



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**



PROCESO DE ATENCION ENFERMERIA

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

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

PRESENTA:

**ANGELA GUADALUPE GONZALEZ SANCHEZ
No. DE CUENTA: 0-9860851-7**

ASESOR: L.E.O. ANGELINA RIVERA MONTIEL

NOVIEMBRE DEL 2004.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN

OBJETIVOS

General.....	1
Específico.....	1

MARCO TEÓRICO

Cuidado.....	2
Concepto.....	2
Antecedentes históricos.....	3
Tipos de cuidado.....	3
Connotaciones del cuidado.....	4
Enfermería.....	5
Concepto.....	5
Antecedentes históricos.....	6
Metaparadigma.....	8
Proceso Atención de Enfermería (PAE).....	9
Concepto.....	9
Antecedentes históricos.....	10
Etapas.....	12
Modelo Conceptual de Virginia Henderson.....	18
Antecedentes.....	18
Principales conceptos del modelo de Virginia Henderson.....	19
14 necesidades fundamentales.....	22
PAE y Modelo Conceptual de Virginia Henderson.....	26
Concepto.....	26
Etapas.....	26
Características del desarrollo del sujeto.....	30

METODOLOGÍA

Descripción del caso.....	37
Valoración.....	38
Fuentes de información.....	38
Técnicas.....	38
Entrevista.....	38
Instrumentos para el registro de la información.....	40
Historia clínica.....	41
Valoración de necesidades.....	42
Diagnóstico.....	50
Guías para análisis de necesidades.....	53
Planeación.....	56
Planes de atención.....	57
Ejecución y Evaluación.....	61
Conclusiones y sugerencias.....	62

BIBLIOGRAFÍA.....	63
--------------------------	-----------

Anexos.....	65
--------------------	-----------

INTRODUCCION

Desde la antigüedad la enfermería se ha encargado de los cuidados durante el parto, la crianza y la lactancia es decir satisfaciendo necesidades básicas de supervivencia y de alimentación.

En la actualidad la enfermera realiza el cuidado a través del proceso de atención de enfermería (PAE), el cual nos hace reflexionar y tomar decisiones basado en un conocimiento científico y humanista.

Como ejemplo de ello se hizo un estudio de caso basado en dos ejes uno metodológico que es el PAE el cual consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. El otro conceptual basado en la teoría de Virginia Henderson que se sustenta en las 14 necesidades básicas del ser humano como son: respirar normalmente, comer y beber adecuadamente, eliminar los desechos corporales por todas las vías, moverse y mantener una buena postura, dormir y descansar, evitar el dolor y la ansiedad, poder seleccionar ropas apropiadas vestirse y desvestirse, mantener la temperatura corporal dentro de límites normales, mantener la higiene corporal y la integridad de la piel, evitar peligros ambientales, e impedir que perjudiquen a otros, comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores u opiniones, vivir según valores y creencias, trabajar de manera que exista un sentido de logro, jugar y participar en actividades recreativas, aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud, y hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles. En esta teoría la enfermera puede y debe hacer un diagnóstico del cliente y si es necesario aplicar un tratamiento.

Por lo tanto se pretendió ayudar a un adulto mayor, el cual dio su consentimiento informado, encamado en el Hospital Margarita Maza de Juárez de Mazatlán, Sin., que tuvo alteración en sus necesidades, a través de la metodología del PAE se hizo la valoración para detectar las necesidades

afectadas para establecer y determinar los diagnósticos de enfermería para brindar una ayuda integral en un corto y mediano plazo.

Este trabajo está dividido en tres capítulos: el primero se refiere a los objetivos dirigidos a las necesidades del cliente, el segundo al marco teórico que

sustentará los conceptos, antecedentes y características de cuidado, de enfermería, PAE, y modelo conceptual de Virginia Henderson, con la finalidad de tener un sustento desde la perspectiva disciplinaria; y por último se menciona la metodología la cual sigue las etapas del PAE.

JUSTIFICACION

La enfermería ha ido evolucionando día a día, antes los cuidados al cliente solo eran en las casas y eran mujeres las encargadas de esto las cuales no sabían leer ni escribir, después se abrieron hospitales donde ese era el único requisito para que las enfermeras mas antiguas pasaran sus conocimientos adquiridos empíricamente a las nuevas.

