevista es la recogida de datos. Ej. De entrevista es la historia de enfermería.

Hay 2 sistemas de entrevistas:

Entrevista dirigida: está muy estructurada y proporciona información específica. La enfermera establece la finalidad de la entrevista y dirige la misma, al menos al principio, haciendo preguntas cerradas. A menudo, las enfermeras utilizan la entrevista dirigida para recoger y dar información en un periodo limitado de tiempo. Las enfermeras utilizan la entrevista no dirigida para resolver problemas, asesorar y evaluar el rendimiento.

- Entrevista no dirigida: o entrevista para “crear una relación de compenetración”, la enfermera permite que el cliente dirija los objetivos, los temas y el ritmo de la charla. La relación de compenetración es el entendimiento entre dos o más personas. La enfermera incita a la conversación haciendo preguntas abiertas y dando respuestas.”⁶

⁵ KOZIER Barbará, ERB Glenora, et al. Fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y práctica, 7ª edición editorial Ma Graw-Hill España 2005 pág. 289.

⁶ *Ibidem* pág.291-292

Tipos de preguntas en la entrevista:

“Preguntas cerradas: usadas en la entrevista dirigida, son restrictivas y generalmente sólo requieren respuestas cortas para obtener datos específicos, ej. Cuándo, dónde, etc. Así la cantidad de información que se consigue suele ser limitada.

Preguntas abiertas: propias de la entrevista no dirigida, son las que se dirigen o invitan al cliente a descubrir y a profundizar (elaborar, aclarar o ilustrar) en sus ideas y sentimientos. Dan al cliente la libertad de hablar de lo que desee. La pregunta abierta es amplia, alude solamente al tema a tratar, e invita a responder con más de una o dos palabras.

Pregunta neutra: es una pregunta que el cliente puede contestar sin que la enfermera dirija o presione la respuesta. Ej. Que piensa sobre esto?

Pregunta inductora: orienta la respuesta del cliente. El enunciado de la pregunta sugiere la respuesta que se va a dar. No le permite al cliente decidir si la respuesta es verídica o no. Son problemáticas si el cliente, con el afán de agradar a la enfermera, responde de forma imprecisa.”⁷

✓ La observación:

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

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. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

✓ La exploración física.

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

⁷ Ibídem pág.293.

“Exploración física. Se centra en: determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista.”⁸

“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 nos 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**, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. **Mates:** aparecen sobre el hígado y el bazo. **Hipersonoros:** aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y **Timpánicos:** 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. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Los sonidos auscultados se describen de acuerdo a su tono, intensidad, duración y timbre. El tono: es la frecuencia de las vibraciones (núm. de vibraciones por segundo). La intensidad (amplitud) se refiere a la fuerza o suavidad del sonido. La duración de un sonido se refiere a su longitud (prolongada o corta). El timbre de un sonido es una descripción subjetiva del mismo, por ej. Silbido, gorgoteo o chasquido.”⁹

⁸ ALFARO-Lefevre Rosalinda. aplicación del proceso enfermero, 5ta edición editorial Elsevier masson España 2003 pág. 36-37.

⁹ ALMEIDA de jara Elsa, Castro de yopez Rosa et al manual de la enfermería edición MMV España pág. 54-55

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas y aparatos corporales y por patrones funcionales de salud.

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. La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilicemos.

○ Instrumento de Registro

- ❖ **“Informes médicos:** historia clínica, exploración física, notas sobre la evolución y consultas.
- ❖ **Informes sobre el tratamiento de otros profesionales sanitarios:** asistencias sociales, especialistas en nutrición, dietistas o fisioterapeutas.
- ❖ **Datos de laboratorio:** pruebas de laboratorio.”¹⁰

¹⁰ ALFARO-Lefevre rosa linda aplicación del proceso enfermero 5ta edición editorial Elsevier masson España 2003 Pág. 38.

2.1.4 Diagnóstico de Enfermería.

- Concepto

Es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia o la comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. Proporciona la base para seleccionar las intervenciones enfermeras para conseguir los objetivos de los que es responsable el enfermero o enfermera.¹¹

- Antecedentes (NANDA)

En la década de los años 70, la American Nursing Association (ANA), reconoce oficialmente los diagnósticos de enfermería, ya que los incluyen en los Estándares de la Práctica de Enfermería (1973). Este hecho configura el diagnóstico de enfermería como una parte del proceso de atención, dando legalidad a su utilización en las actividades independientes de enfermería y significa una referencia a la calidad de la práctica, a la par, conlleva a la necesidad de estructurar y regular el tema. Con este fin, deciden elaborar un sistema de clasificación que permita la identificación, el acuerdo y el uso sistemático de los diagnósticos de enfermería entre las enfermeras del país. Este hecho dio origen a la Primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería, en 1973.¹²

En 1982, durante la V Conferencia, se crea la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) que proporciona la estructura organizativa y establece los planes de trabajo, para el desarrollo y expansión de los diagnósticos de enfermería.

¹¹ KOZIER Barbará, ERB Glenora, et'al. Fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y práctica, 5ta edición editorial Ma Graw-Hill España Pág. 116.

¹² Bsv.sld.cu/revistas/spu/vol28_3.../spu08302.htm

Las categorías diagnósticas, tal como actualmente las conocemos, surgen al inicio de la década de los años 70, con una estructura insuficiente y a pesar de numerosas discusiones no se llega a acuerdos sobre la mejor forma de clasificarlos, por lo que se decide organizarlas en orden alfabético. La NANDA considera insuficiente el criterio alfabético; por ello inicia los trabajos para elaborar un marco de referencia, que proporcione las bases conceptuales, y así establecer los criterios de clasificación taxonómica.

A partir de 1987, la ANA y la NANDA estructuran el *Collaborative Group on Taxonomies/Classifications of Nursing Diagnoses* para trabajar ambas asociaciones en colaboración y alcanzar el consenso en la descripción de la práctica/ejercicio de la enfermería. El plan de actividades propone una proyección multidisciplinaria que favorezca la aceptación de sus conclusiones en un plano más general; para ello establecen contacto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Presentan la versión específica de la taxonomía I NANDA: Condiciones que Necesitan Cuidados de Enfermería. Proponen incluir esta versión de los diagnósticos de enfermería en la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) que realizaba la OMS.

A partir de las recomendaciones hechas por la OMS se han multiplicado las conexiones y trabajos que han conducido a la expansión internacional de los diagnósticos de enfermería. Así, en 1991, se crea la Asociación Francófona Europea de Diagnósticos de Enfermería (AFEDI). Esta fue la primera organización que, como grupo internacional ha sido reconocida por la NANDA.

