



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

“ ESTUDIO DE CASO A UN CLIENTE ADULTO CON
ALTERACIÓN DE SUS NECESIDADES “

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

PRESENTA:

MARÍA DE JESÚS RODRÍGUEZ LÓPEZ

No. Cuenta: 400107204

Angelina Rivera M
DIRECTORA DE TESIS

LEO. ANGELINA RIVERA MONTIEL



MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

2005



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

m. 345756



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.

DEDICATORIA

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

NOMBRE: Manuel de Jesús
Rodríguez López

FECHA: 22 - Julio - 2005

FIRMA: Manuel de Jesús

A mi familia, esposo e hijos.

A la memoria de mi madre, que seguirá influyendo en mi vida e impulsándome a luchar por lo que quiero.

Agradecimiento

A todas aquellas personas que de alguna manera colaboraron para que este trabajo se llevara acabo.

Y en especial a la L.E.O. Angelina Rivera Montiel por su apoyo incondicional.

INDICE

INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN

OBJETIVO

General	1
Específico	1

MARCO TEÓRICO

Cuidado	2
• Concepto del Cuidado	2
• Antecedentes del Cuidado	2
• Tipos del Cuidado	8
• Connotaciones del Cuidado	8
Enfermería	9
• Concepto de Enfermería	9
• Antecedentes Históricos	10
• Metaparadigma de Enfermería	12
Proceso Atención de Enfermería (P.A.E.)	12
• Concepto	13
• Antecedentes Históricos	14
• Etapas del Proceso de Atención de Enfermería	15
Modelo Conceptual de Virginia Henderson	28
• Antecedentes	28
• Principales Conceptos del Modelo	29
• Catorce Necesidades Fundamentales	31
PAE y Modelo Conceptual de Virginia Henderson	36
• Concepto según Virginia Henderson	36
• Etapas del Proceso de Atención de Enfermería	36
Características del Adulto Joven	37
• Adulto Joven	38
• Descripción de la patología (problema de salud)	40

METODOLOGÍA	42
Descripción del Caso	42
Valoración	44
• Fuentes de Información	44
• Técnicas Utilizadas	44
• Instrumento de Registro	46
Diagnóstico	56
Planeación	62
Ejecución y Evaluación	70
CONCLUSIONES	71
BIBLIOGRAFÍAS	72
ANEXOS	74

INTRODUCCIÓN

En México la Enfermería ha evolucionado muy lentamente adaptándose a los cambios y necesidades de la sociedad en lo que a salud se refiere. La enfermera ha adquirido un papel muy importante en este rubro, por lo que se ha visto en la necesidad de trabajar arduamente, ya que ha tenido que enfrentar el estigma que por su condición de mujer era la indicada para el cuidado del enfermo, comparando sus actividades con las labores domésticas, quedando esto plasmado desde nuestros antepasados; por lo que en la actualidad la enfermería todavía no se reconoce como profesión, sino como un oficio desarrollado solo con conocimientos empíricos.

Actualmente enfrenta el desafío de proporcionar cuidados profesionales bajo un sustento teórico con base en el conocimiento científico y humanístico entre otros; satisfaciendo así las necesidades del ser humano; a través del cuidado que le proporciona a las personas sanas o enfermas.

Sin embargo para prestar un cuidado profesional, requiere del desarrollo de habilidades del pensamiento crítico (PC), así como de aptitudes técnicas y motrices, aspectos que adquiere y amplía durante su proceso de formación.

Como muestra de ello, se presentó la siguiente propuesta, la cual pretendió realizar un Estudio de Caso dirigido a un cliente adulto el cual se tomó del Hospital General Mazatlán, Sinaloa. Para lo cual se hizo uso de la metodología del proceso de enfermería basado en el modelo conceptual de Virginia Henderson y las 14 necesidades básicas del individuo, tomando en cuenta los supuestos principales que incluye su propuesta.

El estudio de caso se encuentra integrado por tres capítulos básicos, el primero se enfocó a los objetivos; el siguiente al marco teórico y por último la metodología a seguir.

JUSTIFICACIÓN

La esencia de la práctica profesional se centra en el cuidado de la salud y bienestar de las personas sanas o enfermas, para ello la enfermera requiere de habilidades especiales que son esenciales para garantizar un cuidado profesional.

En este sentido el Proceso de Atención de enfermería ha sido considerado como un método que además de ayudar al cuidado de los sujetos, contribuye al desarrollo de habilidades del pensamiento crítico (PC), para la toma de decisiones reflexivas, derivado del análisis de la información recabada, para planear intervenciones que tienen como base una fundamentación derivada del conocimiento científico y humanístico entre otros.

En consecuencia, es necesario que la Licenciada en Enfermería y Obstetricia haga evidente la adquisición y desarrollo de dichas habilidades, por lo tanto, se elaboró el presente proyecto, en el cual se pretendió llevar a cabo un Estudio de Caso a un adulto, con alteración de su salud y afección de sus necesidades básicas.

I. OBJETIVOS

1.1 Objetivo General

Por medio del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y bajo la orientación del Modelo Conceptual de Virginia Henderson; se contribuirá a satisfacer las necesidades del Cliente.

1.2 Objetivos Especificos

1.2.1 A través de la valoración se construirá una base de datos que permita acceder a identificar las necesidades afectadas del cliente.

1.2.2 Se analizará la información obtenida para realizar los diagnósticos de enfermería apropiados a cada necesidad afectada.

1.2.3 Se identificará los factores y fuentes que obstruyen al cliente en la satisfacción de sus necesidades.

1.2.4 Con base a los diagnósticos establecidos, las fuentes y factores de dificultad; se propondrá las intervenciones independientes e interdependientes de enfermería, consideradas en las fuentes de ayuda expuestas por Virginia Henderson.

1.2.5 Se evaluará las acciones efectuadas en el logro de los objetivos fijados.

II. MARCO TEÓRICO

A continuación se presentan los elementos conceptuales que sustentan el estudio de caso.

2.1 Cuidado

"La enfermera, en su deseo por distinguirse y caracterizarse como profesión, ha identificado los aspectos esenciales de su práctica en el cuidado". Cuidados que requiere cualquier persona sana o enferma, siendo estos dirigidos y aplicados a cualquier medio. Dependiendo de las necesidades que el individuo requiera ya sea de forma general o específica.

2.1.1 Concepto

Según Colliere "cuidar es, ante todo, un acto de vida, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que ésta se continúe y se reproduzca".¹

2.1.2 Antecedentes Históricos

En el comienzo de la civilización (en el paleolítico) los hombres eran nómadas esencialmente cazadores que habitaban al aire libre o en cuevas en esta época

¹ COLLIERE, francoise M. Disquisiciones sobre la naturaleza de los cuidados, para comprender la naturaleza de los cuidados de enfermería en: Antología de Fundamentación Teórica de Enfermería, ENEO-UNAM, 2004 PP. 33-37

descubrieron el fuego. Posteriormente en el período (el neolítico) los hombres se volvieron sedentarios y comenzaron a cultivar las tierras, se establecieron ya en un lugar fijo y también practicaban la caza.

A lo largo del día su principal actividad sería observar la naturaleza, a los animales salvajes que perseguía para capturarlos. De estos les interesaban determinadas costumbres como lamerse las heridas, ingerir determinados alimentos en determinadas situaciones para obtener unos fines buscados.

La preocupación del hombre primitivo era combatir las enfermedades y las agresiones externas que atentaban su bienestar y para ello utiliza dos recursos: la magia y el empirismo.

Los cuidados que se proporcionaban en esta época eran muy primitivos; la alimentación, el mantenimiento del fuego, las ceremonias mágicas y religiosas fueron los pilares en los que las mujeres se apoyaban para proporcionar los cuidados y el mayor bienestar posible.

Además para proporcionar el bienestar fisiológico administraban determinados vegetales, hacían ungüentos, pócimas que actuaban como antisépticos y analgésicos locales y a otros niveles como podía ser para aliviar el estreñimiento.

En el mundo egipcio el ejercicio del cuidado era puesto en marcha en el ámbito doméstico por lo que generalmente era practicado por las mujeres y los esclavos. En esta sociedad el enfermo no era considerado de la misma manera que otras civilizaciones como impuro o intocable sino que se les trataba con extrema

amabilidad y ternura al igual que a los niños cuyos cuidados estaban reflejados en una amplia gama de costumbres basadas en extremos de ternura y resaltando el papel de nodriza, así como los cuidados relacionados con la gestación, el parto y la crianza.

En la Grecia antigua se efectuó un avance en el pensamiento, se dice que pasó del mito (pensamiento mítico) al logos (un pensamiento lógico basado en el conocimiento de la naturaleza).

De este modo es necesario esclarecer que los cuidados practicados en esta época no participaron del movimiento intelectual que cambió el destino de las disciplinas, siguieron instaurados en el mundo instintivo y mágico-religioso, relegados casi exclusivamente al ámbito doméstico.

Existían diferentes personas que proporcionaban los cuidados; el que más nos interesa era el asistente o servidor que corresponde como una de las primeras figuras institucionalizadas que realizan prácticas de enfermería.

El papel de la mujer en esta época se reducía al hogar y también aparecen como amas de cría y parteras ya que les estaba prohibido el acceso de los misterios de las artes.

En Roma: los cuidados en esta cultura fueron adquiridos de otros pueblos y modificados por las costumbres romanas.

La formación para ejercer los cuidados y la medicina se adquiría permaneciendo junto al médico en el desarrollo de todas sus funciones. La enseñanza terminaba cuando se consideraba que al aprendiz estaba preparado para desempeñar la función por sí solo. Posteriormente se dictó una serie de reglas que convertían en oficial la enseñanza de la medicina.

Fueron varias las personas encargadas de los cuidados:

Nodrizas: aplicaba sus cuidados en el seno de la familia realizando los cuidados de los niños; se encargaba de amamantar y cuidar al recién nacido y de educarlo hasta la adolescencia.

Obstetrix: era todo un profesional muy reconocido en el entorno familiar por sus cuidados durante el embarazo y en la asistencia al parto. Esta podía ser esclava o libre.

