



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**



PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

**“ESTUDIO DE UN CASO A UN CLIENTE ADULTO MAYOR CON
ALTERACION DE SUS NECESIDADES”**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.**

PRESENTA:

LORENA HERRERA ROMERO

No. DE CUENTA: 401118214

ASESOR L.E.O. ANGELINA RIVERA MONTIEL

NOVIEMBRE DEL 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCIÓN.

JUSTIFICACIÓN.

I. OBJETIVOS.

II. MARCO TEORICO	1
2.1. Cuidado.....	1
2.1.1. Concepto.....	1
2.1.2. Antecedentes históricos.....	2
2.1.3. Tipos de cuidado: Care y Cure.....	3
2.1.4. Connotaciones del cuidado.....	4
2.2. ENFERMERÍA.....	6
2.2.1. Antecedentes históricos.....	6
2.2.2. Concepto.....	9
2.2.3. Meta paradigma.....	9
2.3. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.....	11
2.3.1. Concepto.....	11
2.3.2. Antecedentes históricos.....	11
2.3.3. Etapas del proceso.....	12
2.4. MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON.....	16
2.4.1. Antecedentes.....	16
2.4.2. Principales conceptos del modelo de Virginia Hendersón.....	17
2.4.3. Catorce necesidades básicas.....	18
2.5. P.A.E. MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON.....	25
2.5.1. Concepto.....	25
2.5.2. Antecedentes históricos.....	26
2.5.3. Etapas del (P.A.E.) de Virginia Hendersón.	26
2.6. CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS Y SOCIALES.....	30

III. METODOLOGIA.	33
3.1. Descripción.....	33
3.2. Valoración	34
3.2.1. Fuentes de información.....	34
3.2.2. Técnicas utilizadas para la obtención de información.....	34
3.2.3. Instrumento de registro.....	39
3.3. Diagnóstico.....	49
3.4. Planeación	59
3.5. Ejecución y evaluación	64
IV. CONCLUSIONES.	
BIBLIOGRAFIA.	

INTRODUCCIÓN

La historia del origen de la enfermería se remonta a los inicios de la humanidad, donde la mujer ejercía las funciones de cuidadoras dedicadas a lo relacionado con la supervivencia, la atención durante el parto, la crianza, la lactancia y el destete.

La enfermería en la actualidad lucha por consolidarse como una disciplina científica, convencidos de que los cuidados brindados por la mujer son milenarios y que distan de ser un oficio por su firme ideología y por estar cada vez más inmersos en el mundo científico, requieren de una redefinición que deje muy en claro lo que es la enfermería como profesión.

La razón de ser de la enfermería es cuidar la salud, a través de cuidados que permiten mantener y conservar la vida, mediante la satisfacción de las necesidades del individuo, familia y comunidad, a través del proceso atención enfermería, que es una herramienta de trabajo que permite a la enfermera dar cuidados especializados centrados en el logro de sus necesidades de manera eficiente, proporcionando así una atención de calidad al cliente en sus necesidades de salud y que fue bajo la línea del modelo conceptual de Virginia Henderson considerando las 14 necesidades básicas.

El presente caso clínico se realizó a un paciente adulto mayor que se encontraba hospitalizado en el área de cirugía general en el Hospital General de Mazatlán Dr. Martiniano Carvajal el cual tenía afectadas sus necesidades y que a través de la metodología del proceso atención enfermería se valoraron sus necesidades del cliente.

Este trabajo esta dividido en tres capítulos que son: objetivos, marco teórico y metodología los cuales describiremos más adelante.

JUSTIFICACIÓN

La enfermera profesional requiere del proceso enfermero como método de atención que le permita identificar problemas de salud, para lograr una práctica fundada en el contexto científico que avale la profesión como ciencia y como arte y evitar que la práctica de enfermería sea empírica o mecanizada.

La enfermería como profesión requiere de un método sistemático y flexible como lo es el proceso atención enfermería que le permite a la enfermera organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud del cliente, ayudándolo a satisfacer sus necesidades de manera integral se valoraron e identificaron sus necesidades afectadas e identificaron las fuentes y factores de dificultad, planeando sus intervenciones independientes e interdependientes de acuerdo a las formas descritas por Virginia Henderson.

La metodología que se utilizó dentro del proceso de atención de enfermería fue de forma reflexiva ya que esta fundamentada con conocimiento científico y humanístico la cual fue abordada desde varias posturas, puesto que algunos autores coincidieron al considerar que la práctica sea empírica con el propósito de mejorar la atención dentro del área hospitalaria.

I. OBJETIVOS

1.1. Objetivo General

A través del Proceso de Atención Enfermería, ayudar al cliente a satisfacer sus necesidades.

1.2. Objetivos Específicos

1.2.1. Mediante la valoración se integrara una base de datos que permita identificar las necesidades afectadas.

1.2.2. A través del análisis de la información obtenida integramos el diagnóstico de enfermería.

1.2.3. Identificar los factores y fuentes de dificultad que no permiten que los clientes satisfagan sus necesidades.

1.2.4. Con base a los diagnósticos identificados y considerando las fuentes y factores de dificultad vamos a planear las intervenciones independientes, dependientes e interdependientes de acuerdo a las formas de ayuda descritas por Henderson.

1.2.5. Evaluar los resultados de las intervenciones realizadas y retroalimentar el Proceso Atención de Enfermería.

11. MARCO TEORICO

A continuación se presenta el desarrollo de los contenidos que sustentan el estudio de caso.

2.1. Cuidado:

Es una actividad que ha existido desde el inicio de la humanidad, pues es algo innato y fundamental en la vida de las personas, es el proceso de la vida y la muerte a que el hombre y los grupos humanos se enfrentan todos los días en el desarrollo de su existencia.

2. 1.1. Concepto:

Colliere define al cuidado como un acto de vida que significa una variedad infinita de actividades dirigidas a mantener la vida permitir la continuidad y la reproducción.

Es un acto individual, dado por uno mismo y para uno mismo, en el momento en que la persona adquiere autonomía precisa para ello. igualmente es un acto recíproco que supone dar a toda persona que, temporalmente, no definitivamente, tiene necesidad de ayuda para asumir sus cuidados de vida, por tanto, el cuidar es una actividad sencilla y habitual en el ser humano, que práctica continuamente como parte integrante de las actividades diarias de las personas para responder a la aspiración esencial de cubrir las necesidades fundamentales¹

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 esta continúe y se reproduzca.²

¹ Colliere, M.F. Promover LA vida .En Antología de fundamentación Teórica ENEO-UNAM, México 2004 p.p33.

² Idem. P. 33

2.1.2. Antecedentes históricos del cuidado:

Colliere nos dice que “ durante la enfermería se presentaron dos tipos de instrumentos principales dentro de la tecnología de información: los cuales constituyen la historia de enfermería o de acción sanitaria y la gestación de enfermería.”³

“Enfermería es un instrumento fundamental de coherencia y de la continuidad de los cuidados, en la expresión escrita de la evolución del proceso de la evolución del proceso de la presentación de los cuidados, consiste en recoger las bases de un producto del cuidado establecido a partir de un tipo de problema de orden físico, psíquico y efectivo que se plantean los enfermos por su enfermedad y por la distinta deficiencia que estas producen y de los cuidados que requieren, Las personas que loas realizan han desarrollado una capacidad de realizar con el proceso de los cuidados.

Las personas que participan en los cuidados, tanto las personas cuidadas, como los cuidadores, es importante comprender mejor el funcionamiento de las creencias, su naturaleza, la forma en que se transmiten y se modifican.

Para tomar conciencia de la variedad de sistema de creencias y de valores que pueden influir en la concepción de los cuidados de enfermería y su incidencia sobre la práctica de los mismos. .”⁴

³ Idem. P 33.

⁴ <http://www.google.com.mx/search?hl=es&q=cuidado+virginia+henderson.&meta .ACTIVA>.

2.1.3 Tipos de cuidados:

Diferenciar la naturaleza de estos dos tipos de cuidados nos hace llegar a la intersección de la orientación y de las opciones fundamentales que guían las elecciones que se hacen no solo respecto a la función cuidadora del personal sanitario, sino también del conjunto de la acción sanitaria y social.

El vocabulario Inglés más rico que la lengua francesa respecto a la noción de los cuidados, ha mantenido dos tipos de cuidado de naturaleza diferente:

1.- Los cuidados de costumbre y habituales (care).

Estos cuidados se relacionan con las funciones de conservación, y continuidad de la vida.

Representando todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida, que están basados en todo tipo de hábitos de costumbres y creencias a medida que constituye la vida nace un ritual, estos cuidados representan el tejido, la textura de la vida y aseguran su permanencia y su duración,.

Los cuidados representan todo este conjunto de actividades que aseguran la continuidad de la vida como: el beber, comer, evacuar, levantarse, moverse, desplazarse, así como todo aquello que constituye el desarrollo de nuestro ser.

Los cuidados habituales son todos aquellos cuidados que la madre le proporciona a su hijo, son los que nos vamos a proporcionar cada día a medida que adquirimos autonomía y que otros deben compensar, cuando vemos que esta autonomía se estrecha, disminuye, o cuando la hemos perdido.⁵

2.- Los cuidados de curación (cure).

Se relacionan con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida.

⁵ Idem. P 35

Estos cuidados de curación o tratamientos de la enfermedad. Garantizan la continuidad de la vida, encuentra obstáculos o trabas, entre las principales, son el hambre, la desnutrición, la falta de recursos en energía alimentaría para mantener las funciones vitales, siendo el factor principal de la vida durante miles de años.

A los cuidados de curación se añaden los cuidados habituales, de hecho solo pueden tener sentido si se mantiene todo aquello que contribuye a la continuidad y desarrollo de la vida. Los cuidados de curación, tienen como objeto limitar la enfermedad, luchando contra ella y atajar sus causas, los cuidados se encuentran centrados en el hombre y su entorno.

Cuando prevalece la cure sobre el care, es decir los cuidados de curación descuidando los cuidados habituales y de costumbre, se aniquilan progresivamente todas las fuerzas vivas de la persona, todo aquello que la hace ser y querer reaccionar, ya que se agotan las fuentes de energía vital, sea de naturaleza que sean (físicas, afectivas, sociales), esta aniquilación puede llegar hasta un deterioro irreversible.

2.1.4. Connotaciones del cuidado.

El cuidar esta vinculado entre dos persona como bien nos dice Colliere, cuidar de si mismo y cuidar de otro esta asociado con el desarrollo del cliente. Cuidar es un acto individual que uno sede así mismo cuando adquiere autonomía pero del mismo modo es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que temporal o definitivamente requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales. Por lo tanto el cuidado se da en 3 dimensiones:

El cuidado es interpersonal y subjetivo, por lo tanto se da en tres dimensiones:

a).- **Cuidar de uno mismo:** Significa que la enfermera vista como persona, también requiere de cuidados para poder satisfacer sus necesidades y cuando ella no satisface sus necesidades, no es capaz de cuidar a otros.

b).- **Cuidar de otros:** A nivel institucional implica la relación enfermera paciente.

c).- **Cuidar con otros:** Esto a nivel de hospitales que la enfermera que cuida al usuario con ayuda de otros profesionales y en algunos casos de la familia.

Cuidar : acto individual que se da uno mismo, cuando se adquiere autonomía, es recíproco cuando se tiende a dar a cualquier persona, que temporalmente ó permanentemente requiere ayuda, para asumir sus necesidades vitales.

