



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM**

NOMBRE DE LA OPCIÓN

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TÍTULO DEL TRABAJO

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UNA PERSONA CON ALTERACIÓN
DE LA OXIGENACIÓN, CON BASE EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

NOMBRE DE LA ALUMNO

JOSÉ JUAN LÓPEZ MARTÍNEZ

DIRECTORA DE TRABAJO ESCRITO

M.E. MARÍA AURORA GARCÍA PIÑA





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.



AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO

M.C. RAMIRO JESÚS SANDOVAL
DIRECTOR GENERAL DE INCORPORACIÓN
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE LA UNAM
P R E S E N T E.

Me permito informar a usted que el trabajo escrito: Proceso Atención de Enfermería Aplicado a una Persona con Alteración de la Oxigenación, con base en el Modelo de Virginia Henderson

Elaborado por:

1. José Juan López Martínez Núm. de expediente: 404512666
2. _____
3. _____

Apellido paterno	Materno	Nombre	Núm. de cuenta
------------------	---------	--------	----------------

Alumno (s) de la carrera de: Licenciado en Enfermería y Obstetricia
 Reúne (n) los requisitos para su impresión.

México D. F., a 10 de septiembre de 2013

M.E. María Aurora García Piña
 Nombre y firma del Asesora

Lic. Enf. Silvia Vega Hernández
 Nombre y firma del
 Directora Técnica de la carrera



Secretaría de Salud del Distrito Federal
 Escuela de Enfermería
 DIRECCION
 CLAVE 3095
 Sello
 de la Institución



AGRADECIMIENTOS

COMO TESTIMONIO DE MIGRATITUD ILIMITADA

Con cariño, agradecimiento y respeto, para mis padres, por su apoyo incondicional brindado durante la carrera, les agradezco de todo corazón.

CON GRAN AMOR

A mi hijo porque es mi mayor tesoro, su presencia ha sido y será siempre el motivo más grande que me ha impulsado para lograr esta meta, como padre y profesionalista.

CON GRAN AMOR

A mi esposa; por su paciencia, su apoyo incondicional, comprensión y tolerancia que en todo momento me ha demostró. Para ustedes con amor.

INDICE

I. INTRODUCCION	7
II. JUSTIFICACION	9
III. OBJETIVOS	11
3.1. Objetivo General	11
3.2. Objetivo Específicos.....	11
IV.METODOLOGIA.....	13
V. MARCO TEORICO	15
5.1. Antecedentes Históricos de la Enfermería	15
5.2. Proceso de Enfermería	21
5.3. Teoría y Modelo de Enfermería	31
5.4. Relación de la teoría con la investigación y la práctica.....	39
5.5. Conceptos básicos de Virginia Henderson	41
VI. DESARROLLO DEL PROCESO.....	44
6.1. Presentacio del Caso.....	44
6.2. Ficha de identificación.....	46
VII. CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA DE ENFERMERÍA.....	52
7.1. Plan de Cuidados de Enfermeria	54
VIII. CONCLUSIONES.....	70
IX SUGERENCIAS.....	71
X. GLOSARIO.....	72
XI.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	73
XII.ANEXOS.....	76

1. Anexo.....77

2. Anexo.....91

3. Anexo.....96

I. INTRODUCCION

En México 10.6 millones de habitantes padecen la enfermedad de la diabetes mellitus, según la Federación Mexicana de Diabetes, A.C. y tan solo en la Ciudad de México 650,000 personas la padecen, mencionó el Secretario de Salud. En cuanto a la artritis reumatoide hay 1,700,000 mil personas de entre edades de 20 y 50 años. y la prevalencia de presión arterial alta, según la encuesta Nacional de Salud y Nutrición en el 2012, tomando en cuenta los criterios establecidos representa una grave problemática de salud pública para la población Mexicana de 20 años y más, es de 33.3% en hombres y 30.8 % en mujeres de cada 100 personas de este grupo de edad y sexo en ambos casos.

La importancia para el enfermero(a), es ejercer la práctica de enfermería, en cualquier ambiente que nos permita aportar un conocimiento y que nos lleve a otorgar y brindar un cuidado integral (holístico) fortaleciendo su desarrollo como profesión y otorgar una mejor calidad de vida a toda persona que lo requiera.

El presente proceso de enfermería describe como se desarrolló el trabajo en el que contiene, justificación donde se exponen las razones por lo cual se realizó el proceso enfermero como una opción de titulación, se plantean objetivos a desempeñar y cumplir, en la metodología se llevan los tiempos que se emplean para la realización del trabajo así como material y personal que interviene en la realización; un marco teórico en el cual se encuentran los fundamentos básicos para el desarrollo del presente.

Los conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson y sus catorce necesidades, aplicadas al caso clínico donde se pueden apreciar los datos de identificación, así como un resumen de las necesidades valoradas; también

se encuentra una conclusión diagnóstica de enfermería los cuales permiten verificar el estado de salud de la persona. En el plan de cuidados se abordan las necesidades con dependencia, su objetivo, intervenciones, actividades, ejecución y evaluación de cada una de estas.

Finalmente se presentan las conclusiones donde se dan a conocer los resultados que se esperan obtener; sugerencias que podrían mejorar el desarrollo del trabajo, también se da a conocer las referencias bibliográficas con las cuales se sustenta la elaboración del proyecto. Dentro de los anexos se incluyen instrumentos valoración, se ocuparon durante la elaboración del trabajo, patologías; diabetes mellitus, artritis, hipertensión.

II. JUSTIFICACION

Se realiza el presente proceso enfermero, para tener mejor conocimiento en la aplicación y desempeño de la elaboración de proceso y planes de cuidado, guiados por el modelo de Virginia Henderson destinados a solucionar problemas de salud en las personas, familias o comunidad.

Además de que nos ayuda a impulsar la investigación en la Enfermería para poder dar una atención organizada fundamentada e individualizada para cubrir las necesidades afectadas de las personas.

Se elige este caso debido a que en varias ocasiones ha pedido apoyo en la atención de su salud el Sr. T. es una persona, adulto mayor de 83 años con hiperglucemia controlada, dolor de articulaciones y maneja presión arterial alta actualmente.

Otra finalidad de presentar el proceso de enfermería es la obtención del título de Licenciado en Enfermería y Obstetricia, desempeñarme profesionalmente en Instituciones de salud con mayor demanda. Además de aprender la metodología del proceso y filosofía de Virginia Henderson y sus catorce necesidades.

Considerando el propósito de ayudar a la gente y aportando un grano de arena para hacer de enfermería una práctica de humanidad, disciplina, arte y profesión.

III. OBJETIVOS

Objetivo General

- Se desarrollará el proceso de enfermería con adulto mayor en su domicilio, con base en el modelo de Virginia Henderson, durante los meses de febrero a julio del presente año.

Objetivo Específicos

- Identificar el nivel de dependencia de las necesidades de la persona.
- Construir los diagnósticos de enfermería con base en la NANDA.
- Establecer intervenciones que puedan mejorar o llevar a cabo a una independencia.
- Evaluar los resultados de este plan de cuidados.

IV. METODOLOGÍA

El presente trabajo se desarrolló por etapas; la primer etapa inicio el 15 de marzo del 2013, a través de seminario de titulación, donde se da un cronogramas de actividades y se programan asesorías una vez por semana, recibiendo orientación sobre la metodología que debe llevar el proceso de enfermería, se elaboró una búsqueda bibliográfica para desarrollar el marco teórico, desde los antecedentes históricos de enfermería hasta la época actual, definiendo el proceso y sus etapas desde la valoración, diagnostico enfermero, planeación, ejecución y evaluación.

En una segunda etapa se eligió a la persona, a partir de este momento por cuestiones de ética profesional se nombrará como Sr. T. ésta persona tiene hiperglucemia, presión alta y dolor de articulaciones.

El presente trabajo se elaboró dentro del domicilio particular del Sr. T. explicando el procedimiento de que se trata, de esta manera solicitando su colaboración y cooperación; con la autorización de la persona. inicie el desarrollo del proceso, como se describe a continuación.

La tercera etapa de (26 de abril 2013) se inicia la Valoración de necesidades: se recolectan datos a través de la observación, entrevista, exploración física e instrumento metodológico (ver anexo 1). Se abordó al Sr. T. por medio de cinco sesiones de aproximadamente dos horas cada una. El material y equipo utilizado fue: formatos de ficha de identificación, formato de las 14 necesidades de V. Henderson, lápiz, pluma, gama, reloj, báscula, estetoscopio, baumanómetro, termómetro, cinta métrica, glucómetro.

Los datos recolectados en la etapa anterior, permitieran la construcción de los **Diagnósticos de Enfermería**, con base en la norma de la Nor American Nursing Diagnosis Association (NANDA), la cual indica una etiqueta diagnóstica, factores relacionados y manifestaciones.

Para el momento de la planeación; 28 de mayo 2013 se realizó la jerarquización de los diagnósticos de enfermería, así mismo se valoran los recursos materiales y humanos disponibles.

Para el momento de la ejecución: 1al 30 de julio 2013 se realizan las intervenciones y actividades para logro de los objetivos planteados para cada necesidad con dependencia, de tal manera que se consiguiera la independencia. Esto se llevó a cabo dentro del domicilio particular del Sr. T. con aproximadamente cinco sesiones de dos horas aproximadamente de trabajo con la persona y su familia.

Finalmente en la evaluación; 01 de agosto 2013 se mostraron resultados ya que en las necesidades afectadas como; oxigenación, nutrición, eliminación se pudo observar progreso e incluso su independencia; así mismo se evitó que se afectaran otras necesidades como (termorregulación, movilidad, descanso y sueño, uso de prendas de vestir adecuadas, evitar peligros y comunicación) obteniendo la satisfacción del paciente y de su familia no olvidado recomendar seguir con los cuidados específicos indicados para continuar con su independencia.

Este trabajo se transcribió en aproximadamente tres meses, es decir de manera simultánea al desarrollo para la culminación de este proyecto.

V. MARCO TEORICO

5.1. Antecedentes Históricos de la Enfermería.

Desde la existencia de la humanidad la enfermería siempre estado presente y se desarrolla a través del tiempo para proporcionar ayuda a los recién nacidos, sanos, enfermos. Con base en el documento de Hernández C. (1995), se revisarán las distintas etapas históricas que muestra como se ha otorgado el cuidado y cómo surge la profesionalización de la enfermería hasta nuestros días.

Durante la etapa de la **Sociedad primitiva**, en donde las mujeres desempeñan un papel muy importante, el de ayudar al grupo y a su familia cubriendo las necesidades de los niños y ancianos, así como los hombres eran asignados para la búsqueda de los alimentos, ésta etapa 3000-7000 a.c, neolítico 8000-40.000 a.c. Paleolítico inferior, se distinguió por el saber y el quehacer de las actividades y conservación de la sociedad y la especie humana.

El periodo clásico, 600.000 homo habilis-2.000.000 a Prometheus se determina en el valor social de los cuidados de supervivencia a la práctica intuitiva brindada por las mujeres, por su valor social, representando la fecundidad y la sobrevivencia de la especie. Las actividades del cuidado que eran transmitidas entre las personas dedicadas a su práctica y ejercicio cotidiano de los cuidados, dentro del ámbito doméstico, que generalmente eran sirvientes (as.), esclavos (as.).

Se realizan cuidados religiosos en el periodo del **Cristianismo**, donde colaboraban mujeres generalmente viudas llamadas “diaconisas”, surgen epidemias como la tuberculosis, peste y lepra, la atención se brinda en hospederías, hospitales, casa de caridad, monasterios y leproserías los cuidados son practicados de forma institucionalizada.

El surgimiento de hospitales es con el fin de institucionalizar la labor de enfermería y esta sería recompensada económicamente con un salario, las instituciones que estaban al cuidado de los enfermos estaban sujetas a la filosofía y al pensamiento cristiano, por lo que la contratación de personas que se dedicaban al cuidado del enfermo tenían la obligación de aceptar votos religiosos de castidad, pobreza y obediencia los aspirantes que querían pertenecer a estas comunidades religiosas dedicadas al alojamiento y cuidados de los enfermos. Tenían que pasar por un noviciado de un año y reunir ciertos requisitos, como ser solteros y estar sanos, no podían ser ni demasiado jóvenes ni demasiado bellas, la edad no podía ser menor, a los 20 años, ni mayor de los 50 en mujeres y en hombres a los 60. Surgen las beguinas, y en los conventos las monjas enfermeras, barberos, curanderos, boticarios, y el último grupo que debemos de destacar son las comadronas, quienes además de atender partos se encargaban de los problemas ginecológicos, con una preparación teórica, infundada por médicos.

Los cuales son dirigidos por médicos donde las enfermeras comadronas tenían una preparación teórica y cuerpo de conocimiento la cual tendrían en un año de preparación con una comadrona experta, después de pasar un examen con un médico.

Históricamente surgen guerras de las cruzadas, se fundía en ellas el sentido religioso de las grandes ordenes monásticas con el espíritu caballeroso y militar, las cruzadas principales fueron cuatro el primer tuvo lugar entre (1096 -1099), el Papa Urbano II anuncio indulgencia plenaria para los pecados de los cruzados. En la segunda cruzada (1147-1149) San Bernardo declaro el movimiento cristiano como indulgencia por excelencia. La tercera y cuarta tuvieron lugar entre (1189-1204) y con ello surgen hospitales para la atención de los heridos y enfermos que eran atendidos por, por caballeros y hermanos sirvientes, es decir esclavos o practicantes.

Para el siglo XVII. **La Concepción Nightingale**, se desarrolla con el inicio de los pensadores victorianos, surgimiento de la revolución industrial, expansión de industrias textiles, comodidad domestica así como creación de servicios de agua, alcantarillado y suministros de gas y alumbrado.

Aparición del ferrocarril como medio de transporte, concentraciones de poblaciones obreras alrededor de las fábricas y ciudades, donde las construcciones con saneamientos, sin tener cuenta la salubridad e higiene.