Durante el cristianismo el principal medio que poseen los mortales para liberarse de sus dolencias es la oración; esta forma de pensamiento sobre la salud y la enfermedad condiciona la puesta en marcha de nuevos procedimientos naturales que contribuyan al alivio de enfermedades.

El valor social e institucional que otorga el cristianismo a las labores del cuidado, no posee objetivos que giren en torno a la constitución de un saber, sino, exclusivamente, alrededor de objetivos espirituales. Este hecho imposibilita la inclusión de los cuidados en el contexto gremial, mientras que otras actividades relacionadas con la salud como la de los barberos o los sangradores sí lo están.

En esta época además de los conventos de monjas enfermeras también encontramos otras personas dedicadas a los cuidados como son: los médicos, lo

barberos, los curanderos, los boticarios y las comadronas que además de asistir durante el parto se ocupaban de los problemas ginecológicos.

Durante las cruzadas también existieron órdenes cuya labor era la del cuidado de los caballeros heridos y enfermos, debido a esto se construyeron grandes hospitales; así cabe destacar: la orden de los Teutónicos, formada exclusivamente por alemanes; la orden de San Lázaro, nacida de entre las personas que habían padecido lepra.

El cuidado de los enfermos también se vió afectado por esta ruptura ya que en el mundo protestante se asegura la salvación eterna por el simple acto de creer, sin necesidad de realizar ningún sacrificio ni ninguna obra de caridad, por lo que el cuidado y la atención a los enfermos pierde su sentido salvador. Por ello la mayoría de los hospitales dirigidos por órdenes religiosas católicas fueron cerrados, siendo expulsados de las instituciones los monjes y monjas dedicados al cuidado de enfermeros, sin ser sustituidos.

En Inglaterra los hospitales fueron entregados a los laicos que trabajaban en ellos por necesidad, en contraposición a la orientación "vocacional-caritativa".

El deterioro, durante tres siglos, de los cuidados de enfermería y de las personas que los practican, va a suponer la constitución de la denominada "época oscura de la enfermería," en el mundo protestante.

El cuidado de los enfermos en el nuevo mundo fue abordado según las directrices que los colonizadores estaban acostumbrados a seguir en sus países de origen. Los

españoles, al igual de los franceses, llevaron órdenes religiosas a fin de obtener un doble resultado: por un lado cubrir las necesidades de cuidados de los indígenas y colonos, y por otro poder dedicarse a la propagación del Evangelio.

En México, Fray Pedro de Gante fundó la Escuela de San José de los Naturales donde se "formaba académicamente a los enfermeros" pero fueron los Franciscanos y los Agustinos quienes más hospitales fundaron; éste país también conoció la fundación de sus propias órdenes religiosas como por ejemplo la de los Hermanos de la Orden de la Caridad de San Hipólito.

Esta ausencia de una ayuda sistematizada favoreció la creación de Escuelas para enfermeras, como la del Hospital de Pennsylvania, este mismo hospital inició una práctica revolucionaria; la contratación de "enfermeras-sirvientes", permitiendo el desarrollo de los cuidados alejándolos de la actividad caritativa y acercándolos a la profesionalización, lo que obligara a las prácticas de cuidado a exigirse sistematización y a iniciar su construcción disciplinar.

Como conclusión a este breve repaso a la historia de los "cuidados" se puede decir que han evolucionado enormemente desde esas observaciones de los animales salvajes para aprender de su conocimiento, hasta la observación y estudios llevados a cabo para mejorar los cuidados, realizados por Florence Nightingale.

También se ha podido comprobar que, aunque no siempre, la mujer ha desempeñado un papel muy importante en el desarrollo de esa profesión. Igualmente cabe destacar que aunque existen cosas que evolucionan mucho, existen otras que siguen permaneciendo en nuestros días ya que seguimos utilizando algunos remedios naturales mediante el uso de hierbas y plantas medicinales.

Como conclusión final se puede decir que los "cuidados" han ido evolucionado a través de los tiempos gracias a la investigación, con lo cual se puede decir que la enfermería es una ciencia viva y que con el apoyo de todos puede seguir evolucionando.

2.1.3 Tipos de Cuidados

Existen dos tipos de cuidados como son los habituales "CARE" y los de curación "CURE" cada uno de ellos con sus características y aplicación muy particulares; cuando hablamos de cuidados habituales "CARE" se refiere aquellos cuidados se reciben y/o proporcionan cotidianamente como comer, dormir, descansar, higiene, etc., muchos de ellos se realizan por costumbres o por imitación cabe mencionar que influye, costumbre y creencias del entorno en el que nos desarrollamos, todo esto encaminado con la preservación de la vida y en casi todos los casos sin fundamentos científicos.

Cuando nos referimos a la "CURE" esta relacionado en específico en la curación teniendo como objeto limitar o erradicar la enfermedad mediante cuidados específicos e individualizados dependiendo del padecimiento, y haciendo hincapié la importancia de la fundamentación científica aplicada en cada una de las necesidades detectadas con la finalidad de obtener resultados favorables, para el cliente que lo requiera.

2.1.4 Connotaciones del Cuidado

Cabe recalcar lo importante que es tener presente que todo ser humano se caracteriza por tener aspectos afectivos y de la conciencia, de igual manera se

puede observar que al presentar alguna alteración fisiológica, cualquiera que esta sea podría originar cambios muy notorios en lo emocional independientemente de que los sentimientos sean expresados o no. Como por ejemplo, angustia, tristeza, ansiedad por mencionar algunas.

El cuidado puede ser intersubjetivo e interpersonal.

Los cuidados **interpersonales** se refieren a aquellos que se proporcionan de persona a persona, y aquí podemos lograr la empatía enfermera/cliente obteniendo mejores resultados en el cuidado proporcionado. Se dice que los cuidados son **intersubjetivos** porque somos humanos y existe mezcla de sentimientos, emociones y creencias.

Por lo tanto el cuidado adquiere 3 connotaciones que son: cuidar de si mismo, cuidar de otros y cuidar con otros.

2.2 Enfermería

Enfermería es una profesión que lucha para fortalecer su origen esforzándose por agrandar su práctica y conocimientos científicos de forma íntegra dirigida al ser humano, su entorno y comunidad; mediante la comprensión de juicios analíticos dirigidos a la conservación de la salud o restablecimiento de la misma.

2.2.1 Concepto

Profesión y ciencia que comprende conocimientos teóricos prácticos y aptitudes necesarias para atender necesidades del individuo, grupo y comunidad en lo que a

salud se refiere con el objetivo de proporcionar, conservar y restablecer la misma. Esta definición fué construida basándose en diversos conceptos.

Virginia Henderson definió la enfermería de la siguiente manera. "La única función de la enfermera es atender al individuo enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o una muerte tranquila) y que el podría realizar sin ayuda si tuviera la fortaleza, voluntad o conocimientos necesarios, haciendo esto de tal forma que le ayude a conseguir independencia lo más rápidamente posible".²

2.2.2 Antecedentes Históricos

Es difícil identificar y describir de forma adecuada los orígenes precisos de la enfermería, ya que no sabemos prácticamente nada de la actividad de las enfermeras en la prehistoria. Sin embargo las primeras crónicas nos proporcionan información sobre el legado de las sociedades primitivas del hombre civilizado. Desde los orígenes de la civilización existen pruebas que apoyan las primicias de que la crianza ha sido un elemento esencial para la preservación de la vida. Por tanto, la supervivencia de la raza humana está intrínsecamente ligada al desarrollo de la enfermería.

A la enfermería se le ha denominado la más antigua de las artes y la más joven de las profesiones. Como tal, ha atravesado numerosas etapas y ha formado parte de los movimientos sociales.

² MARRINER, Toney a. Rayle Alligood M. Virginia Henderson Definición de Enfermería", en: Antología fundamentación Teórica para el Cuidado. ENEO-UNAM –2004 p.p. 204-212.

Los momentos decisivos para la historia también lo han sido para la enfermería. Los acontecimientos que dan lugar a un mayor grado de consideraciones hacia los desvalidos y oprimidos, benevolencia y compasión para con los que sufre, tolerancia hacia aquellos de religión, raza o color diferentes, etc., tienden a promover actitudes como la enfermería, que son fundamentalmente humanistas.

Con el paso del tiempo se puso de manifiesto que el amor y la dedicación no bastaban por sí mismo para fomentar la salud o vencer la enfermedad. El desarrollo de la enfermería dependía de otros ingredientes esenciales; habilidad, experiencia y conocimientos. La destreza manual en la ejecución de procedimientos específicos, una realidad incluso entre las tribus primitivas, siguió perfeccionándose a través de la experiencia. A medida que se dispuso de mayor información acerca de los males y enfermedades, fue surgiendo una actitud que recalca la necesidad de mayores conocimientos. El conocimiento de los hechos y principios proporcionaría el impulso para que la enfermería se convirtiese tanto en un arte como en una ciencia.

El origen de la enfermería profesional se ubica con la implantación del sistema de Florence Nightingale. Este primer sistema de formación profesional de enfermeras, centraba el proceso educativo en la práctica, estableciendo una fusión escuela – hospital. La escuela gozaba de autonomía derivada de la legitimidad institucional conferida a la jefe de enfermeras quien dirigía tanto los servicios de enfermería como la escuela.

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

o malo haya tenido y tenga la enfermería, proviene de este núcleo original cuyo carácter vertebrado no debe pasar desapercibido para los historiadores de la enfermería contemporánea.

2.2.3 Metaparadigma de Enfermería

La interrelación entre la persona y el medio tiene que ver con los cambios en el comportamiento humano, sucesos de la vida normal y en situaciones críticas, incluyendo la forma de ver los fenómenos de su entorno y el desarrollo de los conocimientos del individuo de una forma general favoreciendo la salud. Tomando en cuenta la importancia de la intervención científica, analítica y práctica de la enfermera.

Concepto: es el marco conceptual o filosófico más global de una disciplina o de una profesión agrupando en la enfermería cuatro conceptos básicos que son persona, entorno, salud y enfermería.