- La NANDA, por su parte, continúa cada año haciendo revisiones y actualizaciones de la taxonomía y poniéndola a disposición
- **Factor Relacionado**

Factor que está causando o contribuyendo a causar un problema real. Se utilizan como etiología de problemas reales. Además se utilizan cuando los síntomas y signos del problema están presentes.

- **Características Definitivas**

Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.

Son el conjunto de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica concreta. En el caso de los diagnósticos de enfermería reales, las características definitorias son los signos y síntomas del paciente. Para los diagnósticos de enfermería de riesgo, las características definitorias son las mismas que la etiología: los factores de riesgo que determinan que el paciente sea más vulnerable de lo “normal” al problema.¹³

Formato Problema Etiología Signos y síntomas

El enunciado básico del diagnóstico enfermero en tres partes se denomina formato PES y consta de los componentes:

1. Problema (P) Enunciado de la respuesta del paciente.
2. Etiología (E) Factores que contribuyen a la respuesta o que son causa probable de ella.
3. Signos y síntomas (S) Características definitorias manifestadas por el paciente.

El enunciado diagnóstico en tres partes comprende el problema, la etiología y los signos y síntomas observados (PES). Los diagnósticos enfermeros reales pueden documentarse mediante el enunciado en tres partes (utilizando con y manifestado por) porque se han identificado los signos y síntomas del diagnóstico.¹⁴

¹³KOZIER Barbará, ERB Glenora, et al. Fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y práctica, 5ª edición editorial Ma Graw-Hill España. pág. 119.

¹⁴ Ibídem pág. 130

2.1.5 Planeación

- Concepto

Tercera fase del proceso de enfermería, en la cual la enfermera y el paciente desarrollan los objetivos / resultados y las estrategias de enfermería para prevenir, reducir o aliviar los problemas de salud del paciente.¹⁵

- Objetivo

Identificar los factores que debe tener en cuenta la enfermera al establecer las prioridades.

- Clasificación de las intervenciones:

Independiente:

“Son las actividades que las enfermeras están autorizadas a emprender sobre la base de sus conocimientos y habilidades. Comprenden los cuidados físicos, la evaluación continua, el apoyo y el consuelo emocional, la docencia, el asesoramiento, el cuidado del entorno y la referencia a otros profesionales sanitarios.

Independiente:

Son las que se realizan por orden del médico o bajo su supervisión, o bien según procedimientos sistematizados. Las ordenes del medicas suelen consistir en prescribir medicamentos, terapias intravenosas, pruebas de diagnostico, tratamientos, dietas y actividad.

Interdependiente:

Son acciones que la enfermera lleva a cabo en colaboración con otros miembros del equipo de asistencia sanitaria, como fisioterapeutas, asistentes sociales, dietólogos y médicos.”¹⁶

- Criterios de Resultados

“Una vez consideradas las consecuencias de las distintas intervenciones de enfermería, el profesional de enfermería debe escoger una o más intervenciones con una mayor probabilidad de éxito. Aunque esta decisión se basa en los conocimientos y la experiencia, la información proporcionada por el paciente es importante.”¹⁷

¹⁵ Ibídem. Pág. 140

¹⁶ Ibídem .7ª edición España 2005 pág. 338.

¹⁷ Ibídem, pág. 339

Concepto

La identificación de resultados en los estándares para la práctica de la enfermería clínica, o considerados como los criterios mensurables y más específicos que se utilizan para evaluar si se ha logrado el objetivo.

Objetivo

Es la evolución del paciente o una modificación de su comportamiento deseadas.¹⁸

2.1.6 Ejecución

- Concepto

“Es la fase en la que la enfermera pone en marcha el plan de cuidados de enfermería. La enfermera realiza o delega las órdenes de enfermería que fueron desarrolladas en la fase de planificación y después concluye la fase de ejecución registrando las actividades de enfermería y las respuestas de los clientes.”¹⁹

- Objetivo

Identificar las fases esenciales en el desarrollo de herramientas para evaluar la atención de calidad.

2.1.7 Evaluación

- Concepto

“Es la quinta y última fase del proceso de enfermería. En este contexto, la evaluación es una actividad planificada, continua y dotada de objetivos, en la cual los pacientes y los profesionales de enfermería determinan a) la evolución del paciente en relación con la consecución de los objetivos/resultados y b) la eficacia del plan de cuidados de enfermería.”²⁰

- Objetivo

“Determinar el estado actual de salud y la disposición para comprobar el logro.”

¹⁸ Ibídem pag.162-354.

¹⁹ Ibídem pag.339 - 351

²⁰ Ibídem pág. 354

2.2. NECESIDADES FUNDAMENTALES DE VIRGINIA HENDERSON.

2.2.1. Antecedentes de Formación

Virginia Henderson nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos, originaria de Kansas City, Missouri. En 1918 ingreso a la escuela de Enfermería del ejercito en Washington, D.C.

En 1921 se graduó y aceptó un puesto como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. Henderson identificó las necesidades básicas de los seres humanos en 14 componentes.

Analiza también una serie de pautas con características muy diversas y variadas, encaminadas a las personas, familias o comunidades desde una perspectiva holística que toma en consideración las necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales y espirituales del ser humano. Para Henderson los cuidados básicos son acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según su criterio, en donde los cuidados son individualizados y dirigidos a las personas en su totalidad.

El modelo Henderson es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes Etapas del Proceso Atención de Enfermería, abarca cinco fases adecuadamente para el logro satisfactorio del paciente, encaminadas a la detección de problemas de salud potenciales o ya establecidos donde se emplean intervenciones de Enfermería para intentar corregir las alteraciones de salud, estructurando prioridades, formulando estrategias e intervenciones oportunas de Enfermería con una máxima eficacia.

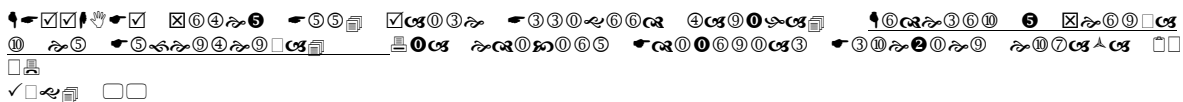
2.2.2 Principales Conceptos y Definiciones Enfermería

Aunque Henderson no realizó una definición como tal de los componentes del meta paradigma, algunas autores la han interpretado y proponen:

Enfermería:

“Definió Enfermería en términos funcionales “La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación o a una muerte tranquila, que llevaría a cabo sin ayuda si contar con la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.”²¹

21



Rol de enfermería: se define como las acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona.