Florencia Naightingale destacó la importancia de la participación de enfermería en la prevención de enfermedades y en la recuperación de la salud por lo que era necesario preparar con estudios formales a las estudiantes de enfermería para dar una mejor atención.

Por lo que ahora las enfermeras cuentan con un método que es el PAE el cual permite identificar las necesidades afectadas del cliente y poder llevar a cabo intervenciones que le ayuden a su recuperación, este consta de cinco etapas: en la primera etapa de valoración se determina el estado de salud mediante la recopilación de datos, en la etapa de diagnóstico se ve si existe dependencia e independencia del cliente o su familia, en la etapa de planificación se elabora un plan para lograr los objetivos deseados, en la etapa de ejecución se realizan las actividades planeadas y por ultimo en la etapa de evaluación se ven los logros obtenidos en base a los objetivos propuestos.

Es en este sentido que se realiza el presente estudio de caso el cual tiene dos ejes uno metodológico que es el PAE y otro conceptual ubicado en el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, el presente fue realizado para fines de titulación y esta dirigido a un cliente adulto joven.

I.- OBJETIVOS.

1.1 General:

A través del proceso de atención de enfermería bajo la guía conceptual de Virginia Henderson ayudar al cliente a satisfacer sus necesidades afectadas.

1.2 Específicos:

Se integrará una base de datos que permita identificar las necesidades afectadas.

1.2.1 A través del análisis de la información obtenida hacer los diagnósticos de enfermería.

1.2.2 Identificar los factores y fuentes de dificultad que no permiten que el cliente satisfaga sus necesidades.

1.2.3 Con base en los diagnósticos identificados y considerando las fuentes y factores de dificultad planear las intervenciones independientes, interdependientes y dependientes considerando las formas de ayuda de Henderson.

1.2.4 Evaluar los resultados de las intervenciones realizadas y retroalimentar el proceso atención de enfermería.

II.- MARCO TEORICO

A continuación se presenta el listado de los aspectos conceptuales que se considera necesario para sustentar el estudio de caso.

2.1 Cuidado.

En nuestra profesión como enfermeras proporcionamos cuidados, siendo estos una actividad diaria y permanente para poder ayudar a satisfacer las necesidades del cliente.

En los últimos años el cuidado ha sido el eje central de enfermería por lo que en el apartado siguiente se da el concepto.

2.1.1 Concepto.

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

“El cuidado se refiere a los fenómenos relacionados con la asistencia y las conductas de apoyo y capacitación dirigidas hacia otros individuos (o grupos) con necesidades reales o potenciales para atenuar o mejorar su situación humana o modo de vida”²

“Más allá del acto de cuidado que une el qué y el cómo de la interacción enfermera- persona, el cuidado implica diversos procesos: la aplicación y construcción del conocimiento, la reflexión, la integración de creencias y

¹ COLLIERE, F. M. Disquisiciones sobre la naturaleza de los cuidados, para comprender la naturaleza de los cuidados de enfermería. En antología de Fundamentación teórica de enfermería. ENEO-UNAM, 2004 pp.33-34

² ALEXANDER, Sr. Judith E “Teoría de los cuidados culturales” MADELEINE LEININGER, en Modelos y Teorías de Enfermería ENEO-UNAM, 1988.pp.305

valores, el análisis crítico y la intuición deriva de la experiencia que permiten crear el cuidado.”³

2.1.2 Antecedentes históricos.

“Desde los orígenes del hombre, las actividades de enfermería tienen su reflejo en los cuidados mas elementales, que son los relacionados con la supervivencia: los cuidados durante el parto, la crianza, la lactancia y el destete”⁴

En la antigüedad los cuidados eran dispensados por las mujeres ya que ellas eran las encargadas de atender el parto, pero con el paso del tiempo estas actividades han ido evolucionando hasta ahora que el cuidado puede ser proporcionado por hombres y mujeres.

De ahí la importancia de los cuidados para la satisfacción de necesidades de supervivencia y de alimentación.

2.1.3 Tipos de cuidado.

El cuidado puede ser individual y también reciproco sobre todo en aquellas personas que no pueden satisfacer sus necesidades y necesitan ayuda para poder lograrlo en especial en niños o adultos mayores que no tienen autonomía o que padecen alguna enfermedad, también en el momento del nacimiento o en un accidente.