La obra de Nightingale recoge algunas medidas con las que, se pueden evitar los posibles estragos que sobre la salud podría producir un caos urbanístico que son; mantener aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza, iluminación del entorno.

Surge un nuevo tipo de enfermedad, donde la palidez y la naturaleza enfermiza se descubren como esenciales en la belleza femenina, la tuberculosis (fiebre romántica). Por otro lado las epidemias como la peste, viruela, cólera, gripe, fiebre amarilla, difteria reproduciéndose y manifestándose colectivamente, el tétanos aumento su frecuencia con las guerras coloniales.

Las enfermeras visitadoras, quienes participaban activamente en programas contra alojamientos insalubres y plagas sociales, de este modo y de acuerdo con las ideas del momento surgen los programas de instrucción de enfermería así como en la “Concepción Nightingale” primaron el concepto de prevención de la enfermedad y fomento a la salud.

También en el área científica la; Obra de Pasteur, con el descubrimiento de la anestesia, a base de cloroformo y el comienzo de manejo de asepsia y antisepsia de los que se beneficiaría la enfermería en sus prácticas de cuidados generales y materno infantiles para esta época.

La formación de hospitales y escuelas que incluía la preparación hospitalaria, duraba tres años, incluía rotación en varios servicios. La formación de enfermería domiciliaria, aprendizaje teórico práctico del cuidado de enfermos, adquisición de conocimientos farmacéuticos, preparación de ética y doctrina religiosa. La lucha y labor de Florence Nightingale que realiza durante los periodos de guerra de Crimea, lograron que la enfermería se convirtiera en arte y profesión.

Finalmente en el en el siglo XX, **Modernismo**, la formación de las enfermeras cara al futuro a de planificarse para servir a la sociedad del futuro, los movimientos científicos, tecnológicos y sociales del siglo XX, han tenido efectos sobre el desarrollo de los cuidados de salud y sobre las directrices de los servicios de enfermería. Algunos factores que impulsaron los progresos de enfermería: dos guerras mundiales, la auto organización de las enfermeras, la legislación general de la enfermería, los problemas de bienestar social y apoyo a las disciplinas de la salud por parte de fundaciones nacionales y las complejidades de la medicina.

Antes de la década de los años treinta había pocas enfermeras graduadas que fueran empleadas por los hospitales, por cuanto la mayor parte de los cuidados de enfermería corrían a cargo de los estudiantes. En aquel tiempo la enfermería, incluía una gran variedad de tareas que nada tenían que ver con la profesión, como fregar los suelos, llevar bandejas y limpiar materia y los estudiantes tenían poco tiempo para brindar cuidados, en los años cuarenta la enfermera lleva a cabo procedimiento como resultado de la introducción de profundas innovaciones en los cuidados de salud como la determinación de la presión arterial, la aspiración ante diversos procesos, ayuda en las transfusiones, administración de oxígeno, las inyecciones de medicamentos, también colaboro en los quirófanos, sala de partos y los ambulatorios.

A lo largo de siglo XX, hubo periodos de escases dentro de la enfermería, por ejemplo que existía la creencias de que había exceso de enfermeras para el trabajo civil después de la segunda guerra mundial, como consecuencia muchas enfermeras profesionales dejaron de trabajar para dedicarse a sus responsabilidades familiares, y otras no volvieron a la práctica, como respuesta de un sistema autoritario, paternalista en las que ellas no tenían ninguna participación en las planificaciones y en la toma de decisiones, con una estructura laboral con pocas recompensas, muchas horas de trabajo físico arduo y salarios muy bajos.

Por tanto al ir disminuyendo el número de enfermeras y aumento de las demandas, se crea una organización de trabajo denominado “Enfermería en Equipo,” este método brindaba una buena atención de los cuidados ya que estaba diseñados para adaptar las tareas concretas a los conocimientos y experiencia de la enfermera.

En los años setentas, se empieza a plantear el cuidado de enfermería llamado integral, (enfoque holístico), con la aparición de enfermería primaria: que se responsabilizaba del cuidado integral del paciente durante todo el periodo de hospitalización, 24 horas al día, 7 días de la semana, además de que asumía toda gama de funciones incluyendo la educación, consultas, cuidados exhaustivos y continuos valorizando los cuidados, planificando, ejecutando y evaluación de este, así mismo se realiza una documentación del progreso y planificación de alta este tipo de trabajo inspirado de enfermeras mexicanas para retomar las teorías y modelos de enfermería en el ámbito laboral.

La investigación de enfermería es nueva y antigua a la vez, Florence Nightigale se le considera como a la primera investigadora de enfermería porque sus reformas en la profesión, se basaron en una investigación cuidadosa, el ámbito en que se movía la enfermería no era propicio para la

investigación, como tampoco había enfermeras preparadas para emprenderla. Sin embargo la necesidad de la investigación ya fue reconocida por las primeras dirigentes, que se comprometieron con el método científico, de recoger e interpretar datos para generar nuevos conocimientos y mejorar los cuidados de Enfermería.

Por otro lado la Sigma Theta inicio un fondo de investigación en los años treinta para fomentar la conciencia de la necesidad de investigación, La Association of Collegiate Schools of Nursing (A.C.S.N.), un foro especial sobre la investigación de enfermería en 1941. La cámara de delegados de la Association Nursing American (A.N.A.), aprobó programa de investigación en 1950 este programa estaba diseñado a largo plazo para estudiar, 1) las funciones de enfermería en distintos contextos y zonas geográficas, 2) la relación de sus enfermeras con sus compañeros de trabajo y asociados.

En 1955 se creó la American Nurses Foundation, como corporación miembro de la (A.N.A.) El fin de esta fundación era proporcionar becas de investigación a las enfermeras graduadas para proyectos científicos y educativos y llevar a cabo estudios, y revisiones e investigaciones; proporcionar becas a las instituciones educativas, públicas y literarias. A todo ello siguió la creación de la comisión para la investigación de enfermería (1970) y el consejo de enfermeras investigadoras (1972) dentro de la (A.N.A.). Para la formación de enfermera investigación, proporcionar sueldos a estudiantes y generar nuevos conocimientos para enfermería.

5.2. Proceso de Enfermería

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de objetivos y está constituido por cinco etapas según. Alfaro L.R. (2003).

La valoración es un proceso organizado y sistemático de recolección de información sobre el estado de salud de la persona, familia o comunidad, Alfaro. (2008). Es importante para el desarrollo de todo el proceso, su importancia radica en la veracidad, exactitud, congruencia e integración, de los datos obtenidos, será la validez que tengan las siguientes etapas del proceso; la recolección, selección y organización de datos sobre el estado de salud de las personas, a través de diversas fuentes, que incluyen a la persona, expediente clínico, la familia y el entorno, por lo que es importante que se realice de manera completa y fiable para las decisiones y acciones.

La importancia de recabar información relacionada con sus dimensiones biofisiológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales con la finalidad de hacer una valoración holística.

Para obtener información se utilizan procedimientos tales como; la entrevista y el examen físico, que permite reunir la información necesaria de la persona para conocer su estado general de salud, cabe mencionar algunos modelos y teorías de enfermería que permiten tener una visión amplia, como son; Virginia Henderson y sus catorce necesidades, Hildegard Peplau, quien plantea una relación enfermera-persona como una interacción terapéutica y Dorotea E. Orem y su modelo de autocuidado.

Durante esta etapa se recaba información de la cual es necesario identificar los datos, subjetivos; se refieren a las percepciones de las personas sobre su problema de salud, los informes objetivos; son las observaciones o

mediciones de datos somáticos, fisiológicos, hábitos y costumbres entre otros, realizados por el personal de enfermería, para la recolección de la información pueden ser fuentes directas, como la persona, indirectas; el expediente clínico: “un conjunto de documentos escritos, gráficos imagenológicos en los cuales el personal de salud debe hacer registros, anotaciones y certificaciones correspondiente a su intervención, con arreglo a las disposiciones reglamentarias.” (NORMA OFICIAL MEXICANA N.O.M.-168-S.S.A.1-1999, del expediente clínico).

Para el recaudo de información se manejan diferentes medios y métodos como son:

Observación: es un medio donde se obtiene datos de la persona en todas sus esferas (biológica, psicológica, social y espiritual), se organiza la información y se determina por el modelo teórico empleado, para el desarrollo de la práctica profesional, Potter. (2001).

La entrevista, implica un modelo de comunicación se inicia con un fin específico y centrado en una área de contenido definido, cuya salud identifica las necesidades humanas y los factores de riesgo a la salud, se identifican los cambios determinados ocurridos en el bienestar y el estilo de vida de la persona.

Valoración física: se contempla la medición y registro de las constantes vitales así como el examen de todo el cuerpo a través de los diferentes métodos a utilizar para llevar a cabo la exploración física, estos métodos se realizan mediante la inspección, palpación, percusión, auscultación y olfato; esto se debe de hacer en forma sistemática en busca de anomalías que puedan dar información acerca de los problemas anteriores actuales y potenciales de salud.

La valoración se puede realizar mediante dos aspectos, generales o también llamada básica hace referencia a la información de manera global o focalizada, se refiere a los datos que se reúnen para determinar el estado de un aspecto específico.

El Diagnóstico de enfermería; desde 1973 la N.A.N.D.A. inicio el establecimiento de dominaciones diagnosticas temando como referencia la experiencia clínica o la bibliografía, en 1984 la N.A.N.D.A. estableció un comité de revisión de diagnósticos (Diasnostic Review Committee/DRC) para crear un proceso de estudio y aprobación de una lista aprobada. En 1990 se publicó la primera edición de diagnóstico de enfermería de manera oficial por la N.A.N.D.A.

Definiciones del diagnóstico de enfermería: Se describe los problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia están capacitadas y autorizadas a tratar Gordon, (1982).

Es una explicación que describe un estado de salud o una alteración real o potencial de los procesos vitales de una persona (fisiológicos, psicológicos, sociológicos, de desarrollo espiritual). La enfermería utiliza un proceso de enfermería para para identificar y sintetizar los datos clínicos y para disponer intervenciones de enfermería que reduzcan eliminen o prevengan (promoción a la salud) las alteraciones de salud que parezcan el dominio legal y educativo de enfermería Carpenito, (1988).

En la novena conferencia de la North American Nursing Diagnosis Association (N.A.N.D.A.) fue aprobada la siguiente definición: en diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de

actuaciones de enfermería que consiga los resultados de los que es responsable, de enfermería N.A.N.D.A. (1990).

Los tipos de diagnósticos de enfermería son: Bienestar, real, potencial y posible.

- **Bienestar;** es un juicio clínica sobre el individuo, familia o comunidad en transición de un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto de bienestar.
- **Real;** describe un juicio clínico que el profesional a confirmado por la presencia de características que lo definen y signo o síntomas principales.
- **Potencial;** describe un juicio clínico sobre que un individuo o grupo es más vulnerable de desarrollar el problema que otros, en una situación igual o similar.
- **Posible;** señala un problema que el profesional de enfermería sospecha, pero que necesita recoger más datos para confirmar o descartar su presencia.

El enunciado del diagnóstico debe constar de una, dos o tres partes; lo cual depende del tipo de diagnóstico, los de bienestar se escriben con enunciados de una sola parte, los de alto riesgo y los posibles de dos partes (el problema relacionado con los factores de riesgo) y el diagnóstico real consta de tres partes (problema, factores concurrentes o etiología y signos y síntomas. para estructural un diagnóstico lo podemos hacer por el formato PES; problema, etiología, signos y síntomas o bien formato N.A.N.D.A.; etiqueta diagnóstica, factores relacionados o factores de riesgo, características definitorias.

En la etapa de Planificación, se toma en cuenta las prioridades, se establecen los objetivos e intervenciones correspondientes al diagnóstico de enfermería, se revisa la forma de registro con la finalidad de que favorezca la comunicación entre las enfermeras y el equipo de salud, en esta fase la planeación se requiere mientras se brinda el cuidado enfermero y se tiene por objetivo promover la comunicación entre el equipo multidisciplinario y así dirigir los cuidados, documentar, crear registro para utilizarlos en la evaluación, e investigación y propósito legales, a si también proporciona datos de costo beneficio, los planes deben ser claros, específicos y consecuentes. Los principales componentes del plan de cuidados son: objetivos, diagnóstico de enfermería, intervenciones de enfermería, evaluación.

La determinación de prioridades, establecer objetivos esperados, determinar las intervenciones de enfermería y registro de plan.

Las prioridades se establecen según Koziar (2008). Tomando en cuenta el momento de prioridad la importancia vital del problema encontrado, la jerarquización de las necesidades básicas, de acuerdo con la tarea de Maslow, las prioridad que les da el usuario, los planes de tratamiento médico, los recursos de enfermería, el interés particular del programa que se ofrezca por razones preestablecidas, importancia de los problemas que tiene que ver con la salud materno infantil.

Las respuesta reales y potenciales del usuario son consideradas problemas y se enuncian utilizando las categorías diagnosticas de enfermería. Los resultados esperados son situaciones que implican cambios totales o parciales y si no hay cambios, por lo menos se espera que no allá empeoramiento de las necesidades humanas, y las deducciones se deben dirigirse a la primera parte del diagnóstico y ayudan a definir las conductas que sean corregido, disminuido o prevenido el problema.

Los objetivos pueden ser a corto plazo y describen los beneficios tempranos que se esperan de las intervenciones, por ejemplo mañana será capaz de andar, a largo plazo estos describen los beneficios que se esperan después de haber puesto la marcha del plan. Por ejemplo después de diez días.

Tipos de plan de cuidados de acuerdo a la Comisión Permanente de Enfermería, (2010) son:

Individualizado: permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto.

Estandarizado: es un protocolo específico de cuidados apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto a la enfermedad.