Tipos de rol de enfermería:

Rol autónomo: las prescripciones que realiza la enfermera son de su exclusiva responsabilidad, correspondiendo a su campo autónomo de actuación.

Rol interdependiente: ejerce en base a su trabajo de colaboración con otros profesionales del equipo de salud y que se deriva generalmente de situaciones de salud del cliente.²²

Existen prescripciones de otros profesionales, generalmente el médico, aunque la enfermera aporta sus conocimientos y sus habilidades para llevar a cabo estas prescripciones.

Rol dependiente: no trabaja en solitario sino que forma parte de un equipo de salud. Significa que la enfermera también cumple las órdenes prescritas y lleva a cabo los tratamientos determinados, generalmente por el médico.

Salud:

Henderson no dio una definición propia de salud, pero en su obra equipara la Salud con la Independencia. En la sexta edición de Text book Principles and Practice of Nursing cita varias definiciones de salud de diferentes fuentes incluida la de la Organización Mundial de la Salud Considera la salud en términos de habilidad de la persona para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Dice que es “la calidad de la salud más que la vida en sí misma, esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida”.

²¹ <http://www.google.com.mx/search?hl=es&q=virginia+henderson&meta=> septiembre 2009

La Salud Independencia / Dependencia y causas de la dificultad.²³

Virginia Henderson desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos tanto reales como potenciales. Buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo su propia salud, en base a sus propias capacidades de las 14 Necesidades Básicas.

“Independencia: La conceptualizo como, la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Dependencia: Se define la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades; o pueden ocurrir actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes.”²⁴

Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas, que identifica como:

- Falta de Fuerza.
- Falta de conocimiento.
- Falta de Voluntad

1.- Falta de Fuerza:

Interpretamos por FUERZA, no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual.

2.- Falta de Conocimientos:

Relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento).

²³ FERNÁNDEZ Ferrín Carmen. El Proceso de Atención de Enfermería Estudio de Casos. 1993. pág. 5-7.

²⁴ Ibídem. pág. 6-7

3.- Falta de Voluntad:

Entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente, aspectos que deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones. El tipo de actuación (de suplencia o ayuda) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado.

Salud

Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Entorno

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo. La salud puede verse afectada por factores: del entorno como:

Físicos: aire, temperatura, sol, etc.

Personales: edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia.

Persona (paciente)

Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.

“14 NECESIDADES BÁSICAS:

Henderson en su obra no da un concepto de necesidad e identifica 14 necesidades fundamentales:

- 1) Respirar normalmente.
- 2) Comer y beber en forma adecuada.
- 3) Evacuar los desechos corporales.
- 4) Moverse y conservar una buena postura.
- 5) Dormir y reposar.
- 6) Vestirse y desnudarse.
- 7) Mantener la temperatura corporal en los límites normales.
- 8) Estar limpio, aseado y proteger tegumentos.
- 9) Evitar peligros.
- 10) Comunicación con sus semejantes.
- 11) Creencias y valores.
- 12) Preocuparse de su propia realización.
- 13) Recrearse.
- 14) Aprender.”²⁵

²⁵ MARRINER, Tomey A. Raile Alligood m. Modelos y Teorías en Enfermería. 6ta edición, editorial Elsevier mosby 2007. pág. 57.

2.3 FIBROSIS QUÍSTICA

2.3.1 Concepto

La fibrosis quística es una enfermedad hereditaria, crónica y degenerativa que afecta principalmente a los pulmones y al sistema digestivo, esta enfermedad obedece a una alteración genética que afecta a las zonas del cuerpo que producen secreciones, dando lugar a un espesamiento y disminución del contenido de agua, sodio y potasio de los fluidos, originándose la obstrucción de los canales que transportan esas secreciones y permitiendo que dicho estancamiento produzca infecciones e inflamaciones que destruyen zonas del pulmón, hígado, páncreas y sistema reproductor principalmente. Aunque la esperanza de vida se ha incrementado notablemente gracias a un mejor conocimiento de la fisiopatología de esta enfermedad y al tratamiento multidisciplinario de estos pacientes, la fibrosis quística sigue siendo una patología sin curación. No obstante, la aplicación de técnicas de biología y genética molecular ha permitido conocer el defecto básico de esta enfermedad, localizado en el cromosoma número 7, y se comienza a vislumbrar en un futuro quizá no muy lejano, la curación de esta enfermedad mediante la terapia génica. Una muestra de los avances en la enfermedad es que la fibrosis quística ha dejado de ser una enfermedad pediátrica, al existir ya una primera generación de enfermos adultos, por lo que el abordaje científico y terapéutico debe hacerse de manera multidisciplinar con la implicación de neumólogos, especialistas del aparato digestivo, pediatras, fisioterapeutas, etc. Cuando la enfermedad se encuentra en un estadio muy avanzado, existe la posibilidad del trasplante pulmonar y/o hepático.

2.3.2 Signos y síntomas

Los síntomas de la fibrosis quística son un característico sabor salado de la piel, frecuentes problemas respiratorios, falta de peso y problemas digestivos derivados fundamentalmente de la insuficiencia digestiva del páncreas.

Los síntomas podrían clasificarse de la siguiente manera:

Respiratorios: tos frecuente, sibilancias, infecciones bronquiales y neumonías de repetición.

Digestivos: diarreas, ictericia, fallo de medro, malnutrición, esteatorrea (evacuaciones con grasa), estreñimiento, dolor abdominal.

Otros: mala tolerancia al calor (deshidratación) por pérdida excesiva de sal.²⁶

2.3.3 Tratamiento.

Por las afecciones que causa esta enfermedad, debe de ser tratada desde diferentes vertientes:

Antibioterapia: La antibioterapia ha sido uno de los factores determinantes del mejor pronóstico de la fibrosis quística. Resulta muy importante porque los enfermos se colonizan e infectan desde muy temprano con gérmenes piógenos (Estafilococo dorado, pseudomonas, hemophilus influenzae), y nunca se ven libres de ellos, debido al excelente medio de cultivo que suponen las secreciones intrabronquiales de estos enfermos, especialmente viscosas y difíciles de eliminar, ya que generan cepas mucoides multirresistentes.