“Existen dos tipos de cuidado de naturaleza diferente:

1ro. Los cuidados de costumbre y habituales: care (cuida de, ocuparse de.) relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida;

³ RODRIGUEZ J.S. Hacia la construcción de un modelo para el cuidado. En: Antología de Fundamentación teórica de Enfermería . ENEO-UNAM, 2004 pp.393

⁴ SILES.J. Fundamentos Históricos de la Enfermería En: Antología de Fundamentación teórica de Enfermería . ENEO-UNAM, 2004 pp.15

2do. Los cuidados de curación: cure (resecar, tratar suprimiendo del mal, de ahí deriva, cure, curetaje) relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida.”⁵

“Orem describe tres tipos de cuidados de enfermería que apoyan a los tres requisitos primarios de la autoatención: el primero es el procedimiento de respaldo educativo para el paciente que es capaz y necesita aprender las actividades del cuidado propio, este procedimiento facilita el cuidado universal de sí mismo mediante la enseñanza, la guía y el cambio ambiental; el segundo procedimiento, parcialmente compensatorio, asiste a los pacientes incapacitados para realizar algunas actividades de la auto atención, la enfermería mejora los requisitos de desarrollo del cuidado propio asistiendo al paciente en estas actividades; por último, el procedimiento totalmente compensatorio del cuidado de sí mismo, se proporciona a pacientes incapacitados, es decir, la enfermera realiza todas las actividades del cuidado propio para el paciente. Con frecuencia, los tipos de atención se trasladan en la asistencia a pacientes individuales.”⁶

2.1.4 Connotaciones del cuidado ínter subjetiva, interpersonal.

“El cuidado es el objeto de estudio de la ciencia de enfermería como el núcleo de acción e intervención específica que le da fundamento y especificidad a la disciplina. El cuidado a la persona, es la interacción continua con el entorno, en la experiencia de salud, ésta se ubica en situaciones vitales del hombre y de la mujer en eventos como el nacimiento, el crecimiento y desarrollo de la persona y a los eventos problemáticos de la enfermedad o de la muerte. El cuidado es visto como, un proceso de interacción con grupos de personas, como los familiares, amigos y otros profesionales de la salud que atienden a la persona....”⁷

⁵ COLLIERE, F. op.cit pp.34

⁶ GRIFFITH J.W, Panorama de los Procedimientos teóricos seleccionados Proceso de Atención de enfermería Ed. El manual moderno1982_ pp 14

⁷ RODRIGUEZ J.S. Op.cit pp.392

En este sentido hay cuidados de especialización que no pueden ser otorgados por todas las personas por tanto la enfermera se vincula para ello.

En esta acción del cuidado se requiere de la interacción de dos o más personas por lo tanto se puede ver en tres dimensiones; primero cuidar de uno mismo que se refiere al cuidado que uno mismo se proporciona, en segundo lugar cuidar de otros es aquí donde la enfermera como profesional es la cuidadora del cliente. Y por último en tercer lugar cuidar con otros a lo que se refiere que además de cuidar con otros profesionales de la salud se implica a la familia, amigos y la comunidad.

2.2 Enfermería.

Enfermería es una disciplina que ha tenido diversas etapas de desarrollo en su proceso histórico, el ejemplo más objetivo de estas transformaciones es la transición de centrar su atención a ubicarla hoy en la actualidad en la persona y el cuidado, por tal motivo y mejor comprensión de esta transición se ha incluido este capítulo referente a la enfermería.

2.2.1 Concepto.

“El rol fundamental de la enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano a conservar o a recuperar la salud (asistirlo en los últimos momentos) para que pueda cumplir las tareas que realizaría el solo si tuviera la fuerza, la voluntad o poseyera los conocimientos deseados y cumpla con sus funciones, de forma que le ayudemos a reconquistar su independencia lo más rápidamente posible “⁸

“Enfermería es el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual la enfermera, junto con la persona beneficiada de estos cuidados, identifica metas comunes para realizar y mantener la salud.”⁹

⁸ GARCIA PIÑA M.A., HERNANDEZ RAMIRES L.M, SANDOVAL ALONSO L. Fundamentación teórica para el cuidado ENEO UNAM. En programa electrónico “proceso de enfermería” disco

⁹ GRINSPUN D. Identidad Profesional, Humanismo y Desarrollo Tecnológico. En Antología de Sociedad Salud y Enfermería. ENEO-UNAM, 1998 PP.223

“Enfermería es un arte porque requiere que la enfermera perciba el significado del momento para la persona que ella cuida, y puede rápidamente entender y actuar.