Estandarizado con modificaciones: este tipo de planes permite la individualización, al dejar abiertas opciones a los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

Computarizados: requiere la información previa de los diferentes tipos de planes de cuidado estandarizado, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

Las intervenciones de enfermería pueden ser directas: son aquellas acciones realizadas mediante interacción directa con la persona, indirecta: son acciones realizadas lejos de la persona y en beneficio de esta, los cuidados se dirigen al cuidado del entorno o de colaboración con el equipo de salud.

Todas las acciones dirigidas a las personas deben reunir ciertas características, como ser coherentes con el plan de cuidados general, tener

principios, ser individualizados para cada situación en concreto, proporcionar todas las oportunidades para la enseñanza y el aprendizaje, tener en cuenta la utilización de recursos apropiados.

Una vez identificado las capacidades y problemas en esta fase se establece el plan de cuidados encaminado a eliminar, reducir o prevenir lo ya detectado, se forman prioridades en los cuidados, ordenando jerárquicamente las dificultades detectadas en función de las necesidades humanas y los deseos del propio paciente.

Para la etapa de Ejecución, después de las tres primeras etapas del proceso enfermero: valoración, diagnóstico y planeación; es momento de la ejecución del plan y brindar las intervenciones a la persona, el profesional de enfermería es quien revisará y supervisará estas acciones, sin embargo los familiares o el equipo multidisciplinario pueden auxiliar en el cumplimiento de las acciones planeadas, se establecen prioridades, se ejecutan las intervenciones y se valora una y otra vez, si fuera necesario; así también se realizan registros con base en un marco legal.

Una vez que se ha planeado e iniciado las intervenciones, existe un informe de quien lo planeó o ejecutó y se realiza leyendo los registros; el informe debe ser objetivo, relevante tener escritos en donde se anote información organizada, de antemano esto permite fijar las prioridades.

Después del informe, verifique la indagación crítica como perfusión intravenosa, funcionamiento del equipo, identifique los problemas urgentes, por ejemplo: los que ponen en peligro, como vías desconectadas, tubos torácicos y caídas, haga una lista de los principales problemas de las persona y plantéese: qué problema que debe resolverse hoy y que sucederá si lo dejo para más tarde, qué problema debo controlar, de no ser así que sucedería

para lograr, los objetivos de plan ¿Cuáles son los problemas clave o los problemas que debo resolver o manejar?, de todos los problemas de la persona que cuido ¿con cuales puedo trabajar hoy de manera realista?, determine las intervenciones que debe hacerse para prevenir, resolver o mejorar los problemas detectados, decida que puede hacer por sí mismo el enfermero o la familia, que puede delegar a otros, haga una hoja de trabajo personal para anotar lo que se realice durante el turno y consúltela continuamente. Alfaro L.R., (2003).

A manera de conclusión estos pasos permiten organizar, priorizar las tareas y darle seguimiento a los cuidados planeados o bien revalorar y direccionar las intervenciones. Hay que considerar las políticas internas de cada institución con la finalidad de verificar las formas de trabajo para enfermería que nos den resultado ante los objetivos trazados.

La realización de intervenciones significa estar preparada para ejecutar las intervenciones, determinar las respuestas y hacer los cambios necesarios en el plan de cuidados según, Kozier, Erb. (2008).

Es muy importante explicar a las personas qué intervenciones se realizarán, en muchas actividades de enfermería es importante asegurar la intimidad del paciente, por ejemplo: cerrando puertas, corriendo las cortinas, cubriendo, previendo la privacidad, etc.

También hay que considerar cuando se realizan actividades por parte del equipo de salud como Rayos X, fisioterapias, hay que acompañarle de ser posible y explicarle.

Durante este momento hay que considerar entre otras cosas: basar las intervenciones de enfermería con conocimientos científicos, investigación,

modelos, así como de los efectos adversos o complicaciones, adaptar las actividades a cada persona, por las creencias, valores, edad, estado de salud, ambiente estar seguros de las intervenciones a ejecutar proporcionar educación, apoyo y bienestar, ser integral, considerar sus respuestas o necesidades, respetar la dignidad y potenciar la autoestima, animar para la participación durante el cuidado a la persona y familia. Tras llevar acabo las actividades de enfermería, lo siguiente es anotar las valoraciones, intervenciones y respuestas considerando escribir lo observado (objetivo) y lo referido por la persona (subjetivo).

Finalmente en el etapa de Evaluación, es la respuesta que describe la necesidad humana (estado de salud de un individuo o grupo que el enfermero pueda identificar legalmente para lo cual realiza una intervención definitiva, para mantener un estado de salud, reduciendo, eliminando o previniendo las alteraciones, de tal manera que sean evaluadas, las etapas, es importante que el profesional de enfermería este alerta ala repuestas humanas que puede presentar, la persona en todas las etapas.

Si dentro de esta etapa se realizó una valoración incompleta o incorrecta influye en todas las etapas posteriores, por lo tanto se tiene que revalorar y registrar datos nuevos ya que estos pueden identificar la necesidad de nuevos diagnósticos; objetivo, y nuevas intervenciones, diagnostico en el momento de realizar juicio sobre el estado de salud solo que ratifique la construcción, o en su caso modificación por ejemplo, un problema real, potencial o posible, la planeación; se revisa la congruencia entre los objetivos e intervenciones o si se requiere de nuevas intervenciones ejecución: se lleva a cabo el plan de asistencia planeado, en el caso de existir datos, diagnósticos, objetivos, intervenciones nuevos se llevaran a cabo las nuevas intervenciones, evaluación; se hará una reevaluación, si se consiguieron los objetivos

planeados en el plan de cuidados y a su vez cada etapa del proceso como ya se ha descrito.

La evaluación de los cuidados brindados a la persona en relación con su estructura, proceso y resultado con la finalidad de asegurarse el control completo de la práctica de cuidados de la salud se realizaran los tres tipos de evaluación según, Donabedian, A. (1966).

Respecto al proceso se centra en cómo se brindan los cuidados, por ejemplo las , valoraciones , intervenciones, es decir en tiempo y forma, con la estructura se centra en el entorno en el que tiene lugar los cuidados por ejemplo, entorno físico, plantilla del personal, o lugar de prácticas en la comunidad hay que preguntar si estos fueron los adecuados para un adecuado manejo de los cuidado, los resultados se enfatizan en estos objetivos de los cuidados, hay que preguntarse ¿Se alcanzaron los objetivos? ¿Si la personas están satisfechas con los cuidados? La evaluación critica, cuidadosa y especifica de los cuidados la clave de la eficacia en el sentido de evaluación para el proceso, se determina la eficiencia de un plan de cuidados individualizados es decir, si la persona logro los objetivos a tiempo, respecto a los cuidados, también es momento de reiniciar si no existe solución a los problemas, o si no se detectó la prioridad, no se tuvo el recurso material o humano o si existió alguna respuesta humana durante la ejecución.

5.3. Teoría y Modelo de Enfermería

Las teorías de Enfermería, están conformadas de conceptos y proposiciones dirigidas a explicar los fenómenos con mucho más minuciosidad que los modelos conceptuales y explican los fenómenos de meta paradigma; persona, entorno, salud y cuidado, explicando las relaciones derivadas de estos cuatro conceptos, la teoría articula y comunica una forma de ver los diferentes fenómenos, guiando de esta manera la práctica de enfermera, a partir de los años 50 del siglo XX cuando los profesionales de enfermería comienzan a desarrollar los modelos conceptuales. Estos logran clasificarse según su centro de interés principal, representando diferentes puntos de vista y explicaciones sobre la naturaleza de los objetivos y de los métodos de enfermería.

Modelo conceptual es una idea global sobre cómo debe ser el cuidado de enfermería, se construyen a partir de los conceptos que describen imágenes mentales de los fenómenos y de las proposiciones que establecen las relaciones entre los conceptos, lo que puede proporcionar una organización para pensar, observar e interpretar lo que se ve, de la misma manera ofrecen una orientación para identificar las cuestiones más importantes del cuidado, muestra matrices disciplinares diferentes o paradigmas, derivados del metaparadigma de enfermería. Cada una de ellos define los cuatro conceptos de forma diferente y enfoca desde distintos puntos de vista las relaciones que se dan entre ellos (persona, entorno, salud y concepto de enfermería).

Las teorías están conformadas de conceptos y proposiciones dirigidas a explicar los fenómenos con mucho más minuciosidad que los modelos conceptuales, y explican los fenómenos del Metaparadigma: persona, entorno, salud y cuidado, explicando las relaciones derivadas de estas cuatro variables”, por lo que la teoría articula y comunica una forma de ver los

diferentes fenómenos, guiando de esta manera la práctica enfermera.
Fawcet J. (1995)

Una articulación organizada, coherente y sistemática de una serie de declaraciones relacionadas con preguntas o cuestionamientos, de significado importante para enfermería, que se expresan como un todo significativo. Es una representación de aspectos de la realidad que se descubren o inventan, para describir, explicar y predecir o prescribir respuestas, eventos, situaciones, condiciones o relaciones. Las teorías tienen conceptos que están relacionados unos con otros, formando definiciones teóricas. Durán (1998).

Para poder comprender la diferencia entre teoría, modelo conceptual y modelo de atención revisaremos la Jerarquía estructural del conocimiento propuesta por Fawcet (1) (ver esquema 1), en el que cada escalón de la jerarquía, señala que existe una diferencia, dado el nivel de abstracción, entre los modelos conceptuales y las teorías, y que estas a su vez pueden clasificarse por su mismo nivel de abstracción y posibilidad de operacionalización de sus conceptos integrantes.

Esquema 1

JERARQUÍA ESTRUCTURAL DE CONOCIMIENTO

Cuadro comparativo del elemento disciplinar y la práctica de enfermería

DISCIPLINA	PRÁCTICA DE ENFERMERÍA
Metaparadigma	Persona, Salud, Entorno y Cuidado
Filosofías (Visiones de enfermería)	Filosofías de Facultades y Hospitales Servicios de enfermería Códigos de Ética Derechos de los pacientes.
Modelos Conceptuales Teorías	PERSPECTIVA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SE APLICAN EN: Especialidades clínicas Conocimiento de enfermería y otras disciplinas afines Sistemas y modelos de atención de enfermería Modelos de Cuidado Otros.
Indicadores Empíricos	SE TRADUCE EN: Estándares para la práctica Formatos de valoración Taxonomías diagnósticas Protocolos de intervención de enfermería Criterios de Evaluación Otros.

Tomado de Fawcet J. (1995) Analysis and Evaluation of Conceptual Models. Philadelphia. F.A. Davis Company.

El metaparadigma: son conceptos globales que identifican el fenómeno sobre el que se centra la atención de una disciplina, las propuestas generales que describen los conceptos y las propuestas globales que plantean las relaciones entre los conceptos.

Las filosofías, entendidas como la forma de explicar el significado de los fenómenos de la enfermería, a través del análisis, del razonamiento, y del argumento o exposición lógica, entre las que se encuentran: Nightingale, Watson, Ray, Benner, Martinsen y Eriksson. Estas filosofías se traducen en 3 visiones diferentes sobre el mundo, que han sido nombradas de manera diferente por dos autoras: Visiones de enfermería, Reacción o lineal, Interacción o recíproca, Simultaneidad. Fawcett. (1978). Particular determinística, Interactiva-integrativa, Unitaria transformativa. Newman. (1992).

Visión de reacciones lineales/particular determinista/categorización: Cuidado, puede ser abordado de forma tradicional de la ciencia. El conocimiento busca leyes universales. En el área de salud se busca la relación causal de enfermería. Los aspectos fisiológicos y psicológicos de la salud humana no están contextualizados y se le relaciona con comportamientos medibles y cuantificables. Visión de interacción recíproca o reciprocidad/ interactiva – integrativa: Esa es una ampliación de la particularidad determinista, que además toma en cuenta el entorno de la persona, el cuidar es visto como un producto multidimensional contextual y previsible y se orienta de mantener la salud de la persona en sus áreas biológicas, psicológicas y social, cultural y espiritual. Visión de simultaneidad/ unitaria transformativa: La persona es considerada como un ser único, cuyos componentes forman una unidad que constituye un todo indisociable mayor que cada una de sus partes y distinto de estas. Posee capacidad de conocerse reflexionar con prometerse de acciones deliberadas y voluntarias y utilizar sus ideas en beneficio propio y de

los otro. La salud es una experiencia vivida según la experiencia cada persona y hace referencia al bienestar y la realización y el potencial de cada uno. Es un proceso dinámico y continuo de adaptación de todas las potencialidades de la persona de la complejidad del entorno. El entorno está constituido por el conjunto del universo de que la persona forma parte la persona y el entorno está en constante cambio mutuo y simultaneo. Implica la toma de conciencia de cada persona de como los cambios en el entorno influyen en si situación de salud. El cuidado es el proceso de ayuda a las personas, dirigido a facilitar su desarrollo vital y su bienestar tal y como ella lo define, por lo que ha de implicar el reconocimiento de sus valores, cultura, creencias y biológicos.

Modelos conceptuales proporcionan un marco de referencia, que les explica cómo observar, e interpretar los fenómenos de interés para la disciplina de enfermería, es la expresión de la entidad teórica de mayor abstracción dentro de la jerarquía del conocimiento de enfermería su función del modelo es expresar, a través de conceptos y proposiciones, de una manera amplia, un fenómeno de interés para enfermería, en este: La teoría es el cuarto componente de la estructura del conocimiento de enfermería, es una representación de aspectos de la realidad que se descubren o inventan, para describir, explicar y predecir o prescribir respuestas, eventos, situaciones, condiciones o relaciones. Los modelos de atención, definen las referencias teóricas y filosóficas y una metodología que describe la forma de cómo el cuidado será proporcionado en la práctica de enfermería. La teoría de enfermería debe considerar la estructura del conocimiento de la enfermería, las bases filosóficas de la ciencia de la enfermería, el desarrollo teórico, la historia del conocimiento de enfermería y las teorías de enfermería. El articular estos conceptos, permitirá a la enfermería tener un impacto significativo en el cuidado de la salud a través del desarrollo y uso de la

teoría. El tener teorías que guíen la acción de enfermería, tiene un impacto profundo en la naturaleza y ámbito de la práctica, tanto en la forma como se valora y en el diseño de las intervenciones que se realicen y contribuye con la coherencia del conocimiento en la práctica disciplinaria, favorece el desarrollo y crecimiento de la disciplina, contribuyen con la identidad de la profesión.