Fisioterapia respiratoria: La fisioterapia respiratoria consiste básicamente en la limpieza bronquial diaria, con el fin de evitar la acumulación de mucosidad en los bronquios y prevenir la infección. Según Bousoño, resulta fundamental para liberarse de las secreciones espesas y viscosas, favoreciendo la desobstrucción bronquial. “no hay que olvidar que el sinónimo de Fibrosis Quística es moco viscidosis o Mucoviscidosis”, añade. Existen diferentes técnicas de fisioterapia respiratoria como la percusión, el drenaje postural y el ciclo activo entre las más importantes. Dichas maniobras de expulsión del moco consisten en realizar una serie de respiraciones acompañadas de tos colocándose el paciente en diferentes posturas con el fin de eliminar las secreciones. Para drenar las diferentes zonas de los pulmones se usan diferentes posturas. Es conveniente ponerse boca abajo levantando los brazos con las manos en la nuca y echando los hombros hacia atrás. También suele resultar muy beneficiosa la natación, sobre todo el estilo braza.

Nutrición: El estado nutricional juega un papel muy importante en la supervivencia de los pacientes con fibrosis quística. Se ha demostrado su relación con el pronóstico de la enfermedad pulmonar y, durante la edad pediátrica, su influencia en el crecimiento. Es de vital importancia para mantener un buen estado nutricional, que haga frente a un incremento de las demandas energéticas e infecciones de repetición del niño enfermo.

La nutrición guarda una relación directa con cada uno de los aspectos de la enfermedad y puede ser clave en su evolución.

²⁶ HERRERA G Oscar, FIELBAUM Oscar, Enfermedades respiratorias infantiles 2da edición editorial mediterráneo Ltda Santiago de Chile 2002 pág. 410-419

Por su relación con el páncreas y el hígado: una malnutrición puede empeorar la función pancreática y hepática. Tanto el páncreas (los pacientes con fibrosis quística nacen con insuficiencia digestiva del páncreas exocrino en el 85% de los casos, y requieren de por vida enzimas micronizadas de cubierta entérica y origen porcino o sintético para poder asimilar bien los nutrientes), como el hígado (obstrucción biliar y tendencia a cirrosis y piedras de vesícula), se ven afectados desde el inicio de la enfermedad, pudiendo una malnutrición empeorar su función. Debemos aportarles una dieta rica en grasas y energía, con suplementos vitamínicos (Vitaminas A, D, E y K especialmente) y minerales, ácidos grasos esenciales, selenio y zinc.

En qué medida la función hepática y pancreática se ve afectada por la nutrición.

Por su relación con la función pulmonar: hay suficientes evidencias científicas que demuestran que un buen estado nutricional es sinónimo de mejor calidad de vida, menores tasas de morbilidad y supervivencia prolongada. Aunque su evolución depende fundamentalmente de la gravedad de la infección pulmonar no hay duda que el estado nutricional es un factor crítico en su pronóstico, evolución y calidad de vida.

Los aportes nutricionales que debe de recibir el paciente son: Los especialistas coinciden en prescribir en general dietas hipercalóricas, con alto contenido de proteínas (carne, pescado, huevos, legumbres), grasas (aceite de oliva, frutos secos, mantequillas), hidratos de carbono (pan, pastas, arroz), vitaminas y sales minerales.

Se calcula que un paciente con fibrosis quística necesita entre un 20-50% más de energía que una persona normal de su edad. Esto es así porque sus pérdidas energéticas fecales son mayores que una persona con una función pancreática normal. Además, las pérdidas energéticas debido a las infecciones respiratorias y a la falta de apetito y metabólicas son muy elevadas. Cuando no se alcanzan estas cifras se recomienda suplementación oral e incluso enteral mediante nutrición artificial por sondas o gastrostomías.

La edad condiciona

Recomendaciones hasta los 2 años: este período es el de máximo crecimiento del niño (debe evaluarse cada semana o cada dos semanas). Es muy importante que el tratamiento sea precoz. Algunos niños crecen bien únicamente con lactancia materna. La leche materna presenta una serie de ventajas: contiene proteínas de alto valor biológico como la taurina, hidratos de carbono, así como enzimas pancreáticos en pequeñas cantidades como la amilasa y la lipasa, y

mayor protección contra las infecciones. Sin embargo, un inconveniente de la leche materna es la dificultad de administración de los enzimas pancreáticos.

Los niños que se alimentan con leche materna suelen requerir suplementos de sodio especialmente en los meses de verano. Si el crecimiento es normal el cambio a leche de vaca entera es recomendable entre los 12-18 meses.

Los niños que no presenten un crecimiento adecuado con leche materna, se pueden alimentar con fórmulas infantiles adaptadas. Los enzimas pancreáticos, en caso de ser necesarios, deben administrarse con cualquier tipo de alimento, leche materna y fórmulas infantiles. Cuando el niño no gana peso, puede atribuirse a varias situaciones como son: períodos de infección respiratoria, períodos de crecimiento rápido e insuficiencia pancreática severa.²⁷

²⁷ HERRERA G Oscar, FIELBAUM Oscar, Enfermedades respiratorias infantiles 2da edición editorial mediterráneo Ltda Santiago de Chile 2002 pág. 410-419

III. METODOLOGÍA

El estudio de caso tiene dos ejes uno metodológico sustentado en el proceso de atención de enfermería y otro conceptual sustentado en la teoría de las 14 necesidades fundamentales de Virginia Henderson.

El eje metodológico, permite a la enfermera identificar la independencia o grado de dependencia que presenta la embarazada en la etapa actual de desarrollo (embarazo). También permite identificar los problemas que están afectando las necesidades de la embarazada, establecer los diagnósticos de enfermería y en función de ello tomar las decisiones que permitan planear, ejecutar y evaluar las intervenciones de enfermería que ayuden a la señora a mejorar su bienestar.

El eje conceptual, ayuda a la enfermera a centrar su cuidado en la persona y en sus necesidades, considerando los factores físicos, psicológicos, espirituales y culturales.

3.1 Valoración

La valoración de enfermería se realizó bajo el consentimiento de la mujer, se utilizaron la entrevista, la observación y la exploración física. Los datos obtenidos se registraron en la hoja de valoración de enfermería, la cual esta diseñada por necesidades.

3.2 Diagnóstico de Enfermería

Los datos obtenidos en la valoración, fueron analizados teniendo como referente el conocimiento y la experiencia. A partir de este análisis se identificaron los problemas que afectaban las necesidades de enfermería y se formularon los diagnósticos de enfermería utilizando las etiquetas diagnósticas de la nanda (última edición publicada) y el formato pes.