Enfermería es una ciencia porque incorpora el conocimiento ganado a través de métodos científicos para poder describir, explicar, pronosticar y prescribir componentes del cuidado de enfermería.

Enfermería es cuidado integrado porque incorpora la complejidad bio-psico-social del individuo y considera sus necesidades dentro del contexto de su mundo único.

Enfermería es cuidado comprensivo porque valora y considera las diferentes experiencias que la persona está confrontando, con el fin de asistir a la persona a entender estas experiencias y ganar fuerzas para movilizarse hacia un estado de salud “. ¹⁰

“La función singular de la enfermera es asistir al individuo sano o enfermo; en la realización de las actividades que contribuyan a la conservación de la salud o de la recuperación fuerza, voluntad o el conocimiento necesario y estos de tal manera que la ayude a adquirir independencia lo mas rápidamente posible...

El objetivo de la acción de enfermería en la conservación o la recuperación de la salud es: asistir al paciente y su familia en la satisfacción de las necesidades en que muestran dependencia y tratan de hacerlos independientes a la mayor brevedad.” ¹¹

2.2.2 Antecedentes Históricos (resumen)

“El término nurse con el que se designa a la enfermería se deriva de palabras latinas tales como nutriré (alimentar) y nutrix (mujer que cría. Conforme la

¹⁰ IDEM pp25

¹¹GARCÍA G, M. de J. Perfil de la Enfermera El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson_Ed. Progreso S.A. México 1997. pp. 3

sociedad fue evolucionando, estas palabras fueron ampliando su significado para adaptarlo a las nuevas realidades que iban surgiendo, tales como la aparición de mujeres que lactaban y criaban niños de otras nodrizas.”¹²

“El origen de la enfermería profesional se ubica con la implantación del sistema de FLORENCIA NIGHTINGALE en 1860 en el Hospital H. Thomas de Londres, aunque en Europa desde el siglo XVII ya se daba entrenamiento a las mujeres que atendían a los enfermos....

Este primer sistema de formación profesional de enfermeras, modelo Nightingale, centraba el proceso educativo en la práctica, estableciendo una fusión escuela-hospital. Las aspirantes trabajaban con las estudiantes más avanzadas, bajo la dirección del jefe de piso, quien gozaba de gran prestigio.

Las alumnas, personal del hospital, rotaban cada tres meses por los diferentes servicios, alternando turnos diurnos y nocturnos con la finalidad de adquirir una amplia gama de experiencias que les permitieran enfrentar diversas situaciones. Recibían cursos teóricos impartidos por los médicos y vivían en una residencia anexa al hospital, dirigida por una directora encargada de establecer y hacer cumplir una serie de reglas que, conjuntamente con el proceso de socialización en los servicios, complementaban la instrucción de una disciplina y una moral rigurosa, simultáneamente a la formación técnica.....”¹³

“La formación de enfermeras en México: a finales del siglo pasado los establecimientos de la beneficencia pública adolecían de muchas deficiencias tanto en sus propias instalaciones como en la atención que brindaban.

Los hospitales no contaban con recursos materiales y humanos adecuados para el cuidado de los enfermos, ni en lo que respecta a los servicios médicos, ni mucho menos, a los de enfermería más desprotegidos a raíz de la expulsión de las órdenes religiosas, principalmente de las valiosas hermanas de la caridad en 1874, fecha a partir de la cual con seguridad se acentuó aún más la crisis en la atención hospitalaria, ya que esta quedó bajo la responsabilidad de

¹² SILES, M, J. L. Op.cit PP 15

¹³ QUEZADA, F.C., RUBIO D.S., La función docente en la enseñanza clínica de enfermería. En: Antología Docencia en Enfermería. ENEO-UNAM,1998, pp 92

personas sin preparación específica y sin otra motivación que la de un trabajo remunerado.