Patrones del conocimiento: Personal; relacionado con la autenticidad del proceso interpersonal entre enfermero y paciente, comprende la experiencia interior, apropiada, total consiente y auténtica. Ético; ligado a las creencias valores morales, la ética está enfocada en el deber de obligación o que debe hacer, el componente moral del conocimiento en enfermería y va más allá de las normas o códigos éticos de enfermería. Fuentes de recursos para el desarrollo teórico de enfermería: es necesario reconocer cuáles son las fuentes que pueden dar luz para que se pueda generar dicha teoría, con la finalidad de impactar profundamente la naturaleza y el ámbito de la práctica, desde la forma en que se valora, en el diseño de las intervenciones, así como los aspectos a evaluar. El desarrollo teórico parte de ideas generadas por enfermeras involucradas en un aspecto específico del conocimiento, las teorías están basadas en ideas de la práctica aunque puede haber ideas sin la teoría. Estas ideas provienen de experiencias personales, trabajo de otros, inspiraciones, discernimiento de la intuición. Práctica de enfermería existente; la práctica existente es la primera fuente de ideas de enfermería y dentro de este contexto el receptor del cuidado mismo, inspiraron a la teoría naciente.

El proceso del cuidado para quien sufría enfermedades y estaban afectados por la guerra, como esencia de la atención de enfermería y su advertencia a sus enfermedades sobre las necesidades de no concentrarse en el proceso de la enfermedad, son los intentos más tempranos de diferenciar el enfoque teórico de enfermería del enfoque teórico médico. F. Nightingale. (1865).

El equipo médico; quienes continuaron la labor educativa de Nightingale falló en diferenciar el enfoque y las metas de enfermería para reforzar su desarrollo teórico. De alguna manera el paradigma médico, más desarrollado y poderoso, reemplazó lo que comenzaba a ser el paradigma de enfermería (conceptos de salud, ambiente, higiene, cuidados. Experiencia de enfermería; las ideas relacionadas con enfermería se han basado en experiencias personales o de un grupo y se transmiten de generación en generación a través de la enseñanza o de textos de enfermería. Las ideas generadas de las experiencias de dar aliento, cuidar, cambio de ambiente, preparación para la hospitalización, para cirugía o el alta y otro tipo de ideas, son las que pueden perfilarse hacia el desarrollo de teoría. Preparación para un rol; los roles funcionales de enfermería. Las educadoras al buscar ideas para preparar el rol, enfocaron sus esfuerzos en disciplinas funcionales y muy pronto estas se convirtieron en la fuente de ideas teóricas de enfermería. Aunque la práctica continuó como fuente de ideas, la generación de estas se limitó a aquellas que nacieron y eran utilizadas en la práctica inmediata, no para el desarrollo y la evolución futuros, las ideas desarrolladas a partir del paradigma de preparación para un rol describen y predicen formas de funcionamiento efectivas, pero nunca evolucionan hacia la teoría porque las áreas funcionales están enmarcadas en otras áreas del conocimiento. Paradigmas de otros campos del conocimiento; enfermería ha dependido excesivamente de los paradigmas de otras disciplinas, además de medicina y de roles funcionales. La educación de enfermeras a nivel de doctorado en campos como la psicología, sociología, antropología, fisiología, educación y otros ha promovido la sana proliferación de ideas. Ha ocurrido una especie de polinización cuando ideas como sistemas, adaptación, estrés, entre otras muchas, se han adicionado a los fenómenos de enfermería. La práctica ideal enfermería; otra fuente de ideas para teorías de enfermería es la práctica de enfermería que debe ser, en contraposición a la dimensión del cómo es o

práctica real. Algunas teoristas han desarrollado sus modelos o teorías basadas en un ideal de lo que debe ser la práctica de enfermería. Stevens, B.J. (1984).

El proceso de enfermería y sus etapas de valoración, diagnóstico, intervención y evaluación es otra fuente de ideas de enfermería para el desarrollo teórico. Diagnósticos de enfermería; es una conclusión basada en un orden o patrón, al cual se ha llegado a través de la investigación de enfermería. Incorpora, naturalmente un juicio crítico. Investigación de enfermería y teoría de enfermería; el estado actual del desarrollo teórico de enfermería y la complejidad de los fenómenos de su campo de acción permiten la utilización de múltiples fuentes y recursos para el desarrollo teórico. Estos recursos pueden ser de diversa índole: la enfermera en ejercicio que reporta un fenómeno no descrito, la investigadora que encuentra contradicción en sus hallazgos, la historiadora que concibe una interpretación diferente y otras modalidades que aportan al enriquecimiento del conocimiento de enfermería.

5.4. Relación de la teoría con la investigación y la práctica.

El conocimiento y las teorías generadas a través de la investigación de enfermería son necesarios para proveer las bases científicas para planear, predecir y controlar los resultados de la práctica de enfermería. Relación de la teoría con la investigación; las teorías explican el significado de los resultados de la investigación y a su vez deben probarse a través de la investigación, de manera que mejoren y refuercen su utilidad para la práctica. La función de la investigación es generar o probar teoría. La investigación diseñada para generar teoría busca identificar un fenómeno, descubrir sus dimensiones o características, o especificar las relaciones de las dimensiones. Se puede decir que la importancia primaria de la investigación es la búsqueda del desarrollo de la teoría. El desarrollo teórico se soporta en la investigación y la investigación se soporta en la teoría. "La relación entre teoría e investigación se puede describir como dialéctica, es decir, una transacción en donde la teoría determina qué información se debe recolectar y en donde los resultados de la investigación brindan desafíos a las teorías aceptadas".

La investigación pone a prueba las teorías de enfermería; una vez que la teoría ha sido construida, sea cual fuere su origen, es posible utilizar métodos de investigación que la validen. Si en un período de tiempo, numerosos estudios de investigación tienden a mostrar un cierto grado de confiabilidad en presupuestos o proposiciones de la teoría, se tiende a pensar que la teoría como un todo, aún sin probarla, es una representación de la realidad o es válida. Los resultados de investigación deben confirmar, refutar o modificar la teoría o desarrollar un nuevo y real sentido de la investigación radica en su utilidad para describir, explicar o prescribir fenómenos de enfermería.

La relación teoría práctica; si se espera que la teoría tenga algún beneficio para la práctica, aquella debe desarrollarse en conjunto o coordinadamente con las enfermeras que están, primariamente comprometidas con la práctica

de enfermería. En términos generales, la utilización peyorativa de los términos teoría y práctica, en el contexto del diario trabajo de enfermería, ha contribuido a mantener una falsa apreciación de los mismos. El término práctica se ha homologado con manualidad, instrumentación, algo que es práctico, que tiene utilidad inmediata, que se hace. El término teoría se homologa con lo impráctico, por lo tanto se reafirma su inconveniencia. Bajo esta apreciación, la teoría y la práctica nunca llegan a encontrarse, porque la teoría por definición, no se relaciona con la práctica. Una posición deseable es entonces la que relaciona la teoría y la práctica como componentes ligados dentro de la disciplina de enfermería. Las teorías nacen de la práctica y una vez validadas se convierten en explicativas y directivas de la misma y la práctica que se basa en la teoría se retroalimenta y por refinamiento metodológico conduce a una práctica autónoma y creativa.

El desarrollo y construcción de la teoría; para la construcción de una teoría de enfermería se requiere tener amplio conocimiento de la dimensión práctica e investigativa de la disciplina, así como llevar con rigurosidad las actividades que demanda su desarrollo, a continuación veremos de manera muy resumida esta temática. El desarrollo de teoría requiere cuatro actividades: análisis de conceptos, construcción o elaboración de relaciones teóricas, prueba de las relaciones teóricas y validación práctica de la teoría análisis del concepto; lo que pretende el análisis de conceptos, con relación al desarrollo teórico, es aclarar y examinar la nominación genérica del concepto, eliminando las múltiples interpretaciones o determinando con exactitud el significado único relacionado con la teoría y sus asociaciones con los valores, actitudes y sentimientos que representa. Construcción de las relaciones teóricas; la actividad de construir relaciones teóricas envuelve básicamente, hacer enlaces sistemáticos entre las palabras simbólicas u otros símbolos de los diferentes conceptos. Prueba de las relaciones teóricas; es una actividad

que define hasta qué punto las definiciones teóricas, corresponden a la experiencia. Aunque esta actividad no es un requisito para todo tipo de teorías, es una operación importante en el logro del desarrollo científico empírico. Validación práctica de la teoría; la actividad de validación práctica de la teoría es un requisito para una teoría y la práctica. Es algo similar a la prueba de relaciones entre definiciones puesto que el examen sistemático de eventos empíricos es el que representa la ocurrencia de los conceptos teóricos.

5.5. Conceptos básicos de Virginia Henderson.

Virginia Henderson la quinta hija de una familia de ocho hermanos nació en 1897 natural de Kansas City, estudio en Virginia, su interés por la enfermería surge durante la I guerra mundial en 1918, ingreso en la Army School of Nursing Washington, D.C. y se graduó en 1921. Empezó a dar clases de enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia en 1922, se Licencio como profesora de enfermería en la Universidad de Columbia donde posteriormente realizo un Master. En 1929 trabajo como supervisora del profesorado en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, en Nueva York. 1930, impartió cursos sobre el proceso enfermero analítico y la práctica clínica hasta 1948 en Tachers collage. Henderson tuvo una larga carrera como autora y como investigadora. Reescribió la cuarta edición del libro Bertha Harmer de 1939 (Textbook of the principales and practice of Nursing), la quinta edición de éste libro de texto fue publicada en 1955, ya incluía la definición enfermería. escribió sola o en colaboración, otras obras importantes, su opúsculo, Basic Principles of Nursing Care se publicó para el internacional Council of Nurses de 1960, y se tradujo a más de 20 idiomas, colaboro durante 5 años con Leo Simmus para elaborar un estudio en Estados Unidos sobre investigación enfermera que se publicó en 1964 su libro, The Nature Of Nursing publicado en 1966, describe el concepto de

Henderson tenía de la función única y primaria de la enfermería, durante los 80 gracias a sus logros ya su influencia en la profesión de enfermería, fue nombrada Doctora Honoris causa en más de nueve ocasiones y consiguió el primer premio Christiane Reimann, en 1983 recibió el premio Mari Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau International por su liderazgo, uno de los honores más altos que concede esta Asociación. American Nurses association (A.N.A.) de 1988 recibe una mención honorífica especial por su contribución a la investigación, la educación y la profesión de la enfermería Henderson murió en marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su definición de Enfermería es conocida en todo el mundo y su trabajo continuo influyendo en la práctica, la enseñanza y la investigación enfermeras en todo el mundo. Marriner A. (1991).

Conceptos principales

Enfermería: La función única de enfermería ayudar al individuo sano o enfermo, en realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación, (o a una muerte tranquila) y que este podría realizar sin ayuda si tuviese la fuerza la voluntad y el conocimiento necesario, realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible. Marriner A. (1991).

Persona; (paciente, cliente) considera que un individuo que precisa ayuda para recuperar su salud y su independencia, o para tener una muerte tranquila. **Salud;** en sus obras utilizaba salud como sinónimo de independencia, considerando que la salud dependía de la persona para satisfacer por sí misma las 14 necesidades básicas si ayuda. **Independencia;** la capacidad de la persona para satisfacerse por sí mismo 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;** pueden ser consideradas de una doble vertiente. Por un lado. La ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realice actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Entorno; Henderson utiliza la definición de Webster New Collegiate Dictionary, 1961 que define el entorno como; el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan la vida y el desarrollo de un organismo. **Dificultad;** son los obstáculos, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. **Fuerza;** interpretamos a la 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 a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidades intelectuales, etc.

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. **Voluntad;** incapacidad o limitación de la persona para comprometerse a una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades, Henderson, (1991).

VI. DESARROLLO DEL PROCESO.

6.1. Presentación del Caso

El proceso de enfermería se aplica al señor T. adulto mayor de 83 años de edad, sin estudios, no sabe leer ni escribir residente del Estado de México casado y actualmente vive con esposa desde hace 20 años, acompañados de su hija, esposo y dos de sus nietos. Cuenta con todos los servicios públicos.

El Sr T. se encuentra orientado en sus tres esferas tiempo, lugar, espacio, es de complexión delgada con signos vitales de FC. 80X1, FR.26X1, T/A. 130/80 mm. Hg. Temp. 36.8 °C. Peso 56 kg, talla de 1,60 m.

Es una persona que estaba pasando por un proceso infeccioso de vías respiratorias en el momento de la entrevista, manifestando que tiene hiperglucemia, dolor articular y presión alta, se observa con el cabello blanco, limpio, piel arrugada hidratada, con disminución de la visión, oído y de la movilidad física, refiere bañarse cada tercer día, y se lava los dientes una vez al día.

El Sr. T. dice que trabajaba en el campo anteriormente, ahora tiene animales de granja, y se dedica a cuidarlos en su hogar, en ocasiones llega a venderlos para costear gastos personales, ya que el apoyo económico en general es por parte de su hija.

Su alimentación es variada, come de todo, su evacuación es de una a dos veces al día en ocasiones son pastosas o aguadas, toma medicamento.

En el momento de aplicar el plan de cuidados y la atención brindada enfatiza su conformidad por la atención brindada, además de que expreso un mejor bienestar.