3.3 Planeación

Con base a los diagnósticos formulados, se tomaron las decisiones que permitieron planear los cuidados de enfermería para mejorar el bienestar de la embarazada.

Las intervenciones fueron de tipo independiente, dependiente e interdependiente; cada una de ellas fue fundamentada en el formato del plan de atención de enfermería por cada diagnóstico, se estableció un objetivo y los criterios de resultado.

El objetivo da claridad a la enfermera de lo que se pretende lograr para mejorar el bienestar de la mujer.

Los criterios de resultado, permiten comparar y analizar los resultados obtenidos después de la intervención con los resultados esperados (planeados en función de la teoría) y retroalimentar el plan de atención.

3.4 Ejecución

Para la ejecución de las intervenciones, se requirió de la experiencia y conocimiento de la enfermera. También fue necesario la consulta de fuentes secundarias como: artículos impresos y electrónicos, libros y revistas, ya que en su mayoría, las intervenciones fueron de carácter educativo e informativo.

3.5 Evaluación

Esta se hizo en función del objetivo y de los criterios de resultado; estos rubros dieron la pauta para evaluar el plan de atención inicial y retroalimentarlo. Siendo el proceso de atención de enfermería una opción para la titulación, también se procedió a la búsqueda, lectura y análisis de documentos que permitiera dar un sustento teórico.

IV. INSTRUMENTACIÓN DEL PROCESO

4.1 Valoración

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: XBT Edad: 2.años 6 meses Peso: 10,700 Kg. Talla: 86cm. Fecha de Nacimiento: 24-12-2006 Sexo: Femenino. Ocupación: Ninguna. Escolaridad: Fuente de Información: Directa, de la mama y medico pediatra

Valoración de necesidades humanas

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN: frecuentemente los pulmones se congestionan debido a la hipersecreción de los bronquios.

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN: Alimentación desequilibrada, refiere dieta rica en carbohidratos, consume en muy poca cantidad las frutas y las verduras, de las carnes la que mas consume son las carnes rojas y no acostumbra la carne de pescado el consumo de agua es de 2 vasos al día. A la mama le da comida chatarra entre comidas. A la exploración encuentro mucosas orales húmedas

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN: eliminación urinaria de 3 a 4al día 1-2 evacuaciones con presencia de grasa secundaria por la insuficiencia de producir encimas pancreáticas.

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN: presenta diaforesis debido ala alteración de sus glándulas sudoríparas que hacen que se deshidrate.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA APOSTURA: se mantiene de pie por segundos por miedo a caerse por la debilidad muscular a la desnutrición.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO: irritabilidad con el signo universal de desnutrición concilia poco el sueño 6- 8 horas.

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS: Utiliza ropa de acuerdo a el clima.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL: Se baño hasta 2 veces al día debido a la acumulación de sudor en exceso a si como la utilización de crema para hidratar la piel.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS: la mama siempre esta al pendiente para evitar accidentes presenta miedo de mantenerse de pie.

NECESIDAD DE COMUNICARSE: se comunica a sellas ya que su desnutrición le ocasiono daño cerebral y retraso psicomotor.

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES: Es tolerante de las creencias que le inculcaron.

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE: no trabaja

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS: hace manualidades de acuerdo ala enseñanza de la madre.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE: aprende poco por que hay un consentimiento exagerado de la madre.

4.2 Diagnósticos de Enfermería

Después de haber realizado la valoración y analizado los datos se concluye que la Sra. Elizabeth mama de Ximena. Presenta dependencia parcial, debido a que presenta dificultades para satisfacer las siguientes necesidades: (en el cuadro pon la necesidad afectada, el problema que la afecta y el diagnóstico de enfermería) necesidad problema diagnóstico de enfermería.

Necesidad	Problema	Diagnóstico de enfermería
Oxigenación	Riesgo potencial	Riesgo potencial de patrón respiratorio ineficaz, relacionado con la acumulación de secreciones y el deterioro de muscular pulmonar. Secreciones en el tracto respiratorio.
Nutrición e hidratación	Desequilibrio nutricional por defecto.	Desequilibrio nutricional por defecto relacionado fibrosis quística manifestada por peso corporal inferior del ideal manifestado por desnutrición con un peso de 10.700 kg. Y una talla de 86 cm.
Eliminación	Diarrea	Diarrea relacionada con fibrosis quística manifestado por evacuaciones semilíquidas recurrentes dolor abdominal y aumento en el peristaltismo.
Moverse y mantener una buena postura	Deterioro de la movilidad física	Deterioro de la movilidad física relacionado con disminución de la fuerza musculo esquelética manifestado por inestabilidad postural durante la ejecución de las actividades habituales de la vida cotidiana.

Necesidad	Problema	Diagnóstico de enfermería
Descanso y sueño	Deterioro del patrón del sueño	Deterioro del patrón del sueño relacionado con despertarse dos o más veces por la noche manifestado por insomnio.
Evitar peligros	Riesgo de caídas	Riesgo de caídas relacionado con debilidad muscular y alteración del equilibrio.
Comunicación	Deterioro de la comunicación	Deterioro de la comunicación verbal relacionado a falta de información manifestado por pronunciación poco clara.
Vivir según sus creencias y valores	Manejo inefectivo del régimen terapéutico.	Manejo inefectivo del régimen terapéutico relacionado con patrones familiares en el cuidado de la salud manifestado por verbalización de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el tratamiento en los hábitos diarios.

Objetivo: Eliminará la acumulación de secreciones oro faríngeas.

