



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
APLICADO A UNA MUJER CON UN EMBARAZO DE 24.4 SDG
CON ALTERACION DE LA NECESIDAD DE ELIMINACION

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A.
LORENA DIAZ LIRA
No. CUENTA: 4 0 6 1 1 4 1 3 2

ASESORA: PROFESORA ANGELINA RIVERA MONTIEL





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

1 Objetivo	1
1.1. General	1
1.1.2 Específicos	1
II. Marco de Referencia	2
2.1 Proceso Atención de Enfermería	2
2.1.1 Concepto	2
2.1.2 Características	2
2.1.3 Perspectiva histórica del Proceso de Atención de Enfermería	3
2.1.4 Valoración	4
2.1.5 Diagnóstico de Enfermería	10
2.1.6 Planeación	19
2.1.7 Ejecución	21
2.1.8 Evaluación	22
2.2 Necesidades Fundamentales de Virginia Henderson	23
2.2.1 Antecedentes Históricos de Virginia Henderson	23
2.2.2 Principales conceptos y definiciones	25
2.3 Infección de Vías Urinarias	29
2.3.1 Clasificación	30
2.3.2 Formas de Infección	30
III. Metodología	33
3.1 Valoración	34
3.2 Diagnóstico de Enfermería	34
3.3 Planeación	34
3.4 Ejecución	35
3.5 Revaluación	35
IV. Aplicación del Proceso	36
4.1 Valoración	36
4.2 Diagnóstico de Enfermería	39
Conclusiones	44
Bibliografía	45

INTRODUCCIÓN

En el pasado los cuidados de Enfermería se basaban en las órdenes de los médicos, y estaban enfocados hacia enfermedades específicas y no a la persona. Con frecuencia, se aplicaban cuidados guiados por la intuición y no por un método científico.

Actualmente las enfermeras contamos con un método propio gracias a las investigaciones de grandes filósofas y teóricas, lo cual nos ha permitido definir nuestro campo en el ejercicio profesional, garantizando la calidad de los cuidados de Enfermería de forma integral e individual, a través de la reafirmación de conocimientos adquiridos durante la formación académica.

El presente trabajo es un Proceso de Atención de Enfermería, basado en el modelo de Virginia Henderson, aplicado a una persona con un embarazo de 24.4 sdg con alteración de la eliminación. y que a través de este método se ha podido detectar sus necesidades y priorizarlas, llevando a cabo todas las etapas que requiere la aplicación de este modelo.

También se menciona los tiempos, el material y equipo requerido para esta investigación.

Este trabajo ha sido llevado bajo las más estrictas reglas de ética profesional por lo que fue utilizado el nombre de María para mantener oculta la identidad real de la persona.

Para finalizar deseo destacar, que la aplicación y la elaboración de este material me ha dado un aprendizaje que se vera reflejado en mi ejercicio profesional, elevando con ello la calidad de los cuidados de enfermería.

I.-OBJETIVO

1.1 General

Integrar y aplicar los conocimientos adquiridos durante la formación académica en la aplicación del Proceso Atención de Enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson, contribuyendo en la detección y satisfacción de la necesidad de eliminación manifestada por disuria y tenesmo de la señora María.

1.2 Específicos

1.2.1. A través de la valoración obtener datos que permitan identificar, la independencia o la dependencia de sus necesidades y los problemas que afectan sus necesidades.

1.2.2. Con base a los problemas identificados establecer los diagnósticos de enfermería pertinentes.

1.2.3. Mediante los diagnósticos de enfermería identificados planear los cuidados de enfermería.

1.2.4. Ejecutar y evaluar los cuidados de enfermería planeados.

II.-MARCO DE REFERENCIA

2.1. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

2.1.1 Concepto

“Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente”¹

Un proceso es una serie de actuaciones o medidas planificadas dirigidas a obtener un resultado u objetivo particular.

El proceso de atención de enfermería, es un método sistemático y racional de planificación y de prestación individualizada de los cuidados de enfermería, es cíclico; es decir, sus elementos integrantes siguen un orden lógico, pero en cualquier momento puede intervenir más de uno de ellos.

Se compone de cinco fases: la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación.

La ciencia de enfermería se basa en un sistema amplio de teorías. El proceso de enfermería, es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas por el que el profesional de enfermería utiliza opciones, conocimientos, habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales para diagnosticar y tratar los problemas reales o potenciales de la salud, y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar.

2.1.2 Características:

- *Es sistemático* por estar conformado por cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados.
- *Es humanista* por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y no se debe fraccionar.
- *Es intencionado* porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades) el desempeño del cliente y la propia enfermera (o).
- *Es dinámico* por estar sometido diversos cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

¹. RODRÍGUEZ Sánchez Bertha Alicia “Proceso Enfermero” 2ª Edición Editorial Cuellar México 2002 pp. 29.

- *Es flexible* porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría o modelo de enfermería.
- *Es interactivo* por requerir de la interrelación humano-humano con el cliente, familia u otros profesionales sanitarios para acordar y lograr objetivos comunes.

Con la aplicación del proceso se delimita el campo de acción específico de la enfermería y con ello se demuestra que la enfermera (o) profesional realiza numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica, ya que “el proceso enfermero complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuesta humana”²

La enfermera (o) al aplicar el proceso podrá experimentar satisfacción al ser valoradas por los integrantes del equipo sanitario dadas sus diversas competencias profesionales; además de favorecer en ellas el desarrollo del pensamiento crítico; es decir un pensamiento analítico “deliberado, cuidadoso y dirigido al logro de un objetivo pues emplea principios y el método científico para emitir juicios basados en evidencias”.³

Por otra parte el proceso compromete al individuo, familia o comunidad para tomar parte activa en las decisiones y cuidados cubriendo las necesidades individuales del cliente familia o comunidad que permitan mantener o recuperar la salud.

2.1.3. Perspectiva histórica del Proceso de Atención de Enfermería

Antes de que se desarrollara el proceso de enfermería, las enfermeras tenían tendencia a prestar la asistencia basándose en las órdenes redactadas por los médicos y se centraban en los procesos patológicos específicos más que el cuidado a la persona que estaba siendo asistida. El cuidado de enfermería que se prestaba con independencia del médico se guiaba frecuentemente por la intuición y la experiencia más que por un método científico.

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

El proceso enfermero ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles para la naturaleza evolutiva de la profesión. Tiene sus orígenes

² ALFARO L. Rosalinda. “Aplicación Práctica del Proceso de Atención de Enfermería”. 5ª Edición, Editorial Interamericana. México 2003 pp.33

³ RODRÍGUEZ Sánchez Bertha Alicia Opcit pp.31

cuando por primera vez fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Weidenbach (1963), quienes consideraron un proceso de tres etapas: valoración, planeación y ejecución. En 1967 Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planeación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los años 70, Bach (1974), Roy, Mundiger y Jauron (1975) y Aspinall (1976), añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de 5 fases: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

Para la Asociación Americana de Enfermería, el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión; su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas favoreciendo el desarrollo de la enfermera como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad.

Así en muchos países, la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería es un requisito para el ejercicio de la Enfermería Profesional, cada día adquiere mayor relevancia en la formación de enfermeras (os) y su aplicación durante la práctica; sin embargo todavía en el ámbito de enfermería falta mucho camino por recorrer en este terreno, el cual resulta desconocido para muchas compañeras (os) aun en nuestros días.

2.1.4. Valoración

La valoración es la primera fase del proceso de enfermería e incluye la recolección, organización, validación y registro de datos. Es un proceso continuo que se realiza durante todas las fases del proceso de enfermería.

La valoración como proceso continuo proporciona información valiosa del cliente, permitiéndonos emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de problemas reales y de riesgo y los recursos (capacidades) existentes para conservar y recuperar la salud.

Se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recolección de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud del cliente, familia y comunidad.

Esta etapa tiene como objetivo, crear una base de datos sobre la respuesta de un cliente ante la salud o la enfermedad, con el fin de conocer los cuidados de enfermería que necesita el cliente. Las respuestas del cliente comprenden aspectos sobre la vida diaria, la salud, aspectos biofísicos, emocionales, socioeconómicos, culturales y espirituales.

Tipos de valoración:

- a) Valoración inicial: Es la que se realiza al ingreso del cliente, la cual establece una base de datos completa, para identificar el problema, las referencias y futuras comparaciones.