Refiere que las acciones ejecutadas fueron de mucha ayuda y podría ser mejor si este tipo de atención fuera brindadas en los sectores de salud pública comunitaria, después de llevar a cabo el plan de cuidado se tenía como meta recuperar un 70% de independencia, los resultados fueron más elevados ya que se obtuvo 80% de sus necesidades afectadas.

6.2. Ficha de Identificación

Nombre: T. Edad: 83 Talla: 1.60cm
Fecha de nacimiento: 29 de diciembre 1931 Sexo: masculino
Ocupación: campesino Escolaridad: ninguna
Fecha de admisión: 28/04/2013 en casa Hora: 11:00 a.m.
Fuente de información: entrevista y valoración física
Fiabilidad (1-4): 4 Miembro de la familia/persona significativa: esposo

Paciente El Sr. T. Refiere estar enfermo de diabetes mellitus, sufre de la presión, artritis, acude regularmente al médico se controla con medicamentos como:

MEDICAMENTO	
Metformina	Dexametaxona
Enanapril	Neomicina
Clortolidona	Fenilifrina
Glibenclamida	Complejo b
Afrin	Salbutamol

1. Necesidad de oxigenación

Refiere congestión nasal durante el día con dificultad para respirar, signos vitales FC/80, FR/26, TA/130/80mgHg, TEM:36,8 °C, presenta dolor al inspirar y expirar, esto le dificulta conciliar el sueño, pero el utiliza remedios caseros, como ungüentos dérmicos y temazcal para mitigar el dolor de espalda tórax y rodilla, a la exploración física se encuentra narinas secas eritematosas permeables, faringe y laringe rosadas a la auscultación se percibe sibilancias leves a la palpación refiere dolor antero posterior en tórax

2. Necesidad de nutrición e hidratación

Refiere alimentarse de: carnes, verduras, leches y sus derivados, come de dos a tres veces al día, en ocasiones, ha notado molestias en los maxilares por masticar demasiado al comer, además que en el transcurso del día presenta molestias abdominales, como cólicos, distención, y meteorismo, también comenta que se golpeó en el codo lo que ocasiono hematoma que posteriormente paso hacer un proceso infeccioso lo que ocasionó una herida, que le tardo en cicatrizar aproximadamente 20 días, no es alérgico a nada, toma líquidos, 1000 a 1500ml de agua al día, pero narra que le duele sus riñones en ocasiones, a la exploración física se encuentra con piezas dentales completas y desgaste de las mismas por la edad, la piel hidratada, membranas y mucosas hidratadas, las características del uñas son gruesas, cabello blanco limpio, tiene dificultad para moverse, presenta cicatrices en codo izquierdo, a la palpación de abdomen presenta dolor opresivo en epigastrio y en el riñón con Giordano positivo.

3. Necesidad de eliminación

A la exploración física se encuentra con meteorismo abdominal, ruidos activos, evacua de dos a tres veces al día, tiene molestias al evacuar, refiere en ocasiones heces pastosas o líquidas y orina concentrada, dolor al miccionar en ocasiones molestias en la retro abdominal y al palpar la vejiga manifestó presencia de dolor. Niega presencia de hemorroides, así la influencia de emociones en las evacuaciones.

4. Necesidad de termorregulación

Refiere dificultad para adaptarse a los cambios de temperatura, al no abrigarse y por lo regular siempre se enferma, refiere dolor de rodillas por lo que no puede estar bastante tiempo de pie, además de que es una persona mayor, para hacer actividades físicas, presenta piel arrugada con hiperpigmentación, adelgazamiento, resequedad, y pérdida de la elasticidad, su entorno es agradable, confortable y le agrada el calor solar.

5. Necesidad de moverse y mantener buena postura

Paciente refiere haber disminuido su capacidad física por la presencia de dolor ocasionado por la artritis, y no realiza actividades deportivas, porque no puede estar de pie por tiempo prolongado, como consecuencia le ocasiona dolor, eso lo lleva a tener descansos frecuentemente y actividades en el hogar. Debido a la edad influye mucho en el estado físico ya que presenta curvatura de columna, al estar sentado pide apoyo para ponerse de pie, ocasionándole dolor en rodillas con el movimiento, no presenta temblores, está orientado en sus tres esferas tiempo lugar y espacio, se encuentra tranquilo y está asistiendo a consultas para ver las posibilidades de una cirugía de rodillas, disminución de tono muscular.

6. Necesidad de descanso y sueño

Refiere tener un horario de sueño 9 - 10pm a 7- 8 a.m. Con horas de sueño de 9, 10 hrs, un descanso variado de 4 a 6 horas, ocasionalmente toma siestas, no usa medicamentos para dormir, insomnio a veces por las preocupaciones familiares, descansado por lo regular al levantarse, se encuentra mentalmente tranquilo no presenta ojeras, atento a las indicaciones, no bosteza durante la entrevista concentrado a las preguntas, no presenta apatía, ocasionalmente presenta cefaleas y la respuesta a estímulos es reactiva.

7. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

Refiere no tener problemas con su vestimenta comprar su ropa a compañía de su esposa, su religión no interviene con su vestimenta, viste con ropas que le gustan, le cuesta trabajo vestirse y desvestirse, por el dolor en rodillas y brazos, a la entrevista se encontró confortable, limpio.

8. Necesidad de higiene y protección de la piel

Refiere bañarse 3 a 4 veces por semana, al terminar se siente relajado, se lava los dientes 2 a 3 veces por semana y las manos cuando va a comer y después de eliminar, a la exploración física, en aspecto general limpio, olor a crema corporal, aliento a manzana, cabello blanco sin presencia de seborrea limpio, en miembro torácico izquierdo, actualmente sin lesiones.

9. Necesidad de evitar peligros

Refiere ser conyugue, y ante una urgencia se dedica a acompañar a personas afectadas ya que manifiesta no tener conocimiento de prevención ante un accidente, menciona llevar un control médico con su esposa que le dan citas, le gusta salir a caminar y visitar a sus hijo para distraerse, su hogar se encuentra limpio, agradable, se dedica a estar pendiente de sus animales de granja, pero se le dificulta por tener artritis en los dedos de ambas manos a alimentarlos.

10. Necesidad de comunicarse

Refiere ser casado con 20 años en compañía de su esposa, actualmente viven en casa de su hijastra, por sus enfermedades (diabetes, hipertensión, artritis), se llega a estresar ocasionalmente, aislándose por lo menos media hora, cuenta con el apoyo de sus hijos, se encuentra orientado y se le entiende a la pronunciación de las palabras, presenta problemas en visión borrosa y audición disminuida.

11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores.

Refiere ser católico, su religión no influye con su vida, le gusta ser responsable y honesto ama a su familia, y le gusta trabajar en casa, es congruente en su forma de vivir y lo que dice, su vestimenta es de acuerdo a su edad, es sociable, y es creyente de Jesucristo y la virgen de Guadalupe y otros santos.

12. Necesidad de trabajar y realizarse

Refiere trabaja actualmente en casa, cuidando animales y les da de comer, su beneficio es a largo plazo ya que los vende, les dedica cuatro horas a la semana, su riesgo sufrir alguna caída, se encuentra tranquilo sereno a la entrevista.

13. Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Refiere visitar a sus hijos en su tiempo libre, no se estresa, se preocupa por no poder caminar, no realiza ninguna actividad física o lúdica, su sistema neuromuscular se encuentra deficiente, y deteriorado por la enfermedad de artritis y la misma edad, se encontró participativo.

14. Necesidad de aprendizaje.

Refiere ser una persona sin estudios, tiene problemas de aprendizaje por no saber leer ni escribir, no tiene ninguna limitación cognoscitiva, no sabe de alguna institución de ayuda para el aprendizaje, menciona tener apoyo económico del programa (60 y mas), sin embargo no le interesa aprendizaje en bienestar en su salud. Se encuentra tranquilo, tiene problemas en los sentidos de la vista y oído; presenta dolor en rodillas, tiene buena memoria a corto plazo, pero memoria remota le cuesta trabajo recordar.

VII. CONCLUSIONES DIAGNOSTICAS DE ENFERMERIA			
Necesidad	*Grado de dependencia	*Grado de dificultad	Diagnóstico de Enfermería
1 Oxigenación	I PD X D	F V C X	1. Dolor a la inspiración relacionado con proceso infeccioso, manifestado por sibilancias problemas para conciliar el sueño y expresión verbal.
	I PD D X	F V C X	2. Patrón respiratorio ineficaz relacionado con hiperventilación manifestado por frecuencia respiratoria de 26 por minuto y 80 de frecuencia cardiaca.
2 Nutrición hidratación	I PD D X	F X V C	1. Desequilibrio nutricional relacionado con dolor abdominal, cólico, diarrea, bajo tono muscular manifestado por incapacidad para absorber los nutrientes.
	I PD X D	F X V C	2. Problema a la masticación relacionado con piezas dentales desgastadas, tiempo prolongado en la masticación, manifestado por expresión verbal.
3 Eliminación	I PD D X	F V C X	1. Alto riesgo de diarrea relacionado con agentes farmacológicos.
4 Termorregulación	I PD X D	F V X C X	1. Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado con ropas inadecuadas para la temperatura ambiente.
5 Moverse y mantener una buena postura	I PD D X	F X V C	1. Deterioro de la movilidad física relacionado con desuso del sistema musculo esquelético manifestado por dolor a esta de pie o sentado.
	I PD D X	F V C X	2. Riesgo de dolor crónico generalizado relacionado con inflamación de las articulaciones.
5 Descanso y sueño	I PD X D	F X V C	1. Alto riesgo de insomnio relacionado por preocupaciones familiares y función respiratoria.
7 Usar prendas de vestir adecuadas	I PD D X	F X V C	1. Incapacidad de ponerse la ropa en la parte inferior del cuerpo relacionado con deterioro musculo esquelético manifestado por uso de ropas incompleta o pide ayuda para realizarlo.

8	Higiene y protección de la piel	I PD D X	F X V C	
9	Evitar peligros	I X PD D	F V C X	1. Alto riesgo de sufrir accidentes relacionado con el desconocimiento de medidas preventivas.
10	Comunicación	I PD X D	F V X C	1. Alto riesgo de asilamiento relacionado con sentirse inutilizado.
		I PD X D	F V C	2. Alto riesgo de stress situacional relacionado con inactividad física.
11	Vivir según sus creencias y valores	I PD X D	F V C	
12	Trabajar y realizase	I PD D	F V C	
13	Jugar, participar en actividades recreativas	I PD D	F V C	
14	Aprendizaje	I PD D	F V C	
*(I) Independiente (PD) Parcialmente independiente (D) Dependiente				
*(F) Fuerza (V) Voluntad (C) Conocimiento				

7.1. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Necesidad: Oxigenación	
Diagnóstico de enfermería: 1. Dolor a la inspiración relacionado con proceso infeccioso, manifestado por problemas para conciliar el sueño y expresión verbal.	
Objetivo: El Sr. T, eliminará el dolor a través de la ministración de analgésicos, verificar cada 8 horas, la escala y evaluar diariamente.	
Intervenciones	Acciones
<p>Escala del dolor</p> <p>Manejo del dolor.</p> <p>Ministración de medicación intramuscular</p> <p>Cambio de posición</p> <p>Manejo ambiental: confort</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Por ejemplo: Escala verbal, en las cuales el sujeto debe elegir la palabra que mejor cuantifica la intensidad del dolor. bastante, mucho, leve. ▪ Seleccionar y desarrollar a aquellas medidas (farmacológicas, no farmacológicas), e interpersonales que faciliten el alivio del dolor ▪ Seguir los 5 principios de la medicación: Paciente correcto, hora correcta, medicamento correcto, dosis correcto, vía de administración correcta ▪ Realizar técnicas de asepsia y el protocolo adecuado ▪ Proporcionar un colchón firme ▪ Explicar el cambio de posición y animar al Paciente a participar ▪ Colocar al paciente en la posición terapéutica semifowler ▪ Proporcionar una cama limpia, cómoda ▪ Ajustar temperatura ambiente que sea más cómoda para la persona ▪ Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frio

Observaciones durante la ejecución: a través de una serie de preguntas indica la magnitud del dolor, el tratamiento indicado por el médico y el uso de fármacos ayuda prevenir y controlar el dolor eficazmente. En este caso ministrara antibiótico, expectorantes y analgésico vía oral, se le indican algunas posturas para poder conciliar el sueño, en caso de tener problemas con la respiración por las noches, se enseña la postura semifowler, un ambiente limpio ventilado sin corrientes de aire y protegerse de los cambios brusca de temperatura.