Los cuidados individuales representan todo un conjunto de actividades que aseguran la continuidad de la vida como: beber, comer, evacuar, lavarse, levantarse, moverse, desplazarse así como todo aquello que contribuye al desarrollo de la vida de nuestro ser, formando, manteniendo la imagen del cuerpo, estimulando los intercambios con todo aquello que es fundamental para la vida, las fuentes de energía vital, la luz, el calor, la relación con personas conocidas, los objetos familiares, etc.

Acto interpersonal: se produce entre las personas, dándose a cualquier persona transitoria. El cuidado interpersonal puede describirse de la siguiente manera: cuando la madre baña a su hijo, esta contribuye a su desarrollo psicomotor total, porque asocia el baño a todo un conjunto de relaciones táctiles, verbales y no verbales que convierten el baño en un juego que estimula su naturaleza siendo por lo tanto fuentes de conciencia y desarrollo.”⁶

Acto intersubjetivo puede ser recíproco.

⁶ Idem.. Pp 35.

2.2 ENFERMERIA.

Es una disciplina que ha tenido diversas etapas de desarrollo en su proceso histórico y el ejemplo más objetivo de estas transformaciones es la transición paradigmática de la curación – enfermedad a la persona cuidada. Por tal motivo y para mejor comprensión se ha incluido este capítulo referente a enfermería.

2.2.1 Antecedentes históricos.

La historia de enfermería surge con el nacimiento del ser humano, José Siler nos dice que “El término *anglosajón nurse* con el que se designa a la enfermería se deriva la palabra latina tales como *nutriere (alimentar)* y *nutris* (mujer que cría).”⁷

“En siglos pasados los cuidados de enfermería eran ofrecidos por voluntarios con escasa formación, por lo general, mujeres de distintas ordenes religiosas. Durante las Cruzadas, por ejemplo, algunas ordenes militares de caballeros también ofrecían enfermerías, y la más famosa era la de los Caballeros Hospitalarios (también conocida por los Caballeros de san Juan de Jerusalén). En países budistas los miembros de la orden religiosa Shanga han sido tradicionalmente los encargados de los cuidados sanitarios. En Europa, y sobre todo tras la reforma, la enfermería fue considerada con frecuencia como una ocupación de bajo estatus adecuada sólo para quienes no pudieran encontrar un trabajo mejor, debido a su relación con la enfermedad y la muerte, y la escasa calidad de los cuidados médicos de la época.

La enfermería moderna comenzó a mediados del siglo XIX. Uno de los primeros programas oficiales de formación para las enfermeras comenzó en 1836 en, Alemania, a cargo del pastor protestante Theodor Fliedner. Por aquel tiempo otras ordenes religiosas fueron ofreciendo también formación de enfermería de manera

⁷ IDEM. P. 15-29.

reglada en Europa, pero la escuela de Fliedner es digna de mención por haberse formado en ella la reformadora de la enfermería británica Florence Nightingale. Su experiencia le brindó el ímpetu para organizar la enfermería en los campos de batalla de la guerra de Crimea y, más tarde, establecer el programa de formación de enfermería en el hospital Saint Thomas de Londres. La llegada de las escuelas de enfermería de Nightingale y los heroicos esfuerzos y reputación de esta mujer transformaron la concepción de la enfermería en Europa y establecieron las bases de su carácter moderno como profesión formalmente reconocida.

Con la explosión del conocimiento técnico en el campo de la salud después de la II Guerra Mundial, el personal de enfermería ha comenzado también a especializarse en áreas particulares de asistencia sanitaria. Éstas incluyen áreas quirúrgicas, dentales, maternidad, psiquiatría y salud comunitaria. Dentro de cada una de estas especialidades se puede optar por una nueva especialización.”⁸

“La enfermería se ocupa de los cuidados del enfermo y otros trabajos relacionado con la prevención y la salud pública. Esto abarca las funciones y los deberes a cargo de quienes han recibido formación y preparación en el arte y ciencia de la enfermería, por lo general en la ayuda a los médicos y otros profesionales sanitarios. En la mayoría de los países se considera la enfermería como profesión cualificada para la que se precisa un programa de formación previo al reconocimiento académico.

La formación, en la mayoría de países, dura tres años y comprende formación general en medicina y experiencia práctica trabajando con pacientes bajo la supervisión de enfermeras y enfermeros veteranos. El nivel de la educación sanitaria requerida para una enfermera varía según los países. Al final de la formación, y antes de recibir la diplomatura o título, el estudiante de enfermería tiene exámenes ante los organismos sanitarios o consejos de enfermería, dependiendo de cada país. Una vez obtenida la diplomatura o título se es libre de

⁸ <http://personales.ya.com/erfac/enferm.htm>. ACTIVA

ejercer la profesión en cualquier país que reconozca las titulaciones, aunque muchos sólo reconocen las propias.”⁹

“Muchas de las variadas obligaciones del personal de enfermería son de naturaleza técnica, desde la toma de la tensión arterial hasta el manejo de sistemas de soporte vital en unidades de cuidados intensivos. Además, el personal de enfermería debe ser maestro, consejero y administrador, preocupado por la promoción y mantenimiento de la salud de los pacientes, así como por proporcionar los cuidados necesarios cuando éstos se encuentran enfermos.

El personal de enfermería tiene funciones dependientes e independientes. Las primeras son aquellas que deben ser llevadas a cabo bajo las órdenes de un médico, e incluyen actividades como las de administrar medicación, vendar y curar heridas. Las funciones independientes son aquellas que el personal de enfermería lleva a cabo bajo su propio juicio profesional. Entre estas obligaciones se incluyen el lavado de los enfermos, las posturas de los pacientes para prevenir contracturas articulares, la educación a los pacientes para que aprendan a curarse ellos mismos y la asesoría nutricional.”¹⁰

2.2.2. Concepto.

Es la ciencia y el arte que interactúan para procurar la satisfacción de los participantes, así mismo es el arte de proporcionar cuidados de prevención y tratamiento de las respuestas humanas del individuo, familia y comunidad, consiste principalmente en ayudar a las personas tanto sanas como enfermas.

⁹IDEM. ACTIVA

¹⁰ Maria Matilde Martínez Benítez. Sociología de una Profesión, el Caso de Enfermería. 1ª edición Nuevo Mar S.A. de C.V. 1985 México. P147.

Florence NIGHTINGALE, define la enfermería en términos de función como: "Colocar al paciente en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza actúe sobre él". Esto significa el uso adecuado de aire fresco, luz, calor, limpieza, tranquilidad y la oportuna selección y administración de dietas, todo ello con el menor gasto posible de la energía vital del paciente."¹¹

2.2.3 Metaparadigma.

El metaparadigma de enfermería nos aporta la base fundamental de enfermería. Esta base teórica es la que provee a las enfermeras en su práctica clínica profesional con un entendimiento integral del ser humano. Por esto la vinculación efectiva con el paciente requiere basar la práctica clínica en el pensamiento teórico de enfermería.

El metaparadigma le provee a la enfermera un marco conceptual para entender su rol frente al paciente; el conocimiento que la enfermera desarrolla durante el proceso de formación a través de su trayectoria profesional, le permite aplicar este marco conceptual y lograr una vinculación efectiva del paciente. El conocimiento que la enfermera desarrolla debe de ser de cuatro modos: empírico, estético, personal y ético.

Conocimiento empírico: Se refiere al conocimiento científico.

Es el conocimiento ganado a través de la observación de hechos que se pueden verificar.

Conocimiento estético: Se refiere a todo aquel conocimiento expresado a través del arte de enfermería.

Conocimiento personal: Se refiere al conocimiento de uno mismo.

Carper dice que mientras más la enfermera se conoce a sí misma, mejor podrá conocer a otras personas. Este tipo de conocimiento requiere el poder de introspección, reflexión y autenticidad con uno mismo y con los demás.

¹¹ Enfermería. " Enciclopedia® Microsoft® Encarta 2001. © 1993-2000 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos

Conocimiento ético: Se refiere al conocimiento de las perspectivas éticas que como enfermeras enfrentamos. Este conocimiento incorpora valores y requiere clarificación con el paciente y abogacía.”¹²

Es el marco conceptual o filosófico más global de una disciplina o de una profesión, define y describe las relaciones entre las ideas y los valores principales, orienta la organización de los modelos y las teorías de una profesión. El metaparadigma de la enfermería agrupa cuatro conceptos; persona, entorno, salud, y enfermería.

PERSONA. Se refiere al receptor de los cuidados enfermeros; que incluye los componentes físico, espiritual, psicológico y socio- cultural, y puede contemplar a un individuo, una familia o una comunidad.

ENTORNO: Se refiere a todas las condiciones internas y externas, las circunstancias y las influencias que afectan a las personas.

SALUD: Se refiere al grado de bienestar o enfermedad experimentado por la persona.

ENFERMERIA: Se refiere a las actividades, características y atributos del individuo que proporciona el cuidado enfermero.¹³

¹² Benavet Garcés M, Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey. Fundamentos de enfermería. Los Modelos Del Cuidado. Pp 159.

¹³ IDEM Pp 159.

2.3. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE).

Ofrecer cuidados de enfermería. Cuya meta es identificar el estado de salud del paciente e Iniciaremos diciendo que es un método sistemático y racional de planificar los problemas reales potenciales, establece planes para cubrir las necesidades identificadas y ofrecer actuaciones específicas de enfermería para cubrir dichas necesidades.

Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

2.3.1. Concepto:

“Es considerado como un conjunto sistemático de acciones a llevar a cabo por el personal de enfermería para responder a las necesidades y problemas de salud que representa el paciente.”¹⁴

2.3.2. Antecedentes históricos.

“*Florence Nightingale* fue la primera teórica que describió la *Enfermería y su Entorno*. Esto dio paso a las posteriores teóricas, que tomaron sus descripciones para formular teorías de las que hoy podemos estudiar. Esta teoría abordó muchos aspectos que en el contexto histórico y en la época en que se desarrolló no es tan lejano al conocimiento actual y ha servido de pauta en las actividades que se describen para el modo de actuación de la enfermera.”¹⁵

“Una de sus virtudes fue la constante observación que mantuvo sobre diversos problemas que en nuestros días son aplicables en el PAE, pues corresponden a las diversas etapas de éste. Ejemplo: las observaciones con relación al entorno

¹⁴ Janneteh W. Griffith-Paula J. christense Proceso Atención de enfermería EL Manual Moderno Edición 1º 1986 P.p.

¹⁵ IDEM.

(luz, higiene y otras), que podemos incluir en la 1ra. Etapa de la Valoración. Sus observaciones, que hoy podemos ubicarlas en señales. Cuando se refería al lavado de manos, infecciones, como se aprecia, se acercaba a lo que hoy hacemos las enfermeras en la identificación de un patrón funcional afectado para llegar a un diagnóstico de enfermería, ubicando estos datos en la 1ra. Etapa de Valoración, en la 2da. Etapa de Intervención, y en la 3ra. Etapa de Evaluación. “¹⁶

“De esta forma se refería a las relaciones verbales y extraverbales y a la educación sanitaria. Como apreciamos, su punto de vista continúa vigente, pues estos aspectos hoy los podemos incluir en la comunicación y en la educación para la salud, acciones independientes que puede realizar la enfermera en la 3ra. Etapa de Intervención. Esta gran teórica está considerada como la que fue capaz de describir a la Enfermería y la relación del *Hombre* y el *Entorno*; catalogada como *Naturalista*. Atendiendo a lo expuesto en esta teoría y sus fundamentos podemos aplicarla a cualquier enfermedad haciendo énfasis en los aspectos que ella abordó. “¹⁷

2.3.3. Etapas del proceso,

El proceso es un método para realizar algo, que por lo general abarca cierto número de pasos, y que intenta lograr un resultado particular. El proceso de enfermería es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería. Este proceso se utiliza para identificar los problemas del paciente, para planear y efectuar en forma sistemática los cuidados de enfermería, y para evaluar los resultados obtenidos con estos cuidados.¹⁸

¹⁶ IDEM.