- b)** Valoración focalizada: Proceso progresivo integrado durante los cuidados enfermeros, que determina el estado de un problema específico identificado en la valoración anterior.
- c)** Valoración urgente: Esta se realiza durante cualquier crisis fisiológica del cliente, con el propósito de identificar problemas que amenazan la vida.
- d)** Valoración de un tiempo: Esta se lleva a cabo varios meses después del estudio inicial, con el propósito de comparar la evolución del cliente con los datos basales obtenidos anteriormente.

Fuentes de información:

- a)** Fuente primaria: La principal fuente de información es el cliente, siempre y cuando no se encuentre demasiado enfermo, ni demasiado joven ó tenga confusión mental, para poderse comunicar con claridad.
- b)** Fuente secundaria: Las fuentes secundarias aportan datos que complementan y dan valor a los datos obtenidos por el cliente. Entre ellas se consideran, la familia y/o personas de apoyo, otros profesionales de la salud, los registros e informes, datos de laboratorio y diagnóstico (expediente clínico), y publicaciones pertinentes.

Tipo de datos:

- a)** Datos subjetivos: Conocidos como síntomas ó datos “no visibles”, son solo evidentes para la persona afectada y únicamente pueden describirlo ó verificarlo esa persona.
- b)** Datos objetivos: También llamados signos ó datos manifiestos, son detectados por el observador o pueden compararse con alguna norma aceptada. Se pueden ver, oír, sentir u oler y son obtenidos mediante la observación ó exploración física.
- c)** Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).
- d)** Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos de valoración: Los principales métodos para la valoración del cliente son la observación, la entrevista, y la exploración física. La enfermera utiliza simultáneamente los tres métodos para valorar a los clientes.

- a) La observación: Es una capacidad consciente y deliberada que se desarrolla solamente con un esfuerzo y un método organizado para reunir datos utilizando los cinco sentidos. La observación tiene dos aspectos, reconocer los estímulos y seleccionar, organizar e interpretar los datos, es decir; percibirlos.
- b) La entrevista: Es una comunicación programada ó una conversación que se realiza con el propósito, de dar información, identificar problemas o preocupaciones mutuas, para evaluar un cambio, enseñar, dar apoyo, o proporcionar asesoramiento o tratamiento. Hay dos sistemas de entrevistas:
- c) La entrevista dirigida: Es muy estructurada y proporciona información específica, la enfermera establece la finalidad de la entrevista y dirige la misma haciendo preguntas cerradas. El cliente responde a las preguntas con poca posibilidad de hacer preguntas o de comentar sus inquietudes.
- d) Entrevista no dirigida: La enfermera incita la conversación haciendo preguntas abiertas y permite que el cliente dirija los objetivos, los temas y el ritmo de charla, para crear una relación de compenetración, que es el entendimiento entre dos o más personas.
- e) Exploración física: La exploración física es un método sistemático de recolección de datos que utiliza las capacidades de la observación llevando a cabo el método cefalocaudal para descubrir problemas de salud.

Para llevar a cabo la exploración se utilizan los métodos de inspección, auscultación, palpación y percusión.

- a) Inspección: “La inspección consiste en la valoración utilizando los sentidos de la vista, olfato y oído” .Es un proceso activo en donde la enfermera debe saber que va a inspeccionar y el orden ha seguir, con la inspección se puede valorar la forma del cuerpo, expresiones faciales, características de la piel, movimientos realizados, olor, ruidos que emite el cliente etc.
- b) Palpación: “La palpación es el examen del cuerpo utilizando el sentido del tacto”. Es decir con la yema de los dedos ya que por su inervación las hace sensibles para determinar: textura, temperatura, posición y tamaño de los órganos, pulsos periféricos etc.

- c) Percusión: “La percusión es un método de la valoración en el que la superficie del cuerpo es golpeada para producir sonidos o vibraciones”. Se emplea para estimar el tamaño y forma de órganos, la presencia de líquido, aire o algún sólido. Puede ser directa al golpear el área que va a percutir con la yema de los dedos o indirecta cuando se coloca contra la piel el dedo medio de la mano dominante y se procede a golpear con la punta del dedo de la otra mano.
- d) Auscultación: “La auscultación es el proceso de escuchar los sonidos producidos por el cuerpo”.⁴ Sirve para valorar el funcionamiento de diversos órganos, es directa cuando únicamente se emplea el sentido de la audición e indirecta empleando un estetoscopio.

Son imprescindibles del examen físico la medición de las constantes vitales (temperatura corporal, pulso/frecuencia cardíaca, respiración y tensión arterial) deben ser valoradas en conjunto ya que reflejan el funcionamiento general del organismo, permitiendo detectar problemas reales y de riesgo. La valoración de estas constantes vitales debe considerarse desde el estado de salud previo y actual del cliente considerando los estándares aceptados como normales. Esta actividad de enfermería tiene que realizarse al ingreso del cliente, cuando este presente a cambios en el estado de salud, antes de realizar cualquier acción de enfermería, por consiguiente jamás debe considerarse como rutina.

El examen físico concluye con la somatometría (estatura, peso, perímetros y segmentos corporales) estos permiten valorar en forma general del cliente, al identificar el crecimiento normal o anormal de las estructuras corporales al mismo tiempo que sirven para calcular la dosis de medicamentos indicados por el médico.

Instrumento de registro: Los registros del cliente comprenden los datos documentados por varios profesionales de la salud, también contienen informes relativos a la ocupación de éste, su religión y estado civil.

- a) Los informes médicos, historia clínica, exploración física notas de evolución y consultas, dan pauta sobre la salud, enfermedades anteriores y actuales del cliente, suministra información sobre los comportamientos que adopta el cliente, sus hábitos de salud, enfermedades y alergias previas.

⁴RODRÍGUEZ Sánchez Bertha Alicia Opcit pp.44

- b) Los informes sobre el tratamiento de otros profesionales sanitarios, tales como asistentes sociales, especialistas en nutrición dietistas, psicoterapeutas ayudan a obtener datos no expresados por el cliente, por ejemplo informe sobre condiciones de vida.
- c) Los datos de laboratorio aportan información sanitaria de interés, a menudo se solicitan formando parte de la exploración inicial del médico, para ayudar al diagnóstico o vigilar un tratamiento médico. Las enfermeras podemos utilizar la misma prueba de laboratorio para vigilar la respuesta del cliente a las actuaciones de enfermería.
- d) Los informes verbales de otros profesionales sanitarios sirven de posibles fuentes adicionales para informarse sobre la salud de un cliente. Compartir la información entre profesionales es especialmente importante para asegurar la continuidad de la asistencia cuando se traslada a los clientes a su casa o se envía desde ella a otros centros de asistencia sanitaria.
- e) La revisión de la literatura, sobre enfermería y publicaciones relacionadas, como revista profesionales y texto de consulta aportan otros informes para la base de datos, entre algunas normas útiles para comparar hallazgos (tablas de estatura, peso etc.), hábitos sanitarios culturales y sociales, creencias espirituales, datos adicionales para la valoración, actuación de enfermería y criterios de evaluación, información sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico médico.

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.

Los patrones funcionales de salud permiten recolectar información sobre respuestas humanas y fisiopatologías ya que son considerados como Modelos Enfermeros, para valorar y organizar la información.

Para la organización sistemática de datos, la enfermera utiliza un esquema de estudio organizado conocido como: historia de enfermería y valoración de enfermería basada en diferentes teorías y modelos.

Hay muchos modelos y esquemas disponibles para la recogida y registro sistemático de los datos. El esquema se puede modificar de acuerdo con el estado físico del cliente. Entre ellos los siguientes:

Modelos conceptuales de enfermería:

- a) Gordon (1987), elaboró un esquema de patrones funcionales de la salud, emplea la palabra patrón para referirse a la secuencia de comportamientos.
- b) Orem (1991), define ocho requisitos universales del auto cuidado.
- c) Roy (1984), describe los datos que deben ser recogidos de acuerdo a su modelo de adaptación y clasifica el comportamiento observable: necesidades fisiológicas, auto concepto, papel funcional e interdependencia.

✚ Modelos de bienestar: Las enfermeras emplean modelos de bienestar para ayudar a los clientes a reconocer los riesgos para la salud y profundizar los hábitos de vida y en su conducta, hacia la salud en las ideas, valores y actitudes que influyen en el grado de bienestar.

✚ Modelo de sistemas corporales: Es el modelo de exploración por aparatos y sistemas corporales, se centra en la alteración del sistema cutáneo, respiratorio, cardiovascular, nervioso, musculo esquelético, digestivo, genitourinario, y reproductor.

✚ Jerarquía de necesidades Maslow: Reúne datos relativos a las necesidades fisiológicas para sobrevivir, necesidades de seguridad e inocuidad, de amor y pertenencia, autoestima y autorrealización.