Evaluación: se alcanzó el objetivo ya que con la ministración del medicamento se eliminó la infección, como resultado el dolor desapareció y por ende le permitió descansar por la noche y conciliar el sueño.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Necesidad: Oxigenación	
Diagnóstico de enfermería: 2. Patrón respiratorio ineficaz relacionado con hiperventilación manifestado por frecuencia respiratoria de 26 por minuto y 80 de frecuencia cardiaca.	
Objetivo: El Sr. T, eliminara la hiperventilación a través de ejercicios respiratorios, verificando Cada 8 hrs, la frecuencia respiratoria, cardiaca y evaluar diariamente.	
Intervenciones	Acciones
<p>Monitorización de signos vitales.</p> <p>Monitorización de la respiración y frecuencia cardiaca</p> <p>Valorar presencia de gases o saturación de gases.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura, y estado respiratorio, si procede ▪ Controlar la frecuencia y el ritmo respiratorio (profundidad, simetría) ▪ Hacer ejercicios respiratorios, con espirómetro o inflar globos ▪ Verificar la saturación de oxigenación en la sangre (se utiliza oxímetro durante tres días.
Observaciones Durante la ejecución: Se hace hincapié a los familiares y al Sr. T. Se realizan tomas frecuente de signos vitales donde se encuentran ligeramente alterados FC. 68; FR. 20; T/A. 130/80 mm.Hg; TEM. 36.7°c se realizan ejercicios respiratorios inflando un globo durante 10 minutos para regulariza a los parámetros normales, después de veinte minutos, enfoca al control de la respiración, y se valora la presencia de gases por medio de oxímetro obteniendo como resultado de tres días de 90%, 93%, 95%, por día respectivamente.	
Evaluación: se logra el control de la hiperventilación gracias a los ejercicios respiratorios y se llega a una adecuada saturación de gases con la revisión de oxímetro se regulariza la frecuencia respiratoria 17 ^{x1} cardiaca 72 ^{x1} .	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Necesidad: Nutrición	
Diagnóstico de enfermería: 1. Desequilibrio nutricional relacionado con dolor abdominal, cólico, diarrea, bajo tono muscular manifestado por incapacidad para absorber los nutrientes	
Objetivo: El Sr. T eliminara el dolor abdominal y diarrea a través del manejo una nutrición adecuada para su edad, verificar cada 24 horas la escala y evaluar diariamente.	
Intervenciones	Acciones
Asesoramiento nutricional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinar la ingesta y los hábitos de alimentación del paciente.
Manejo de la nutrición	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar
Enseñanza dieta prescrita	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayudar al paciente a considerar los factores de edad, estado de crecimiento y desarrollo, experiencias alimentarias pasadas, lesiones, enfermedades, cultura y economía en la planificación en la forma de cumplir con las necesidades de nutrición (ver anexo 3)
Manejo de la diarrea	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preguntar si es alérgico algún a alimento ▪ Determinar las preferencias de comida del paciente ▪ Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y las prohibidas ▪ Enseñar al paciente a eliminar alimentos que formen gases o picante de la dieta ▪ Enseñar al paciente a eliminar alimentos que contengan lactosa
Escala del dolor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Por ejemplo: Escala verbal, en las cuales el sujeto debe elegir la palabra que mejor cuantifica la intensidad del dolor. bastante, mucho, leve.

Observaciones Durante la ejecución: Se hace hincapié a los familiares y al Sr. T. Se realiza una serie de preguntas para saber cuáles son los problemas de alimentación; donde mencionan que por lo regular come de todo, por ejemplo; carnes, leche broca y sus derivados, frutas, verduras, tamales, tacos y quesadillas se le indica que por la edad ya el organismo digiere con dificultad ciertos alimentos como las carne, lactosa y grasas etc.

Se le pregunta si es alérgico algún medicamento, manifestó que no, sus comidas favoritas, es carne y toma mucha leche broca, como toma sus bebidas con o sin azúcar, se recomendando un suplemento del azúcar debido a su enfermedad.

Evaluación: Después de una semana se revalora, físicamente, abdomen a la palpación se encuentra flácido sin datos de dolor, y refiere disminución de los cólicos, no ha presentado diarreas en la semana, y se siente mejor cuando duerme, no se siente pesado, buena señal de recuperación por lo que es positivo ya que presento mejoría en tampoco tiempo.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Necesidad: Nutrición	
Diagnóstico de enfermería: 2. Problemas a la masticación relacionado con piezas dentales desgastadas, tiempo prolongado en la masticación, manifestado por expresión verbal.	
Objetivo: El Sr T, lavara sus piezas dentales después de cada comida, con la técnica apropiada, evaluar diariamente.	
Intervenciones	Acciones
Mantenimiento de salud bucal Referencia al especialista	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Animar y ayudar al paciente a lavarse los dientes ▪ Establecer una rutina de salud bucal ▪ Establecer chequeos dentales; si es necesario ▪ El familiar se encarga ver el especialista ▪ Técnica de lavado de dientes. ▪ Visita al Odontólogo
Observaciones Durante la ejecución: Se hace hincapié a los familiares y al Sr. T. Proporcionándoles los beneficios de lavarse los dientes diariamente y estableciendo una rutina para lavarse los dientes además de sugerirle acudir al dentista por lo menos cada 6 meses, y recomendar no comer alimentos duros que tenga que masticar por periodos largos como carnes, evitar los cítricos ya que estos sensibilizan los dientes, estas recomendaciones van a disminuir el dolor de maxilares y dentales, además de que son más difíciles de digerir para el estómago.	
Evaluación: Después de 5 días de no comer carnes y evitar los cítricos y estarse lavando los dientes con la técnica sugerida, manifiesta haber disminuido el dolor de ambos maxilares y dientes lo que refiere que la visita al especialista es sobre cita y esta se la dieron dentro de una semana, se cumplió con el objetivo ya que ha cooperado.	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Necesidad: Eliminación	
Diagnóstico de enfermería: 1. Alto riesgo de diarrea relacionado con agentes farmacológicos	
Objetivo: EL Sr. T, identificara los medicamentos para no combinar en horario de tomas, verificar la toma en los horarios y evaluar diariamente.	
Intervenciones	Acciones
<p>Cuidados en la incontinencia intestinal</p> <p>Manejo de la medicación</p> <p>Manejo de la diarrea</p> <p>Cuidado de la piel perineal</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estar alerta por si hubiera efectos secundarios a la administración de medicamentos ▪ Explicar al paciente y/o familia la acción de los efectos secundarios esperados ▪ Evaluar el perfil de la medicación por si hubiera efectos secundarios gastrointestinales ▪ Identificación de perdida de la continuidad de la piel ▪ Valorar hidratación
<p>Observaciones Durante la ejecución: Se hace hincapié a los familiares y al Sr. T. deberán estar atento sobre los signos de alarma causados por la toma de fármacos, como vómito, irritación de estómago, dolor y diarreas además de verificar los efectos secundarios de cada fármaco, por lo que deberá de realizar ajustes en la dieta, en realidad hay algunos alimentos que pueden causar diarrea (o empeorarla) mientras que otros pueden ayudarte a aliviarla como los plátanos o bananas, arroz (blanco), jugo o compota de manzana, tostadas y té (e hierbas), el puré de papas y el pan blanco) son buenos aliados, junto con la avena.</p> <p>Además si se encuentra con diarrea se debe brinda un cuidado área peritoneal para evitar irritación e inflamación, también se les informo de cuál es la mejor forma para tomar un medicamento; como leer todas las instrucciones, advertencias y precauciones sobre interacciones que están impresas en los empaques y en los rótulos del medicamento, tómese el medicamento con un vaso lleno de agua, a menos que su médico le indique lo contrario. Se indica no combinar fármacos como: no tome píldoras de vitaminas al mismo tiempo que usted toma medicamento puesto que las vitaminas y los minerales pueden causar problemas si se</p>	

toman con algunos medicamentos, no tomar los medicamentos en ayunas y dejar un tiempo prolongado entre cada medicamento, se la hace hincapié de seguir con la dieta y tomar los medicamento con agua suficiente indicada para revisar dentro de una semana.

Evaluación: el señor T. nos mencione que varias veces se tomaba su medicamento por las mañanas sin tener alimento en el estómago además de tomarlo con poca agua, esto es positivo ya con lo que se informo va a prevenir futuras complicaciones, además de referir que las diarreas han disminuido y sabe que medicamentos no debe combinar.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Necesidad: Termorregulación	
Diagnóstico de enfermería: 1. Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado con ropas inadecuadas para la temperatura ambiente.	
Objetivo: EL Sr: T, se abrigarse a los cambios de temperatura, verificar y evaluar diariamente.	
Intervenciones	Acciones
Manejo ambiental: confort	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evitar exposiciones innecesarias las corrientes de aire, excesos de exposición , de calefacción o frio ▪ Fomentar a la persona que debe cubrirse con ropas adecuadas al ambiente
Observaciones Durante la ejecución: Se hace hincapié a los familiares y al Sr. T. de ver un video de las acciones que debe de tomar a los cambios bruscos de temperatura ambiente.	
Evaluación: se mostraron cooperadores y manejan algunas indicaciones del video, se abrigo a los cambios	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA.

Necesidad: Mover y tener una buena postura.	
Diagnóstico de enfermería: 1. Deterioro de la movilidad física relacionado con desuso del sistema musculo esquelético manifestado por dolor, estar de pie o sentado.	
Objetivo: El Sr T, se ejercitara a través ejercicios terapéuticos, verificar cada 24 hrs, evaluar su motricidad cada tercer día.	
Intervenciones	Acciones
Ayuda de autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidado ▪ Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados ▪ Establecer rutinas de autocuidado
Manejo del dolor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes
Prevención de caídas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o barrera de apoyo para caminar), para conseguir una deambulación estable
Terapia de ejercicios: movilidad articular	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la función <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicar al paciente/ familia el objeto del plan de ejercicio de las articulaciones Ayudar en el movimiento articular regular y ritmo dentro de los límites del dolor, en la resistencia y en la movilidad articular
Observaciones Durante la ejecución: Se hace hincapié a los familiares y al Sr. T. que debido a su edad el señor no puede realizar actividades que requieran mucha movilidad o levantar objetos pesados ya que sus condición no lo permite, sin embargo llevar a cabo bañarse, vestirse o algunas actividades de acuerdo a su limitación, y posiblemente sería necesario una caminadora para sostenerse, se llevó a cabo una serie de ejercicios por 30	

minutos de abducción, flexión y movimiento corporal, ya que esto lo llevaría a tener mejor movimiento y posiblemente ayudaría a disminuir el dolor, durante la sesión a la de los movimientos el señor mostro signos de dolor, se continuo con la terapia no pasando más de cinco minutos disminuyo el dolor y la extensión de las articulaciones eran mejor, en la segunda sesión mostro mayor movilidad y menos dolor de la articulación, lo que al señor lo motivo para seguir, en el tercer día el solo realizo la rutina lo cual fue muy positivo, se les recomienda a su familia seguir con las sesiones de 2 a tres veces por semana se les explica cómo se realiza para poder apoyar a Sr T.L,A