En 1882 se estableció el Hospital General de México dónde se destacó la necesidad de capacitar enfermeras profesionales y de crear una escuela de enfermería anexa al hospital... la estrategia seleccionada para capacitar al personal de enfermería fue contratar enfermeras norteamericanas recibidas que hablaran español. Después en 1898 la Escuela práctica y gratuita de Enfermeros se estableció en el hospital de maternidad e Infancia donde se aceptaba personas de ambos sexos que estuvieran trabajando en los hospitales o que reunieran los siguientes requisitos: bastante cultura social, revelada por sus sentimientos humanísticos, su trato afable con los enfermos, instrucción primaria y en el caso de las mujeres, estudios de normal u obstetricia y los hombres algunos cursos de la escuela preparatoria o hacer desempeñado un empleo en las oficinas públicas. Pero no hubo hombres inscritos en esta escuela. La primera enfermera norteamericana en dirigir esta escuela fue Roce Crowder quien señalaba que la enfermería debía iniciarse inculcando el orden, la limpieza y el uso del uniforme para continuar con los procedimientos: preparación de la unidad del paciente, tendido de camas, observación de los síntomas especiales, registro de los signos vitales, el reporte de enfermería, etc..... la segunda enfermera, Roce Warden, estableció con el Dr. Liceága el plan de trabajo y un reglamento que guiarían la preparación de las jóvenes en el cuidado de los enfermos, la forma de informar a los médicos y de administrar los pabellones. ...La escuela de enfermería se inaugura dos años después del hospital, el 9 de febrero de 1907 siendo su director el Dr. Fernando López y Sánchez Román....”¹⁴

2.2.3 Metaparadigma

“El Metaparadigma de enfermería nos aporta la base fundamental de la enfermería. Esta base teórica es la que provee a la enfermería en su práctica clínica profesional con un entendimiento integral al ser humano. Es por eso que

¹⁴ IDEM. pp 92-105

la vinculación efectiva con el paciente requiere basar la práctica clínica en el pensamiento teórico de enfermería.

El entendimiento profundo sobre la meta paradigma de enfermería se logra a través del proceso educativo y la práctica clínica. Este profundizamiento del meta paradigma sucede gracias al desarrollo de conocimientos que se da en la educación y en la práctica. 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 y a través de su trayectoria profesional, le permite aplicar este marco conceptual y lograr una vinculación efectiva con el paciente. Tal como mencione el conocimiento que la enfermera desarrolla debe ser de cuatro modos: empírico, estético, personal y ético.”¹⁵

2.3 Proceso de Atención de Enfermería.

Para que la enfermera pueda otorgar cuidados profesionales no solamente es necesario que cuente con conocimientos, sino que también requiere de un método que le permita por un lado la toma de decisiones y por otro lado que estas decisiones estén en relación con las necesidades del cliente basadas en un sustento científico humanístico, y tecnológico entre otros por tanto es necesario que para fines del estudio de caso se desarrollo el siguiente subcapitulo denominado PAE.

2.3.1 Concepto.

“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

¹⁵ GRINSPUN D. Op.cit.pp.226

del paciente, para planear y efectuar en forma sistemática los cuidados de enfermería, y para evaluar los resultados obtenidos con estos cuidados.”¹⁶

“El proceso de la asistencia sanitaria constituye una forma ordenada y sistemática de determinar los problemas del paciente haciendo planes para resolverlos, iniciando el plan general o asignando a otros la ejecución del mismo, y evaluando el grado en que el plan resultó efectivo en la resolución de los problemas identificados.”¹⁷

2.3.2 Antecedentes históricos.

“El cuidado de enfermería con frecuencia ha incluido una valoración limitada de los aspectos relacionados con la salud del paciente. Tradicionalmente, la enfermera ha dependido de los diagnósticos médicos para dirigir los cuidados proporcionados al paciente y utilizaban su intuición mientras estaban en contacto con el, esta intuiciones por lo general se expresaban en frases como:

“tengo la sensación de que el señor polaski esta decayendo”, o “algo me dice que es mejor que verifique con mas frecuencia la presión sanguínea de la Sra. Armond”. Tales intuiciones se basaban en una forma importante de obtención de datos que aún existen en la actualidad – las impresiones subjetivas- la cual no puede ser refutada, aunque tampoco puede ser la única fuente de obtención de datos. Las ciencias médicas y de la conducta han progresado hasta el punto de proporcionar ciertos indicadores concretos de la salud que dan a la enfermera la base para obtener datos y hacer juicios.”¹⁸

“.....ORLANDO fue una de las primeras autoras que utilizó el término proceso de la asistencia sanitaria... según Orlando, una situación de asistencia sanitaria puede considerarse compuesta por tres elementos a) comportamiento del paciente; b) reacción de la enfermera y c) actuación sanitaria orientada hacia el