Validación de datos: Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos).

La validación consiste en un doble examen o inspección de datos (indicios) para confirmar que son exactos y objetivos.

Los indicios son datos subjetivos u objetivos que pueden ser observados directamente por la enfermera entre lo que el cliente dice y lo que la enfermera puede ver, oír, sentir, oler o medir.

Las deducciones son las conclusiones o interpretaciones de la enfermera sobre los indicios. Para recoger los datos en forma precisa, la enfermera debe tener en cuenta sus propios prejuicios, valores, creencias, y separar los hechos de las deducciones, interpretaciones y suposiciones.

Se habla de conclusión anticipada cuando las suposiciones se aceptan como hechos.

Registro de datos: Es el último paso de la valoración y consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico.

Con respecto al registro de datos, este varía de un centro laboral a otro, pero “el saber cómo y el que anotar, es importante en extremo para el paciente y para protegerse así misma de posibles demandas por mala práctica profesional”.⁵

Recomendaciones en el momento de efectuar anotaciones:

- 1.-Cumplir con las normas del centro laboral en cuanto a registros.
- 2.-Evitar juicios de valor.
- 3.-Escribir textualmente lo que el cliente expresa (entrecorillado).
- 4.-Acompañar las inferencias con las evidencias respectivas.
- 5.-Señalar y escribir la palabra error y anotar a continuación la apreciación correcta.
- 6.-Procurar que la información sea importante y relevante.
- 7.-Realizar anotaciones claras y concisas y completas.
- 8.-Escribir con letra clara y con tinta indeleble.
- 9.-Evitar dejar espacios en blanco.
- 10.-cuidar la ortografía y abreviaturas.
- 11.-Anotar fecha y hora en la que se realiza el registro.
- 12.- Escribir la información que proporcionó el equipo sanitario.
- 13.-Registrar cuando el cliente o su familia rechaza determinado cuidado o medida terapéutica.

2.1.5. Diagnóstico de Enfermería

Es la segunda fase del proceso de enfermería, etapa crucial en el que la enfermera utiliza sus habilidades de pensamiento crítico, para interpretar los datos de valoración e identificar los factores relacionados y los problemas que pueden resolverse mediante las intervenciones de enfermería.

Su objetivo es identificar las respuestas reales o posibles que se considera ocasionan problemas al paciente.

Diagnóstico de enfermería:(NANDA 1990).

“El diagnóstico enfermero es el juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia o comunidad problemas de salud/ procesos vitales reales y potenciales. Proporciona la base para seleccionar las intervenciones enfermeras para conseguir los objetivos de los que es responsable el enfermero o enfermera.”⁶

Antecedentes de la NANDA:

La primera definición de diagnóstico enfermero fue formulada por Abdellah (1957), quien afirmó que consistía en “determinar la naturaleza y la magnitud de problemas de enfermería que afectaban a pacientes individuales o familias que estaban recibiendo cuidados enfermeros”.

⁵ RODRÍGUEZ Sánchez Bertha Alicia Opcit pp.47

⁶ KOZIER.Barbara et'al “Fundamentos de Enfermería” 5ª Edición Vol. I pp.116

Desde la década de los años 70, los profesionales de enfermería identifican la necesidad de estandarizar el lenguaje científico utilizando en relación con el cuidado que brindan.

Los tres lenguajes estandarizados reconocidos por la American Nursing Association (ANA) son:

- 1.-El lenguaje de diagnósticos desarrollados por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).
- 2.-El lenguaje de intervenciones de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).
- 3.-El lenguaje de los resultados de la Clasificación de Resultados de enfermería (NOC).

En 1970 comienza el lenguaje estandarizado con el desarrollo de la Clasificación diagnóstica NANDA.

En 1980 se efectuó su reconocimiento cuando la ANA publicó "Nursing A Social Policy Statemen" donde manifiesta que "La enfermería es diagnóstico y tratamiento de respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales".⁷

En 1982 se acepta la denominación North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Para ese entonces se había desarrollado y aceptado una lista con 50 diagnósticos, luego con el desarrollo de la taxonomía se incluyeron nueve patrones, los cuales son: Intercambio, Comunicación, Relaciones, Valores, Elección, Movimiento, Percepción, Conocimiento, y Sentimientos / Sensaciones. El objetivo de la NANDA es "definir, proporcionar y promover una taxonomía de la terminología diagnóstica enfermera de uso general para las enfermeras profesionales".

La NANDA esta compuesta por enfermeras especialistas clínicas, profesores universitarios, directoras de enfermería, decanas, teóricas e investigadoras.

En 1988 la NANDA y ANA establecieron un acuerdo de la colaboración para proseguir el desarrollo de la taxonomía.

El trabajo de la NANDA se publica cada año realizando un esfuerzo continuo y significativo, para proporcionar un lenguaje útil que permita documentar la contribución de la enfermería, al mantenimiento, recuperación y rehabilitación de personas, familias y comunidad.

Diagnósticos de la NANDA: Definición de ejes.

El concepto diagnóstico: se define como el elemento principal o parte esencial y fundamental, la raíz de la formulación diagnóstica. Describe la "respuesta humana" y es núcleo del diagnóstico.

⁷ Ibid pp. 134

El sujeto diagnóstico: se define como la(s) persona(s) concreta(s) para las que se formula un diagnóstico determinado. Sus valores son:

- 📖 Persona: Ser humano singular, distinto a los demás.
- 📖 Familia: Dos o más personas que mantiene relaciones continuas o sostenidas, que perciben obligaciones recíprocas, otorgan significados comunes y comparten ciertas obligaciones hacia otros; relacionados por consanguinidad o elección.
- 📖 Grupo: Varias personas que comparten características.
- 📖 Comunidad: Grupo de personas que viven en un mismo lugar bajo el mismo gobierno (vecindarios, ciudades etc.)

El juicio es el descriptor o modificador que limita o especifica el significado de un diagnóstico enfermero. Los valores del juicio son:

VALOR	DEFINICION
• Alterado	Agitado, interrumpido, que ha sufrido una interferencia.
• Anticipado	Hecho de antemano, previsto
• Bajo	Por debajo de la norma.
• Comprometido	Lesionado, vulnerable a una amenaza.
• Defensivo	Usado o intentado usar como defensa o protección.
• Deficiente	Inadecuado, insuficiente.
• Desequilibrado	Que ha perdido proporción o equilibrio.
• Desproporcionado	Demasiado grande o pequeño en comparación a la norma.
• Desorganizado	Dispuesto o controlado de manera inadecuada.
• Deteriorado	Debilitado o lesionado.
• Disfuncional	De función anormal.
• Disminuido	Reducido en (numero cantidad o grado).
• Disposición para	En un estado apropiado para una actividad o situación.
• Efectivo	Que produce el efecto pretendido o deseado.
• Excesivo	Mayor de lo necesario o deseable
• Incapacitado	Limitado o discapacitado.
• Inefectivo	Que no produce efecto pretendido o

- | | |
|----------------|---|
| • Interrumpido | deseado. |
| • Mejorado | Que se ha roto la continuidad. |
| • Organizado | Acrecentado la calidad, valor o extensión. |
| • Percibido | Adecuadamente dispuesto controlado. |
| • Retrasado | Observado a través de los sentidos. |
| • Situacional | Tardío, lento, pospuesto. |
| | Relacionado con una circunstancia particular. |

La localización describe las partes o regiones corporales y las funciones relacionadas corporales (tejidos, órganos, regiones o estructuras anatómicas). Los valores de la localización son:

- | | |
|--------------------|----------------------------|
| • Auditivo | • Intracraneal |
| • Cardiopulmonar | • Membranas mucosas |
| • Cerebral | • Neurovascular periférico |
| • Cenestésico | • Olfatorio |
| • Cutáneo | • Oral |
| • Gastrointestinal | • Renal |
| • Gustativo | • Táctil |
| • Intestinal | • Vascular periférico |
| • Intracraneal | • Visual |

La edad se refiere a la edad de la persona sujeto del diagnóstico sus valores son:

- Feto
- Neonato
- Lactante
- Preescolar
- Escolar
- Adolescente
- Adulto joven
- Adulto Maduro
- Anciano

El tiempo describe la duración del concepto diagnóstico sus valores son los siguientes:

- Agudo: Menos de 6 meses
- Crónico :Más de 6 meses

- Intermitente: Cesa y empieza de nuevo a intervalos, periódico, cíclico.
- Continuo: Ininterrumpido sin parar

El estado del diagnóstico: se refiere a la actualidad o potencialidad del problema o categorización del diagnóstico como de salud/promoción a la salud.