Evaluación: el resultado fue positivo ya el señor tubo un 80% de su independencia, mostrando una mejor actitud y movilidad general.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Necesidad: Mover y tener una buena postura	
Diagnóstico de enfermería: 2.Riesgo de dolor crónico generalizado relacionado con inflamación de articulaciones.	
Objetivo: El Sr. T, eliminara el dolor a través ejercicios terapéuticos y ministración de analgésicos, verificar cada 24 hrs, la escala y evaluar diariamente.	
Intervenciones	Acciones
<p>Manejo del dolor</p> <p>Administración de analgésicos</p> <p>Manejo de la medicación</p> <p>Signos y síntomas</p> <p>Escala del dolor</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia de ejercicio ▪ Seguir los 5 principios de la administración de medicación ▪ Preparar los medicamentos utilizando el equipo y técnica apropiados para la modalidad de administración del medicamento ▪ Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos ▪ Identifica signos de alarma ▪ Por ejemplo: Escala verbal, en las cuales el sujeto debe elegir la palabra que mejor cuantifica la intensidad del dolor. bastante, mucho, leve.
Observaciones Durante la ejecución: Se hace hincapié a los familiares y al Sr. T. acerca de terapia de ejercicio con movimientos pasivos durante media hora durante tres días, fármacos indicados por el médico, y posteriormente ministrarlos adecuadamente con técnica y principios de la administración, se identifican los signos de alarma, como calor en la articulación, inflamación articular, rigidez matutina, dolor.	
Evaluación: el señor T. argumenta que el dolor disminuyo y su movilidad es mejor sus articulaciones disminuyo la inflamación.	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Necesidad: descanso y sueño	
Diagnóstico de enfermería: Alto riesgo de insomnio, relacionado por preocupaciones familiares y función respiratoria	
Objetivo: : El Sr. T, eliminar el insomnio a través terapias de relajación, verificar cada 24 hrs evaluar diariamente	
Intervenciones	Acciones
<p>Disminución de la ansiedad</p> <p>Masajes simples</p> <p>Fomentar sueño</p> <p>Terapia musical</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instruir sobre el uso de técnicas de relajación(eje respiraciones lentas, rítmicas y profundas extendiendo los brazos) ▪ Administra masaje en la espalda/cuello si procede ▪ Cambios de posición (semifowler, decúbito lateral) ▪ Favorecer un ambiente tranquilo para dormir (mantener en la habitación un ambiente oscuro y silencioso) ▪ Música de ambientes naturales
Observaciones Durante la ejecución: Se hace hincapié a los familiares y al Sr. T. se les orienta con las técnicas de relajación, respiración y se le indica tener un ambiente tranquilo, así como tener un medio para escuchar música de relajación antes de dormir.	
Evaluación: refiere conciliar mejor el sueño, además de que se siente con mayor energía al despertar por las mañanas, dice que esto no es frecuente.	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Necesidad: Usar prendas de vestir adecuadas	
Diagnóstico de enfermería: 1. Incapacidad de ponerse la ropa en la parte inferior del cuerpo relacionado con deterioro musculo esquelético manifestado por uso de ropa incompleta o ayuda para realizarlo.	
Objetivo: El Sr. T, se vestirá con apoyo de terapia de movilidad o instrumentos de ayuda, verificar su independencia para vestirse, evaluar diariamente.	
Intervenciones	Acciones
<p>Ayuda con los autocuidado: vestir/ arreglo personal</p> <p>Terapia de ejercicios de movilidad articular</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reafirmar esfuerzos por vestirse a sí mismo ▪ Utilizar equipos de extensión para y técnicas para ponerse la ropa (ganchos) ▪ Estar disponibles para ayudar en el vestirse ▪ Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre su función ▪ Determinar el nivel de motivación para mantener o restablecer el movimiento articular
<p>Observaciones Durante la ejecución: Se hace hincapié a los familiares y al Sr. T. realizar una prueba para observar limitaciones corrobora los esfuerzos para enseñar técnicas para vestirse o desvestirse si es necesario o bien utilizar algún instrumento de apoyo, mostro tener limitantes en los movimientos de cintura y flexión de rodillas por lo que se trabajó ese mismo día con terapia los movimientos necesario, al empezar mostro el Sr TLA indicios de dolor al flexionar las rodillas después de 30 minutos después de varias rutinas empezó a tener mayor movilidad y a disminuir el dolor de piernas, por lo que les sugerimos 3 sesiones más y participar con los familiares para que siguieran con las rutinas de dos a tres veces por semana</p>	
<p>Evaluación: su recuperación fue bastante satisfactoria pues en la primera sesión logro tener mucha movilidad y en la última sesión se pudo vestir por sí mismo, lo que fue muy positivo para la familia, es parcialmente independiente.</p>	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Necesidad: Evitar peligros	
Diagnóstico de enfermería: 1. Alto riesgo de sufrir accidentes en el hogar relacionado con el desconocimiento de medidas preventivas.	
Objetivo: El Sr. T eliminara los factores de peligro en el hogar.	
Intervenciones	Acciones
<p>Manejo ambiental de seguridad en el hogar</p> <p>Prevencción de caídas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eliminar factores de peligro del ambiente del hogar que puedan ocasionar accidentes ▪ Modificar ambiente para minimizar el peligro ▪ Proporcionar números telefónicos de urgencias ▪ Educar a familiares sobre los riesgos de seguridad en el hogar ▪ Identificar características del ambiente que puedan aumentar la posibilidad de caídas
<p>Observaciones Durante la ejecución: Se hace hincapié a los familiares y al Sr. T. haciendo participe a realizar una actividad llamada operación hormiga en la que consiste, ver recoger, valorar las cosas que puedan causar algún daño en el hogar, se le mostro por medio de símbolos, dibujos a identificar las diferentes instituciones para poder pedir ayuda en caso de accidente en el hogar.</p>	
<p>Evaluación: al principio se mostraron apáticos los familiares y el Sr T. pero como iba transcurriendo la actividad, tomar conciencia de las cosas que estaban mal acomodadas y a darse cuenta de los accidentes que podían tener lo que pareció muy favorable. El Sr identifico muy rápido los números de teléfono con símbolos e imágenes en cada uno de los servicios de apoyo.</p>	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Necesidad: Comunicarse	
Diagnóstico de enfermería: 1. Alto riesgo de aislamiento relacionado con sentirse inutilizado	
Objetivo: El Sr. T debe descartar el aislamiento a través de juegos y entretenimiento, verificar cada 48hrs, evaluar cada semana	
Intervenciones	Acciones
<p>Terapia de entrenamiento</p> <p>Terapia de actividades</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinar actividades que aumente la atención en consulta con la terapia ocupacional (actividades manuales) ▪ Adaptar el entorno para acomodarlo a las actividades deseadas ▪ Ayudar a explorar el significado personal de la actividad de trabajo, actividades de pasa tiempo favoritas ▪ Elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas
<p>Observaciones Durante la ejecución: con base a las preguntas realizadas se formularon actividades que interviene de manera que se siente con obligación y responsabilidad para sentirse útil, como quehaceres doméstico, dar de comer a sus animales adaptando el sitio para facilitar su actividad así como ver sus pasatiempos en este caso ver televisión con sus programas favoritos durante 2 horas diarias, visitar a sus familia, lo que trajo como resultado un mejor desempeño en su entorno familiar.</p>	
<p>Evaluación: expresa sentirse útil dentro de su entorno familiar y con responsabilidad y tiene ratos de diversión.</p>	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Necesidad: Comunicarse	
Diagnóstico de enfermería: 2. Alto riesgo de stress situacional relacionado con inactividad física	
Objetivo: EL Sr T. practicara actividades de su agrado con frecuencia verificar cada tercer día y evaluar cada semana.	
Intervenciones	Acciones
<p>Aumentar el afrontamiento</p> <p>Apoyo emocional</p> <p>Humor</p> <p>Disminución de la ansiedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valorar y discutir las respuestas alternativas ▪ Disponer de un ambiente de aceptación ▪ Proporcionar conocimiento sobre los cuidados de la enfermedad ▪ Ayudar a reconocer sentimientos de ansiedad, ira, o tristeza ▪ Animar a expresar los sentimientos proporcionar ayuda en la toma de decisiones (juegos grupales) ▪ Determinar tipos de humor para el paciente ▪ Seleccionar material humorístico (películas cómicas) ▪ Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones. (juegos de mesa) ▪ Masajes antiestress
<p>Observaciones Durante la ejecución: Se hace hincapié a los familiares y al Sr. T. Dando una orientación de 30 minutos el día (durante tres días) con carteles se da a conocer padecimientos y sobretodo orientándolos en su atención, a realizar actividades grupales como salir a caminar, ver alguna película de agrado del sr T.L.A. juegos de mesa para así poder tener confianza para que pueda expresar sus sentimientos cuando sea necesario.</p>	
<p>Evaluación: dentro de las actividades que son de su agrado, manifiesta estar tranquilo manifestado que le gusta oír sonidos de naturaleza acostado serrando los ojos eso lo tranquiliza mucho por ende él se siente mejor.</p>	

VIII. CONCLUSIONES.

De acuerdo a los objetivos planteados y ejecutados a través de las acciones e intervenciones, concluyo que el 80% de ellos se lograron, ya que en la evaluación que se realiza a cada una de estas necesidades, se observa un grado de independencia satisfactorio logrando que el Sr. T. retome algunas de sus actividades cotidianas y proporcionando una mejor calidad de vida, así como previniendo que se afecten o se compliquen otras necesidades.

Desde el punto de vista de sus necesidades fisiológicas más básicas, de amor y pertenencia, seguridad y protección, hasta lograr la autorrealización, o por lo menos el logro de un mayor bienestar físico, espiritual emocional y social de cada uno. Pero por sobre todas las cosas, el todo del sujeto de atención.

En el desarrollo proceso atención enfermería se presentaron limitaciones como el no tener conocimiento del uso de la computadora, manejo de internet, lo que dificulto el desarrollo del trabajo.

El proceso atención enfermería constituye una herramienta fundamental en el desarrollo de enfermería y en sus cuidados, el saber aplicar un proceso atención enfermería, me deja con un mejor conocimiento enriquecido de que es un proceso atención enfermería y de las acciones y aplicadas al cuidado de los pacientes, además de que si trabajas y aplicas con objetividad en los cuidados brindados se obtienen buenos resultados.

El señor T. actualmente reside en Chalco, Estado México.

IX. SUGERENCIAS

A la aplicación del proceso enfermero y sus cinco etapas contemplando que cada una tiene su importancia para desarrollar en conjunto un sistema organizado y dinámico, al momento de aplicar a las personas con situación de enfermedad, a si también se emplea en el entorno y comunidades formulando un plan de cuidado para cada situación requerida.

Es de gran importancia realizar procesos de enfermería ya que es una herramienta fundamental para el desarrollo de enfermería lo que sustenta una formación de conocimiento extenso para adquirir habilidades en desarrollar un buen trabajo y desempeño en el cuidado. Por lo que los estudiantes de nivel medio superior que estudian enfermería, universitarios y pasantes de la licenciatura de enfermería y obstetricia puedan obtener el título por medio de un seminario de proceso atención enfermería, por con siguiente se llevaran una formación, académicas con mayores conocimiento, bases científicas así como herramientas aplicadas al método enfermero.

Para cada proceso atención enfermería se debería llevar un seguimiento temporal para valorar un si se trabaja con las intervenciones realizadas, o bien si hay algún tipo de complicación de alguna necesidad.

Que el seminario de titulación de proceso atención enfermería se permanente como opción de titulación en la Escuela de Enfermería y Obstetricia de Secretaria de Salud del Distrito Federal.

X. GLOSARIO.

Diabetes tipo 2: La diabetes tipo 2 es una enfermedad que dura toda la vida (crónica) en la cual hay altos niveles de azúcar (glucosa) en la sangre. La diabetes tipo 2 es la forma más común de esta enfermedad.

Hipertensión: La presión arterial es una medición de la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea sangre a través del cuerpo.

Artritis: Es la inflamación de una o más articulaciones. Una articulación es el área donde dos huesos se encuentran. Existen más de 100 tipos diferentes de artritis.

Oxímetro de pulso: Es un aparato médico que mide de manera indirecta la saturación de oxígeno de la sangre de un paciente, oxígeno directamente a través de una muestra de sangre.

Signos Vitales: Comprenden el ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria, la temperatura y la presión arterial. Se pueden, medir y vigilar para evaluar su nivel de funcionamiento físico.

Síntoma: Es un aviso útil de que la salud puede estar amenazada sea por algo psíquico, físico, social o combinación de las mismas.

Hiperventilación: Es una respiración rápida o profunda que puede ocurrir con ansiedad o pánico.

Seborrea: Es una enfermedad de la piel que afecta al cuero cabelludo, la cara y el torso. Se trata de un trastorno funcional de las glándulas sebáceas, las cuales producen una hipersecreción de grasa.

Confort: Es aquello que produce bienestar y comodidades.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alfaro-LeFevre, R. (2003). Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. Barcelona: Masson.
- Avant, K. (2002-2003). N.A.N.D.A. Nursing diagnoses: definitions & classification.
- Carpenito, L. (1995). Diagnósticos de enfermería (5ª ed.). Madrid: Interamericana.
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in nursing science*, 1, 13-23.
- Chinn, P. y Jacobs, M. (1987). *Theory and nursing* (2a. ed.). New York: Ed. St. Louis Mosby.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Q.*
- Durán de Villalobos, M. M. (1998). *Enfermería: desarrollo teórico e investigativo*. Bogotá: Facultad de Enfermería/Universidad Nacional de Colombia.
- Durán de Villalobos, M. M. (2001). Fuentes y recursos para el desarrollo teórico de enfermería. En *Enfermería: desarrollo teórico e investigativo*. Bogotá: Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.
- Durán de Villalobos, M. M. (2002). Teorías de rango medio: ¿Por qué para el cuidado? Importancia y utilidad para la práctica de enfermería. En *El arte y la ciencia del cuidado*. Grupo del Cuidado/Universidad Nacional de Colombia/Facultad de Enfermería.

- Fawcet, J. (1995) Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Gordon, M. (1982). Manual de diagnósticos de enfermería. Madrid: Elsevier.
- Iyer, P. W., Taptich, B. J. y Bernocchi-Losey, D. (1997). Proceso y diagnóstico de enfermería. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. y Major, F. (2005). El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson.
- Kozier, E., et ál. (2008). Fundamentos de enfermería. Conceptos, procesos y prácticas. Madrid: Pearson, Prentice Hall.
- Marriner, A. y Raile, M. (2003). Modelos y teorías en enfermería (5ª ed.). Madrid: Mosby.
- Marriner, A. y Raile, M. (2007). Modelos y teorías en enfermería (6ª ed.). Madrid: Elsevier Mosby.
- Meleis, A. (2004). Theoretical nursing: development and progress. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Murrain, E. (2009). Trascender en el cuidado de enfermería, una oportunidad desde la aplicación de la teoría de cuidado cultural: algunas reflexiones. Colombia. Consultado el 18 de marzo de 2010 de http://www.mundoenfermero.com/producciones/trascender_en_el_cuidado_de_enfermeria.pdf
- NANDA. (1990). Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. Madrid.
- NOM-168-SSA1
1999:<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>

- Potter, P. A. (2001). Fundamentos de enfermería. Madrid: Harcourt

- Stevens, B. J. (1984). Nursing theory. Boston: Little, Brown and Company.

- MedlinePlus enciclopedia médica (2011) Diabetes tipo 2. Consultado el 17 de julio de 2013 de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000313.htm>

- MedlinePlus enciclopedia médica (2012) Artritis. Consultado el 17 de julio de 2013 de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001243.htm>

- MedlinePlus enciclopedia médica (2011) Hipertensión. Consultado el 17 de julio de 2013 de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000468.htm>

ANEXOS

Anexo 1

1. Instrumento metodológico

I.-FICHA DE IDENTIFICACIÓN		
Nombre:	Edad:	Talla:
Fecha de nacimiento:	Sexo:	
Ocupación:	Escolaridad:	Fecha de admisión:
Hora:	Procedencia:	Fuente de información:
Fiabilidad: (1-4)	Miembro de la familia/ persona significativa:	

II.- VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Oxigenación, nutrición e hidratación, Eliminación y termorregulación.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Datos Subjetivos:

Disnea debido a;	Tos productiva /seca:
Dolor asociado con la respiración:	
Fumador:	
Desde cuando fuma/ cuántos cigarros al día/ varía la cantidad según su estado emocional:	

Datos Objetivos:

Registro de signos vitales y características:	
Tos productiva /seca:	Estado de conciencia:
Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal:	
Circulación del retorno venoso:	
Otros:	

--

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION

Datos subjetivos

Dieta habitual (tipo)
Número de comidas diarias
Trastornos digestivos
Intolerancia alimentarias/ Alergias
Problemas de la masticación y deglución
Patrón de ejercicio

Datos Objetivos:

Turgencia de la piel:
Membranas mucosas hidratadas/ secas:
Características de uñas/cabello:
Funcionamiento neuromuscular y esquelético:
Aspecto de los dientes y encías:
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización:
Otros:

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Datos Subjetivos:

Hábitos intestinales:	
características de las heces/orina/ menstruación:	
Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros:	
Uso de laxantes:	Hemorroides:

Dolor al defecar/menstruar/orinar:
Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación:

Datos Objetivos:

Abdomen, características:
Ruidos intestinales:
Palpación de la vejiga urinaria:
Otros:

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Datos Subjetivos:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura:
Ejercicio, tipo y frecuencia:
Temperatura ambiental que le es agradable:

Datos Objetivos:

Características de la piel:
Transpiración:
Condiciones del entorno físico:
Otros:

2.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Moverse y mantener una buena postura, Usar prendas de vestir adecuadas, Higiene y protección de la piel y Evitar peligros.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Datos Subjetivos:

Capacidad física cotidiana:
Actividades en el tiempo libre:
Hábitos de descanso:
Hábitos de trabajo:

Datos Objetivos:

Estado del sistema músculo esquelético, fuerza:	
Capacidad muscular, tono/resistencia/flexibilidad:	
Posturas:	
Necesidad de ayuda para la deambulación:	
Dolor con el movimiento:	Presencia de temblores:
Estado de conciencia:	Estado emocional:
Otros:	

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Datos Subjetivos:

Horario de descanso:	Horario de sueño:
Horas de descanso:	Horas de sueño:
Siesta:	Ayudas:
Insomnio:	Debido a:
Descansado al levantarse::	

Datos Objetivos:

Estado mental. ansiedad / estrés / lenguaje:	
Ojeras:	Atención:
Bostezos:	Concentración:
Apatía:	Cefaleas:
Respuesta a estímulos:	
Otros:	

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Datos Subjetivos:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir:
Su autoestima es determinante en su modo de vestir:
Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría:
Necesita ayuda para la selección de su vestuario:

Datos Objetivos:

Viste de acuerdo a su edad:	
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse:	
Vestido incompleto:	Sucio:
Inadecuado:	
Otros:	

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Datos Subjetivos:

Frecuencia del baño:
Momento preferido para el baño:

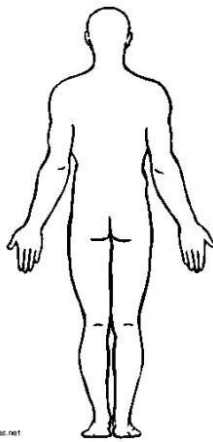
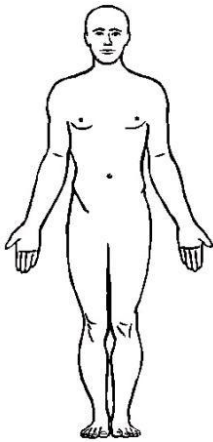
Cuántas veces se lava los dientes al día:
Aseo de manos antes y después de comer:
Después de eliminar:
Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos:

Datos Objetivos:

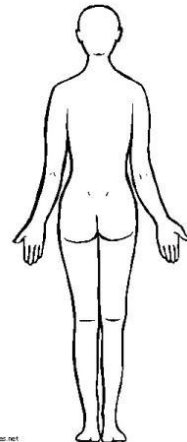
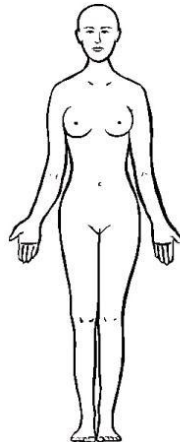
Aspecto general:	
Olor corporal	Halitosis:
Estado del cuero cabelludo	
Lesiones dérmicas Tipo (Anote la ubicación en el diagrama):	
Otros:	

Masculino:

Femenino:



www.menubispeque.net



www.menubispeque.net

NECESIDAD DE DE EVITAR PELIGROS*Datos Subjetivos:*

Que miembros componen la familia de pertenencia:	
Como reacciona ante situación de urgencia:	
Conoce las medidas de prevención de accidentes:	
Hogar:	Trabajo:
Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona:	
familiares:	
Como canaliza las situaciones de tensión en su vida:	

Datos Objetivos:

Deformidades congénitas
Condiciones del ambiente en su hogar
Trabajo
Otros

3.- NECESIDADES BÁSICAS DE:**Comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.****NECESIDAD DE COMUNICARSE***Datos Subjetivos:*

Estado civil:	Años de relación:
Viven con:	Preocupaciones / estrés:
Familiar:	
Otras personas que pueden ayudar:	
Rol en estructura familiar:	

Comunica problemas debidos a la enfermedad / estado:
Cuanto tiempo pasa sola:
Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo:

Datos Objetivos:

Habla claro	Confuso
Dificultad. visión	Audición
Comunicación verbal / no verbal /con la familia / con otras personas significativas	
Otros	

NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES

Datos Subjetivos:

Creencia religiosa:
Su creencia religiosa le genera conflictos personales:
Principales valores en la familia:
Principales valores personales:
Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir:

Datos Objetivos:

Hábitos específicos de vestido.(grupo social religioso):
Permite el contacto físico:
Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias:
Otros:

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Datos Subjetivos:

Trabaja actualmente:	Tipo de trabajo:
Riesgos:	Cuánto tiempo le dedica al trabajo:
Esta satisfecho con su trabajo:	
Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia:	
Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega:	

Datos Objetivos:

Estado emocional./calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/ eufórico:
Otros:

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Datos Subjetivos:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre:
Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad:
Recursos en su comunidad para la recreación:
Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa:

Datos Objetivos:

Integridad del sistema neuromuscular
Rechazo a las actividades recreativas
Estado de ánimo. Apático/aburrido/participativo
Otros

Datos Subjetivos:

Nivel de educación	
Problemas de aprendizaje	
Limitaciones cognitivas	tipo
Preferencias. leer/escribir	
Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad	
Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo	
Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud	
Otros	

DATOS DE APRENDIZAJE

Datos Objetivos:

Estado del sistema nervioso:
Órganos de los sentidos:
Estado emocional ansiedad, dolor:
Memoria reciente:
Memoria remota:
Otras manifestaciones:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Necesidad:	
Diagnóstico de enfermería:	
Objetivo	
Intervenciones	acciones
Observaciones Durante la ejecución:	
Evaluación:	

III CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA DE ENFERMERÍA

Necesidad		Grado de dependencia	Grado de dificultad	Diagnósticos de Enfermería
1	Oxigenación	I PD D	F V C	

2	Nutrición Hidratación	I PD D	F V C	
3	Eliminación	I PD D	F V C	
4	Termorregulación	I PD D	F V C	
5	Moverse y mantener una buena postura	I PD D	V F C	
6	Descanso y sueño	I PD D	F V C	
7	Usar prendas de vestir adecuadas	I PD D	F V C	
8	Higiene y protección de la piel	I PD D	F V C	
9	Evitar peligros	I PD D	F V C	
10	Comunicarse	I PD D	F V C	
11	Vivir según sus creencias y	I	F	

	valores	PD D	V C	
12	Trabajar y realizarse	I PD D	F V C	
13	Jugar, participar en actividades recreativas	I PD D	F V C	
14	Aprendizaje	I PD D	F V C	
*(I) Independiente (PD) Parcialmente dependiente (D) Dependiente				
*(F) Fuerza (V) Voluntad (C) Conocimiento				

ANEXO 2

Diabetes tipo 2

La diabetes tipo 2 es una enfermedad que dura toda la vida (crónica) en la cual hay altos niveles de azúcar (glucosa) en la sangre. La diabetes tipo 2 es la forma más común de esta enfermedad.

Causas

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

Cuando usted tiene diabetes tipo 2, la grasa, el hígado y las células musculares normalmente no responden a dicha insulina. Esto se denomina resistencia a la insulina. Como resultado, el azúcar de la sangre no entra en las células con el fin de ser almacenado para obtener energía.

Cuando el azúcar no puede entrar en las células, se acumulan niveles anormalmente altos de éste en la sangre, lo cual se denomina hiperglucemia.

Por lo general, la diabetes tipo 2 se desarrolla lentamente con el tiempo. La mayoría de las personas con esta enfermedad tienen sobrepeso en el momento del diagnóstico. El aumento de la grasa le dificulta al cuerpo el uso de la insulina de la manera correcta.

La diabetes tipo 2 puede presentarse también en personas delgadas y es más común en los ancianos.

Los antecedentes familiares y los genes juegan un papel importante en la diabetes tipo 2. Un bajo nivel de actividad, una dieta deficiente y el peso corporal excesivo (especialmente alrededor de la cintura) aumentan el riesgo. Ver también: diabetes tipo 2 para conocer una lista de factores de riesgo.

Síntomas

Con frecuencia, las personas con diabetes tipo 2 no presentan síntoma alguno al principio y es posible que no tengan síntomas durante muchos años.

Los síntomas iniciales de la diabetes pueden ser; infección en la vejiga, el riñón, la piel u otras infecciones que son más frecuentes o sanan lentamente, fatiga, hambre, aumento de la sed, aumento de la micción, visión borrosa, disfunción eréctil, dolor o entumecimiento en los pies o las manos

Pruebas y exámenes

Nivel de glucemia en ayunas: se diagnostica diabetes si el resultado es mayor a 126 mg/dL en dos oportunidades, examen de hemoglobina A1c: normal: menos de 5.7%, prediabetes: entre 5.7% y 6.4%, diabetes: 6.5% o superior
Prueba de tolerancia a la glucosa oral: se diagnostica diabetes si el nivel de glucosa es superior a 200 mg/dL luego de 2 horas.

Tratamiento

Manejar su azúcar en las sangre, control de dieta y del peso, actividad física regular, medicamentos para tratar la diabetes, prevenir complicaciones, cuidado de los pies.

Artritis

Es la inflamación de una o más articulaciones. Una articulación es el área donde dos huesos se encuentran. Existen más de 100 tipos diferentes de artritis.

Causas

La artritis involucra la degradación del cartílago, el cual normalmente protege una articulación, permitiendo que ésta se mueva de forma suave. El cartílago también absorbe el golpe cuando se ejerce presión sobre la articulación, como sucede cuando uno camina. Sin la cantidad usual de cartílago, los huesos se rozan, causando dolor, hinchazón (inflamación) y rigidez.

Síntomas

La artritis causa dolor, hinchazón, rigidez y movimiento limitado en la articulación. Los síntomas pueden abarcar: dolor articular, inflamación articular, disminución de la capacidad para mover la articulación, enrojecimiento de la piel alrededor de una articulación, rigidez especialmente en la mañana, calor alrededor de una articulación.

Pruebas y exámenes

Examen físico e historia clínica, con frecuencia se hacen exámenes de sangre y radiografías de las articulaciones para verificar la presencia de infección y otras causas de artritis, muestra del líquido de la articulación con una aguja y enviarla a un laboratorio para su análisis.

Tratamiento

Cambios en el estilo de vida, programas de ejercicio, fisioterapia, administración de medicamentos; paracetamol, ácido acetilsalicílico, corticosteroides, , penicilamina, sulfasalazina e hidroxiclороquina etc.

Hipertensión

La presión arterial es una medición de la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea sangre a través del cuerpo.

Las lecturas de la presión arterial generalmente se dan como dos números. Por ejemplo, 120 sobre 80 (escrito como 120/80 mmHg). Uno o ambos de estos números pueden estar demasiado altos.

El número superior se denomina presión arterial sistólica y el número inferior presión arterial diastólica.

Causas

Muchos factores pueden afectar la presión arterial, como: qué tanta cantidad de agua y sal uno tiene en el organismo, el estado de los riñones, del sistema nervioso o los vasos sanguíneos, los niveles de diferentes hormonas en el cuerpo

Síntomas

La mayor parte del tiempo, no hay síntomas. En la mayoría de las personas, la hipertensión arterial se detecta cuando van al médico o se la hacen medir en otra parte, debido a que no hay ningún síntoma, las personas pueden desarrollar cardiopatía y problemas renales sin saber que tienen hipertensión arterial.

Pruebas y exámenes

Se revisará la presión arterial varias veces antes de diagnosticar la hipertensión arterial, exámenes para buscar, niveles altos de colesterol, cardiopatía, como ecocardiografía o electrocardiografía, nefropatía, como pruebas metabólicas básicas y análisis de orina o ecografía de los riñones.

Tratamiento

Hay muchos medicamentos diferentes se pueden emplear para tratar la hipertensión arterial. Ver: medicamentos antihipertensivos.

Cambios en el estilo de vida para bajar la presión arterial a un rango normal; Consumir una alimentación cardio saludable, incluyendo potasio y fibra, y tomar bastante agua. Ver: hipertensión arterial y dieta, hacer ejercicio regularmente (al menos 30 minutos de ejercicio aeróbico por día), si usted fuma, dejar de hacerlo (encuentre un programa que le ayude a dejar de fumar), reducir la cantidad de alcohol, reducir la cantidad de sodio (sal), reducir el estrés, permanecer en un peso corporal saludable.

ANEXO 3

Plato del buen comer

Una persona con diabetes debe comer más de los alimentos que se encuentran en el fondo de la pirámide (granos, legumbres, verduras u hortalizas) que los que están arriba (grasas y dulces). Esta dieta le ayudará a mantener el corazón y los sistemas corporales saludables. **GRANOS, LEGUMBRES Y VERDURAS CON ALMIDÓN;** (6 o más porciones al día). Alimentos como el pan, los granos, las legumbres, el arroz, la pasta y las verduras con almidón como grupo, estos alimentos son ricos en vitaminas, minerales, fibra y carbohidratos saludables, alimentos con bastante fibra, como pan o galletas integrales, tortillas, salvado de cereal, arroz integral o legumbres. **VERDURAS (HORTALIZAS)** (3 a 5 porciones por día). Escoja verduras frescas o hortalizas de color verde más oscuro y amarillo profundo, como la espinaca, el brócoli, la lechuga romana, las zanahorias y los pimentones.

FRUTAS (2 a 4 porciones por día) Escoja las frutas enteras ya que tienen más fibra. Las frutas cítricas, como las naranjas, las toronjas y las mandarinas son las mejores. **LECHE** (2 a 3 porciones por día) Escoja leche o yogur bajo en grasa o descremados. **CARNE Y PESCADO** (2 a 3 porciones por día) Consuma pescado y carne de aves con más frecuencia. Retire la piel del pollo y el pavo. Seleccione cortes magros de carne de res, ternera, carne de cerdo o animales de caza. Recorte toda la grasa visible de la carne. Hornee, tueste, ase a la parrilla o hierva en lugar de freír. **GRASAS, ALCOHOL Y DULCES** En general, usted debe limitar su ingesta de alimentos grasos, sobre todo aquéllos ricos en grasa saturada como la hamburguesa, el queso, el tocino y la mantequilla. Moreno .M/sumedico (2010) señala que...