¹⁷ IDEM.

¹⁸ ANN MARRINER, R.N. “El proceso de atención de enfermería: un enfoque científico” P. 1

a).- VALORACIÓN:

La primera fase del proceso de enfermería es la valoración. Antes que la enfermera pueda planear los cuidados que brindará al paciente debe de identificar y definir los problemas de dicho paciente. En consecuencia, esta fase incluye la recopilación de datos acerca del estado de salud del paciente y termina al llegar a un diagnóstico de enfermería.

La información se reúne de varias fuentes para ayudar a la enfermera a comprender la situación del paciente. Dos métodos básicos de información son: la observación y la entrevista con el paciente y con sus familiares.

Otras fuentes secundarias para reunir información sobre el paciente son los registros médicos y sociales actuales y pasados, registros del desarrollo, notas y visitas de la enfermera, el kárdex e informes de los cambios de turno.

Esta valoración permite a la enfermera hacer un diagnóstico, que es un informe de los problemas del paciente, incluyendo su condición física, limitaciones y forma de adaptarse al problema. Esto brinda la oportunidad de elaborar un plan individualizado para el cuidado del paciente¹⁹

b).- DIAGNOSTICO:

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud del usuario, familia y comunidad.

El diagnóstico de enfermería se basa en deducciones obtenidas de datos confusos e incompletos. Al hacer esto la enfermera toma en cuenta una serie de probabilidades basadas en la observación, y usando el método inductivo predice cuáles son las correctas.

¹⁹ IDEM. P. 2

c).- PLANEACION:

La fase de la planeación comienza con el diagnóstico de enfermería, que se elabora mediante la recopilación y valoración de los datos que implican cuidados de enfermería.²⁰

Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud.

Es el desarrollo de un proyecto donde se establecen objetivos y acciones encaminadas a predecir, prevenir y tratar problemas relacionados con la salud.²¹

d).-EJECUCIÓN:

Si un plan no se pone en acción no es útil, por lo tanto, una vez que la intervención de enfermería se ha determinado y se ha completado la fase de planeación, comienza la ejecución del plan. Mientras ejecuta el plan de cuidados, la enfermera sigue recopilando y valorando datos y planes, y evaluando los cuidados.

Ejecutar es brindar realmente los cuidados de enfermería. Un plan contribuye a brindar cuidados de enfermería comprensivos porque toma en cuenta las necesidades del paciente en el aspecto físico, psicológico, emocional, espiritual, social y cultural, económico y de rehabilitación. El cuidado es personalizado, de manera que sea apropiado a cada paciente específico. La ejecución del plan de cuidados también ayuda a la continuidad y coordinación de dichos cuidados. El plan favorece el flujo uniforme de los cuidados de enfermería durante todas las etapas de la enfermedad del paciente, y coordina el programa para que el resto del equipo de salud realice pruebas diagnósticas y diversos tratamientos dentro de una secuencia adecuada para el paciente. Una labor importante de la enfermera es contribuir a la salud y ánimo del paciente para que éste exprese sus sentimientos y planee sus propios cuidados. Una vez finalizadas las acciones de enfermería concluye la fase de ejecución.

²⁰ IDEM. P. 3

²¹ IDEM P. 4

e).- EVALUACIÓN:

La fase final, pero continua, del proceso de enfermería es la evaluación o apreciación del resultado obtenido con los cuidados brindados. La evaluación del progreso del paciente se basa en la comprensión entre el cuidado que se logró ofrecer y el cuidado que debería de haber proporcionado la enfermera, el equipo de cuidado de salud, el paciente o la familia. La evaluación del progreso del paciente indica que problemas fueron resueltos, y cuáles requieren revaloración y replaneación.²²

Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.

²² IDEM. P. 7

2.4 MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON.

El modelo de Virginia Henderson es un modelo humanista. Gracias a su inquietud por clarificar la función de enfermería nos dejó una definición sobre la misma, que es la más conocida y difundida.

Virginia Henderson afirma que la enfermera es, y debe ser legalmente una profesional independiente, capaz de hacer juicios independientes. Considera a la enfermera como la mayor autoridad en los cuidados básicos de enfermería y ubica estos cuidados en 14 componentes, o necesidades básicas, que abarcan todas las posibles funciones de la enfermería.

2.4.1 Antecedentes del modelo conceptual de Virginia Henderson.

“Virginia Henderson fue una enfermera norteamericana, nació en 1897, y falleció el 19 de marzo de 1996.

Henderson desarrolló su interés por la enfermería durante la primera guerra mundial, en 1918 ingresó a la escuela de enfermería de la armada en Washington

Graduándose tres años más tarde Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de enfermería ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación, lo que a ella le llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermería a partir de la revisión de la bibliografía existente en aquellos años sobre enfermería, se dio cuenta que los libros que pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras no definían de forma clara cuáles eran sus funciones y que sin este elemento primordial para ella no se podían establecer los principios y la práctica profesional.

Henderson ha recibido un reconocimiento importante, incluido el nombramiento como doctora honoris causa, durante su carrera en la práctica y docencia en enfermería.

Henderson dice que la enfermera asiste al paciente con actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o lograr una muerte tranquila.”²³

2.4.2 Principales conceptos del modelo de Virginia Henderson.

Un modelo conceptual es un conjunto de conceptos, ideas o teorías que se interrelacionan pero en el que la relación no se define con claridad.

1-“PERSONA (Necesidades básicas): El paciente debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional, porque la mente y el cuerpo de la persona son inseparables, la persona es capaz de aprender durante toda su vida, el paciente y su familia conforman una unidad.

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

2 SALUD (independencia, dependencia causa de la dificultad o problema). Es una cualidad de la vida y es básica para el correcto funcionamiento del organismo humano, la consideran un estado de independencia o satisfacción adecuada de las necesidades.

²³ Fernández Ferrin, carmen Novel y Maria gloria. Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. Antología. Fundamentación teórica para el Cuidado. ENEO. UNAM. Pp 263, 311

Independencia: Todas las personas tienen determinadas capacidades en este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continua con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud.

Dependencia: Puede ser considerada 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.

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

Henderson las agrupa en tres posibilidades:

a) Falta de fuerza. 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.

b) Falta de conocimientos: Es lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (Autoconocimiento).

c) Falta de voluntad: Incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

3) ROL PROFESIONAL(Cuidados básicos de enfermería, relación con el equipo de salud).

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

4) ENTORNO (Factores ambientales, factores socioculturales.), 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 interferir en tal capacidad, por lo tanto las enfermeras deben proteger a los pacientes de las lesiones producidas por agentes externo.”²⁴

2.4.3. Catorce necesidades básicas.

Las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson son muy similares a las de Abraham Maslow: de la 1 a la 7 están relacionadas con la fisiología, de la 8 a la 9 con la seguridad, la 10 esta relacionada con la autoestima, de la 10 a la 11 con el afecto y la pertinencia, y de la 11 a la 14 con la autorrealización. Considerando las 14 necesidades básicas de forma conjunta, proporcionan un enfoque holístico de la enfermera.

²⁴ IDEM. Pp 263.

1. Necesidad de oxigenación.

El ser humano, no nacido, se encuentra en el seno materno, recibe el oxígeno de la placenta a través del cordón umbilical; una vez expulsado por el mecanismo de trabajo de parto debe de ser capaz de respirar por si mismo, y su aparato respiratorio debe de empezar a funcionar espontáneamente en los primeros segundos de nacido.

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.

La frecuencia respiratoria normal en el adulto es de 16 a 20 respiraciones por minuto en el recién nacido, varía de 30 a 50 por minuto y disminuye gradualmente hasta la edad de 10 a 12 años en que se iguala con el adulto.

Los factores que pueden producir variaciones en la frecuencia respiratoria son: ejercicio, reposo, fiebre, nutrición, e hidratación, postura, edad, sexo, estatura, emociones y hábitos.

Las causas más frecuentes de suministro insuficiente de oxígeno a las células (hipoxia) son las siguientes: obstrucción de las vías respiratorias por infecciones o secreciones, la anemia y la pérdida de sangre aguda o crónica y la insuficiencia circulatoria, la inflamación de los órganos implicados en la ventilación pulmonar, puede producir hipo ventilación y / o disminución de la capacidad de difusión de la membrana respiratoria, la inflamación puede ser ocasionada por: traumatismos, agentes químicos como: bacterias, humos, gases, alérgenos y por microorganismos como virus bacterias y hongos.²⁵

²⁵ González G. María de Jesús “el proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson” p. 55-56

2. Necesidad de nutrición e hidratación.

El término nutrición es una cualidad o estado de los seres vivos; cuando usamos este término es para referirnos a un ser humano; es fácil determinar si esta bien o mal nutrida.

Una persona adulta bien nutrida, es una persona saludable; que vive un estado de equilibrio porque el gasto energético y plástico que consume diariamente, lo repone regularmente en cantidad suficiente, y mantiene reservas que puede utilizar en momentos de mayor desgaste, evitando de esta manera alguna alteración de sus funciones.

Las sustancias nutritivas que contienen los alimentos, necesitan para su absorción en el intestino delgado de transformarse en moléculas simples que pueden atravesar la mucosa intestinal. Esta transformación se adquiere mediante el proceso de digestión.

Hidratación: El agua es un componente abundante y necesario en el organismo humano. El cuerpo del recién nacido está constituido de un 80% de agua. En el organismo del adulto este componente está presente del 45% al 60%.

En estado normal hay un equilibrio entre la ingestión y la pérdida de agua, este se mantiene mediante una serie de fuerzas que controlan la salida y la entrada de agua, entre los diferentes espacios del organismo para conservar así, una cantidad adecuada de cada uno de ellos entre estas fuerzas se encuentran principalmente, la presión osmótica, producida por los electrolitos y las proteínas plasmáticas y la presión hidrostática de la sangre impulsada por el corazón.

Normalmente hay un ingreso de agua al organismo cuando se ingieren líquidos y alimentos con importante contenido hídrico como las frutas y las verduras.

El cuerpo pierde agua por transpiración cutánea, por el aire expirado, por la orina y por las heces.²⁶

²⁶ IDEM P. 68.

2. Necesidad de eliminación

Para conservar su funcionamiento normal, el organismo debe de desechar los residuos acumulados durante el catabolismo de los alimentos, así como los gases y otros elementos no utilizables, formados durante el proceso de la digestión.

Al acto de evacuar el intestino se le denomina defecación y a los desechos eliminados se les llama heces fecales.

Características que modifican la eliminación fecal: Cada persona tiene un patrón único de eliminación fecal. Al valorar la eliminación fecal de las personas se deben de tener en cuenta los siguientes puntos: la edad, la dieta, defecación regular, la ingesta de líquidos y el ejercicio.

Problemas más frecuentes en la eliminación intestinal:

Estreñimiento: Se le da este nombre a la expulsión de heces pequeñas y duras o la retención de heces durante cierto tiempo, situación que se acompaña de dificultad para la evacuación.

Diarrea: Es la producción de heces líquidas y el aumento de las defecaciones.

Eliminación por el aparato urinario.

Los riñones son dos órganos cuya función es eliminar los productos de desecho del metabolismo corporal y controlar la concentración de los líquidos corporales.

Al proceso de vaciar la vejiga se le llama micción. El deseo de vaciar la vejiga ocurre cuando tiene aproximadamente de 250 a 400 ml. En el adulto.