Promoción a la salud: Comportamiento motivado por el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial humano en materia de salud.⁸

Etiquetas diagnósticas de la NANDA según las necesidades humanas básicas.

1.- RESPIRACIÓN:

- ☒ Gasto cardíaco, disminución del
- ☒ Intercambio gaseoso, deterioro del
- ☒ Vías aéreas, limpieza ineficaz de las
- ☒ Respiratorio, patrón ineficaz
- ☒ Ventilación espontánea, dificultad para mantener la
- ☒ Destete respiratorio respuesta disfuncional al
- ☒ Asfixia, alto riesgo de
- ☒ Aspiración, alto riesgo de

2.- ALIMENTACIÓN/HIDRATACIÓN

- ☒ Nutrición, alteración de la: por exceso
- ☒ Nutrición, alteración de la: por defecto
- ☒ Nutrición, alteración potencial de la: por exceso
- ☒ Líquidos, exceso del volumen de
- ☒ Líquidos, déficit de volumen de
- ☒ Líquidos, alto riesgo de déficit de volumen de
- ☒ Autocuidado, déficit de: alimentación
- ☒ Deglución, deterioro de la
- ☒ Lactancia materna ineficaz
- ☒ Lactancia materna interrumpida
- ☒ Lactancia materna eficaz
- ☒ Alimentación infantil inefectivo, patrón de

3.- ELIMINACIÓN:

- ☒ Estreñimiento
- ☒ Estreñimiento subjetivo
- ☒ Estreñimiento crónico

⁸ NANDA International “Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación” Edición 2007-2008 pp. 266-271.

- Diarrea
- Fecal, incontinencia
- Urinaria, alteración de la eliminación
- Incontinencia urinaria: de esfuerzo
- Incontinencia urinaria: refleja
- Incontinencia urinaria: de urgencia
- Incontinencia urinaria: funcional
- Incontinencia urinaria: total
- Urinaria, retención
- Autocuidado, déficit de: uso del orinal/wc

4.- MOVILIZACIÓN:

- Desuso, alto riesgo de síndrome de
- Movilidad física, trastorno de la
- Neurovascular periférica, alto riesgo de disfunción
- Actividad, intolerancia a la
- Fatiga
- Actividad, alto riesgo de intolerancia a la

5.- REPOSO/SUEÑO:

- Sueño, alteración del patrón

6.- VESTIRSE Y ELEGIR ROPA ADECUADA:

- Autocuidado, déficit de: vestido/acicalamiento

7.- TEMPERATURA:

- Temperatura corporal: Alto riesgo en la alteración
- Hipotermia
- Hipertermia
- Termorregulación ineficaz

8.- HIGIENE/PIEL

- Perfusión Hística, alteración de la (especificar) renal,
- Cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica
- Hística, deterioro de la integridad
- Membrana mucosa oral, alteración de la
- Cutánea, deterioro de la
- Cutánea, alto riesgo de deterioro de la integridad
- Auto cuidado, déficit de: baño/higiene

9.- SEGURIDAD:

- Infección, alto riesgo de

- ☒ Disreflexia
- ☒ Lesión, alto riesgo de
- ☒ Intoxicación, alto riesgo de
- ☒ Traumatismo, alto riesgo de
- ☒ Protección, alteración de la
- ☒ Familiares, alteración de los procesos
- ☒ Rol de cuidador, sobreesfuerzo en el
- ☒ Rol de cuidador, alto riesgo al sobreesfuerzo en el
- ☒ Afrontamiento defensivo
- ☒ Negación ineficaz
- ☒ Afrontamiento familiar inefectivo: incapacitante
- ☒ Afrontamiento familiar inefectivo: comprometido
- ☒ Régimen terapéutico, manejo inefectivo del (individual)
- ☒ Crecimiento y desarrollo, alteración del
- ☒ Traslado, síndrome de estrés por
- ☒ Dolor
- ☒ Dolor crónico
- ☒ Duelo disfuncional
- ☒ Duelo anticipado
- ☒ Violencia, alto riesgo de: autolesiones, lesiones a otros
- ☒ Automutilación, alto riesgo de
- ☒ Post-traumática, respuesta
- ☒ Violación, síndrome trauma de
- ☒ Violación, síndrome traumático de: reacción compuesta
- ☒ Violación, síndrome traumático de: reacción silente
- ☒ Ansiedad
- ☒ Temor

10.- COMUNICACIÓN:

- ☒ Comunicación verbal, trastorno de la
- ☒ Social, deterioro de la interacción
- ☒ Social, aislamiento
- ☒ Sexual, disfunción
- ☒ Sexualidad, alteración de los patrones de
- ☒ Afrontamiento individual: ineficaz
- ☒ senso-perceptivas, alteraciones (especificar) visuales, Auditivas, cenestésicas, gustativas, táctiles, olfato.

11- RELIGIÓN/CREENCIAS:

- ☒ Espiritual, sufrimiento
- ☒ Tratamiento, no seguimiento del (especificar)

- ☒ Decisiones, conflicto en la toma de (especificar)
- ☒ Desesperanza
- ☒ Impotencia

12- TRABAJAR/REALIZARSE

- ☒ Rol, alteración en el desempeño del
- ☒ Parenteral, alteración
- ☒ Parenteral, alto riesgo de alteración
- ☒ Parenteral, conflicto del rol
- ☒ Adaptación, trastorno de la
- ☒ Salud, conductas generadoras de (especificar)
- ☒ Hogar, dificultades en el mantenimiento del
- ☒ Salud, alteración en el mantenimiento de la
- ☒ Imagen corporal, trastorno de la
- ☒ Autoestima, trastorno de la
- ☒ Autoestima, déficit de: crónico
- ☒ Autoestima, déficit de: situacional
- ☒ Identidad personal, trastorno de la

13.- ACTIVIDADES LÚDICAS:

- ☒ Actividades recreativas, déficit de

14.- APRENDER:

- ☒ Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo
- ☒ Conocimientos, déficit de (especificar)
- ☒ Pensamiento, alteración de los procesos de

Componentes de un diagnóstico enfermero:

1.- Enunciado del problema (*Etiqueta diagnóstica*)

El objetivo de la etiqueta diagnóstica, describe el problema de salud o la respuesta del individuo, para el cual se está administrando el tratamiento de enfermería, guía a la elaboración de objetivos y de criterios de resultado tras las intervenciones de enfermería.

Toda etiqueta diagnóstica aprobada por la NANDA lleva una definición que explica las características de la respuesta humana que se está considerando.

Las definiciones o (calificadores) son palabras que se han añadido a algunas etiquetas de la NANDA, y para completar el significado del enunciado diagnóstico:

- ☒ Alteración: Se ha producido un cambio con respecto a la situación inicial.
- ☒ Deterioro: Evolución peor, debilitamiento, lesión, deterioro, reducción.

- Disminución: menor tamaño, menor cantidad, menor grado.
- Inefectivo o ineficaz: Que no produce un efecto deseado.
- Agudo: Grave o corta duración.
- Crónico: De larga duración, recurrente, constante.

2.-Etiología (*Factores relacionados y factores de riesgo*)

El componente etiológico del diagnóstico identifica una o mas causas probables del problema de salud, orienta el tratamiento de enfermería y permite a la enfermera individualizar la atención del cliente. En la etiología pueden incluirse comportamientos del cliente, los factores ambientales o la interacción de ambos.

La NANDA utiliza el término factor relacionado para describir la etiología o causa probable de los diagnósticos de enfermería reales.

El factor de riesgo se utiliza para describir la etiología de diagnósticos de enfermería de riesgo (potenciales) porque no hay signos subjetivos ni objetivos.

3.- Características definitorias

Son el conjunto de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica concreta, sugieren criterios de resultados y también pueden orientar a las intervenciones de enfermería.

En el caso de diagnósticos reales, las características definitorias son signos y síntomas del cliente.

En el caso de diagnósticos 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.

Tipos de diagnósticos enfermeros

1.- *Diagnóstico de enfermería real.*

Es un juicio sobre la respuesta, de un cliente a un problema de salud que existe en el momento de la valoración de enfermería, se basa en la presencia de signos y síntomas asociados.

2.-*Diagnóstico de enfermería potencial o de riesgo.*

Es un juicio clínico de que un cliente es más vulnerable a un determinado problema que otros, en situación igual o parecida.

3.-*Diagnóstico de enfermería posible.*

Es aquel en el que las pruebas de que existe un problema de salud no están claras o se desconocen de los factores causales.