2.3 Proceso de Atención de Enfermería

La atención de enfermería se ha caracterizado por su aplicación de forma observacional, sistematizada, científica y personalizada en cada caso que lo requiera. Con el propósito de ayudar de forma capaz a satisfacer las necesidades de cada individuo, estableciendo una serie de pasos que en conjunto, constituya al proceso de atención enfermería. Este proceso es continuo e integrado por diferentes etapas o pasos ordenados lógicamente, con un objetivo fundamental, y la adecuada planificación y ejecución de los cuidados encaminados al bienestar del cliente.

El Proceso de Atención Enfermería abarca por una parte, la recopilación, el análisis y la interpretación de los datos precisos para determinar las necesidades del paciente, y por otra parte la planeación de los cuidados oportunos, su ejecución y por último su evaluación global.

2.3.1 Concepto

Es el método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente, y se caracteriza por ser, sistemático, humanista, intencionado, dinámico, flexible e interactivo.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus propias características:

Es un **método** porque conlleva una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados.

Es **sistemático** por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro del resultado: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

Es **humanista** por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.

Es **intencionado** porque se centra en el logro de objetivos permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo, al

mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y el de la propia enfermera.

Es **dinámico** porque está sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del individuo.

Es **flexible** porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

Es **interactivo** porque requiere de la interrelación humano-humano con el o los clientes, para acordar y lograr objetivos comunes.

2.3.2 Antecedentes Históricos

El proceso enfermero ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión "Hall en 1995 lo describió como un proceso distinto. Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) desarrollaron un proceso de tres fases diferentes, que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los años 70, Blach (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases".

Para la Asociación Americana de Enfermería (A.N.A.) el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión; su importancia ha exigido cambios

sustanciales en sus etapas, favoreciendo su desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementado la calidad en la atención del individuo, familia y comunidad.

Así, en muchos países la aplicación del proceso es un requisito para el ejercicio de la enfermería profesional; en el nuestro, cada día adquiere mayor relevancia en la formación de enfermeras y en su aplicación durante la práctica; sin embargo todavía nos falta camino por recorrer en este terreno, el cual resulta desconocido para muchas compañeras aún en nuestros días.

2.3.3 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería

El Proceso de Atención de Enfermería consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

a) Valoración: es la primera etapa del proceso enfermero que nos permite estimar el estado de salud del cliente, familia y comunidad, en la valoración se reúne toda la información necesaria para detectar necesidades del cliente o comunidad.

La valoración que realiza la enfermera del cliente tiene que ser total e integradora por lo que debe seguir un enfoque holístico, es decir un modelo enfermero.

La valoración por un modelo enfermero, puede derivarse de la aplicación de cualquier teoría de enfermería, de tal forma que se puede valorar al cliente. Cabe hacer mención que la elección del modelo enfermero a utilizar depende de la

preferencia hacia determinado enfoque, en este caso se eligió las catorce necesidades de Virginia Henderson.

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

Los pasos que se deben realizar en la etapa de valoración son: recolección de la información, validación de la información y registro de información.

1. Recolección de información: da inicio desde el primer encuentro con el cliente, y continua en cada encuentro subsiguiente.

Para obtener la información se recurre tanto a fuentes directas como indirectas. Son fuentes directas el cliente y su familia, los amigos y otros profesionales del área de la salud son fuentes indirectas porque aportan datos valiosos sobre el cliente y su familia. Las fuentes indirectas de información a las que también se debe recurrir son el expediente clínico.

Es indispensable contar con una guía durante la recolección de la información, para guiar una metodología específica durante la valoración, evitar omisiones y facilitar a la vez la agrupación de datos.

La guía debe considerar, datos biográficos del cliente o familia como: nombre, sexo, edad, estado civil, ocupación, religión, etc. Antecedentes personales y familiares de enfermedad. La recolección de datos del cliente, puede ser general y específica, así primero tendrá un conocimiento de todos los aspectos relacionados con el estado de salud y una vez detectado un problema real o de riesgo centrar la valoración en un área específica.

Durante la valoración el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales.

Los datos **subjetivos** son aquellos que el cliente nos refiere y que manifiestan una percepción de carácter individual, los datos **objetivos** son la información que se puede observar y medir a través de los órganos de los sentidos, los datos **históricos** se refiere a hechos del pasado que se relacionan con la salud del cliente, y los datos **actuales** son hechos que suceden en el momento y que son el motivo de consulta y hospitalización.

Toda la información se recolecta por medio de la entrevista y el examen físico.

a) La entrevista: es una labor compleja que requiere ante todo la habilidad en la comunicación y la interrelación estrecha del cliente. Tiene como finalidad la obtención de la información necesaria para el diagnóstico y planeación de actividades, la iniciación de un ambiente terapéutico caracterizado por el diálogo, respeto y confianza y el establecimiento de objetivos comunes entre la enfermera y el cliente.

Toda la entrevista por más sencilla que sea debe tener una introducción, también debe ponerse un núcleo, caracterizado por el diálogo y por seguir la estructura debe

presentar un cierre para informar al cliente sobre su termino, agradecer la colaboración y establecer objetivos comunes.

b) El examen físico: permite obtener una serie de datos para valorar el estado de salud de un individuo y determinar la eficiencia de las intervenciones de enfermería y médicas. Éste debe ser completo, sistemático y preciso, con un modelo por sistemas corporales o de cabeza a pies. Para efectuar el examen físico se requieren cuatro técnicas principales: inspección, palpación, percusión y auscultación. Además de las constantes vitales y de la somatometría.

La inspección: consiste en la valoración utilizada los sentidos de la vista, olfato y oído, es un proceso activo en donde la enfermera debe saber que va a inspeccionar y el orden a seguir, con la inspección se puede valorar la forma del cuerpo, expresiones faciales, características de la piel, movimientos realizados, olor y ruidos que emite el cliente, etc.

La palpación: es el examen del cuerpo utilizando el sentido del tacto, la palpación puede ser superficial y profunda. Para tener éxito en la palpación es necesario que el cliente se encuentre relajado, que las manos del explorador estén tibias e iniciar con la palpación superficial y en las zonas que no sean dolorosas.

La percusión: es un método de valoración en el que la superficie del cuerpo es golpeada para producir sonidos o vibraciones y se emplea para estimar el tamaño y la forma de órganos, la presencia de líquido, aire o algún sólido, la percusión puede ser directa al golpear el área que ha de percutir con la yema de los dedos o indirecta cuando coloca contra la piel el dedo medio de la mano dominante y procede a golpear con la punta del dedo de la otra mano.

La auscultación: es el proceso de escuchar los sonidos producidos por el cuerpo y sirve para valorar el funcionamiento de diversos órganos. Al igual que la percusión esta puede ser directa cuando únicamente se emplea el sentido de la audición e indirecta empleando un estetoscopio.

En la recolección de la información la enfermera también tiene que identificar los recursos del cliente, es decir las capacidades físicas, psicológicas y personales que son determinantes para las etapas de diagnóstico y planeación. Entre los recursos se puede mencionar: la capacidad de adaptación, el ejercicio diario, alimentación acorde a requerimientos, la motivación para el cuidado de la salud entre otros.

2. Validación de la información: la validación evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la dirección equivocada, siendo necesario revalorar al cliente. La valoración de datos es de suma importancia porque si no se realiza es probable que en la etapa de diagnóstico se presenten dificultades para la agrupación e interpretación de la información.

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

b) Diagnóstico de enfermería: es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una función intelectual compleja al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta al individuo, familia y comunidad, así como los recursos existentes.

Para realizar esta etapa se requiere de cuatro pasos fundamentales:

1. Razonamiento diagnóstico.
2. Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.
3. Validación.
4. Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

El razonamiento diagnóstico: es la aplicación del pensamiento crítico a la solución del problema. La enfermera durante razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico.

Durante el razonamiento diagnóstico se pueden cometer numerosos errores que conducen a juicios clínicos falsos y deficientes, éstos en su mayoría obedecen a la recolección incorrecta o incompleta de datos, por falta de una metodología durante la valoración, barreras en la comunicación, ocultación de información por parte del cliente, distracciones e interrupciones y carencia de habilidades para la entrevista y examen físico; también se debe a la interpretación incorrecta de los datos al hacer deducciones prematuras con poco sustento en datos significativos y por involucrar prejuicios personales.

Asimismo, la falta de conocimientos y análisis son obstáculos para un razonamiento diagnóstico confiable, por consiguiente, es recomendable la validación de los datos y la búsqueda de asesoría.

Para formular diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes: se requiere haber realizado la valoración y el razonamiento diagnóstico antes de iniciar con la formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

También es preciso conocer las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A. y la estructura que deben tener los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes de acuerdo a sus características.

El diagnóstico enfermero: es un juicio clínico sobre las respuestas humanas de una persona, familia o comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales y de riesgo, en donde la enfermera es responsable de sus predicciones, prevenciones y tratamientos en forma independiente.

Los diagnósticos enfermeros están dentro del ámbito independiente de la práctica profesional ya que se refiere a situaciones que la enfermera identifica, valida, y trata independientemente, siendo ella la responsable del logro de resultado deseado, por lo tanto, únicamente en los diagnósticos enfermeros deben utilizarse las categorías de la Asociación Norteamérica de Diagnósticos de Enfermería (N. A. N. D. A.)

El problema interdependiente, es el juicio clínico sobre las respuestas fisiopatológicas del organismo a problemas de salud reales o de riesgo en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en colaboración con el equipo sanitario.

Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes: Ambos son juicios clínicos, el diagnóstico enfermera se centra en las respuestas humanas, que es el campo de acción específico de la enfermería, en donde la enfermera tiene la autoridad para la predicción, prevención y tratamiento en forma independiente, en cambio el problema interdependiente se centra en las respuestas fisiopatológicas, en donde el médico es el principal responsable, la enfermera y el

resto de los integrantes del equipo sanitario colaboran en la predicción, prevención y tratamiento.

Los diagnósticos enfermeros se clasifican en: reales y de riesgo.