El volumen de orina excretada en 24 hrs. es variable pero se considera que no debe de ser menor de 500ml. Ni mayor de 3000 ml. En 24 hrs.²⁷

²⁷ IDEM. p. 97-107

4.Necesidad de moverse y mantener una buena postura.

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.

Cuando el cuerpo está sano y bien alineado, los músculos están en un estado de ligera tensión. La buena alineación necesita una fuerza muscular mínima y mantiene un apoyo adecuado para la estructura y órganos internos del cuerpo.

Una buena postura mejora la salud y le da una buena presencia a nuestro cuerpo. La práctica de los mecanismos corporales correctos es esencial para que las enfermeras prevengan la fatiga, las torceduras y lesiones durante la práctica profesional.²⁸

5.Necesidad de descanso y sueño.

El descanso físico y mental son necesidades básicas del ser humano; cada persona necesita cubrir ciertos requerimientos del 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 descanso físico comprende la ausencia de dolor y un ambiente de armonía que favorezca la relajación.

Sueño.

Es un estado de inconsciencia del que se puede sacar a una persona por medio de estímulos apropiados.

El sueño ayuda a recuperar la energía perdida durante las actividades cotidianas y el trabajo físico y mental del día.

²⁸ IDEM p.192.

Dolor.

El dolor es uno de los problemas que con mayor frecuencia impiden a los enfermos la tranquilidad para dormir. Con un sueño profundo que repare sus fuerzas, ya de por sí debilitadas por la enfermedad.

Engel (1990) ha definido el dolor como “una sensación molesta referida al cuerpo, que representa el sufrimiento inducido por la percepción psíquica de un daño real o imaginario “ el dolor es un síntoma premonitorio, de que algo anda mal fisiológicamente en un organismo, lo positivo del mismo es que obliga al paciente a que busque ayuda para solucionar su problema de salud.²⁹

6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.

La forma de vestir y la de acicalarse son parte importante de la personalidad de un individuo, es un rasgo particular que lo hace diferente 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.

En la mayoría de los hospitales privados o de gobierno no se permite a los pacientes que usen ropa personal, esta debe de ser sustituida por la ropa de hospital, desde el ingreso hasta que el paciente sea dado de alta.³⁰

7. Necesidad de termorregulación.

La temperatura corporal es el grado de calor que mantiene el organismo en un momento dado. La temperatura corporal, es un 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 la transpiración, la respiración y la excreción principalmente.

Fiebre.

²⁹ IDEM. p. 128-142.

³⁰ IDEM P.207.

Es la elevación anormal de la temperatura corporal. Se piensa que la temperatura se eleva, por la acción de sustancias tóxicas que afectan a la regulación de la temperatura.

Hipotermia.

Es la disminución de la temperatura corporal por debajo de lo normal.³¹

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.

La piel está formada por tres capas principales: la epidermis, la dermis y el tejido subcutáneo o hipodermis.

Funciones de la piel:

Constituye una eficaz barrera contra las agresiones del ambiente.

Protege contra el frío intenso y en altas temperaturas impide la pérdida excesiva de líquidos corporales.

Las capas conjuntivas protegen de los golpes.

El tejido elástico favorece la cicatrización de pequeñas heridas.

La sensibilidad al dolor, es útil como aviso para evitar lesiones mayores.

La piel intacta, no permite la entrada a los microorganismos.³²

9. Necesidad de evitar los peligros.

Hace referencia a la prevención de accidentes y a la protección de sí mismo y de las personas que le rodean. La autoestima. También introduce el conocimiento sobre esterilización.

10. Necesidad de comunicarse.

La comunicación es un proceso a través del cual, se transmiten y reciben ideas, emociones e informaciones entre personas y grupos de personas. Comprende

³¹ IDEM p. 208.

³² IDEM. P.775.

todos los mecanismos por medio de los cuales una persona se relaciona con otras personas.

El poder comunicarse con los demás, es de suma importancia para la conservación de la salud, en todas las etapas de la vida, porque la comunicación es un medio para satisfacer las necesidades básicas.

El medio o canal para recibir información del ambiente externo son los sentidos corporales. En el campo de la enfermería la comunicación es el medio por el cual la enfermera puede mantener una relación terapéutica con el paciente.³³

11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores.

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

Históricamente se puede comprobar así como en la propia vida podemos observar, que en situaciones adversas, sentimos una necesidad más apremiante de orar y comunicarse con Dios.

La enfermedad es una circunstancia adversa para toda la familia, pero principalmente para el propio enfermo, que se ve afectado físicamente, y con mucha frecuencia, también social y económicamente.

Todas las personas, sin importar su escolaridad, edad y condición social, sienten la necesidad de esta comunicación y práctica de su fe. Por eso la enfermera estará dispuesta para prestar la ayuda espiritual que el paciente necesita o le solicite.³⁴

12. Necesidad de trabajar y realizarse.

Trabajar es una necesidad básica del ser humano, es una forma de auto expresión importante a través de la 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

³³ IDEM p 212.

³⁴ IDEM. P 281.

vocación, capacidad, aptitudes, intereses y carácter de la persona que lo realiza, de lo contrario se convierte en algo desagradable que la persona trata de evitar. El trabajo debe de ser remunerado, de tal modo que se den al hombre posibilidades de que él y los suyos vivan dignamente su vida en lo material, social, cultural y espiritual, teniendo en cuenta la tarea de y la productividad de cada uno, así como las condiciones de la empresa y el bien común.³⁵

13. Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas.

El testimonio de algunos enfermos que han padecido enfermedades que requieren de tratamiento largo con duración de semanas, meses o años refiere que, el aprendizaje de actividades manuales y su elaboración; les ayudo mucho a olvidar su enfermedad, les dio más ánimo para continuar su tratamiento, y deseo de luchar por recuperar la salud.

Algunos hospitales tienen albergue para sus pacientes con tratamientos largos y que requieren de cierta vigilancia por parte del equipo de salud.

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 prevenir la salud y proteger al organismo de enfermedades y se ponen en práctica durante toda la vida, los resultados son una exitosa, gozosa y productiva.

En cambio el desconocimiento sobre el cuidado de la salud, sólo conduce al descuido y a la enfermedad.³⁶

³⁵ IDEM p. 274.

³⁶ IDEM. P 231

2.5 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON.

El modelo es una guía conceptual que permite orientar y centrar la práctica de enfermería.

El proceso de atención de enfermería de Virginia Hendersón debe seguir una serie de etapas, aunque Virginia Henderson no la define como tal, de la literatura revisada se refiere que el proceso de atención de enfermería es importante para la reflexión que la enfermera tiene que llevar a cabo para la conformación de plan de atención.

“Los planes de atención de enfermería son documentos que contienen el problema de salud encontrando diagnósticos enfermeros o problemas interdependientes, objetivos, acciones de enfermería y evaluación. Existen dos tipos de planes de acuerdo a sus componentes para diagnóstico enfermero y para problemas interdependientes; las diferencias entre ambos es que uno se refiere a una respuesta humana (diagnóstico enfermero) y el otro a una respuesta fisiopatológica (problema interdependiente); y que las funciones interdependientes de enfermería únicamente se incluyen en los planes de atención para problemas interdependientes”³⁷

La demás información para el marco teórico se establecerá con base a las necesidades del cliente.

2.5.1. Concepto.

Rosalinda Alfaro “Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de la respuesta del paciente a las alteraciones de la salud, reales o potenciales”³⁸.

³⁷ Bertha Rodríguez S. **Proceso Enfermero**. 2ª edición ediciones. Cuellas. P85

³⁸ <http://www.google.com.mx/search?hl=es&q=proceso+atencion+de+enfermeria&meta=Activa>

2.5.2. Antecedentes históricos.

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

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.”³⁹

2.5.3. Etapas del (PAE) de Virginia Henderson.

Valoración

“ es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno “.

Es la primera fase del proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al cliente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que

³⁹ Op. Cit,p. p 16

de atención al cliente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia etc.

Diagnóstico de Enfermería

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones en cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo

Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

PLANEACION

Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud.

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

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente⁴⁰

EJECUCIÓN.

“ Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados. Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

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

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase, quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que

⁴⁰ Op. Cit.p. p. 16

deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

EVALUACIÓN :

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones."⁴¹

⁴¹ Op.Cit.p. p27

2.6. CRECIMIENTO Y DESARROLLO HUMANO.

“El ser humano es un ser vivo que comparte el mundo nace, crece, se reproduce y muere, es decir atraviesa por un ciclo vital a lo largo de su existencia.

El siguiente caso clínico esta enfocado en un cliente adulto mayor de 58 años de edad sexo masculino con el diagnóstico de Asma bronquial.

Por lo tanto se desarrollará la etapa de desarrollo y crecimiento en que se encuentra mi cliente.

Adulto mayor anciano.

Comprende de los 60 años en adelante: Esta etapa se caracteriza por el declinar rápido y progresivo de todas las funciones vitales del individuo.

El envejecimiento es un fenómeno universal que va a afectar a todos los individuos y a todos los órganos y sistemas. No obstante, estos cambios van a tener grandes variaciones individuales: No todas las personas envejecen igual ni al mismo ritmo, ocurriendo lo mismo entre los diferentes órganos y sistemas dentro de un organismo.

A un anciano se le puede identificar por su aspecto exterior: Canas, arrugas, alteraciones de la postura, de la marcha.

Con la edad se producen alteraciones de la composición corporal del individuo, como son la disminución de la masa celular y el aumento de la grasa del organismo, con pérdida de peso en la mayoría de los órganos, el hígado pierde 400 gr, el cerebro 200 gr. Y el riñón 50 gr, produciéndose una disminución progresiva de la función (1 % anual de promedio), a partir del momento de máxima vitalidad a los 30 años y apareciendo, según van avanzando los años, una mayor vulnerabilidad frente a las agresiones.

CAMBIOS FISICOS Y SUS CONSECUENCIAS EN LA VEJEZ.

En la valoración de los cambios físicos que ocurren en la vejez, existe la tendencia a fragmentar al adulto mayor, considerando las transformaciones que confrontan como si ocurrieran en sistemas aislados, por ejemplo: La función del riñón, la función del corazón, etc. Esta apreciación obviamente tiene el error de no ver la función del organismo como un todo.

La mayoría de las personas mayores son capaces de tener una vida normal e independiente y muchos procesos corporales parecen ser normales bajo condiciones básicas. Sin embargo, también es cierto que muchos procesos fisiológicos en el organismo se vuelven menos efectivos, bajo ciertas circunstancias, con el aumento de la edad, por lo que es generalmente aceptado que durante el envejecimiento existe una declinación en la competencia funcional del individuo.

Hay que reconocer que, al igual que en los aspectos psicológicos y social del anciano, los cambios fisiológicos son del todo heterogéneos, tanto de un individuo a otro como dentro de los mismos sistemas de un organismo, ya que dependen de las condiciones pre-existentes, del estilo de vida y de su interacción con el medio. Los cambios en la homeostasis son, pues, el resultado de la disminución de la habilidad adaptativa del organismo al estrés.

Sistema Nervioso Central: cerebro y medula espinal.

Cambios relacionados con el envejecimiento:

Engrosamiento de las meninges;

Atrofia cerebral (el peso disminuye en 10% entre edades de 35 a 70 años)

Disminución de los procesos dendríticos;

Reducción de la sustancia blanca;

Disminución de la velocidad de conducción;

Aumento del tiempo de respuesta reflejo.

Consecuencias de los cambios:

Algunos ancianos pueden presentar disminución de las respuestas intelectuales como agilidad mental y capacidad de razonamiento abstracto.