Diagnóstico de enfermería	Intervención ID = independiente D = dependiente ITD = interdependiente.	Fundamentación	Criterio de Evaluación	Evaluación
Riesgo potencial del patrón respiratorio ineficaz relacionado con acumulación de secreciones.	<p>ID: Posicionar al paciente para permitir la máxima expansión torácica.</p> <p>ID: Facilitar u ofrecer cambios posturales frecuentes.</p> <p>ID: Orientar sobre a adecuada ingesta de líquidos.</p> <p>ID: Aplicación de micro nebulizaciones simples</p>	<p>La posición semifowler alta permite mayor expansión torácica.</p> <p>Los cambios frecuentes de posición facilita el drenaje de las secreciones pulmonares.</p> <p>La hidratación adecuada mantiene la humedad de las mucosas respiratorias.</p> <p>Los humidificadores son aparatos que añaden vapor de agua al aire</p>	<p>Observar cambios de la frecuencia respiratoria y la profundidad de las respiraciones.</p> <p>Observar aparición de polipnea, aleteo nasal, utilización de músculos para respirar.</p> <p>Aspirar secreciones siempre que sea necesario.</p> <p>Colocar al paciente en posición semi fowler. Ayudar a</p>	<p>Ximena tose y respira profundamente con determinación cada 1-2 horas durante el día.</p> <p>Bebe aproximadamente 1000ml de líquido al día.</p> <p>La tos sigue produciendo esputo moderadamente espeso del color del oxido.</p>

		<p>inspirado la humedad facilita la salida de secreciones pulmonares.</p>	<p>ximena expectorar proporcionándole nebulizaciones adecuadas</p> <p>Estimular la tos.</p> <p>Valorar densidad de secreciones y la capacidad del paciente para expulsarlas.</p>	
--	--	---	--	--

Objetivo: Dar a conocer a la mama de Ximena diversos grupos de alimentos ricos en hierro y proteínas que le permitan ser incluidos en su alimentación, utilizando folletos y manuales.

Diagnóstico de enfermería	Intervención ID = independiente D = dependiente ITD = interdependiente.	fundamentación	Criterio de Evaluación	Evaluación
Desequilibrio nutricional por defecto relacionado fibrosis quística manifestado por peso corporal inferior del ideal manifestado por desnutrición con un peso de 10.700 kg. y una talla de 86 cm.	<p>ID: Orientar al familiar sobre los factores de riesgo que contribuye a la nutrición inadecuada y a la pérdida de peso.</p> <p>ITD: Proporcionar información sobre el contenido de una dieta hiperproteica.</p> <p>ID: informar sobre la manera de minimizar los factores que contribuyen a la mal nutrición y explique la finalidad de la dieta.</p>	<p>Las dietas especiales se prescriben para satisfacer las necesidades de los procesos patológicos o causa de las alteraciones metabólicas.</p> <p>Algunos pacientes deben seguir determinadas dietas durante toda su vida el pte no solamente debe entender la dieta si no también una actitud sana y positiva así la misma</p>	<p>Orientar a la mamá de Ximena sobre una dieta equilibrada hiperproteica.</p> <p>Informar porque necesita alimentos ricos en proteínas.</p> <p>Dar a conocer que tendrá que restringir ciertos alimentos dentro de su dieta:</p>	<p>Se dio la recomendación en forma clara y sencilla sobre la dieta, que debe llevar Ximena para mantenerse estable, en el lapso de un mes sólo ha subido 10.700 kilos pesa 11.100 kg.</p>

				<p>Orientar sobre la importancia de que debe de comer en mayor frecuencia y menor cantidad. Realiza actividades de acuerdo a su condición física para evitar fatiga y cansancio.</p>	
--	--	--	--	--	--

Objetivo: evitar comidas en la calle.

Diagnóstico de enfermería	Intervención	fundamentación	Criterio de Evaluación	Evaluación
<p>Diarrea relacionada con fibrosis quística manifestado por evacuaciones semilíquidas recurrentes dolor abdominal y aumento en el peristaltismo.</p>	<p>ID = independiente D = dependiente ITD = interdependiente.</p> <p>ID: vigilar el estado de hidratación. -observe la turgencia de la piel</p> <p>ID: controlar la piel de la región peri anal por si aparece irritación o ulceración.</p> <p>Iniciar hidratación con suero oral</p>	<p>La deshidratación se produce cuando el organismo pierde agua sin que haya una pérdida significativa de electrolitos.</p> <p>Las enzimas digestivas de las heces contribuyen a la escoriación de la piel cualquier acumulación de secreciones o escoriaciones puede irritar la piel albergar microorganismos y predisponer a la persona a lesiones cutáneas y a la infección.</p>	<p>Enseñar signos de alarma de una deshidratación</p> <p>Orientar sobre el manejo de la diarrea administrando medicamentos y asesoramiento en la dieta prescrita para evitar una deshidratación.</p>	<p>Con el manejo de los alimentos bien lavados y cosidos adecuadamente en su casa y trata de mantener una dieta equilibrada para disminuir la frecuencia de evacuaciones esporádicas semilíquidas y en ocasiones con grasa, mejorando su estado físico.</p>

Objetivo: Lograr disminuir el agotamiento y fatiga a través del descanso y técnicas de relajación durante tres semanas.

Diagnóstico de enfermería	Intervención	Fundamentación	Criterio de Evaluación	Evaluación
Deterioro de la movilidad física relacionado al retraso del desarrollo manifestado por inestabilidad postural durante la ejecución de las actividades habituales de la vida diaria	ID = independiente D = dependiente ITD = interdependiente. ITD=Se ejecutaran programas de ejercicio apropiados en brazos y piernas.	Los ejercicios isotónicos evitan contracturas y atrofia muscular.los ejercicios isométricos mantienen el tono muscular, los ejercicios pasivos mantienen la movilidad articular.	Caminar tramos cortos e ir aumentando gradualmente según su condición física. Tomar descansos en tramos largos para evitar fatiga y disnea. Tomar un baño de agua tibia para relajarse y facilitar el movimiento.	Hasta la fecha no han aparecido lesiones cutáneas ni otras complicaciones de inmovilidad. Se observa mas segura al momento de caminar.
	ID=Orientar a la madre para el auto cuidado. ID=Informar a la madre la manera de intercalar periodos de actividad con periodos de descanso	Las actividades de auto cuidado implican movimientos activos y pasivos de las articulaciones y músculos corporales. Los periodos de actividad mas cortos realizados mas lentamente y con		

	haciéndolo diariamente para mejorar el equilibrio y control del cuerpo.	períodos de descanso mas frecuentes favorecen un rendimiento optimo y la consecución de niveles.	
--	--	--	--

Objetivo: Lograr que Ximena duerma de 10 a 12 horas al día.