El diagnóstico enfermero real: es el que describe la respuesta actual de una persona, una familia o una comunidad y se apoya en la existencia de características definitorias, como datos objetivos y subjetivos además de tener factores relacionados.

El diagnóstico enfermero de riesgo: describe respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona familia o comunidad vulnerables.

Los problemas interdependiente: se clasifican en reales y de riesgo. Cuando el problema se hace evidente a través de sus signos y síntomas, se trata de un problema interdependiente real, y si existen factores de riesgo pero aun no hay manifestaciones clínicas, entonces se trata de un problema interdependiente de riesgo.

Validación: la validación consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, aquí se tiene que verificar que la información recolectada del cliente fue suficiente, que el análisis y la agrupación de datos se haya realizado en forma correcta de igual manera que las deducciones sean acertadas, identificar los diagnósticos enfermero y problemas interdependientes y asignar el nombre a las respuestas humanas, comparando los datos obtenidos con las características definitorias y factores relacionados de las categorías diagnosticas de la N. A. N. D. A.

Durante la validación, la enfermera debe consultar al cliente para corroborar que este en lo cierto, también es recomendable solicitar asesoría cuando no se reúnan los conocimientos o experiencias suficientes.

Una vez validados los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, pueden escribirse en la hoja de notas de enfermería y en los planes de cuidados para iniciar con la etapa de planeación.

Los diagnósticos de enfermería se estructuraron en base al formato P.E.S. y apoyándose en las categorías diagnósticas de la N. A. N. D. A.

P. Problema: es la respuesta del cliente a las alteraciones de los procesos vitales.

E. Etiología: describe los factores fisiológicos de situaciones y de maduración causantes del problema o influyente en su desarrollo y pueden ser la conducta del paciente, factores ambientales o una interacción de ambos.

S. Signos y síntomas: son características definitorias, se refieren a un conjunto de indicaciones derivadas de la valoración e indicativas de problema de salud.

c) Planeación: es la tercera etapa del proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, y que consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo.

Los pasos para realizar la planeación son: establecer prioridades, elaborar objetivos, determinar acciones de enfermería y documentar el plan de cuidados.

Las prioridades: se realizan posterior a la valoración y etapa de diagnóstico enfermeros y problemas interdependientes, lo que hace indispensable la identificación de los problemas de salud en los cuales se debe centrar la atención, y realizar acciones inmediatas, porque representan una amenaza para la vida del cliente.

Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenecen, lo que permite brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas. Es importante señalar que en la mayoría de las ocasiones los problemas interdependientes son prioritarios, sobre todo si el cliente se encuentra hospitalizado y grave; sin embargo los diagnósticos enfermeros se pueden tratar en forma simultánea a los problemas interdependientes.

Elaborar objetivos: son una parte indispensable dentro de la etapa de planeación ya que con ellos se mide el éxito de un plan determinado al valorar el logro de los resultados. También permite dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados y al generar numerosas acciones en las enfermeras.

Los objetivos deben centrarse en dar solución al problema y estar dirigido al cliente, familia y comunidad porque en ellos se esperan los resultados.

Determinar acciones de enfermería: las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos y están encaminadas a tratar los factores relacionados o de riesgo de problema de salud señalado en el diagnóstico enfermero o problema interdependiente. En la

determinación de dichas estrategias se emplea el pensamiento crítico, para analizar la situación mediante cuestionamientos que conducen a la selección de acciones de enfermería específicas.

Los planes de cuidados de enfermería son documentos que contienen el problema de salud encontrado, objetivos, acciones de enfermería y evaluación. Existen dos tipos de planes de acuerdo a sus componentes: para diagnósticos enfermero y para problemas interdependientes; la diferencia entre ambos es que uno se refiere a una respuesta humana y el otro a una respuesta fisiopatológica y que las funciones interdependientes de enfermería únicamente se incluye en los planes de cuidados para problemas interdependientes.

Las características de los planes de cuidados son: **la individualidad**, es decir cada plan debe responder a problemas y factores relacionados, **la participación** del cliente, familia y comunidad en su elaboración; **la actualización** con respecto a los cambios del cliente y a los avances de la enfermería como disciplina; **la fundamentación** científica de las acciones con fines didácticos y ser **fuentes de comunicación** entre los profesionales de la enfermería.

Documentación del plan de cuidados: es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, que permite girar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados.

d) Ejecución: es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados y están enfocadas al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados

Los pasos de la ejecución son: preparación, intervención y documentación.

La preparación: consiste en revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del cliente y que sean compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria haciéndose necesaria de la revaloración.

Analizar y estar seguro de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarios para realizar las actividades planeadas y tener en mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería, reunir el material y equipo necesario para llevar a cabo cada intervención, crear un ambiente, confortable y seguro para el cliente durante la realización de cada actividad, delegar cuidados enfermero que se apeguen a los cuatro puntos clave de la delegación: tarea correcta, persona correcta, comunicación correcta y evaluación correcta.

La intervención: es posterior a la fase de preparación pueden llevarse a cabo las intervenciones de enfermería independientes e interdependientes planeadas que incluyen: la valoración; la prestación de cuidados para conseguir los objetivos, educación del usuario, familia y comunidad y la comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria.

Es fundamental considerar las capacidades físicas, psicológicas y personales del cliente durante la ejecución de las acciones de enfermería para lograr su participación e independencia.

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

consiguiente el termino rutina es inadecuada, cuando se emplea la metodología del proceso enfermero. En cada intervención de enfermería, ella es responsable de los resultados emocionales como de los resultados físicos, por lo que es necesario actuar siempre con pleno conocimiento de los principios y razones observando atentamente la respuesta del cliente y familia.

La documentación: es el registro que realiza la enfermera en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente del cliente y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud. El propósito de los registros de enfermería es mantener informado a otros profesionales del área de la salud sobre datos de valoración del cliente.

Existe gran diversidad en los registros de enfermería por obedecer a requisitos particulares de cada unidad de atención para el cuidado de la salud; sin embargo, éstos deben reunir ciertas características universales como son: fecha y hora; datos de valoración, intervenciones de enfermería; resultados obtenidos y nombre firma de la enfermera. Asimismo las notas deben ser concisas, claras, completas, legibles, relevantes y oportunas.

e) Evaluación: es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda práctica de enfermería; la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que esta presente en la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución.

La evaluación del proceso enfermero es útil para: determinar el logro de los objetivos, identificar las variables que afectan, decidir si hay que mantener el plan modificarlo o darlo por finalizado, por consiguiente es necesario la valoración del cliente, familia y

comunidad para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivos.

La evaluación es compleja, sin embargo al emplear la metodología del proceso enfermero se facilita por ser sistemática y continua, ya que brinda una base cognoscitiva para la práctica autónoma de la enfermería y requiere de la interrelación con el cliente y su familia.

2.4. Modelo Conceptual de Virginia Henderson

Las grandes teorías incluyen en los modelos conceptuales de enfermería aspectos de la existencia humana, su entorno y la salud.

Virginia Henderson definió el modelo conceptual como una representación esquemática de algún aspecto de la realidad y lo clasificó en dos grupos el teórico y el empírica, el modelo empírico se refiere a una replica de la realidad y el modelo teórico se refiere a una representación del mundo real, expresada en símbolos lingüísticos o matemáticos.

2.4.1 Antecedentes

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

Este esfuerzo ha llevado a que se acepte cada vez más ampliamente que existe funciones independientes, que la enfermera puede ejecutar por si misma.

2.4.2 Principales Conceptos del Modelo

Con base en la definición de enfermería se extraen conceptos básicos del Modelo de Virginia Henderson:

Enfermería: Henderson definió enfermería en términos funcionales, "la única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible".

Salud: Henderson no dió una definición propia de salud, pero en sus escritos comparó la salud con la independencia o satisfacción adecuada de las necesidades.

La salud es una cualidad de la vida y es básica para el correcto funcionamiento del organismo humano, (salud es la habilidad del cliente para realizar sin ayuda las catorce componentes del cuidado de enfermería).

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

Entorno: el medio ambiente en el que el individuo desarrolla su actividad: hogar, trabajo, escuela, hospital. Los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno físico inmediato, la enfermedad puede inferir en tal capacidad, por lo tanto las enfermeras deben proteger al cliente de lesiones producidas por agentes externos, mecánicos o físicos.

Persona: Henderson pensaba en el cliente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila y que el cuerpo y el alma son inseparable. Así contemplaba al cliente y a su familia como una unidad.

Independencia: se considera de acuerdo con las características específicas de cada persona, las cuales varían según los aspectos biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Todo ello a su vez modifican sensiblemente los criterios de independencia considerados parámetros de normalidad en cada caso concreto.

Dependencia: puede ser considerado en 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 resultan adecuadas o sea insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Causa de dificultad: son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en 3 posibilidades: falta de fuerza, falta de conocimiento y falta de voluntad.

Dimensión: es el soporte de todos los componentes de la persona, formada por varios sistemas y compuestos a su vez por subsistemas.

2.4.3. Catorce Necesidades Fundamentales

De acuerdo con la función propia de la enfermera y partiendo de ella, Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona como objeto de los cuidados. Así cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tienen 14 necesidades fundamentales, o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad y promover su desarrollo y crecimiento.

Entiéndose como necesidad todo aquello de lo que uno no puede prescindir, falta de lo necesario para vivir.

1. Necesidad de oxigenación.
2. Necesidad de nutrición e hidratación.
3. Necesidad de eliminación.
4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
5. Necesidad de descanso y sueño.
6. Necesidad usar prendas de vestir adecuadas.
7. Necesidad de termorregulación.
8. Necesidad higiene y protección de la piel.
9. Necesidad evitar los peligros.
10. Necesidad comunicarse.
11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
12. Necesidad de trabajar y realizarse.
13. Necesidad de jugar participar en actividades recreativas.
14. Necesidad de aprendizaje.

Estas necesidades son comunes en todos los individuos, si bien cada persona, en su unidad tiene la habilidad y capacidad de satisfacer de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de vida.