4.- *Diagnóstico de enfermería de salud o bienestar.*

Es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/ procesos vitales reales o potenciales.

5.-Diagnóstico de enfermería de síndrome: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados.⁹

2.1.6. Planeación

La planeación es la tercera fase del proceso de enfermería, en la cual la enfermera y el paciente desarrollan objetivos, resultados y estrategias de enfermería para prevenir, reducir o aliviar los problemas de salud del cliente.

Permite identificar los factores que deben tener en cuenta, la enfermera para establecer prioridades en el plan de cuidados.

Los pasos de la planeación son:

- Establecer prioridades.
- Elaborar objetivos.
- Determinar acciones de enfermería.
- Documentar el plan de cuidados.

Tipos de intervenciones de enfermería:

Una intervención de enfermería es todo cuidado directo que una enfermera realiza a favor a un cliente ya tenga su origen en la propia enfermera o en el médico.

- ✚ Intervenciones independientes: 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 de otros profesionales sanitarios.
- ✚ Intervenciones dependientes: Son las que se realizan por orden del médico o bajo su supervisión, o bien según procedimientos sistematizados. La enfermera es responsable de comprender y valorar la necesidad de órdenes médicas y llevarlas a cabo.
- ✚ Intervenciones interdependientes: Son las acciones que la enfermera lleva a cabo en colaboración con otros miembros del equipo de asistencia sanitaria, como fisioterapeutas, asistentes sociales, dietólogos y médicos.

Criterios de resultado:

Es el establecimiento de objetivos de acuerdo a los resultados.

⁹ KOZIER.Barbara et'al Opcit pp.117-119

La enfermera establece objetivos para cada diagnóstico en forma individual y específica. Un objetivo es la evolución del paciente o una modificación de su comportamiento deseado, conseguirlo es resolver el problema especificado en el diagnóstico enfermero.

Los objetivos se describen en términos de respuestas observables del paciente, lo que la enfermera espera con seguir al ejecutar las ordenes de enfermería.

La American Nurses Association (ANA) especifica la identificación de resultados en los Standards of Clinical Nursing Practice (Estándares para la Práctica de la Enfermería Clínica).

Estándar: Identificación de resultados

La enfermera identifica los criterios de resultado para cada cliente en particular.

Criterios de medición:

1. Los resultados derivan de los diagnósticos.
2. Se documentan como objetivos mensurables.
3. Cuando la situación lo permite, se formulan con el cliente y el personal sanitario.
4. Son realistas en la relación con las capacidades actuales y potenciales del paciente.
5. Son alcanzables en relación con los recursos disponibles para el paciente.
6. Contemplan un plazo para conseguirlos
7. Brindan directrices para unos cuidados continuados.

Fines de los objetivos/criterios de resultado:

1. Orientar a la planificación de las intervenciones de enfermería con las que se lograrán las modificaciones deseadas en el cliente.
2. Proporcionar un plazo para las intervenciones planificadas.
3. Servir como criterios para evaluar los progresos del paciente.
4. Permitir al cliente y la enfermera determinar cuando se ha resuelto un problema.
5. Motivar a ambos e infundirles un sentimiento de logro.

Componentes de los enunciados de objetivos/criterio de evaluación:

- a) Sujeto: Un sustantivo de este es el cliente, cualquier parte del cliente o algún atributo del mismo (pulso o producción de orina etc.).
- b) Verbo: Denota una acción que el paciente debe realizar.
- c) Condiciones o puntualizaciones: Pueden añadirse al verbo para explicar las circunstancias en las cuales debe producirse la conducta del cliente. Explican el qué, el dónde, el cuándo y el cómo.
- d) Criterio de resultado esperado: El criterio indica el estándar por el que se evalúa un rendimiento o el nivel al cual el cliente, llevará acabo la conducta

especificada, Estos criterios pueden concretar el tiempo, o la rapidez, precisión distancia y calidad.¹⁰

2.1.7. Ejecución

La ejecución es la cuarta fase del proceso de enfermería, comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados y esta enfocada al inicio de las intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados.

Los pasos de la ejecución son:

a) Preparación la cual consiste en:

- 📌 En revisar que todas las acciones, estén de acuerdo con las características del usuario y que sean compatibles con la intervenciones de otros profesionales de atención sanitaria.
- 📌 Analizar y estar seguros que se tienen los conocimientos y habilidades para realizar las actividades planeadas.
- 📌 Tener presente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar las actividades planeadas.
- 📌 Crear un ambiente confortable y seguro al cliente durante la ejecución.
- 📌 Delegar cuidados enfermeros se apeguen a "tarea correcta, persona correcta, comunicación correcta, y evaluación correcta".

b) Intervención:

Como las respuestas humanas y fisiológicas, son cambiantes es preciso la revaloración del cliente, familia o comunidad, para estar seguros de que las intervenciones de enfermería son apropiadas. Cada acción de enfermería debe ser resultada de una valoración y de la aplicación del pensamiento crítico.

📌 Documentación:

Es el registro que realiza la enfermera (o) en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente del cliente y como requisito indispensable de todas las instituciones de salud.

El propósito de los registros de enfermería, es mantener informados a otros profesionales del área de la salud sobre los datos de valoración del cliente, cuidados proporcionados y respuestas del cliente o familia; ser "base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados respaldar

¹⁰ KOZIER.Barbara et'al Opcit pp. 140-151

legalmente las actuaciones de la enfermera y servir para estimar el pago de los servicios prestados”¹¹

Existen gran diversidad de registros de enfermería en las diferentes unidades de atención para el cuidado de la salud, sin embargo deben reunir ciertas características universales como: fecha y hora, datos de valoración, intervenciones de enfermería, resultados obtenidos, nombre y firma de la enfermera(o). A si mismo las notas deben ser legibles, concisas, claras, completas, relevantes y oportunas.

Habilidades de enfermería en la ejecución:

- **Habilidades cognitivas:** (intelectual) Incluye la solución de problemas, toma de decisiones, razonamiento crítico y pensamiento creativo.

- **Habilidades interpersonales:** Es la capacidad de la enfermera que utiliza al comunicarse directamente con otras personas, las habilidades interpersonales son necesarias para todas la actividades de enfermería, incluye conocimientos transmisibles, actitudes, sentimientos, interés y apreciación de los valores culturales del cliente y de su estilo de vida.

- **Habilidades técnicas:** Son habilidades manuales como la manipulación de equipamiento, administración de inyecciones, realización de vendajes movilizar al cliente etc. Las habilidades técnicas requieren de conocimiento y destreza manual.

2.1.8 Evaluación

Es la fase final del proceso de enfermería, en el que la enfermera determina el progreso del cliente hacia el logro de sus objetivos o resultados, como la eficacia del plan de cuidados de enfermería, Este puede continuarse, modificarse o suspenderse.

Evaluación de las respuestas al cliente:

- Identificar evaluación esperada.
- Obtener datos relacionados con la evolución esperada.
- Comparar los datos con la evolución esperada y juzgar si se han conseguido los objetivos.
- Relacionar las acciones de enfermería con la evolución del cliente.
- Obtener conclusiones sobre el estado del problema.

¹¹RODRÍGUEZ Sánchez Bertha Alicia Opcit pp.89-90

- Revisar y modificar el plan de cuidados del cliente.

La American Nurses Association (ANA) especifica la evaluación en los Standards of Clinical Nursing Practice (Estándares para la Práctica de la Enfermería Clínica).

Estándar: Evaluación

La enfermera evalúa los progresos del cliente hacia la consecución de objetivos.

Criterios de medición:

1. La medición es sistemática y continua.
2. Se documentan las respuestas de los clientes a las intervenciones.
3. La eficacia de la intervención se evalúa con relación a la evolución.
4. Los datos de valoración continua se utilizan para revisar los diagnósticos, evolución y plan de cuidados en función de las necesidades.
5. Se documentan las revisiones de diagnósticos, evoluciones y plan de cuidados.
6. Los clientes, otras personas significativas y los profesionales sanitarios estarán implicados en el proceso de evaluación cuando este indicado.¹²

2.2. NECESIDADES FUNDAMENTALES DE VIRGINIA HENDERSON

2.2.1. Antecedentes históricos de Virginia Henderson

En la década de 1950 a 1996, surge la teoría de enfermería de Virginia Avenel Henderson.