Puede observarse, en algunos ancianos disminución en la percepción, análisis e integración de la información sensorial, disminución en la memoria de corto plazo y alguna pérdida en la habilidad de aprendizaje.

También, puede observarse un enlentecimiento de la coordinación sensorio-motora que produce un deterioro en los mecanismos que controlan la postura, el soporte antigravitacional y el balance;

Estos cambios, aunque son relativamente normales, no se encuentran presentes en todos los adultos mayores, ya que existe un grupo numeroso que conserva sus funciones intelectuales y cognitivas intactas.

Sistema nervioso autónomo.

Cambios relacionados con el envejecimiento:

Se observa una disminución en la síntesis e hidrólisis de los neurotransmisores acetilcolina, norepinefrina y dopamina; además existe disminución en el número de los receptores post-sinápticos.

Consecuencia de estos cambios:

Existe una disminución de la sensibilidad de los baroreceptores, lo que condiciona una predisposición a la hipotensión postural.

Existe deterioro de la regulación de la temperatura corporal, lo que produce predisposición a la hipotermia o al “golpe de calor”.

Ocurre alteración en la apreciación del dolor visceral, lo que puede conducir a la presentación, en forma confusa, de enfermedades.

Existe disminución en la motilidad intestinal lo que puede producir constipación.

Puede existir trastorno en la regulación del tono muscular y en el control de los esfínteres involuntarios, lo que puede conducir a problemas tales como incontinencia urinaria.

Sentido de la visión

Cambios relacionados con el envejecimiento:

Pérdida de la grasa orbitaria y estenosis del conducto lagrimal.

Depósitos lipídicos en la córnea, sequedad de la conjuntiva y disminución en la elasticidad del cristalino.

Cambios degenerativos en los músculos de la acomodación, en el iris, en la retina y en la coroides.

Consecuencias de estos cambios:

Apariencia de hundimiento de los ojos, laxitud de los párpados, ptosis senil, puede haber epífora, arco senil, reducción de la cantidad de lágrimas y aumento de la presión intraocular.

Pupilas contraídas y reflejos lentos, deterioro de la agudeza visual y de la tolerancia al reflejo de la luz brillante; además puede existir reducción de los campos visuales.

Lenta adaptación a la oscuridad, defectuosa apreciación del color y deterioro de la percepción visuo-espacial.

Audición y equilibrio:

Cambios relacionados con el envejecimiento:

Degeneración del Órgano de Corti.

Pérdida de neuronas en la cóclea y en la corteza temporal.

Disminución de la elasticidad de la membrana basilar, afectando la vibración.

Osteoesclerosis de la cadena de huesecillos del oído medio.

Excesiva acumulación de endolinfa.

Degeneración de las células vellosas en los canales semicirculares.

Consecuencia de los cambios:

Presbiacusia, caracterizada por el deterioro de la sensibilidad al tono de frecuencia alta y a la percepción, localización y discriminación de los sonidos.

Deterioro del control postural reflejo, lo que puede producir predisposición a las caídas por vértigo y mareo y disminución de la habilidad para moverse en la oscuridad.

Olfato, gusto y fonación.

Cambios relacionados con el envejecimiento:

Atrofia de las mucosas.

Degeneración neuronal (las papilas gustativas se reducen en un 64% a la edad de 75 años);

Atrofia y pérdida de la elasticidad en los músculos y cartílagos laríngeos.

Consecuencia de estos cambios:

Deterioro del sentido del gusto y del olfato con el consecuente riesgo de intoxicación por gas o alimentos descompuestos, anorexia y malnutrición.

Disminución de la sensibilidad del reflejo de la tos y la deglución.

Cambios de voz.

Sistema locomotor: músculos, huesos y articulaciones.

Cambios relacionados con el envejecimiento:

Atrofia muscular que afecta tanto al número como al tamaño de las fibras; aparentemente eso es condicionado por desórdenes metabólicos intrínsecos y por desnervación funcional (disminución del impulso nervioso que mantiene el tono muscular).

Osteoporosis.

Cambios degenerativos en ligamentos, tejidos periarticulares y cartílago.

Engrosamiento sinovial.

Opacidad del cartílago, aparición de erosiones superficiales, degeneración mucoide, formación de quistes y calcificación.

Consecuencia de estos cambios:

Pérdida de la masa muscular.

Predisposición a calambres musculares.

Predisposición para el desarrollo de hernias tanto intra como extra-abdominales.

Debilidad muscular.

Limitación en el rango y velocidad del movimiento corporal.

Cifosis.

Disminución de la estatura.

Disminución de la elasticidad y resistencia de las articulaciones.

Rigidez articular y predisposición al dolor.

Disminución en la confianza y seguridad para la actividad.

Dificultad para la realización de tareas, especialmente si se complica por un defecto visual compensado.

Sistema gastrointestinal.

Cambios relacionados con el envejecimiento:

Cambios en la mucosa oral.

Cambios atróficos en la mandíbula.

Atrofia de tejidos blandos (encía).

Atrofia de la mucosa gástrica e intestinal, de las glándulas intestinales y de las capas musculares.

Reducción del tamaño del hígado.

Disminución de la velocidad del tránsito intestinal.

Consecuencias de estos cambios:

Predisposición a la caries dental, al edentulismo y a la enfermedad periodontal.

Problemas en la absorción de los alimentos.

Constipación y diverticulosis.

Aumento del tiempo del metabolismo de algunas drogas en el hígado.

Sistema respiratorio.

Cambios relacionados con el envejecimiento:

Coalescencia de alvéolos; atrofia y pérdida de la elasticidad de los septums.

Esclerosis bronquial y de los tejidos de soporte.

Degeneración del epitelio bronquial y de las glándulas mucosas.

Osteoporosis de la caja torácica.

Reducción de la elasticidad y calcificación de los cartílagos costales.

Debilidad de los músculos respiratorios.

Consecuencias de estos cambios:

Capacidad vital disminuida.

Deterioro de la difusión de oxígeno.

Eficiencia respiratoria disminuida.

Disminución en la sensibilidad y eficiencia de los mecanismos de defensa del pulmón tales como el aclaración de moco, el movimiento ciliar y el reflejo de la tos.

Cifosis e incremento de la rigidez de la pared del tórax.

Predisposición a la infección.

Sistema cardiovascular.

Cambios relacionados con el envejecimiento:

Disminución de la elasticidad de la media arterial con hiperplasia de la íntima.

Incompetencia valvular venosa.

Calcificaciones en las válvulas cardíacas.

Rigidez de las paredes venosas.

Depósitos de lipofucsina y fibrosis del miocardio.

Aumento de la resistencia periférica.

Disminución del gasto cardíaco.

Deterioro de la microcirculación.

Consecuencias de estos cambios:

Dilatación y prominencia de la aorta.

Presencia de soplos cardíacos.

Predisposición a los eventos tromboembólicos.

Disminución en la capacidad de actividad física.

Insuficiencia venosa, con el consecuente riesgo de estasis y úlceras tróficas.

Trastornos de la micro-circulación periférica.

Sistema génito-urinario.

Cambios relacionados con el envejecimiento:

Engrosamiento de la membrana basal de la cápsula de Bowman y deterioro de la permeabilidad.

Cambios degenerativos en los túmulos y atrofia y reducción del número de nefronas.

Atrofia de la mucosa vaginal.

Laxitud de los músculos perineales.

Atrofia de acinos y músculos prostáticos, con áreas de hiperplasia (la hiperplasia nodular benigna está presente en el 85% de los hombres de 80 años y más).

Piel.

Cambios relacionados con el envejecimiento:

Atrofia de la epidermis, de las glándulas sudoríparas y folículos pilosos.

Cambios pigmentarios.

Hiperqueratosis epidérmica.

Degeneración del colágeno y de las fibras elásticas.

Esclerosis arteriolar.

Reducción de la grasa subcutánea.

Consecuencia de estos cambios:

Piel seca, arrugada, frágil y descolorida.

Pelo cano y caída parcial o total del mismo.

Uñas frágiles, engrosadas, torcidas y de lento crecimiento.

Placas seborreicas.

Disminución de las propiedades de aislamiento de la piel, necesarias para la termorregulación.

Disminución de la capacidad de protección de las prominencias óseas.

Prurito.

Aumento de la susceptibilidad a las úlceras por presión.

Sistema inmunológico.

Cambios relacionados al envejecimiento:

Disminución de la respuesta inmunológica de tipo humoral a cargo de las células contra antígenos extraños y aumento de la respuesta a antígenos autógenos (del mismo organismo).

Consecuencias de estos cambios:

Aumento de la susceptibilidad hacia las infecciones, las enfermedades autoinmunes y el cáncer.

Sistema endocrino.

Cambios relacionados con el envejecimiento:

Disminución de la tolerancia a la glucosa.

Disminución de la actividad funcional tiroidea.

Cambios en la secreción de la hormona antidiurética.

Consecuencias de estos cambios:

Predisposición a la descompensación en los enfermos diabéticos.

Respuestas metabólicas lentas.

Respuesta lenta a los cambios de la osmolaridad corporal.”⁴²

⁴² ENEO- UNAM “ Crecimiento y desarrollo” P. 619 – 664.

III. METODOLOGÍA

Para la realización del estudio de caso se considerarán dos ejes; uno metodológico y otro conceptual.

El eje metodológico estará centrado en el proceso de atención de enfermería, el cual para fines de este trabajo se considerarán en cinco etapas. Y el eje conceptual será el Modelo de Virginia Henderson.

3.1 descripción.

Para realizar el presente estudio de caso se eligió a un cliente adulto mayor, sexo masculino de 90 años de edad que se encuentra internado en el área de cirugía general de este hospital Dr. Martiniano Carvajal. Y que ingreso el día 5 de septiembre del 2004 con el diagnóstico de coledocolitiasis.

Es importante aclarar que aunque se refiere el nombre de la patología el estudio de caso se centro en la persona – cliente; por lo tanto las intervenciones de enfermería estarán enfocadas en ayudarlo a satisfacer sus necesidades afectadas, dependiendo del grado de dependencia (total y parcialmente).

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

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.

Confiabilidad: este principio se refiere a que el personal de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al

III. METODOLOGÍA

Para la realización del estudio de caso se considerarán dos ejes; uno metodológico y otro conceptual.

El eje metodológico estará centrado en el proceso de atención de enfermería, el cual para fines de este trabajo se considerarán en cinco etapas. Y el eje conceptual será el Modelo de Virginia Henderson.

3.1 descripción.

Para realizar el presente estudio de caso se eligió a un cliente adulto mayor, sexo masculino de 90 años de edad que se encuentra internado en el área de cirugía general de este hospital Dr. Martiniano Carvajal. Y que ingreso el día 5 de septiembre del 2004 con el diagnóstico de coledocolitiasis.

Es importante aclarar que aunque se refiere el nombre de la patología el estudio de caso se centro en la persona – cliente; por lo tanto las intervenciones de enfermería estarán enfocadas en ayudarlo a satisfacer sus necesidades afectadas, dependiendo del grado de dependencia (total y parcialmente).

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

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.

Confiabilidad: este principio se refiere a que el personal de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al

trasmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas.

Beneficencia y no maleficencia: se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer y promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.⁴³

3.2. Valoración.

La finalidad de la valoración es integrar una base de datos con relación al cliente para lo cual se recurrió a las fuentes, técnicas e instrumentos que a continuación se describen:

3.2.1. fuentes de información.

Para la valoración se tuvieron como fuentes de información directa, como fuentes primarias y secundarias; fuente principal y primaria el cliente y como fuentes secundarias el expediente clínico (hojas de registro de enfermería), otros profesionales de la salud y literatura.