1. Necesidad de oxigenación

La respiración es la función por medio de la cual el organismo absorbe (inspiración) del exterior, el oxígeno necesario para el sostenimiento de la vida y elimina (expiración) del interior los gases nocivos para la misma. El intercambio de gases en el acto de la respiración se realiza a dos niveles: 1) entre el organismo y el medio ambiente y 2) al interior del organismo, entre las células de los tejidos y la sangre (respiración tisular).

2. Necesidad de nutrición e hidratación

Nutrición: conjunto de procesos implicados en la ingesta de nutrientes y en su utilización y asimilación para el funcionamiento del propio organismo y para el mantenimiento de la salud.

Hidratación: proceso químico por el que se incorpora agua sin romper el resto de las moléculas.

3. Necesidad de eliminación

Eliminación intestinal: es la salida de desechos corporales del intestino.

Eliminación urinaria: volumen total de orina excretada diariamente, se considera normal una frecuencia de 5 o más micciones por día que no debe ser menor de 500 ml., ni mayor de 3,000 ml., en 24 horas.

4. Necesidad de moverse y mantener buena postura

El sistema circulatorio esta formado por una red de vasos sanguíneos, arterias y venas que transportan sangre desde el corazón a los tejidos del cuerpo y en forma inversa de los tejidos al corazón.

El ejercicio físico ayuda a mantener un corazón saludable porque hace que aumente la circulación coronaria y las fibras del miocardio se contraen con mayor fuerza para aumentar el gasto cardíaco.

5. Necesidad de descanso y sueño

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

El sueño es un estado de inconciencia del que se puede sacar a una persona por medio de estímulos apropiados. El sueño se caracteriza por una mínima actividad física, ayuda a recuperar la energía pérdida durante las actividades cotidianas y el tratamiento físico y mental del día.

6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuada

La forma de vestir y de acicalarse son parte de la personalidad de un individuo, es un rasgo particular que la hace ser diferentes a los demás.

La forma de vestir, es parte de la cultura en que vivimos y nos hemos desarrollado. Los rasgos culturales son más firmes en las personas que viven en el campo y en las etnias, las cuales no cambian su forma de vestir en ninguna circunstancia. Mientras que su arreglo personal es sencillo y vistoso, las personas de la ciudad sobre todo, las de niveles económicos altos, visten según las normas sociales, y cambios según las estaciones del año y la moda. Respecto al arreglo personal es más completo y complicado.

7. Necesidad de termorregulación

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

8. Necesidad de higiene y protección de la piel

La higiene corporal es una de las formas más sencillas de conservar la salud física y proporcionar bienestar. Es conveniente que consideremos nuestro organismo como un delicado mecanismo de precisión, que se debe conservar con el máximo cuidado, para que responda plenamente a nuestros requerimientos.

La piel se extiende por toda la superficie corporal y su epitelio se continua con el epitelio de los orificios externos de las vías: digestiva, respiratoria y genitourinaria.

9. Necesidad de evitar peligros

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

10. Necesidad de comunicarse

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

11. Necesidad de vivir según creencias y valores

A través de la historia, conocemos que el hombre, por la sola razón natural reconoce a la necesidad de creer en un ser superior. Sin embargo para que las relaciones del hombre con Dios sean satisfactorias, necesita el hombre tener una idea precisa de la divinidad y de cual debe ser su actitud ante el ser superior.

Religión, este término significa las relaciones que el hombre tiene con su creador, el culto que se tributa a la divinidad.

Valores son aquellos que conviene a la persona humana, los valores se encuentran depositados en los seres o cosas y se nos presentan como cualidades de las mismas.

12. Necesidad de trabajar y realizarse

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

13. Necesidad de jugar/participar en actividades recreativas

Atender a la necesidad de recreación de los pacientes, en algunas circunstancias, como por ejemplo, cuando se atienden enfermos delicados o graves, o en hospitales en que se atienden solo padecimientos agudos, no es responsabilidad inmediata de la enfermera, ya que le da prioridad a la atención crítica, pero al pasar el periodo agudo de la enfermedad, es conveniente que se empiece a dar alguna terapia ocupacional o recreativa a los pacientes. La recreación es un necesidad básica para todo ser humano, en cualquier etapa de su vida. Para que sea verdaderamente beneficiosa es necesario distinguir entre pasatiempo, recreación y ocio.

14. Necesidad de aprendizaje

Un estado saludable es indispensable para alcanzar una vida plena en todos los aspectos que conforman a la persona como son: los físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Cuando se conocen las medidas para promover la salud y proteger el organismo de enfermedades y se ponen en práctica durante toda la vida, los resultados son una existencia gozosa y productiva.

2.5 Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.) y Modelo Conceptual de Virginia Henderson

A continuación se hace una vinculación conceptual entre Proceso de Atención Enfermería (P.A.E.) y el Modelo Conceptual de Virginia Henderson. El primero se refiere a como la enfermera identifica la ayuda que requiere el cliente y el segundo es una guía que permite centrar la práctica de enfermería.

2.5.1 Concepto según Virginia Henderson

El Proceso de Atención de Enfermería es el medio por el cual las enfermeras proporcionan asistencia a los clientes que por falta de fuerza, falta de voluntad o falta de conocimientos no son capaces de satisfacer sus necesidades básicas.

2.5.2 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería

a) Valoración: Henderson no hace referencia directa pero puede ser inferida de su descripción de las 14 necesidades básicas. Implica el uso de las necesidades básicas para determinar las necesidades no satisfechas y la necesidad de ayuda. Recoge los datos sobre cada necesidad básica.

b) Diagnóstico de enfermería: se formuló muchos años después de la publicación de la definición de Henderson y, por tanto no es tratada por ella. Puede inferirse del análisis de los datos recogidos sobre las 14 necesidades; si una persona no puede satisfacer una necesidad específica, la enfermera identificará el problema y formularía un diagnóstico enfermero.

c) Planeación: forma parte de todo cuidado enfermero efectivo, debería incluir un plan de cuidados de enfermería por escrito, ya que esto fuerza a la enfermera a pensar en las necesidades del cliente, implica formular y poner al día un plan basado en las necesidades del cliente y el plan prescrito por el médico.

d) Ejecución: implica realizar actividades que el paciente no puede llevar a cabo de forma independiente o que están recogidas en el plan del médico. Ayuda al cliente a satisfacer las 14 necesidades básicas. Depende de la relación enfermera-cliente que permite a la enfermera una mejor comprensión de las necesidades del cliente y lleva a cabo medidas para satisfacer dichas necesidades.

e) Evaluación: valorar la velocidad o el grado en el que el cliente realiza de forma independiente actividades necesarias para satisfacer sus necesidades básicas. Implica la observación y la documentación de los cambios en el funcionamiento del cliente. Supone la comparación del funcionamiento de la persona antes y después de recibir el cuidado enfermero.

2.6 Características del Adulto Joven

A continuación se describen las características del adulto joven las cuales se identifican con el cliente de nuestro Estudio de Caso.

2.6.1 Adulto Joven

La edad adulta es la etapa en la cual los individuos han adquirido todo su crecimiento físico, un gran desenvolvimiento social y emocional. Un grado mayor de desarrollo, de autorrealización, de confianza en si mismo, en su capacidad de tomar decisiones, gozando de más independencia y manteniendo intimidad consigo mismo y con otras personas.

La etapa del adulto joven abarca las edades comprendidas entre 20 y 40 años. El inicio de esta etapa depende de aspectos socioculturales, ambientales y familiares. Algunos autores consideran su comienzo entre los 22 y 24 años y otros en edades más tempranas.

Dentro de las características de los adultos existe una buena evidencia de que a lo largo de la vida se operan cambios sistemáticos del sistema nervioso central y en general en todo el organismo.

En el aspecto general, el individuo en la etapa adulta, en cuanto a crecimiento físico, ha madurado en todos los sentidos; el tamaño de huesos, masa muscular, el depósito de grasa en los tejidos blandos, en la anchura de los hombros en los varones y en la amplitud de las caderas en las mujeres.

El promedio más alto en rendimiento de trabajo, tanto para hombres como para mujeres es alrededor de los 28 a 30 años de edad en el área motora, después de los cuales se produce un descenso gradual.

Nutrición: los adultos deben consumir una dieta balanceada, baja en grasas, condimentos y harinas, porque la actividad física y el metabolismo van disminuyendo conforme avanza la edad.

Elementos requeridos en el hombre son los siguientes: proteínas: 70 g, calorías 2900, hierro 100 mg., calcio 800 mg., sodio 0.8-1.3 mg., vitamina A 5000 UI., vitamina C: 70 mg., tiamina: 0.3-1.7 MG

Recreación: a través de toda la vida de los individuos, la recreación desempeña un papel importante, es una necesidad tan importante como la nutrición; los adultos requieren del juego tanto como los niños, la mente y el cuerpo necesitan un cambio periódico de aire, de ambiente agradable; los adultos necesitan ocasionalmente hacer algo gracioso y no compulsivo; algo de juego debería hacer parte del programa de la vida diaria, ya que puede prevenir sentimiento de cansancio y frustración en el trabajo. Cada año, los individuos deben tomar vacaciones. Es importante cultivar algunas aficiones, como practicar algún deporte, caminar, hacer reuniones sociales, pertenecer a grupos de acuerdo a intereses comunes, lo cual le produce satisfacción, le ayuda alejarse por un momento de sus responsabilidades, le proporciona descanso físico y mental, tan necesario para él y ella que se encuentran en una etapa de productividad, además les da estabilidad social.

Sueño y reposo: los adultos necesitan dormir como mínimo de 8 a 10 horas diarias. El sueño debe ser en un ambiente tranquilo, cómodo, a fin de proporcionar el descanso y el reposo requerido, tanto físico como psíquico. No sólo el sueño es un reparador de la energía gastada, sino también un cambio de actividad que sea grata, en el momento en que él o ella se encuentren cansados o tensos.