Henderson definió enfermería en términos funcionales. La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, sano o enfermo a recuperar la salud (o a una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o con el conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la independencia lo más rápido posible, afirmaba que a medida que cambiase las necesidades del paciente también podía cambiar la definición de enfermería. Para Henderson su definición de enfermería no era definitiva, consideraba que enfermería cambiaría según la época en que se practicase y que dependía de lo que realizara el personal de salud.

Virginia Henderson incorpora los principios fisiológicos y psicopatológicos a su definición de enfermería en sus innumerables trabajos explicó la importancia de la independencia de enfermería y, a la vez, de su interdependencia con respecto a otras ramas dentro del área de la salud.

¹² KOZIER.Barbara et'al Opcit pp. 164-168

Virginia Avenel Henderson (1897-1996).

- ✓ Nació en Kansas City, Missouri el 19 de Marzo de 1897.
- ✓ 1918 inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de enfermería del ejército en Washington D. C...
- ✓ 1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.
- ✓ 1922 inicia su carrera como docente.
- ✓ 1926 ingresa al Teachers College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y magíster en arte en 1934.
- ✓ 1929 ocupa el cargo de Supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York.
- ✓ 1930 a su regreso al Teachers College es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas en esta Universidad hasta 1948.
- ✓ 1948 hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del Textbook of the Principles and practice of Nursing, de Berta Harmer publicado en 1939.
- ✓ 1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la Definición de Enfermería de Virginia Henderson.
- ✓ 1953 ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de Enfermería.
- ✓ 1959 a 1971 dirige el Proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.
- ✓ 1953 hasta 1958 trabajo en el Proyecto dirigido por Leo W Simmons, quien edito durante cinco años una Encuesta Nacional sobre la Investigación en Enfermería la cual fue publicada en 1964.
- ✓ 1966 publica su obra The Nature of Nursing aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.

- ✓ 1978 publica la sexta edición de *The Principles of Nursing* fue elaborada por Henderson y Gladis Nite, editada por Virginia.
- ✓ Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale. Recibe nueve títulos doctorales honoríficos.
- ✓ 1983 recibió el Premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau Internacional por su labor de Liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad.
- ✓ La Biblioteca Internacional de Enfermería de la Sigma Theta Tau fue bautizada con el nombre de Virginia Henderson. 1988, en la convención de la American Nurses Association (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida.
- ✓ Virginia Avenel Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de Noviembre de 1996.¹³

2.2.2 Principales conceptos y definiciones.

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

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

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

¹³ http://es.geocities.com/mi_portal_de_enfermeria/pagina7.html

Metaparadigma:

Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

A partir de esta definición se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson:

1.- Persona: Henderson precisa la conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así cada persona se configura como un ser único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas ó requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad física y psicológica y promover su desarrollo y crecimiento.

1. Oxigenación: Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.

2. Alimentación e hidratación: Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.

3. Eliminación: Eliminar fisiológicamente los productos metabólicos de desecho perjudiciales del cuerpo humano.

4. Moverse y mantener una buena postura: Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.

5. Sueño y descanso: Estado fisiológico de inconsciencia y relativa inmovilidad de los músculos voluntarios, que es fácil y completamente reversible con estímulos.

6. Elegir ropas adecuadas, vestirse y desvestirse: Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.

7. Termorregulación: Mantener temperatura corporal adecuada.

8. Higiene corporal y la integridad de la piel: Asearse y mantener íntegra la piel.

9. Evitar los peligros del entorno: Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

10. Comunicarse: Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras.

11. Creencias y valores: expresión del cliente de sus creencias y valores.

12. Trabajar y realizarse: Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo.

13. Jugar y participar en actividades recreativas: Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

14. Aprender: Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos.¹⁴

2.- Salud: Virginia Henderson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido tratan de lograr la independencia y por lo tanto la satisfacción de sus necesidades con el fin de mantener un estado óptimo de la salud. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que según Henderson se debe a tres causas “falta de fuerza” “falta de conocimiento” “falta de voluntad”.

 **Independencia:** Se define como la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir; llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo y situación.

 **Dependencia:** Se considera como una doble vertiente, por un lado la ausencia de actividades llevada a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades o que realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Tipos de dependencia

- a) Dependencia total o parcial
- b) Dependencia temporal o permanente

¹⁴ <http://html.rincondelvago.com/virginia-henderson.html>

Causas de dependencia:

- ✚ Factores Biofisiológicos: Hacen referencia a las condiciones genéticas de la persona y al funcionamiento de sus aparatos o sistemas u órganos, de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo y estado general de salud.
- ✚ Factores Psicológicos: Se refieren a sentimientos, pensamientos, emociones, inteligencia, memoria psicomotricidad, nivel de conciencia, sensopercepción y habilidades individuales y de relación (estrategias o habilidades de afrontamiento).
- ✚ Factores socioculturales: Se refieren al entorno físico de la persona, ya sea el próximo referente a la casa, trabajo u hospitalario etc. O el más lejano referente al de la comunidad donde vive el individuo (clima, orografía, contaminación, etc.). El entorno sociocultural, incluye lo relativo a los valores y normas que proporciona la familia, escuela leyes y políticas por la que se rige la comunidad de referencia.

Las causas de la dificultad: Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden satisfacer sus propias necesidades.

- a) *Falta de fuerza:* Se interpreta por fuerza no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes, la cual se determina por su estado emocional, psíquico, capacidad intelectual etc.
- b) *Falta de conocimiento:* En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- c) *Falta de voluntad:* Se entiende 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 sus necesidades.

3.- Rol profesional: Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando con criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona.

- ✚ *Rol autónomo:* Es decir; que la enfermera ejerce en base a un modelo de enfermería, el cual le proporciona la guía o estructura teórica. En el desarrollo de este rol, las prescripciones que realiza la enfermera son de su

exclusiva responsabilidad, correspondiendo a su campo autónomo de actuación.

✚ *Rol interdependiente:* Es decir; que la enfermera ejerce en base a su trabajo, en colaboración con otros profesionales del equipo de salud y que se deriva generalmente de situaciones de salud del cliente que esta bajo un diagnóstico y tratamiento médico. Las actividades de este rol se central en la vigilancia, control y prevención de complicaciones relativas a la situación de enfermedad y tratamiento que esta recibiendo.

✚ *Rol dependiente:* Es decir; que la enfermera forma parte de un equipo de salud, lo que significa que también cumple las órdenes prescritas y lleva acabo los tratamientos determinados, generalmente por el médico.

4.-Entorno

- Factores ambientales
- Factores socioculturales

2.3 INFECCION DE VIAS URINARIAS

Es una de las enfermedades mas frecuentes, que consiste en la infección por algún agente patógeno (bacterias con mayor frecuencia) de cualquiera de los segmentos del aparato urinario: riñones uréteres, vejiga o uretra.

La coincidencia de una infección de vías urinarias durante el embarazo tiene importancia porque:

- a) a).- El embarazo predispone a la aparición de infecciones, a causa de los cambios anatómicos y fisiológicos que se observan en el sistema urinario durante el embarazo.
- b) b).- Una infección de vías urinarias preexistente al embarazo puede agravarse.
- c) c).- La infección urinaria puede propiciar que el embarazo se complique con toxemia, prematurez e incluso muerte fetal.
- d) d).- Se ha informado de asociación de prematurez con bacteriuria asintomático.

De acuerdo con su localización clínica, las infecciones de vías urinarias se designan como uretritis, cistitis, uteropielitis, y pielonefritis, sin embargo, para fines prácticos es imposible limitar la extensión de la infección, pues cada órgano forma parte de todo un sistema, por ello, se han tratado de agrupar en infecciones de vías superiores e inferiores.

Actualmente se emplea la clasificación siguiente, bacteriuria asintomática e infección de vías urinarias con manifestación clínica.

2.3.1 Clasificación

- Bacteriuria asintomática
- La uretritis y la cistitis.
- La pielonefritis: aguda y crónica.

2.3.2 Formas de Infección

a) Ascendente:

- Es la más importante
- Se da por los gérmenes que anidan en la vejiga o que llegan a ella a partir de procesos infecciosos del aparato genital (infecciones vaginales, cervicitis, endometritis, etc.), o desde zonas vecinas, como la región anal.
- El traslado de los gérmenes se hará por simple acción mecánica.

b) Descendente: Los gérmenes pueden alcanzar el riñón por vía hemática o linfática. Por estas vías difícilmente se producirá infección en un riñón sano.

c) Por contigüidad: Es más rara, podría representar una vía importante cuando el germen infectante proviniese del intestino.

BACTERIURIA ASINTOMÁTICA: Es la presencia significativa de bacterias en la orina cultivada—100,000 colonias o mas por mililitro (mayor o igual a 10^5).