¹⁶ MARRINER, A. El proceso de enfermería En: el proceso de atención de enfermería un enfoque científico. Ed. El manual moderno 1983 pp.1

¹⁷ YURA H., WALSH M.B. Desarrollo Histórico del Proceso de la Asistencia Sanitaria En: El Proceso de Enfermería_ Editorial alambra, s.a.1982 pp.18

¹⁸ GRIFFITH J.W, Op.cit._ pp 31

beneficio del paciente. La mutua interacción de estos elementos constituye el proceso de la asistencia sanitaria...”¹⁹

“En el pasado, la enfermería se describía en términos funcionales: actividades realizadas por las enfermeras. A principios de la década de 1960, la enfermería ponía énfasis en los aspectos interpersonales, intelectuales y científicos de la profesión. Los aspectos interpersonales de la relación pacientes-enfermera fueron subrayados por Ida Jean Orlando, quien destacó la necesidad de acciones más bien deliberadas que intuitivas; por su parte Lois Knowles incorporo el planteamiento científico, los dirigentes de enfermería como involucrada en descubrir, sondear, hacer y discriminar. Con un enfoque continuo en el planteamiento científico, los dirigentes de enfermería explicaron la forma de aplicarlo al desarrollo de la profesión. En 1966 Kelly describió la información disponible para la valoración de enfermería como los signos y síntomas del paciente, la historia y el diagnóstico médico, los antecedentes sociales, el bagaje cultural y los factores físicos y psicológicos del medio ambiente. Dorothy Jonson enfatizó la importancia de la recolección sistemática de datos y su análisis riguroso. El diagnóstico de enfermería se definió en ese tiempo como la determinación de la causa y el alivio de un síntoma.

En 1967 Yura y Walsh escribieron el primer libro que definía, en forma integral, cuatro componentes del proceso de atención de enfermería, las autoras daban gran importancia a las destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas de la práctica de enfermería. Para la década de 1970, la profesión de enfermería empezó a mirarse como una disciplina científica orientada a una práctica con base teórica y centrada en el paciente; los pasos del procesos fueron legitimizados en 1973, cuando la Asociación Norteamericana de Enfermeras publicó las normas de la Práctica de Enfermería, por lo que muchos estados iniciaron una revisión de las actividades de enfermería como reflejo del extenso campo que abarca. Recientemente los exámenes fueron revisados para valorar los conocimientos enunciados de los cinco componentes mayores del

¹⁹ YURA H., WALSH M.B. Op.cit. pp.22

proceso atención de enfermería: valoración, análisis, planeación, implementación y evaluación.”²⁰

2.3.2 Etapas:

Para fines de titulación se han considerado cinco etapas que a continuación se definen:

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 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, el cual es un informe de los problemas que aquejan al paciente.

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. La historia clínica de enfermería es un formato sistemático, por lo común en forma de cuestionario o de lista, que la enfermera puede emplear para obtener datos importantes acerca del paciente por medio de la entrevista. La historia clínica de enfermería debe incluir áreas de valoración como el diagnóstico, y el tratamiento del paciente, sus actividades cotidianas (aseo, defecación, alimentación, ejercicios, reposo, relajación y hábitos de sueño), condición física, estado psicológico y una historia socioeconómica y cultural –registro objetivo del medio ambiente, ocupación, estado socioeconómico, educación, diversiones y costumbres religiosas. Este registro escrito de información específica acerca del paciente proporciona las bases para valorar los problemas actuales y potenciales del paciente. Así mismo, sirve como base para planear y brindar los cuidados de enfermería.

²⁰ GRIFFITH J.W, Op.cit. pp 2-3

Un estudio del hogar y la comunidad del paciente es de utilidad para la valoración, pero puede ser difícil de realizar. Otras fuentes secundarias para reunir la información sobre el paciente son los registros médicos y sociales actuales y pasados, registros del desarrollo, memorias computarizadas, notas y Visitas de la enfermera, el Kárdex e informes de los cambios de turno. En vista de que la enfermera basa la planeación de los cuidados en principios científicos, y aplica diversas teorías en tanto brinda dichos cuidados, conviene que recurra a libros, revistas y personas expertas para obtener mayor información.