El empleo y el desempleo en el adulto tiene que afrontar muchos conflictos al empezar a trabajar, uno de ellos es adaptarse al trabajo y a los problemas relacionados con esta situación, son la consecuencia de su relación anterior con la familia y los amigos. El empleo significa para el individuo tener un ingreso constante del cual puede depender, adquiriendo una dependencia económica, social y cultural; también se le brinda seguridad satisfacción. El empleo es el medio por el cual se le permite al ser humano el intercambio de elementos físicos con el ambiente, símbolos y productos con los demás. La capacidad para enfrentarse al fracaso y al desempleo varía según el individuo, sus experiencias, antecedentes y preparación.

2.6.2 Descripción de la patología (problema de salud)

A continuación se hace mención de la patología para ver como ésta afecta las necesidades del cliente más no porque se haya centrado el estudio de caso en la enfermedad sino en las necesidades afectadas.

APENDICITIS: inflamación del apéndice vermiforme, generalmente aguda, que sino se diagnostica evoluciona rápidamente hacia la perforación y la peritonitis. El síntoma más frecuente es un dolor constante en el cuadrante inferior derecho del abdomen (fosa iliaca derecha) en torno al punto de McBurney y que comienza de forma intermitente en la región periumbilical. Para disminuir el dolor, el paciente flexiona las rodillas a fin de evitar la tensión de los músculos abdominales. La inflamación se caracteriza por la aparición de vómitos, febrícula, leucocitosis, hipersensibilidad a la retirada brusca de la mano que palpa (rebote), rigidez abdominal y disminución o ausencia de los sonidos intestinales debida a una obstrucción de la luz apendicular por la presencia, de una masa fecal endurecida (coprolito) o un cuerpo extraño, una enfermedad fibrosa de la pared intestinal, una adherencia o una infestación parasitaria. El tratamiento es la apendicectomía de los síntomas y que cualquier

retraso hace que el cuadro evolucione a perforación y peritonitis con liberación de materias fecales en la cavidad peritoneal. Una vez que se produce la peritonitis, la fiebre se eleva bruscamente y el paciente puede presentar una mejoría súbita del dolor seguida por aumento del mismo, esta vez de carácter difuso. La enfermera debe estar alerta para detectar los signos de la peritonitis hay que administrar tratamiento antibiótico IV, líquidos y electrolitos. La apendicitis afecta preferentemente a adolescentes y adultos jóvenes y es más frecuente en el varón.

III. METODOLOGÍA.

El presente estudio de caso se realizó respetando dos ejes, uno metodológico y otro conceptual. El eje metodológico estuvo centrado en el proceso de atención de enfermería (P.A.E.) para el cual se consideraron 5 etapas; el eje conceptual que se empleó fue el modelo conceptual de Virginia Henderson.

3.1 Descripción del caso

Para realizar el presente estudio de caso se eligió a un cliente adulto joven con alteración de sus necesidades el cual estuvo en el área de urgencias del hospital General Mazatlán, Sinaloa el cual ingresó el día 18 de septiembre de 2004, con el diagnóstico Probable Apendicitis. Es importante aclarar que aunque se refiere el nombre de la patología el estudio de caso se centró en la persona cliente; por lo tanto las intervenciones de enfermería estarán enfocadas a satisfacer sus necesidades afectadas dependiendo del grado de dependencia (total o parcialmente).

Para tal efecto se solicitó el consentimiento informado del cliente, ya que el cuidado tiene implicaciones éticas sustentadas en cuatro principios: (Anexo 1).

a) **Autonomía:** significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

b) Confidencialidad: este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

c) Beneficiencia: se entiende como la obligación de hacer el bien.

d) No maleficiencia: se entiende como la obligación de evitar el mal.

Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño a maldad a nada.

Si al aplicar estos principios no se tiene las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales. Para la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad: esto tiene una aplicación individual y social.

El estudio se realizó durante el tiempo que el cliente permaneció hospitalizado en el área de urgencias.

3.2 Valoración

La finalidad de la valoración fue el integrar una base de datos con relación al cliente, se recurrió a las fuentes, técnica e instrumentos de información que a continuación se describen.

La valoración consiste en apereamiento de circunstancias determinadas del cliente, detectadas por parte del explorador, basados en el relato objetivo de los síntomas y de la evolución de la enfermedad.

3.2.1 Fuentes de Información

Para la valoración se tuvieron como fuentes de información directa e indirecta. La directa (cliente) e indirecta (expediente clínico, familiares, otros profesionales, hojas de registro de enfermería, literatura, etc).

3.2.2 Las Técnicas Utilizadas Fueron: entrevista, método clínico y observación.

a) Entrevista: Es un contacto interpersonal que tiene por objeto recopilar datos verbalmente.

Esta entrevista se realizó en el Hospital General de Mazatlán, Sin., en el servicio de urgencias en las primeras horas intrahospitalarias, el cliente presentaba dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha, acompañado de vómito de contenido biliar.

Al encontrar el momento adecuado y el cliente se encontraba más tranquilo, me presente y expliqué mi proyecto.

Cliente: espero poder ayudarla y sentirme mejor.

Enfermera: ¿Cómo inicio su problema?.

Cliente: inicié hace diez horas aproximadamente con dolor en el estómago y no le tomé importancia, tome naproxen pero no se me quitó, después fui al doctor de similares, me revisó y me sugirió irme a un hospital y pues aquí estoy.

Enfermera: ¿Cómo se siente en este momento?

Cliente: creo que estoy peor el dolor no se me quita y no me hacen nada.

Enfermera: no señor, lo que sucede es que por el diagnóstico que se sospecha no se le pueden aplicar analgésicos, porque podría enmascarar el diagnóstico, trate de tranquilizarse y colocarse en una posición donde sienta menor dolor en lo que se recaban exámenes de laboratorio y se realiza ultrasonido abdominal.

Cliente: pues espero no duren mucho, me siento muy mal.

Enfermera: tenga confianza las cosas se están haciendo bien, usted está bien atendido.

De esta manera el cliente confió en mí y conforme su padecimiento lo permitía, me proporcionó información requerida, y de esta manera obtuve datos objetivos, signos vitales, exploración física y estado de ánimo referente a su estado de salud. Cabe mencionar que posteriormente tuve que entrevistar nuevamente al cliente para recabar datos faltantes para mi trabajo de investigación.

b) Método clínico: fué utilizado para valorar necesidades en su dimensión biológica, utilizando la inspección, palpación, percusión y auscultación.

Los datos obtenidos fueron registrados en la historia clínica que más adelante se presenta.

c) **Observación:** acción por medio de la cual se puede obtener información que el usuario no expresa verbalmente.

Los datos obtenidos de la observación se registraron en diversos instrumentos, como hoja de enfermería, hoja de signos vitales.

3.2.3 Instrumentos de Registros

Para la información se utilizaron hoja de enfermería, historia clínica y hoja de valoración de necesidades.

Es importante mencionar que no se presentan los registros de enfermería ya que son un documentos legales para lo cual se necesitaría el consentimiento del cliente y de la institución. Se incluyen formatos (Anexo 2).

a) Historia clínica y exploración física.

Historia Clínica

Nombre: M. R. R.

Escolaridad: secundaria.

Ocupación: desempleado.

Religión: católica.

Fecha de ingreso: 18 - 09 - 04

Edad: 34 años.

Sexo: masculino.

Lugar de nacimiento: Mazallán, Sinaloa.

Domicilio actual: av. Pinos # 5505, colonia Emiliano Zapata.

AHF

Refiere abuelo materno finados desconoce causa, abuela materna finada CACU abuelos paternos finados desconoce causa, padres aparentemente sanos, hermanos tres aparentemente sanos y tres hijos sanos.

APNP

Tabaquismo (+) alcoholismo (+) refiere haber dejado de consumir cocaína hace dos años, no acostumbra a realizar ejercicio, práctica deporte ocasionalmente; respecto a la sexualidad la considera normal (no aporta suficientes datos): hábitos higiénicos regulares, su dieta es variada con horarios alimenticios irregulares, inmunizaciones con esquemas completos.

APP

No enfermedades congénitas refiere enfermedades propias de la infancia (sarampión, varicela), se le realizó intervención quirúrgica en mano por extracción quiste sinovial, no alergia, Fx(-), niega enfermedades crónico-degenerativas, gastritis con 4 años evolución.

PA

Inicia su padecimiento actual 10 horas anteriores a su ingreso al presentar dolor abdominal de predominio en flanco y fosa iliaca derecha, acompañado de vómito de contenido biliar.

Paciente con ligera palidez de piel y tegumentos, abdomen con peristalsis disminuída, con dolor a la palpación localizado en fosa iliaca derecha, giordano (+), dolor evolutivo acompañado de vomito, presentado febrícula, palidez de piel diaforesis y facies de dolor.

Impresión Diagnóstica

Síndrome doloroso abdominal a descartar apendicitis.

Plan:

Se interna para vigilancia y realizar estudios laboratorio.

Tratamiento actual:

Sol. Glucosa 5% 1000 p/4 hrs.

Reposo.

AHNO

No analgésicos.

Cuidados de enfermería

Control de temperatura.

Posición adecuada para disminuir dolor.

Apoyo emocional.

Signos vitales.

Curva térmica.

Exploración física: forma parte del proceso de recopilación de datos que tiene lugar durante la valoración y para la cual se utilizan técnicas explorativas fundamentales como: inspección, palpación, percusión y auscultación.

Signos vitales y somatometría

T.A.: 100/70

Pulso: 92x'

Resp: 24x.

Temperatura: 38 °C.

Peso: 64 kg.

Talla: 1.72 mts.

Hábitos exteriores

Edad aparente a la cronológica, complexión delgado, posición encorbado, facies de dolor, bien orientado en tiempo y espacio cooperador.

Piel

Tez moreno, su estado de hidratación regular con cicatriz en mano izquierda por extracción de quiste sinovial.

Cabeza

Forma normal, tamaño de acuerdo a su edad y complexión, no se observan depresiones. no mesas, ni zonas dolorosa, no cicatrices.

Cabello

Cabello con buena implantación, abundante, textura seca, color oscuro y ondulado.

Ojos, cejas y párpados.

Ojos sin compromiso, cejas pobladas, párpados con ligera inflamación, se observan ojeras.