3.2.2. Las técnicas utilizadas para la obtención de la información fueron: La entrevista, el método clínico o exploración física y la observación.

a).- Entrevista:

Es una labor compleja que requiere ante todo de habilidad en la comunicación y de la interrelación estrecha con el usuario, tiene como finalidad: la obtención de la información necesaria para el diagnóstico y la planeación de actividades, la iniciación de un ambiente terapéutico caracterizado con el diálogo, respeto confianza y el establecimiento de objetivos comunes entre la enfermera y el cliente.

Se llevo a cabo en la hora establecida por el cliente: 12:00

⁴³ “Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México” p. 11,12

Enfermera: ¡Buenos días!

Cliente: ¡Buenos días!

Enfermera: Don Agapito, permítame presentarme, me llamo Lorena Herrera y voy a ser su enfermera.

¿ Quisiera colaborar conmigo?

Cliente: ¿ De que se trata?

Enfermera: Es un trabajo que estoy realizando de investigación, para fines de mi titulación, y consiste en que usted me conteste unas preguntas que voy a realizarle.

Cliente: Sí, estoy de acuerdo.

Enfermera: ¿ Que edad tiene?.

Cliente: 90 años.

Enfermera: ¿ Es usted casado?.

Cliente: No, soy viudo.

Enfermera: ¿ Ha que se dedica usted?.

Cliente: Soy artesano.

Enfermera: ¿ De que religión es?.

Cliente: Católica.

Enfermera: ¿Hasta que año estudio?.

Cliente: Pues, hasta la primaria.

Enfermera: ¿ Vive algún familiar con usted?.

Cliente: No, tengo familia.

Enfermera: ¿ Quién lo atiende?

Cliente: Mis vecinos, tengo dos amigos y un compadre, ellos me echan vueltas.

Enfermera: ¿Ellos lo auxilian para realizar sus actividades como: comer, vestirse, bañarse etc.?

Cliente: Sí.

Enfermera: Al realizar sus actividades siente usted que le falta el aire.

Cliente: Un poco, mas bien me canso mucho, y las piernas no me responden muy bien.

Enfermera: ¿ Fuma usted?.

Cliente: No, nunca, ni he tomado.

Enfermera: Familiares cercanos, como sus padres que hayan padecido enfermedades del corazón, presión alta o alguna otra enfermedad.

Cliente: Mis padres fallecieron cuando era muy chico y no me entere de que murieron.

Enfermera: ¿Y no tiene hermanos?

Cliente: Sí cinco, pero ya fallecieron tampoco supe de que.

Enfermera: ¿Usted padece enfermedades como: presión alta, diabetes o enfermedades del corazón?

Cliente: No.

Enfermera: ¿ Desde cuando esta enfermo?

Cliente: Como 15 días.

Enfermera: ¿ Cuenta con algún servicio médico?

Cliente: Tengo seguro popular.

Enfermera: Cuándo come. ¿ Come usted solo?

Cliente: Sí.

Enfermera: ¿ Cuantas veces come al día?

Cliente: Dos veces.

Enfermera: ¿ Que bebidas prefiere?

Cliente: Poca agua, refresco y en la cena un atolito.

Enfermera: ¿ Ha bajado de peso?

Cliente: Sí.

Enfermera: ¿Cómo cuantos kilos?

Cliente: No sé.

Enfermera: Le gusta la comida del hospital.

Cliente: No mucho, pero sirven demasiado y no como tanto.

Enfermera: ¿ Cuantas veces hace popo al día?

Cliente: Una vez.

Enfermera: ¿ De que color es la popo?

Cliente: Descolorida.

Enfermera: ¿ Cuantas veces orina al día?

Cliente: Como unas cuatro veces al día.

Enfermera: ¿ Y de que color es la orina?

Cliente: Fíjese que es oscura.

Enfermera: ¿ Siente dolor al orinar o al hacer popo?

Cliente: algunas veces

Enfermera: ¿ Puede moverse solo para ir al baño?

Cliente: No, me tienen que ayudar, estoy engarrotado y me duelen los pies.

Enfermera: ¿ Por las noches duerme bien?.

Cliente: Sí.

Enfermera: ¿ También duerme en el día?

Cliente: Sí.

Enfermera: ¿ Se cambia solo de ropa?

Cliente: No.

Enfermera: ¿ Se siente cómodo con esa ropa?

Cliente: No mucho.

Enfermera: ¿ Normalmente cada cuanto se baña?

Cliente: Una o dos veces a la semana.

Enfermera: ¿ Se lava los dientes después de comer?

Cliente: De vez en cuando.

Enfermera: ¿ Ha consumido drogas?

Cliente: No.

Enfermera: ¿ Bebidas como la coca cola ?

Cliente: Sí.

Enfermera: ¿ Que tanto?

Cliente: Una al día.

Enfermera. ¿ Cómo se lleva con sus vecinos?

cliente: Bien.

Enfermera: ¿ Su barrio es tranquilo?

Cliente: En el día si, por la noche molestan los pescadores.

Enfermera: ¿ Con quien platica sus problemas?

Cliente: Con mi compadre.

Enfermera: ¿ Usted cree que su enfermedad le ha ocasionado problemas?

Cliente: Sí. Me siento muy solo y triste

Enfermera: ¿Cuál es su pasatiempo favorito?

Cliente: Ver el atardecer, mirar el mar.

Enfermera: ¿ Usted sabe que esta enfermo?

Cliente: Me dice el doctor que es la vesícula.

Enfermera: ¿ Tiene dolor?

Cliente: Ahora no, solo después de comer y cuando me aplastan la panza.

Enfermera: Creo que es todo, muchas gracias nos vemos mañana.

Cliente: Hasta mañana.

b) Método clínico.

“Método para la obtención de datos objetivos que completan y confirman la información suministrada por el cliente, fue utilizada para valorar las necesidades biológicas, mediante cuatro procedimientos básicos para su realización. La inspección, la auscultación, la palpación y la percusión.

Inspección: Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración

Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates,

aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros, aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire, y Timpánicos, se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.”⁴⁴

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

c) Observación.

La observación es un proceso de información conseguida con el uso de los sentidos (vista, tacto, oído, olfato y gusto); estos sentidos son utilizados en diversas formas para observar al paciente. Las características generales de apariencia y actividad física, el contenido y proceso de la interacciones y relaciones así como el ambiente, estos datos se registraron en diversos instrumentos como son, la hoja de enfermería, hoja de valoración de necesidades, historia clínica.

3.2.3. Instrumento de registro.

Para el registro de la información se realizó en diversos instrumentos como: hoja de valoración de necesidades, historia clínica, hoja de enfermería.

⁴⁴ M° Isabel Diez Domingo. J. Luis Fernández Jiménez. **Manual de Enfermería.** Desarrollo del Proceso de Enfermería. Barcelona España 1° Edición 2003. pp. 1 – 22.

a) Valoración de necesidades.

Hoja de valoración de enfermería.

CARACTERISTICAS PERSONALES.

Nombre: A. M. K. Edad: 90 años. Sexo: Masculino.

Estado Civil: Viudo. Religión: Católico. Etnia:

Escolaridad: Primaria incompleta. Ocupación:

Cual es su objetivo de salud: Mantenerse sano.

Hospitalizaciones previas: Frecuente la última hace un mes.

Motivo de ingreso: Coledocolitiasis.

Esta tomando medicamentos: No

Signos vitales: Temp. 37°Cx Pulso. 90x' Resp. 28 T/A. 140/90mmhg

Familiares: No. de miembros: Ninguno Con quien vive: Solo.

Problemas de relaciones con la familia: Sí No X ¿Por que?

1.- Oxigenación.

Estilo de vida Sedentaria: Sí

Realiza sus actividades sin fatiga (disnea): Con frecuencia se fatiga con insuficiencia respiratoria leve, respiraciones superficiales.

Patrón respiratorio, ritmo regularidad, profundidad: Inadecuado.

Secreción tos, aleteo dolor asociado a la respiración: Sí tos y estertores.

Cuantos cigarrillos fuma al día: Ninguno.

Antecedentes de enfermedades cardiorrespiratorias, dolor precordial, taquicardia, hipertensión anemia, varices, asma: Ninguna.

2-. Nutrición e hidratación.

Se alimenta solo. Con ayuda: Sí

Horario y numero de comidas habituales: Dos comidas al día sin horario fijo, ya que el cliente refiere que vivía solo y comía cuando le daba hambre.

Cantidad y tipo de liquido que ingiere al día: 1 litro de agua al día aprox. y 1 refresco de cola.

Preferencias o desagradados: Consume lo que esta en sus posibilidades, de preferencia los atoles.

Patrones de aumento / perdida de peso: En los últimos dos meses a bajado como 6 kg. Del peso actual 50 kg. Aprox.

Suplementos de alimentación: Ninguno.

Conocimiento de factores que favorecen la digestión: Desconoce.

Anorexia, náusea, vómito, indigestión, hiperacidez: Anorexia.

Medidas para purificar el agua; hierve, desinfecta, garrafón: De garrafón.

Revisión. Peso: 50 Kg. Talla: 1.50 mt. Boca: Con mal aliento. Lengua: Un poco seca. Encías. Rojas. Dientes: Falta de algunas piezas dentales y el resto con caries. Labio: con palidez y resequedad.

3.- Eliminación.

Frecuencia y cantidad en 24 hrs.: Heces, una vez orina de 7 a 8 veces en 24 hrs.

Color consistencia de heces: Un poco blandas de color blanquecinas Orina:

Amarrilla concentrada. Estreñimiento: No Hemorroide: No Dolor menstrual

-

Ayudas líquidos, alimentos, medicamentos enemas: Ninguno.

Problemas de urgencia, retención incontinencia, infecciones: Niega.

Intestino. Dolor, diarrea, flatulencia, heridas estomas: No

Para mejorar tomo muscular, uso de mobiliario, calzado adecuado: No

4.- Moverse y mantener una buena postura.

Patrones de actividad y ejercicio, en su casa, en el trabajo, en su tiempo libre: lleva una vida sedentaria.

Medidas higiénicas para moverse y tener una buena postura (ejercicio activo pasivo): Pasivo.

Limitación en la deambulacion. Sí

Postura habitual con relación a su trabajo: Sentado.

Dolor muscular, inflamación de articulaciones defectos óseos: Encorvamiento, deformación articular de las manos.

Revisión capacidad funcional, mano dominantes: utilización de piernas y manos.
Fuerza, presión marcha utilización de aparatos: Deformación articular de las manos, Inmovilización de las piernas.

5.- Descanso y sueño.

Patrones de reposo y sueño, horas en la noche y siesta: Duerme de 8 a 10 hrs. Durante la noche y de 2 a 4 hrs. Después de la comida.

Alteración por estados emocionales: Deprimido por encontrarse hospitalizado y sin familia.

Uso de reductores de tensión: No.

Facilitadores del sueño, masaje, relajación, música lectura, medicamentos: Ninguno.

6.- Usos de prendas de vestir adecuada.

Distingue relaciones entre higiene personal y salud: No.

Necesita ayuda para vestirse y desvestirse: Sí.

Hábitos sobre la higiene personal y del vestido: Se baña una vez por semana.

Tiene los recursos para vestir ropa limpia: No.

7.- Termorregulador.

Se protege con los cambios de temperatura ambiental: Sí.

Sensibilidad al frío y al calor: Si presenta sensibilidad al frío y al calor.

Que valor le da a la comida ropa y manejo adecuados en el control de temperatura, otras medidas físicas: Considera que es importante pero como casi no le da hambre lo realiza esporádicamente, y si se protege del frío.