Diagnóstico de enfermería	Intervención ID = independiente D = dependiente ITD = interdependiente.	Fundamentación	Criterio de Evaluación	Evaluación
Deterioro del patrón del sueño relacionado con despertarse dos o más veces por la noche manifestado por insomnio.	<p>ID=Determinara las posibles causas que contribuyan a la alteración del sueño.</p> <p>Se orientara sobre las técnicas que favorezcan el sueño y los cambios en el estilo de vida que contribuya a un periodo de sueño óptimo.</p>	<p>Una valoración precisa permite a la enfermera determinar la naturaleza exacta de la alteración, la identificación de estas causas ayudan a la enfermera y al cliente a planear intervenciones apropiadas para favorecer el sueño.</p> <p>La participación en la planificación de cuidados potencia la comprensión de las personas de apoyo de los planes específicos y favorece su recuperación.</p>	<p>Evitar tomar café por la noche.</p> <p>Escuchar música suave de su agrado.</p> <p>Sugerir tomar baño de agua tibia antes de acostarse.</p> <p>Evitar que duerma mucho tiempo por las tarde.</p>	<p>La situación a mejorado notablemente, ya no esta tan irritable por la noches, aunque toda vía en ocasiones despierta por la tos.</p>

	<p>ITD= Se Proporcionara las medidas de confort deseadas por el cliente.</p> <p>ID=Se informara a la madre sobre proporcionar un ambiente tranquilo y silencioso durante los periodos del sueño.</p>	<p>Las medidas de relajación ayudan a conciliar el sueño.</p> <p>Un ambiente tranquilo y silencioso favorece un sueño reposado.</p>		
--	--	---	--	--

Objetivo: Mantener la piel hidratada y lubricada para evitar lesiones dérmicas todos los días.

Diagnóstico de enfermería	Intervención	Fundamentación	Criterio de Evaluación	Evaluación
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con la desnutrición.	<p>ID = independiente D = dependiente ITD = interdependiente.</p> <p>ID=Informara a la madre sobre los factores de riesgo de deterioro de la integridad cutánea.</p> <p>ID=Se mantendrá la piel limpia y seca lubricando la piel excesivamente seca ITD=se orientara sobre la ingesta adecuada de nutrientes y líquidos para que evite lo alimentos que causen alteraciones digestivas.</p>	<p>La presencia de factores de riesgo aumenta el riesgo daño cutáneo.</p> <p>La piel extremadamente seca disminuye la tolerancia tisular y hace la piel más vulnerable a lesiones. Una manera de prevenir la piel es manteniéndola lubricada continuamente.</p> <p>Si la dieta es insuficiente en calorías, proteínas y líquidos, la tolerancia tisular disminuye y los tejidos se hacen vulnerables a presiones menores.</p>	<p>Enseñar medidas preventivas a respecto a lesiones.</p> <p>Deberá pesarse diariamente y anotar para vigilar la evolución.</p> <p>Se informara sobre los signos y síntomas de deshidratación para prevenir complicaciones en lo posible.</p>	<p>Acepta las sugerencias y las lleva a cabo, especialmente la hidratación de la piel, afortunadamente no hay ninguna lesión dérmica.</p>

	<p>ID=Comparar el peso actual con el peso ideal y observar signos de deshidratación, valorando el peso diariamente si es posible.</p>	<p>La desnutrición se convierte en un factor de riesgo potente para el deterioro de la integridad cutánea.</p>	<p>Se sugerirá al medico interconsulta con nutrición para valoración y vigilancia de peso y talla.</p>	
	<p>ITD=Se sugerirá la valoración del servicio de nutrición.</p>	<p>Algunos clientes pueden necesitar suplementos alimenticios.</p>		

Objetivo: disminuir el riesgo de caída o tropezones.

Diagnóstico de enfermería	Intervención	Fundamentación	Criterio de Evaluación	Evaluación
Riesgo de caídas relacionado con debilidad muscular y alteración del equilibrio.	<p>ID = independiente D = dependiente ITD = interdependiente.</p> <p>ID=Informar a la madre sobre los factores de riesgo de lesión por caída.</p> <p>ID=se modificara el entorno del cliente.</p> <p>ID=Enseñara a la madre las medidas de seguridad</p>	<p>La orientación sobre la prevención de caídas debe garantizar la continuidad de los cuidados y la seguridad del cliente.</p> <p>Las modificaciones del entorno alertan al cliente a tomar medidas de seguridad, proporcionan seguridad o límites para la de ambulación, le permiten cierta independencia.</p> <p>La enseñanzas del cliente sobre las precauciones necesarias asegura su colaboración y las de las</p>	<p>Mantener una buena iluminación y aumentar la luz en áreas de riesgo. Reparar mobiliario y utensilios inestables.</p> <p>Procurar salir siempre acompañado de un familiar.</p> <p>Recomendar sujetarse al subir o bajar escaleras. Utilizar zapato de piso con suela antiderrapante.</p>	<p>Acepta todas las sugerencias y recomendaciones que se dieron como: fomentar el ejercicio y la actividad, según la tolerancia, para mantener la fuerza muscular, la flexibilidad articular y el equilibrio</p>

		personas allegadas en la prevención de accidentes	Evitar objetos en el suelo.	
--	--	---	-----------------------------	--

Objetivo: Lograr que Ximena, socialice con los otros miembros de su entorno con mayor frecuencia y pida las cosas por su nombre.

Diagnóstico de enfermería	Intervención ID = independiente D = dependiente ITD = interdependiente.	Fundamentación	Criterio de Evaluación	Evaluación
Deterioro de la comunicación verbal relacionado a falta de información manifestado pronunciación poco clara.	ID=Orientara a la madre sobre la manera de enseñarle el lenguaje en forma repetitiva para que lo imite y lo aprenda. ID=se utilizara objetos, alimentos y nombres de personas de su entorno.	La comunicación verbal es eficaz cuando se cumplen los criterios de sencillez, claridad en el momento exacto, importancia adaptabilidad y credibilidad. Para ayudar a los clientes con problemas de comunicación la enfermera manipula el entorno proporcionando apoyo emplea medidas que potencian la comunicación y educa al cliente y a las personas de apoyo.	Se enseñara ala madre la manera en que la niña mejorara su lenguaje deberá ser clara y paciente y llamara a cada por su nombre a todo sin utilizar diminutivos. Deberá repetir el nombre de objetos, animales o personas constantemente, para que sea imitado por la niña y lo repita esto contribuye al	Se logro que Ximena acuda a terapias de lenguaje y ya articula palabras de dos a tres silabas y socializa mejor.

	<p>ITD=Se sugerirá llevar la a terapias de lenguaje</p>	<p>Las técnicas aplicadas por los profesionales son eficaces siempre y cuando se tenga el apoyo de la familia del cliente.</p>	<p>aprendizaje. Se sugerirá el medico a su cargo una interconsulta para terapia de lenguaje concientizando a los padres de la importancia de acudir a las terapias.</p>	
--	---	--	---	--

Objetivo: Lograr que la mamá de Ximena se concientice sobre lo que es mejor para su hija y evitar complicaciones.