Oídos

Pabellón bien implantado, íntegro no presentó zona, dolorosa, con buena simetría, reslo sin compromiso.

Nariz

Nariz pequeña bien formada íntegra no se detecta problema en tabique nasal, fosa nasal permeable, no epistaxis ni secreciones.

Cavidad bucal

Labios íntegros, delgados, con ligera palidez, no se observan lesiones, simétricos dentadura completa, con caries en molares no refiere molestias, encías sin compromiso, alitosis (+), lengua íntegra, simétrica, frenillo (-).

Cuello

Cuello simétrico sin limitación de movimiento, no presencia de masa, a la palpación en ganglios inflamados, tiroides normal pulso carotideo presente.

Tórax

Simétrico, hombros alineados no deformidad de columna movimientos respiratorios normales, no estertores.

Mamas

Sin compromiso.

Cardiovascular

Frecuencia cardiaca rítmica 92x'

Abdomen

Plano sin cicatrices, no estrias, no viceromegalias, a la palpación dolor en fosa iliaca derecha con disminución de peristaltismo intestinal.

Genitourinario

Sin compromiso

Extremidades superiores e inferiores

Conformación normal simétricos, con fuerza muscular y buena coordinación de movimientos.

Neurológicos.

Sin compromiso

No se detectaron otros datos sobresalientes que demostraron alguna desviación de lo normal.

b) Hoja de valoración de necesidades.

Guía de Valoración de Enfermería

Características Personales

Nombre _____ M.R.R. _____ Edad 34 Sexo masculino

Estado civil divorciado Religión católica

Escolaridad secundaria Ocupación desempleado

Cuál es su objetivo de salud. Estar sano para conseguir empleo

Hospitalizaciones previas. Ninguna.

Motivo de ingreso. Dolor abdominal intenso y vomito.

Esta tomando medicamentos. _____ Tomo previo a su internamiento _____
Signos vitales. Temp. 37.5 Pulso 88 Resp. 22 T/A. 110/70
Familia No. de miembros. 6 con quién vive 4 sobrinos 1 hermana.
Problemas de relación con la familia. Si X No _____ Por qué separado de
Su esposa y actualmente vive con su hermana.

1. Necesidad de oxigenación

Su estilo de vida es sedentaria ya que su último empleo era taxista y permanecía muchas horas sentado, realizando actividades cotidianas sin fatigarse, frecuencia respiratoria dentro de los límites normales, no secreciones bucofaringea, refiere fumar 2 a 3 cigarrillos al día, no antecedentes de enfermedades cardiorrespiratorias, presión arterial estable, no anemia ni varices.

2. Necesidad de nutrición e hidratación

La ingesta de dieta es variada, puede alimentarse solo, el horario es inestable con tres comidas al día, ingiere 1.5 a 2 litros de agua al día, le agrada la mayor parte de alimentos, su peso se encuentra por abajo de su peso ideal, de acuerdo a su estatura, no acostumbra suplementos alimenticios.

En su hogar acostumbran consumir agua purificada. Su peso es de 64 kg., y su talla 1.72 mts., no presenta ningún problema para hablar, masticar y deglutir. Lengua ligeramente hidratada ninguna otra alteración. Dientes con caries que todavía no molestan, labios ligeramente hidratados.

3. Necesidad de eliminación

Frecuencia y cantidad en 24 horas, heces 1 vez al día pastosa y formadas, orina frecuentemente dependiendo de la ingesta líquida, no refiere ninguna alteración en lo que a este rubro se refiere.

4. Necesidad de moverse y mantener buena postura

Patrones actividad ejercicio, ocasionalmente juega fútbol, últimamente no lo ha practicado, no refiere limitaciones en la deambulación antes de su ingreso hospitalario.

5. Necesidad de descanso y sueño

Acostumbra dormir 8 horas diarias, si se puede más, no tiene problemas para conciliar el sueño, acostumbra ver televisión por la noche. Actualmente a su hospitalización refiere no haber dormido desde hace 10 horas, por presentar dolor abdominal, no permitiendo conciliar el sueño.

6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

Refiere no necesitar ayuda para vestirse o desvestirse, sus hábitos higiénicos personales son buenos, se baña una o dos veces al día de igual manera realiza cambio de ropa, utilizando ropa de acuerdo al clima de la región.

7. Necesidad de termorregulación

Expresa protegerse de los cambios de temperatura y refiere no ser sensible a cambios de frío o calor, actualmente presenta incremento de la temperatura corporal por un proceso inflamatorio.

8. Necesidad de higiene y protección de la piel

Hábitos higiénicos diarios, higiene oral, lavado dientes después de cada comida, se observa caries dental, mucosas orales ligeramente hidratadas.

9. Necesidad de evitar los peligros

Prácticas que afectan la seguridad personal; refiere haber dejado de consumir cocaína hace dos años y el alcohol hace 6 meses, fuma ocasionalmente 2 a 3 cigarrillo al día, refresco de cola uno o dos al día, café ocasionalmente. A la autoexploración de testículos no ha presentado anomalías, en su entorno físico no ha detectado peligros.

10. Necesidad de comunicarse

Refiere tener facilidad para expresar sentimientos, la relación familiar y con otras personas es buena, no profundizándose en su separación conyugal.

11. Necesidad según sus creencias y valores

Refiere ser creyente de religión católica, ya que esa religión le inculcaron, no visita la iglesia. solo acude ocasionalmente.

12. Necesidad de trabajar y realizarse

Expresa haber trabajado en diversas empresas, no durando mucho en ellas, refiriendo aburrirse, el trabajo le provoca satisfacción y aporte económico, actualmente la enfermedad le ha traído preocupación ante lo económico, si tiene capacidad de decidir y resolver problemas, no refiere problemas en el olfato, gusto, tacto, memoria y orientación.

13. Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas

Solo juega ocasionalmente fútbol y ver televisión, de igual manera se reúne con sus amigos.

14. Necesidad de aprendizaje

Refiere no interesarle tener conocimientos sobre el desarrollo del ser humano, y respecto a conocimiento sobre si mismo, solo los que le permiten satisfacer sus necesidades fundamentales.

Ya obtenido los datos se organizaron y clasificaron las necesidades considerando las dimensiones señaladas por Virginia Henderson: biológicas, sociológicas, psicológicas y culturales.

Para identificar las fuentes de dificultad que no son otra cosa que los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.

1. Falta de fuerza: interpretamos por fuerza no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

2. Falta de conocimiento: en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

3. Falta de voluntad: entendida como la incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades. Y de esta manera conocer el grado de dependencia que puede ser total o parcial.

3.3 Diagnóstico

Para la integración de los diagnósticos de enfermería se tuvo que organizar y clasificar la información en necesidades con sus respectivas dimensiones lo cual facilitó el análisis para conocer tanto las fuentes de dificultad como los problemas que le afectaban, utilizando los formatos que mas adelante se presentan.

Los diagnósticos de enfermería se clasifican en reales y de riesgo: El diagnóstico enfermero real: describe la respuesta actual de una persona, una familia, o una comunidad y se apoya en la existencia de características definitorias, (datos objetivos y subjetivos). El diagnóstico enfermero de riesgo (potencial): describe respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables, no existen características definitorias (datos objetivos y subjetivos).

El diagnóstico de enfermería es el planteamiento de un problema real o potencial para el estado de salud de una persona, que un profesional de enfermería esta calificado y autorizado para tratar todo esto en base al formato P.E.S.

Apoyándose en las etiquetas diagnósticas de la N.A.N.D.A. las cuales tienen coherencia teórica con el Modelo Conceptual de Virginia Henderson ya que fueron trabajadas con base a las necesidades. Es importante señalar que se hizo un análisis de las 14 necesidades valoradas en el cual se señala la independencia o el grado de dependencia el cual se presenta a continuación.

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

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

I: INDEPENDIENTE

TD: TOTALMENTE DEPENDIENTE

PD: PARCIALMENTE DEPENDIENTE

De estas 14 necesidades fundamentales valoradas se identifico dependencia en 6 necesidades, las cuales fueron: nutrición e hidratación; moverse y mantener buena postura, descanso y sueño, termorregulación, trabajar y realizarse y aprendizaje .

Para fines de titulación y por cuestiones de tiempo solo se presenta el análisis de 3 necesidades: moverse y mantener buena postura, termorregulación, descanso y sueño.

GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES

DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL CLIENTE : M. R. R. 18 / 09 / 04

NECESIDAD AFECTADA: Descanso y sueño

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
<p>Cansancio.</p> <p>Ojeras.</p> <p>Dificultad para conciliar el sueño.</p>	<p>Miedo a intervención quirúrgica.</p> <p>Preocupación ante la falta de aporte económico.</p>	<p>Nivel socioeconómico bajo.</p> <p>Ambiente hospitalario (ruido)</p> <p>Sala compartida.</p>	<p>Desconoce reglamento hospitalarios.</p> <p>Alteración de sus costumbres.</p> <p>Su cultura no le permite tener una conducta expresiva.</p>

- F. FUERZA
- F. VOLUNTAD
- F. DE CONOCIMIENTOS

- TOTALMENTE DEPENDIENTE
- PARCIALMENTE DEPENDIENTE

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración del patrón del sueño, relacionado con dolor en fosa ilíaca derecha, manifestado por cansancio y ojeras.

3.4 Planeación

La formulación inicia después de haber formulado los diagnósticos de enfermería y consiste en elaborar estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo.

Con base al diagnóstico de enfermería y las fuentes de dificultad se seleccionó el rol de enfermería el cual se según Henderson pueden ser:

Acompañamiento: como compañera y orientadora, la enfermera imparte educación sobre la salud al paciente y la familia, formulan el plan de cuidados, lo ejecutan y lo evalúan.

Suplencia: cuando el cliente depende totalmente de alguien para hacer algo.

Ayuda: cuando el cliente puede hacer ciertas cosas pero necesita de la ayuda de alguien para realizarlas.