8.- Higiene y protección de la piel.

Hábitos higiénicos diarios que quiere mantener: Higiene oral, higiene femenina, arreglo personal.

Aseo de dientes, manos y baño: Se lava los dientes una vez al día, se baña una vez a la semana.

Uso de algún producto específico, colonia, crema, etc.: Ninguno.

Revisión de piel y pigmentación, temperatura textura, turgencia, lesiones, contusiones, hemorragias cicatrices, masas, pruritos edemas: La piel presenta palidez, con cicatriz en abdomen.

Mucosa oral, integras deshidratadas, hidratadas: Ligeramente deshidratadas.

9.- Evitar peligro.

Práctica que afecta la seguridad personal, hábitos, drogas, alcohol tabaco, café, bebidas de cola, nivel de consumo: Bebe un refresco de cola al día.

Recursos de salud médicos, odontólogos, hospitales: Seguro popular.

Práctica de salud, manejo de estrés / ansiedad, técnicas de relajación: No.

Auto examen de mamas y testículo: No.

Hogar características que constituyen peligro para la seguridad, pisos escaleras: NO

Entorno físico, vecindario, presencia de peligros ambientales: Ninguno.

10.- Necesidades para expresarse.

Facilidad para expresar sentimiento y pensamiento: No.

Relaciones con la familia y con otras personas: Ninguno.

Utilización de mecanismos de defensa, agresividad, hostilidad, desplazamiento, etc.: Es aparentemente tranquilo.

Limitaciones físicas que infieren a su limitación: Su edad avanzada.

Contactos sociales frecuentes y satisfactorios: Ninguno.

Facilitadores de la relación, confianza, receptividad, empatía, disponibilidad:

Estuvo muy cooperador.

11.- Vivir según las creencias y valores que debe practicar de su religión.

Frecuencia de algún servicio religioso: Acude a misa los domingos.

Valores que ha integrado en su estilo de vida: Respeto, amor y honestidad.

En que medidas sus valores se han alterado por su situación actual de salud:
Ninguno.

Hasta el momento a presentado alteraciones en sus valores: No.

Creencias religiosas significativas: Siempre se encomienda a la Virgen de Guadalupe.

12.- Necesidad de trabajar y realizarse.

Historia laboral tipo de trabajo, duración: Trabajo desde los 14 años de artesano.

El trabajo le ocasionó satisfacción o conflicto: Le agradaba su trabajo.

La enfermedad que tipos de problemas le ha traído. Psicológicos, laboral, económicos: Económicos.

Auto concepto positivo, negativo de sí mismo: Negativo.

Capacidad de decisión y de resolver problemas: Sí.

Problemas en el olfato, gusto tacto, memoria, orientación: Ninguno.

13.- Participar en actividades recreativas.

Intereses, pasatiempo y actividades recreativas que desarrolla en su tiempo libre:
Trabajar en su taller.

La última vez que participo en actividades de este tipo: Hace tres meses.

El uso de su tiempo libre le proporciona satisfacción: Sí.

Dispone de recursos para dedicarse a cosas que le interesan: No.

La distribución de su tiempo es equilibrada entre el trabajo y recreación: No.

14.- Necesidad de aprendizaje.

Conocimiento sobre el desarrollo del ser humano en su ciclo vital: No cuenta con el conocimiento.

Conocimiento sobre si mismo, sus necesidades básicas, su estado de salud actual, su tratamiento y auto cuidado que necesita: No conoce mucho de su enfermedad.

Desea incrementar sus conocimientos sobre aspectos relativos a su salud en medidas técnicas de autocontrol emocional cambios necesarios en sus hábitos de vida: Sí.

Situación que altera la capacidad de aprendizaje, ansiedad, dolor, pensamiento, sentimiento angustia: Le da temor la soledad.

B). Historia clínica.

Datos de identificación.

Nombre. A. M. K.

Edad. 90 años. Sexo. masculino

Escolaridad. Primaria incompleta

Estado civil. Viudo Religión. Católica. Ocupación. artesano

Domicilio. _ paseo Clausen # 107

Lugar de procedencia.- Mazatlán Sinaloa.

Lugar de nacimiento. Puebla, Puebla.

Fecha de ingreso 5-sep.-04__Hora de llegada. 10:00 a.m.

Fecha 6-sep.- 04 Hora de la entrevista. 12:00 a.m._

Procedente de Mazatlán, Sinaloa

Llego al hospital deambulando con ayuda de un vecino.

Información obtenida del paciente.

Datos socioeconómicos:

Vive en casa propia, la cual es de material de ladrillo y cemento, con buena iluminación, piso de cemento, con sala, comedor, cocina, con una recamara,

cuenta con los servicios, no presenta hacinamiento, pues refiere vivir solo, no tiene animales, los hábitos higiénico dietéticos son malos en cuanto a higiene y calidad de su alimentación.

Antecedentes heredo familiares:

Padres finados (desconoce la causa de su muerte), cinco hermanos, finados todos, desconoce la causa de su muerte, refiere haber tenido varios hijos sin saber cuantos y los desconoce.

Antecedentes personales no patológicos:

Cliente con malos hábitos higiénico y alimenticios desconoce hemotipo, refiere tabaquismo (-) , alcoholismo (-), niega toxicomanias

Es importante mencionar que el cliente refiere comer una o dos comidas al día, pus come solo cuando le da hambre

Antecedentes personales patológicos:

Refiere haber padecido enfermedades propias de la infancia (varicela), refiere haber tenido intervenciones quirúrgicas, una de ellas de hernia inguinal hace doce años, otra hace ocho años, por un absceso hepático amibiano el cual se le complico, quedando como consecuencia tres heridas expuestas en abdomen región mesogastrio, flanco derecho de las cuales fue intervenido nuevamente hace dos años, aparentemente quedando bien.

Antecedentes gineco-obstétricos:

Diferidos.

Padecimiento actual:

Inicia su padecimiento hace siete días refiriendo escalofríos, sensación de malestar general, con dolor localizado a mesogastrio, con regular estado de hidratación, niega haber recibido tratamiento médico anterior.

Exploración física:

Cliente masculino, orientado, conciente, con edad aparente a la cronológica con palidez de piel y tegumentos, normo cefálico, craneofacial sin compromiso, amígdalas normales, cuello cilíndrico con pulsos carotídeos presentes sin adenopatías palpables tórax con leve retracción xifoidea se auscultan campos pulmonares con estertores en ambos hemitorax audibles por estetoscopio, área precordial rítmica F.C. 90 x', abdomen plano, blando depresible con dolor a la palpación profunda, con presencia de hepatomegalia de 2 cm. sobre el reborde costal, peristalsis disminuida, sin masas palpables, pulsos dístales presentes uñas largas sucias con onicomiosis, mala presentación física.

Signos vitales a su ingreso T/A 140/90mmhg, FC:90x', TEMP. 37°C, peso 50 Kgr.

Nota. Se aclara que durante la recogida de los datos se estuvo realizando pausas durante el interrogatorio, pues se iban realizando intervenciones de enfermería requeridas para la cliente.

c). Hoja de registro de enfermería. (Anexo 2).

Es importante mencionar que no se presentan los registros de enfermería por ser un documento médico legal, que necesita la autorización del cliente y la institución.

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 señaladas por Henderson, biológicas, sociológicas, psicológicas y culturales.

Lo que facilitó el análisis para conocer tanto las fuentes de dificultad como los problemas que le afectan utilizando los formatos que más adelante se presentan.

El tipo de diagnóstico que se estructuró fue real, ya que refleja las necesidades actuales del cliente mediante características definitorias identificables.

El diagnóstico de enfermería se estructuró de acuerdo al formato (**P. E. S.**).

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

E = Etiología: describe los factores fisiológicos de situaciones de maduración causantes del problema o influyentes del desarrollo y pueden ser la conducta del cliente, factores ambientales o una interacción de ambos.

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

Apoyándose de las etiquetas de la NANDA las cuales tienen coherencia teórica con el modelo de Virginia Henderson ya que fueron integradas con base a necesidades.

Es importante que se realice un análisis de las 14 necesidades relacionada en el cual se señala la independencia o el grado de dependencia en el cual se presenta a continuación.

Considerando la etiqueta de la NANDA. Por ser congruente teóricamente con el modelo conceptual de Henderson, ya que fueron trabajadas con base a necesidades.

Es importante señalar que se hizo un análisis de las 14 necesidades en la cual se señala la independencia o grado de dependencia.

a). Formato de dimensiones.

NECESIDADES.	INDEPENDIENTE.	PARCIALMENTE DEPENDIENTE.	DEPENDIENTE.
1.- Oxigenación		X	
2.- Nutrición e hidratación.		X	
3.- Eliminación.	X		
4.- Moverse y mantener la postura.			X
5.- Descanso.	X		
6.- Usar prendas de vestir adecuadas		X	
7.- Termorregulación.	X		
8.- Higiene y protección de la piel.		X	
9.- Evitar peligro.			X
10.- Comunicarse.	X		
11.- Vivir según sus creencias y valores.	X		
12.- Trabajar y realizarse	X		
13.-jugar y participar en actividades recreativas.	X		
14.-Aprendizaje.		X	

De estas 14 necesidades para fines de este trabajo se identificaron 7 necesidades afectadas pero solo 2 son dependiente y las otras 5 son interdependiente de las cuáles 4 se mencionan a continuación.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA. Insuficiencia respiratoria relacionado con retención de secreciones manifestado por tos, estertores y fatiga.

<input type="checkbox"/>	TOTALMENTE DEPENDIENTE	INTERV. INDEPENDIENTE (I ID)		<input checked="" type="checkbox"/>	ROL DE AYUDA
X	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	INTERV. DEPENDIENTE (I D)	X	<input type="checkbox"/>	ROL DE SUPLENCIA
		INTERV. INTERDEPENDIENTE (I ITD)	X	X	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

	F. FUERZA
X	F. VOLUNTAD
X	F. DE CONOCIMIENTO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Deterioro de la movilidad física manifestado por limitación de la amplitud de movimientos relacionado con rigidez y dolor al movimiento.

<input type="checkbox"/>	TOTALMENTE DEPENDIENTE	INTERV. INDEPENDIENTE (I ID)		<input checked="" type="checkbox"/>	ROL DE AYUDA
<input checked="" type="checkbox"/>	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	INTERV. DEPENDIENTE (I D)		<input type="checkbox"/>	ROL DE SUPLENCIA
		INTERV. INTERDEPENDIENTE (I ITD)	X	<input checked="" type="checkbox"/>	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

	F. FUERZA
X	F. VOLUNTAD
X	F. DE CONOCIMIENTO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Desesperanza relacionada por aumento de sueño manifestado por abandono de sí mismo.

<input type="checkbox"/>	TOTALMENTE DEPENDIENTE	INTERV. INDEPENDIENTE (I ID)	<input checked="" type="checkbox"/>	ROL DE AYUDEA
X	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	INTERV. DEPENDIENTE (I D)	<input type="checkbox"/>	ROL DE SUPLENCIA
		INTERV. INTERDEPENDIENTE (I ITD)	<input type="checkbox"/>	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

X	F. FUERZA
X	F. VOLUNTAD
X	F. DE CONOCIMIENTO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Alteración de la nutrición por defecto relacionado con incapacidad para ingerir alimentos a consecuencia de depresión.