- Ausencia de sintomatología clínica de infección de tracto urinario (sin fiebre, escalofríos, disuria, poliuria ni dolor del flanco).

- Su presencia varía entre 2 al 10% de todas las embarazadas.
- El 30% de las mujeres con bacteriuria asintomática sin tratar presentan, en algún momento de la gestación síntomas clínicos de infección del tracto urinario.

Diagnóstico:

- a) Examen general de orina.
- b) Urocultivo

Tratamiento:

- ✚ Ampicilina 500 – 1000 mg cuatro veces al día, por 7 – 10 días.
- ✚ Nitrofurantoína 100 mg cuatro veces al día, por 7 – 10 días.
- ✚ Acidificante de la orina, como el ácido mandélico, la metiónina o la vitamina C, para crear un medio inhóspito a los gérmenes.

URETRITIS Y CISTITIS: Se trata de procesos infecciosos localizados de sintomatología bien definida: polaquiuria, disuria, tenesmo y dolor de la región vesicouretral con irradiación, a veces, a los muslos. La bacteria causante es casi siempre *Escherichia coli*, y en menor proporción *Chlamydia trachomatis*, entre otras.

PIELONEFRITIS AGUDA: Se trata de una infección del tracto urinario que compromete al parénquima renal, cuya sintomatología clínica se presenta en algún momento de la gestación. Se presenta en el 2 al 4% de las gestantes.

Diagnóstico:

- Cuadro clínico.
- Examen de laboratorio: el principal análisis es el uro cultivo, con recuento de 100,000 colonias de bacterias o mas por mililitro.

Complicaciones:

- Dependerá de la virulencia del germen.
- Intensidad de la infección,
- Estado anatomofuncional del árbol urinario.

- Cerca del 30% de las enfermedades renales crónicas tienen su origen en un proceso pielonefrítico agudo mal tratado.
- Aproximadamente en el 20% de las embarazadas con pielonefritis aguda se desencadena el parto prematuro.

Tratamiento:

Como *Escherichia coli* es el germen infectante en más del 80% de los casos, la terapéutica inicial será: ampicilina 1 – 2 gr. IV cada 4 horas durante las primeras 24 a 48 horas, continuando por vía oral, 500 mg cada 6 horas.

El antibiótico terapia debe durar 20 días. Si el antibiograma indica que el germen es otro o que no es sensible al antibiótico administrado, se debe cambiar por el más adecuado, teniendo en cuenta la toxicidad sobre el feto.

- Cerca del 30% de las enfermedades renales crónicas tienen su origen en un proceso pielonefrítico agudo mal tratado.
- Aproximadamente en el 20% de las embarazadas con pielonefritis aguda se desencadena el parto prematuro.

Tratamiento:

Como *Escherichia coli* es el germen infectante en más del 80% de los casos, la terapéutica inicial será: ampicilina 1 – 2 gr. IV cada 4 horas durante las primeras 24 a 48 horas, continuando por vía oral, 500 mg cada 6 horas.

El antibiótico terapia debe durar 20 días. Si el antibiograma indica que el germen es otro o que no es sensible al antibiótico administrado, se debe cambiar por el más adecuado, teniendo en cuenta la toxicidad sobre el feto.

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.

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. Instrumentación del proceso de atención de enfermería.

IV. APLICACIÓN DEL PROCESO.

4.1. VALORACION

FICHA DE IDENTIFICACION.

NOMBRE: María.

EDAD: 28 años.

PESO: 58kg.

TALLA: 1.62cm.

OCUPACION: Secretaria.

ESCOLARIDAD: carrera técnica de secretariado.

NUMERO DE PERSONAS Q CONFORMAN SU FAMILIA: 3.

INFORMACION: Directa (entrevista).

María es una mujer joven de 28 años de edad con un peso de 58kg, talla de 1,62cm y cuenta con los siguientes antecedentes:

APNP; Casada carrera técnica, secretaria, católica, inmunizaciones completas, niega alergias transfunciones negadas, traumatismos negados, adicciones negadas, casa de tabique y loza con servicios de urbanización, alimentación adecuada en cantidad y calidad.

AGO: Menarca 12 años, ritmo 28x3, vsa 21 años g, ll p, 1 A O, C O MPF anticonceptivos orales.

FUM: 11 de agosto del 2008 FPP; 18 de mayo del 2009.

AHF: Negados.

APP. Diabetes, cardiopatías negadas, renales negados, exantemáticas negadas, niega algún otro padecimiento.

Su convivencia diaria es con su esposo y su hijo 3 años de edad.

Su padecimiento inicia hace 3 días a su ingreso se observa angustiada con ligera palidez de tegumentos sin compromiso ventilatorio signos vitales estables con movimientos fetales presentes f/cf de 142 por minuto, sin pérdidas transvaginales cérvix cerrado con actividad uterina, refiere dolor al orinar y menciona que hace tres días tiene problemas para defecar, también menciona que su orina es de color concentrado es por eso que acude al médico el cual indica tomarse una serie de exámenes de laboratorio y usg, tal padecimiento mantiene a María en un estado de angustia e insertidumbre. Durante la valoración de enfermería descubro que María no puede afrontar tal situación ya que carece de información acerca de su padecimiento, sin embargo las molestias propias de su padecimiento se ven acentuadas ocasionando un estado de ansiedad estrés y miedo por perder a su bebé en gestación. Sin embargo María muestra una gran entereza e interés por conocer todo acerca de su padecimiento y tomar la mejor decisión para restablecer su salud y la de su hijo.

Se solicita usg, el cual corrobora un embarazo de 24.4 sdg, con producto único vivo además de que los laboratorios reportan infección de vías urinarias y manifiesta dolor lumbar, por lo cual se solicita interconsulta a ginecología y obstetricia.

El médico ginecólogo explica a María la importancia de su internamiento y los riesgos que existen de una posible complicación.

1.-RESPIRACION: María no necesita oxígeno ya que por el momento no presenta ninguna dificultad para respirar.

2.-ALIMENTACION – HIDRATACION: Refiere llevar una buena alimentación adecuada en cantidad y calidad a la exploración se encuentra con ligera palidez de tegumentos mucosas orales hidratadas y por el momento no presenta edema.

3.- ELIMINACION: Refiere tener problemas para defecar y menciona que su embarazo anterior no presentó ningún problema.

4.-MOVILIZACION: Se encuentra cooperadora sin dificultad a la movilización y de ambulación.

5.-REPOSO – SUEÑO: Duerme 8 horas al día no padece insomnio pero en este momento no ha podido conciliar el sueño por la angustia y preocupación de su padecimiento actual.

6.-VESTIMENTA: María usa ropa adecuada y cómoda para el estado en que se encuentra.

7.-TEMPERATURA: Se ha mantenido norma térmica con temperatura de 36.7 – 37°por el momento.

8.HIGIENE DE LA PIEL: Acostumbra bañarse 2 o 3 veces al día con cambio de ropa en cada ocasión.

9. SEGURIDAD: En este momento se encuentra angustiada y refiere preocupación por su situación de salud y la de su bebe.

10.-COMUNICACIÓN: En este momento descubro que María no puede afrontar la situación ya que carece de información de su padecimiento actual y una posible complicación, sin embargo muestra una gran entereza e interés por restablecer su salud y la de su hijo en gestación.

11.-RELIGION - CREENCIA: Pertenece a la religión católica y acostumbra asistir misa.

12.-TRABAJAR-REALIZARSE: Ella trabaja actualmente como secretaria con un horario de 6-8hrs al día y el resto de su tiempo lo comparte con su esposo y su hijo y pendientes de su casa.

13.-ACTIVIDADES-RECREATIVAS: Por lo regular sale con su esposo y su hijo y frecuentemente llevan al niño al parque o a algún evento social.

14.-DESARROLLO-APRENDER: Muestra gran interés por conocer su padecimiento actual y cooperar para una pronta recuperación y q su embarazo llegue a un término y un final feliz.

4.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Después de haber realizado la valoración y analizado los datos se concluye que la Sra. 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	Diagnostico de enfermería
Eliminación	Deterioro de la eliminación.	Deterioro de la eliminación manifestado por disuria y tenesmo.
Evitar peligros.	Ansiedad.	Ansiedad relacionada con amenaza de parto pre término manifestada por inquietud.
Evitar peligros.	Duelo anticipado.	Duelo anticipado relacionado con la posible pérdida de su bebe, manifestado por inquietud y tristeza.