El tipo de intervenciones que se planearon son:

a) **Independientes:** son aquellas actividades que se encuentran en el campo de acción específico de la enfermería por lo tanto no requiere de prescripción médica.

b) **Dependientes:** son actividades delegadas por el médico y que la enfermera realiza siguiendo un protocolo de atención.

c) **Interdependientes:** son aquellas que se realizan en colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario, quedando incluida en este rubro la prescripción médica.

En el formato de Plan de Atención se incluyó el objetivo, metas, criterios de evaluación o de resultado y la fundamentación de las intervenciones de enfermería.

A continuación se presentan los planes de atención.

PLAN DE ATENCIÓN

INICIALES DEL CLIENTE : M. R. R. FECHA: 18 / 09 / 04

NECESIDAD AFECTADA: Moverse y mantener buena postura. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Dolor relacionado con proceso inflamatorio, manifestado con inestabilidad postural y cansancio.

OBJETIVO: Reestablecer la capacidad de movimiento al disminuir el dolor.

	TOTALMENTE DEPENDIENTE
X	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

X	ROL DE AYUDA
	ROL DE SUPLENCIA
	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

PLAN DE ATENCIÓN

INICIALES DEL CLIENTE : M. R. R. FECHA: 18 / 09 / 04

NECESIDAD AFECTADA: Termorregulación DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de la temperatura corporal relacionado con proceso inflamatorio, manifestado por hipotermia, rubicundés y taquicardia.

OBJETIVO: Mantener temperatura corporal en límites normales.

	TOTALMENTE DEPENDIENTE
X	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

X	ROL DE AYUDA
	ROL DE SUPLENCIA
	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

NECESIDAD AFECTADA: Termorregulación HOJA No: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de la temperatura corporal relacionado con proceso inflamatorio, manifestado por hipertermia, rubicundés y taquicardia

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
60' a 90'	Estabilizar temperatura corporal a cifra normal. (36. 5 °C)	Colocación de medios físicos. Descubrir superficie corporal respetando individualidad del cliente. Toma de temperatura c/15'.	La evaporación es un proceso por el cual una sustancia líquida se transforma en vapor. La evaporación necesita calor, por lo tanto es un proceso de enfriamiento. El calor que se desprende de la superficie corporal, por convección depende de la superficie cutánea expuesta a las corrientes de aire. La vigilancia estrecha en el control de temperatura nos evitara complicaciones en el estado de salud actuando oportunamente si el cliente lo amerita.	Se logró estabilizar temperatura corporal a 36.7 °C. que se considera dentro de los límites normales.

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

PLAN DE ATENCIÓN

INICIALES DEL CLIENTE : M. R. R. FECHA: 18 / 09 / 04

NECESIDAD AFECTADA: Descanso y sueño DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración del patrón del sueño, relacionado con dolor en fosa iliaca derecha manifestado por cansancio y ojeras.

OBJETIVO: Ayudar al cliente a recuperar las condiciones necesarias para tener un sueño y descanso adecuado.

	TOTALMENTE DEPENDIENTE
X	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

X	ROL DE AYUDA
	ROL DE SUPLENCIA
	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

NECESIDAD AFECTADA: Descanso y sueño HOJA No: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración del patrón del sueño, relacionado con dolor en tosa iliaca derecha, manifestado por cansancio y ojeras.

META	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Descanso o sueño de 2 a 4 horas continuas mínimo.	Ayudar al cliente a recuperar las condiciones necesarias para tener un sueño y descanso adecuado.	<p>Apoyo psicológico.</p> <p>Orientar al cliente sobre ejercicios respiratorios que le ayude a relajarse.</p>	<p>El bienestar emocional comprende un estado libre de tensiones, de estrés o de ansiedad lo que da como resultado un rápida mejoría física.</p> <p>La relajación proporciona al organismo una ausencia de tensión o activación que se manifiesta en los 3 niveles de respuesta del mismo: fisiológicos, el conductual y cognitivo.</p>	Debido al corto tiempo que el cliente permaneció en el servicio de urgencias no se logró la meta planeada.

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

ESTA TESIS NO SALE
 DE LA BIBLIOTECA

3.5 Ejecución y Evaluación

La ejecución involucra la acción o la puesta en marcha de las intervenciones planeadas, exigiendo no solo el conocimiento de la enfermera sino también experiencia y habilidades desarrolladas.

Para la evaluación se tuvo que recurrir nuevamente a la valoración, para obtener datos que permitieron comparar los resultados obtenidos con los criterios de evaluación y saber si se cumplió o no el objetivo y así retroalimentar el plan de atención.

CONCLUSIONES

Los instrumentos de valoración son limitados, obstruyendo información completa para realizar una valoración eficaz.

Desde la teoría parece fácil pero no nos da resultados a la primera entrevista, por lo que se tiene que realizar dos o más para lograrlo.

Aunque existe taxonomía aprobada se detecta dificultad para determinarlas al cliente ya que cada uno es diferente.

Las teorías nos guían cada una con su perspectiva muy particular, pero se observan limitaciones en algunos aspectos, por lo que obstruyen los objetivos deseados para la aplicación de una sola teoría al cliente.

BIBLIOGRAFÍAS

ENEO-UNAM. MÉXICO. Antología. "Docencia en Enfermería". México. 2004. P 299.

ENEO-UNAM. MÉXICO. Antología "Fundamentación Teórica para el Cuidado"
México. 2004 P. 423.

ENEO-UNAM. MÉXICO. Antología. "Sociedad, Salud y Enfermería". México. 2003 P.
313.

ENEO-UNAM. MÉXICO. Antología. "Teorías y Modelos para la Atención de
Enfermería". México. 2002 P. 331.

ENEO-UNAM. MÉXICO. Antología. "Crecimiento y desarrollo". Tomo II, México, 2000
P. 814.

GARCÍA, GONZALEZ. Ma. de Jesús. "El Proceso de Enfermería y el Modelo de
Virginia Henderson", Propuesta para Orientar la Enseñanza y la Práctica de
Enfermería. ENEO-UNAM. MÉXICO. D.F. 1997. P. 321.

LEDEZMA, P. Ma. del Carmen "Fundamentos de Enfermería", Ed. Limusa, 1ra Ed.
México, D. F., 1999. P. 369.

KOZIER, B. et. al. "Manual Clínico de Fundamentos de Enfermería" ed. Mc Grawhill. Interamericana. 5ta. Ed. España. 1998. P. 304.

MARRINER, Ann, et. al. "Modelos y Teorías en Enfermería". Ed. Mosby-Doyma. 3ra. Ed. Madrid España. 1997. P. 600.

MC CLOSKY, Joanne. C. "Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE)". Ed. Mosby-Harcourt. 3ra. Ed. España. 2002. P

RODRÍGUEZ, S. Bertha Alicia. "Proceso Enfermero". Aplicación actual. Ed. Cuellar. 2da. Ed. Guadalajara. México. 2001 P. 277.

ANEXO

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

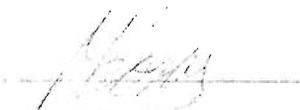
El (la) que suscribe M. R. R. .

Por medio del presente **DECLARO** que he sido debidamente informado(a) por mi enfermera el C. **MARÍA DE JESÚS RODRÍGUEZ LÓPEZ**.

Quien me ha explicado todo sobre la aplicación del Proceso de Enfermería, Valoración de Necesidades e intervenciones de enfermería.

Por lo que los acepto con toda la libertad y con pleno conocimiento y **NO** tengo inconveniente para que se realicen en mi persona los procedimientos que éticamente estén encaminados a mejorar la salud.

Firma de consentimiento



Mazatlán, Sinaloa 18 de Septiembre de 2004

SERVICIOS DE SALUD DE SINALOA
HOSPITAL GENERAL DE MAZATLÁN
"DR. MARTINIANO CARVAJAL"

HOJA DE ENFERMERÍA

NOMBRE DE PACIENTE: _____ SEXO: _____ CAMA: _____ FECHA: _____
EDAD: _____ DIAGNÓSTICO: _____ SERVICIO: _____

SIGNOS VITALES			TURNO MATUTINO							TURNO VESPERTINO							TURNO NOCTURNO									
F.C.	T.I.	T.C.	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7
170	36	41																								
160	35																									
150	34	40																								
140	33																									
130	32	39																								
120	31																									
110	30	38																								
100	29																									
90	28	37																								
80	27																									
70	26	36																								
60	25																									
50	24	35																								
TENSION ARTERIAL																										
RESPIRACIÓN																										
MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS			DOSIS		VIA		HORARIO			SOL. Y MEDIC. AGREG.				SOL. ADMINISTRADA												

CONCEPTOS		ALIMENTACIÓN			ALIMENTACIÓN DESAYUNO	HORA	OBSERVACIONES
		M	V	N			
ESTADO DE CONCIENCIA	CONSCIENTE						
	SEMI-INCONCIENTE						
	INCONSCIENTE						
ESTADO GENERAL	MUY GRAVE						
	GRAVE						
	DELICADO						
POSICIÓN	MEJORADO						
	LIBREMENTE ESCOGIDA						
	FOWLER						
AYUNO	OTRA						
	CIRUGIA						
	ESTUDIOS ESPECIALES						
	EXAMENES DE LAB.						
VISITAS MEDICAS	OTRAS						
	RUTINA						
OXIGENO	ESPECIFICA				COMIDA		
	VENTILADOR						
	PUNTAS NAALES						
	MASCARILLA						
PRACTICAS DE HIGIENE	CASCO CEFALICO						
	NEBULIZADOR						
MOVILIZACIÓN	REGADERA						
	ESPONJA						
CUIDADOS ESPECIALES	PARCIAL				PARCIAL		
	CURACIÓN						
	IRRIGACIÓN						
	ASEO TRAQUEOSTOMIA						
	ASEO COLOSTOMIA						
	PRESION VENOSA CENTRAL						
	PESO						
	PERIMETROS REACTIVOS						
EXCRETAS	DESTROSTIX						
	VOMITO						
	INFECCIONES						
	EVACUACIONES						
ESTUDIOS REALIZADOS	SANGRADO						
	DRENAJES						
ESTUDIOS REALIZADOS	RAYOS X				LABORATORIO		GABINETE