	TOTALMENTE DEPENDIENTE	INTERV. INDEPENDIENTE (I ID)			X	ROL DE AYUDA
X	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	INTERV. DEPENDIENTE (I D)		X		ROL DE SUPLENCIA
		INTERV. INTERDEPENDIENTE (I ITD)		X	X	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

	F. FUERZA
X	F. VOLUNTAD
X	F. DE CONOCIMIENTO

3.4. Planeación.

Para la etapa de planeación de acuerdo al tipo de dependencia se eligió el rol de enfermería entendiendo como las acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según el grado de dependencia, en el cual según Henderson pueden ser: como suplente, como ayuda y como compañera del paciente.

a). La enfermera como suplente del paciente.

Este se dará siempre que el cliente tenga un proceso grave que por falta de conocimiento, fuerza o voluntad, no puede sentirse completo e independiente, es una situación temporal donde la enfermera lo suple totalmente.

b). La enfermera con ayuda del paciente.

Queda claro que en un grado menor de implicación la enfermera presta servicios concretos, pero deja que desarrolle una parte de su independencia.

c). La enfermera como compañera del paciente.

La enfermera en este caso supervisa y educa al paciente pero es él mismo el que realiza sus cuidados.

Ayudando al cliente a través de intervenciones:

- Independiente: Las que uno realiza como enfermera.
- Dependiente: Las que derivan del tratamiento médico.
- Interdependiente: Las que derivan del tratamiento multidisciplinario.

En el formato del plan de atención se incluye el objetivo, metas criterios de evaluación o resultados y la fundamentación de las intervenciones de enfermería.

A continuación se presentan los planes de atención:

OBJETIVO DE ENFERMERIA. MEJORAR LA FUNCIÓN RESPIRATORIA A TRAVÉS DE UNA OXIGENACIÓN ADECUADA.

META	CRITERIOS DE EVALUACION	INTERVENCION DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Corto plazo 	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar los signos y síntomas de dificultad respiratoria. - Evaluar la disminución de la tos. - Valorar las características de las expectoraciones. 	<ul style="list-style-type: none"> -Aplicación de oxígeno con puntilla nasal 4Lts x'. -Posición semifowler -Permeabilización de vía parenteral. -Nebulización con conviven .5 y 4 sol salina. 9hras 	<ul style="list-style-type: none"> -Se incrementa el Oxígeno y con ellos se mejora el intercambio de gases alveolo capilar. Y a través de las puntas nasales da una concentración de oxígeno del 40% y el ambiente nos proporciona el 20%. -La posición semifowler favorece la expansión pulmonar al permitir el descenso diafragmático con mayor facilidad La venoclisis constituye una vía de aporte de líquidos, además de administrar medicamentos. - Las nebulizaciones ultrasónicas permiten la fluidificación de las secreciones por el rompimiento de la tensión del superficial del moco. 	<ul style="list-style-type: none"> El cliente logró una respiración de 24x' - El cliente logró disminuir sus accesos de tos. - El cliente mejoró considerablemente su insuficiencia respiratoria.

NECESIDAD AFECTAD. Necesidad de movimiento.

HOJA No.

OBJETIVO DE ENFERMERIA Disminuir las complicaciones debidas a la inmovilidad.

META	CRITERIOS DE EVALUACION	INTERVENCION DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">Mediano plazo	<p>- Que el cliente sea capaz de realizar sus actividades básicas por s mismo como: comer, vestirse y deambular.</p> <p>- Evitar que se formen grietas y úlceras en la piel</p>	<p>- Motivar al cliente para que practique ejercicios pasivos y después activos de miembros superiores e inferiores</p> <p>-Instruir al cliente para que cambie de posición de manera frecuente mientras este despierto.</p>	<p>- El ejercicio regular puede ayudar a mantener la movilidad articular y a retrasar la atrofia muscular.</p> <p>- Los ejercicios de tonificación muscular son importantes y el hacerlo acompañado brinda interacción social muy valiosa.</p> <p>-Al movilizar al cliente con frecuencia disminuye la posibilidad de hipotensión ortostática.</p> <p>-La posición lateral reduce la presión del área sacra y reduce el riesgo de que aparezcan úlceras por presión.</p>	<p>El cliente logró ingerir sus alimentos solo, y sentarse en la cama 3 veces al día en 2 días.</p> <p>- La piel del cliente se conservo intacta.</p>

NECESIDAD AFECTADA : Necesidad de seguridad para mantener la salud y la vida.

OBJETIVO DE ENFERMERIA . Lograr en el cliente tranquilidad o bienestar

META	CRITERIOS DE EVALUACION	INTERVENCION DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">• Mediano plazo.	<ul style="list-style-type: none">- Lograr que el cliente disminuya sus horas de sueño.- Desarrollar técnicas de comunicación-Programar con el cliente actividades recreativas.- Ayudarlo a disminuir la depresión.- Mejorar su aspecto personal.	<ul style="list-style-type: none">- Motivarlo para que realice actividades recreativas- Favorecer la comunicación con sus compañeros de sala.- Programar paseos por el jardín y baños de sol.- Brindarle un trato cariñoso.- Fomentar el baño de regadera, corte de pelo y de uñas.	<ul style="list-style-type: none">- El entretenimiento favorecerá la disminución de la tensión.- La comunicación verbal estimulará al paciente para eliminar sus tensiones.- La actividad física y los baños de sol mejoraran el estado de animo.- El trato cariñoso le dará más confianza para expresar sus sentimientos.- El baño de regadera le ayudará a eliminar desechos corporales, brindándole una sensación de bienestar.	<ul style="list-style-type: none">- No fue posible evaluar las actividades realizadas con el paciente ya que falleció durante el trans operatorio de la cirugía de colecistectomía que se le practico.

OBJETIVO DE ENFERMERIA Mejorar el estado nutricional del cliente

META	CRITERIOS DE EVALUACION	INTERVENCION DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACION.	EVALUACIÓN
<p>A mediano plazo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr que el cliente aumente de peso. • El cliente enlistará los alimentos que incluirá en su dieta. • Mejorar su estado de hidratación 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinar plan de cuidados con médico, psicólogo, cliente y dietista. -Individualizar planes del menú. - Enseñanza al cliente sobre los alimentos que debe de incluir en su dieta diaria - Ofrecer comida escasa y frecuente - Favorecer la Higiene oral antes y después de cada alimento. -Motivar la ingesta de líquidos. 	<ul style="list-style-type: none"> - La planificación con éxito del cuidado nutricional, es una estrategia multidisciplinaria a través del cuidado continuo. -La planificación de comidas individualizadas es más útil para el cliente. - La enfermera es la persona clave para enseñarle al cliente buenos hábitos de nutrición. - Las comidas escasas y frecuentes compensan la saciedad precoz. - La higiene oral constante favorece la sensación del gusto. -Los ancianos deben de beber 8 vasos de 225 ml. de líquido, como tal liquido y en los alimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> -El peso del cliente aumentó 450gr.en una semana. - El cliente solamente logro identificar algunos de los alimentos que deberá incluir en su dieta.

3.5 Ejecución y evaluación.

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

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

Este método me permitió prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. En donde detecte necesidades del cliente. Mediante la valoración y el análisis de la información, con la obtención de datos subjetivos y objetivos que a través del proceso de atención de enfermería y bajo la guía conceptual de Virginia Henderson, se lograron identificar los factores y fuentes de dificultad que no permiten que el cliente satisfaga sus necesidades. Identificando las necesidades afectadas para la formulación de los diagnósticos de enfermería se planearon las intervenciones independiente, interdependiente y dependientes, considerando las formas de ayuda de Henderson. Evaluando los resultados de las intervenciones realizadas, siendo estas satisfactorias, porque se lograron los objetivos establecidos durante su estancia hospitalaria.

IV. CONCLUSIONES.

A través del proceso de atención de enfermería y el modelo conceptual de Virginia Henderson, enfermería tiene consecuencias sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera, profesionalmente el proceso de atención de enfermería define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad, el cliente es ayudado ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería.

Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer, estas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello. Según este principio las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo

Con bases y fundamentos se logró beneficiar al cliente y la experiencia obtenida me da claridad para conocer el proceso de atención de enfermería, este método me permitió prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, en donde detecté necesidades del cliente, mediante la valoración y el análisis de la información, con la obtención de datos subjetivos y objetivos que a través del proceso de atención de enfermería y bajo la guía conceptual de Virginia Henderson se lograron identificar los factores y fuentes de dificultad que no permiten que el cliente satisfaga sus necesidades. Identificando las necesidades afectadas para la formulación de los diagnósticos de enfermería y se planearon las intervenciones independientes, interdependiente y dependiente considerando las 14 necesidades de Virginia Henderson, evaluando los resultados de las intervenciones realizadas siendo estas satisfactorias.

Comprendí las características que presenta el proceso de atención de enfermería, ya que tiene una finalidad porque se dirige a un objetivo.

Es interactivo por que se basa en las relaciones recíprocas que se establecen entre enfermera y cliente su familia y demás profesionales de la salud.

Es sistemático por que implica a partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.

Es dinámico ya que responde a un cambio continuo.

Es flexible por que se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades, sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.

Tiene una base teórica ya que el proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

Las dificultades que se tuvieron en el desarrollo del presente trabajo fueron las de referencias bibliográficas, ya que en la localidad no se consiguen con facilidad libros de textos que nos den información y datos específicos del proceso de enfermería aplicados al modelo de Virginia Henderson. Este proceso también implicó el desarrollo de nuevas habilidades como la búsqueda de información por Internet, usos de referencias bibliográficas, el trabajo en redes de apoyo, esta experiencia me da herramientas para continuar con mi formación profesional.

BIBLIOGRAFIA.

Ann Marriner, R. N. **Proceso de Atención de Enfermería**, un enfoque científico. Edición 2ª, Editorial. Manual moderno S.A. de C.v. Eneo. UNAM. P. 325

Benavent Garcés M, Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey C. Fundamentos de enfermería. Los modelos de cuidados. Madrid. 2001: P. 423..

Bertha Rodríguez S. **Proceso Enfermero**. 2ª edición ediciones. Cuellas. P. 277

Benavent Garcés M, Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey C. Fundamentos de enfermería. Los modelos de cuidados. Madrid. 2001: 350

Lic Ana Laura Pacheco, A. Lic Ma. Aurora García p. Lic. Sofía Rodríguez Jiménez. En: antología **fundamentación Teórica para el Cuidado**, Impresión Enero 2004. ENEO. UNAM. 2004 P. 423.

Enfermería." *Enciclopedia Microsoft Encarta 2001*. © 1993-2000 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos

Janneteh W. Griffith-Paula J. Christense **PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA**. EL Manual Moderno Edición 1° 1986 P. 405

Maria Matilde Martinez Benitez. **Sociología de una Profesión, el Caso de Enfermería**. 1ª edición Nuevo Mar S.A. de C.V. 1985 México. P299

Maria de Jesús González **PROCESO DE ENFERMERIA** Edición. 1°.Española de C Montuenga. 1982. P. 284

Ma. Isabel Diez Domingo. J. Luis Fernández Jiménez. **Manual de Enfermería**. Desarrollo del Proceso de Enfermería. Barcelona España 1° Edición 2003. P. 822

Rocío del Carmen Guillen Velasco. Adelina Montoya Martines. Sofía. Elena. Pérez Z. **Crecimiento y Desarrollo**. Edición. 4t° Volumen 2 Junio del 2004 ENEO. UNAM P. 766.

SILES, M, José Luis, **Historia de Enfermería**. En : antología de Fundamentación teórica De Enfermería. ENEO, UNAM. 2004 P. 15-29.

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

<http://personales.ya.com/erfac/enferm.htm> activa

<http://www.google.com.mx/search?hl=es&q=proceso+atencion+de+enfermeria&meta>
activa