Diagnóstico de enfermería	Intervención ID = independiente D = dependiente ITD = interdependiente.	fundamentación	Criterio de Evaluación	Evaluación
Manejo inefectivo del régimen terapéutico relacionado con patrones familiares en el cuidado de la salud manifestado por verbalización de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en los hábitos diarios.	ID= Elaborara un lista de alimentos permitidos y la forma adecuada de preparación e higiene de los mismos. ITD= Se orientara sobre el proceso de la enfermedad y el régimen terapéutico. ID==informara sobre la importancia de modificar los hábitos dietéticos.	La educación adecuada de los alimentos permitidos y su preparación permite una evolución satisfactoria de la enfermedad y evita complicaciones. Si conoce los efectos negativos y positivos de la enfermedad, se concientiza al cliente de que debe seguir las indicaciones y cuidados específicos de su enfermedad. Es necesario crear responsabilidad de los familiares y del cliente sobre el régimen dietético para evitar eventos que	Se orientara ala madre sobre un elaborándose un dieta en coordinación con el servicio de nutrición. Se sugerirá elaborar sus propios alimentos en casa no consumir en la calle. Se enseñara el proceso de la enfermedad y la manera de prevenir	se elabora una lista de los alimentos recomendados para la niña la madre verbaliza la manera de prepararlos y esta consciente de que es importante para mejor evolución de su niña el no consumir alimentos de la calle y la desinfección adecuada de los mismos de muestra un aprendizaje significativo pues verbaliza los datos de alarma de la enfermedad y sabe que medidas tomar para evitar una complicación

	<p>Principalmente a la madre pues quien debe estar al tanto de su hija.</p> <p>ID=Informara la importancia de la prevención de accidentes que ponen a la niña en riesgo de lesión.</p> <p>ID= Se orientara sobre los signos y síntomas de alarma que puede presentar como complicación de su enfermedad.</p>	<p>pongan en riesgo su estabilidad.</p> <p>En una persona con alto riesgo de lesión se deberán llevar acabo las medidas de seguridad para prevenir lesión.es por esto que el familiar a cargo del niño deberá orientarse de forma significativa.</p> <p>Es necesario informar sobre los signos y síntomas de alarma, de esta manera el familiar actuara de manera rápida y oportuna y no pondrá en riesgo la vida del niño.</p>	<p>complicaciones.</p> <p>Se informara que si es necesario tendrá que cambiar los hábitos alimenticios e informar a todos los familiares que se queden a cargo de la niña en algún momento.</p> <p>Se enseñara a la madre las medidas de prevención para evitar riesgo de lesión o de caídas ya que por el estado de desnutrición la piel es más sensible.</p> <p>Se informara los signos y síntomas de deshidratación.</p>	<p>asegura acudirá al medico inmediatamente por razón necesaria, Mantendrá un entorno seguro previniendo riesgos que le puedan causar lesión o caídas.</p>
--	--	---	---	--

V. CONCLUSIONES

El Proceso Atención de Enfermería basado en el modelo teórico de Virginia Henderson permite al profesional de Enfermería proporcionar cuidados a la persona enferma como a la persona sana, jerarquizando las necesidades de cada uno de ellos en sus diferentes ámbitos mediante una serie de pasos. Proporcionando una atención más temprana y correcta, disminuyendo así el riesgo de posibles complicaciones y una mejor recuperación en forma integral, cabe mencionar que el Proceso Atención de Enfermería es flexible, esta sujeto a variaciones y se adapta a los problemas a los cuales pretende dar respuesta.

El Proceso Atención de Enfermería respalda nuestros cuidados y nos permite evaluar el logro de nuestros objetivos con el propósito de mejorar día con día. Es por ello que se ha utilizado este conocimiento para ayudar a Ximena, porque a través de este método se han podido detectar sus necesidades, las cuales se enfocan principalmente a un problema de afrontamiento individual con respecto a su padecimiento, proporcionando una información amplia y sencilla, brindando la ayuda necesaria al conocimiento de su padecimiento, a la realización de actividades de acuerdo a su capacidad física, al ejercicio, la importancia del consumo de sus medicamentos, consumir una dieta.

Equilibrada, balanceada, y a la prevención de accidentes. Cabe mencionar que este Proceso me ha dejado una experiencia única, puesto que es difícil abordar a una persona con problemas de salud pero la motivación optimista de en relación a su padecimiento a permitido evaluar la transformación y aprendizaje en una forma bastante favorable.

Para concluir debo mencionar que me fue difícil plasmar por escrito todo este análisis, de ahí la importancia que tiene la realización este tipo de trabajos en forma más continua.

VI. BIBLIOGRAFIA

ALFARO-Lefevre Rosalinda aplicación del proceso enfermero 5ª edición Elsevier Masson 2003.

ALMEIDA de Jara Elsa, Castro de Yezpez Rosa et al manual de la enfermería edición MMV España.

CARPENITO Lynda Juall. Diagnóstico de Enfermería. 5ª ed. Editorial Interamericana. España 1995.

FERNÁNDEZ Ferrín Carmen. El Proceso Atención de Enfermería Estudio de Casos. Ediciones Científicas y Técnicas, Barcelona, España 1993.

HERNÁNDEZ Conesa Juana. Historia de la Enfermería un Análisis Histórico de los Cuidados de Enfermería. Editorial Interamericana McGRAW – HILL. Madrid, España. 1995.

HERRERA G Oscar, FIELBAUM Oscar, Enfermedades respiratorias infantiles 2da edición, editorial mediterráneo Ltda Santiago de Chile 2002

JOHNSON Marion. etc. al. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC 2º ed. Editorial Elsevier Mosby, España 2007.

KOZIER Barbara, G. ERB, K. BLAIS, J.M. WILKINSON. Fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y práctica 5ª edición y 7ª edición Mc Graw Hill

MARRINER, Tomey A. Raile Alligood m. Modelos y Teorías en Enfermería . 6a edición ELSEVIER. España 2007

NANDA internacional. Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación. Editorial Elsevier. España 2005-2006.

PACHECO Arce Ana Laura. Antología Sociedad, Salud y Enfermería. Ediciones UNAM-ENEO. México 2006.

Otras fuentes:

labomed.d/caidas.htm.

[www.binasss.sa.cr/población/adulto mayor.htm](http://www.binasss.sa.cr/población/adulto_mayor.htm).accidentes

Bsv.sld.cu/revistas/spu/vol28_3.../spu08302.htm

<http://www.google.com.mx/search?hl=es&q=virginia+henderson&meta>