OBJETIVO: Lograr que María entienda todo lo relacionado c/la infección de vías urinarias y que conozca los riesgos y complicaciones que conlleva un nacimiento antes de tiempo.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENSION ID:INDEPENDIENTE D:DEPENDIENTE IT:INTERDEPENDIENTE	FUNDAMENTACION	CRITERIO DE EVALUACION	EVALUCION
Deterioro de la eliminación urinaria relacionada c/ la infección del tracto urinario manifestado por disuria.	ID: la enfermera valora datos que indiquen los síntomas de la infección.	Las infecciones son comunes en el embarazo y los síntomas son disuria y polaquiuria.	La paciente coopera con auto cuidados	La paciente supero la infección con las recomendaciones durante su estancia hospitalaria.
	D: orientar sobre la importancia de la ingesta de líquidos	Ingerir agua facilita la limpieza de los uréteres	Identificará síntomas de infección durante su estancia	

	<p>D: orienta a la paciente sobre las medidas de higiene tales como: técnica adecuada de limpieza en sus genitales</p> <p>D:informar que acuda al baño tan pronto sea necesario</p> <p>ITD:realizar laboratorios (EGO)</p>	<p>El tener cuidado con la técnica de limpieza, tiene menos riesgo de infección</p>		
--	--	---	--	--

OBJETIVO: Disminuir la ansiedad y la inquietud de la señora María por una posible complicación.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENSION ID:INDEPENDIENTE D:DEPENDIENTE IT:INTERDEPENDIENTE	FUNDAMENTACION	CRITERIO DE EVALUACION	EVALUCION
Ansiedad relacionada con amenaza de parto pretermo manifestada por inquietud	ID: ayudar a la paciente a determinar la fuente de ansiedad	Esto ayuda a la paciente a comprender sobre la naturaleza y la causa de ansiedad	Se establecerán circunstancias de la ansiedad para la determinación de la afrontacion	La paciente expresa que la causa de ansiedad es el estado de ella y de su bebe
	ID: determinar nivel de ansiedad ID: enseñar técnicas de relajación que ayuden a disminuirla ansiedad.	Toda persona expresa algún grado de ansiedad Estas técnicas permiten un control ante la ansiedad	Identificar nivel de ansiedad	La comunicación con la enfermera y los familiares proporcionan tranquilidad La paciente comprende que el hospital esta haciendo todo lo posible para que el embarazo llegue a su termino

OBJETIVO: Lograr que María sea capaz de resolver su angustia (mediante un grupo de apoyo).

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENSION ID:INDEPENDIENTE D:DEPENDIENTE IT:INTERDEPENDIENTE	FUNDAMENTACION	CRITERIO DE EVALUACION	EVALUCION
Duelo anticipado con la posible perdida de su bebe manifestado por expresión de tristeza.	ID: comunicación como la escucha atenta, el silencio, preguntas abiertas	La comunicación ayuda a la exploración de los sentimientos personales.	Describe el significado de la perdida.	La expresión de los sentimientos y la escucha, con la ayuda de la psicología logramos a que disminuya el duelo
	ID Informarle a la paciente que los sentimientos y la reacciones intensas son normales en un principio	La paciente se siente más cómoda al expresar su duelo en un entorno de aceptación	Expresa duelo	

CONCLUSIONES

El proceso atención enfermero es la mejor forma de adquirir experiencia en la detección y elaboración de diagnósticos de enfermería, es aplicable en todos los niveles de atención de la salud, determinando la elaboración de un plan de cuidados de enfermería integral.

A través de este proceso metodológico, se logran los objetivos propuestos para mejorar el estado de salud del cliente. Las grandes teorías han aportado excelentes conocimientos científicos lo cual ha logrado un avance de la enfermera hacia la profesionalización.

En el caso de María la aplicación del proceso me ayudó a determinar las necesidades biológicas, psicológicas y sociales que afectaban el estado de equilibrio de la salud. Las intervenciones aplicadas fueron oportunas y me brindaron la oportunidad de sentirme realizada como profesional ..

En conclusión el proceso atención enfermero es una herramienta básica y elemental para el fortalecimiento del cuidado, y debe ser aplicado en todas las instituciones de salud.

Es por ello que se ha utilizado para ayudar a María, para detectar sus necesidades, las cuales se enfocan a la culminación de su embarazo de forma satisfactoria, así como a disminuir su estado de angustia y preocupación por su padecimiento actual.

A través de la aplicación de este proceso le he brindado la información y ayuda necesaria para que conozca su padecimiento, el tipo de tratamiento que requiere, las decisiones que debe tomar así como sus posibles complicaciones.

BIBLIOGRAFIA

1. Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: Ediciones Rol; 1989:305.
2. Carpenito LJ. Planes de cuidado y documentación en enfermería. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1994:5.
3. Griffit JW, Christensen PJ. Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. México: El Manual Moderno; 1986:6.
4. López P. Proceso de Enfermería. Rev Iberoamericana de Geriatría y Gerontología 1994; 10:37-38.
5. Iyer P, Tapich B, Bernocchi-Losey D. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. México: Interamericana McGraw-Hill; 1993:13.
6. Atkinson L, Murray ME. Proceso de Atención de Enfermería. 2ª ed. México: El Manual Moderno; 1983:7.
7. Carpenito LJ. Manual de Diagnóstico de Enfermería. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1993:XXVIII.
8. Luis MT. Diagnósticos Enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. Barcelona: Mosby, Doyma Libros; 1996:6.
9. Luis MT. Diagnósticos de Enfermería. Aplicación práctica. Rol de Enfermería 1991; 14:62.
10. Atkinson L, Murray ME. Proceso de Atención de Enfermería. 5ª ed. México: McGraw-Hill, Interamericana; 1996:60.
11. Atkinson L, Murray ME. Proceso de Atención de Enfermería. 2ª. De. México: McGraw-Hill, 1983:32.
12. Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. El proceso de Atención de Enfermería. Madrid: Interamericana; 1993:139.

CONCLUSIONES

El proceso atención enfermero es la mejor forma de adquirir experiencia en la detección y elaboración de diagnósticos de enfermería, es aplicable en todos los niveles de atención de la salud, determinando la elaboración de un plan de cuidados de enfermería integral.

A través de este proceso metodológico, se logran los objetivos propuestos para mejorar el estado de salud del cliente. Las grandes teorías han aportado excelentes conocimientos científicos lo cual ha logrado un avance de la enfermera hacia la profesionalización.

En el caso de María la aplicación del proceso me ayudó a determinar las necesidades biológicas, psicológicas y sociales que afectaban el estado de equilibrio de la salud. Las intervenciones aplicadas fueron oportunas y me brindaron la oportunidad de sentirme realizada como profesional ..

En conclusión el proceso atención enfermero es una herramienta básica y elemental para el fortalecimiento del cuidado, y debe ser aplicado en todas las instituciones de salud.

Es por ello que se ha utilizado para ayudar a María, para detectar sus necesidades, las cuales se enfocan a la culminación de su embarazo de forma satisfactoria, así como a disminuir su estado de angustia y preocupación por su padecimiento actual.

A través de la aplicación de este proceso le he brindado la información y ayuda necesaria para que conozca su padecimiento, el tipo de tratamiento que requiere, las decisiones que debe tomar así como sus posibles complicaciones.

BIBLIOGRAFIA

1. Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: Ediciones Rol; 1989:305.
2. Carpenito LJ. Planes de cuidado y documentación en enfermería. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1994:5.
3. Griffit JW, Christensen PJ. Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. México: El Manual Moderno; 1986:6.
4. López P. Proceso de Enfermería. Rev Iberoamericana de Geriatría y Gerontología 1994; 10:37-38.
5. Iyer P, Tapich B, Bernocchi-Losey D. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. México: Interamericana McGraw-Hill; 1993:13.
6. Atkinson L, Murray ME. Proceso de Atención de Enfermería. 2ª ed. México: El Manual Moderno; 1983:7.
7. Carpenito LJ. Manual de Diagnóstico de Enfermería. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1993:XXVIII.
8. Luis MT. Diagnósticos Enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. Barcelona: Mosby, Doyma Libros; 1996:6.
9. Luis MT. Diagnósticos de Enfermería. Aplicación práctica. Rol de Enfermería 1991; 14:62.
10. Atkinson L, Murray ME. Proceso de Atención de Enfermería. 5ª ed. México: McGraw-Hill, Interamericana; 1996:60.
11. Atkinson L, Murray ME. Proceso de Atención de Enfermería. 2ª. De. México: McGraw-Hill, 1983:32.
12. Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. El proceso de Atención de Enfermería. Madrid: Interamericana; 1993:139.