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 a la enfermera la oportunidad de elaborar un plan individualizado para el cuidado del paciente.”²¹

“Puede definirse como el acto de revisar una situación con el propósito de emitir un diagnóstico acerca de los problemas del paciente.

Al igual que el proceso total de la asistencia sanitaria, la fase de valoración está formada por una serie de actos sistemáticos, organizados y deliberados. Estos actos incluyen el examen del cliente, la identificación de sus síntomas, la recolección y análisis de datos y el establecimiento de conclusiones.”²²

b) Diagnostico

“Un diagnostico de enfermería es un enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud y los problemas del paciente, que pueden ser modificados por la intervención de la enfermera”²³.

“El diagnóstico de enfermería se basa en deducciones obtenidas de datos confusos o incompletos. Al hacer esto, la enfermera toma en cuenta una serie de probabilidades basadas en la observación, y usando el método inductivo

²¹ MARRINER ANN Op.cit.pp2

²² YURA H., WALSH M.B. Op.cit pp.25

²³ GRIFFITH J.W, Op.cit. pp 141

predice cuales son las correctas. La inducción es el proceso de razonar de lo específico a lo general, o de una parte al todo. En ocasiones la deducción, la decisión y acción se realizan en unos cuantos minutos. El grado de deducción depende de la experiencia, la perceptividad y el conocimiento teórico de la enfermera. Las primeras deducciones, que se basan en datos incompletos acerca del paciente, pueden ser de un nivel bajo. Conforme la enfermera continúe recopilando datos y verificando las suposiciones con el paciente, sus deducciones se vuelven más precisas”²⁴

c) Planeación

“La planificación es la determinación de lo que puede hacerse para asistir al paciente; incluye el establecer objetivos, determinar prioridades y designar métodos para resolver problemas.

El establecimiento juicioso, cuidadoso y deliberado de objetivos es vital, en esta fase del proceso de la asistencia sanitaria, para el desarrollo del plan de atención sanitaria. Una vez que se han fijado los objetivos, puede decidirse cuáles son los métodos que pueden resultar más eficaces en la consecución de aquéllos.

Después de recoger los datos significativos acerca del paciente durante la fase de valoración, la enfermera comprueba la validez de esos datos. A través de la comunicación con el paciente, determina si sus percepciones son correctas y se asegura de que ella y el paciente se encuentran en el mismo punto de la fase de planificación, y que ambos han percibido y valorado los problemas del segundo de igual forma. Los objetivos a corto o largo plazo se establecerán entonces de acuerdo con las prioridades que se hayan establecido previamente.....”²⁵

“Tan pronto como identifica los problemas del paciente, la enfermera debe establecer prioridades, determinando cuáles son más urgentes. Debe definir los objetivos inmediatos, intermedios y a largo plazo, o las metas por las que debe

²⁴ MARRINER A. Op.cit.pp 2

²⁵ YURA H., WALSH M.B. Opcit. pp 28

esforzarse. La enfermera y el paciente deben definir las metas aceptables para ambos. El paciente y su familia deben participar activamente en la planeación de los cuidados.

A partir de los objetivos generales, la enfermera puede determinar objetivos más específicos, los cuales deben asentarse en término de conducta observable..... las acciones de enfermería encaminadas a lograr los objetivos, que pueden clasificarse en intervenciones, manejo o tratamiento de enfermería, deben estar señaladas explícitamente en el plan del cuidado de enfermería....

El plan de cuidados de enfermería debe ser individualizado de manera que éste no pueda ser empleado por ningún otro paciente. Debe incluir los problemas del paciente, las metas, objetivos e intervención de enfermería. Con su elaboración se termina la fase de planeación.”²⁶

d) Ejecución

“La ejecución es la iniciación y conclusión de las acciones necesarias para alcanzar objetivos definidos.

Durante la fase de valoración y planificación se examinó la situación del paciente y se tomaron las decisiones pertinentes para realizar acciones encaminadas a ayudar a aquél. Al ejecutar tales acciones, la enfermera tendrá que coordinar las actividades de diversos grupos paramédicos y trabajar en equipo con miembros del equipo sanitario. El número exacto de estas personas variará dependiendo del marco en el que el paciente reciba la asistencia...”²⁷

“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.

²⁶ MARRINER ANN Op.cit.pp 3

²⁷ YURA H., WALSH M.B Op.cit.pp29

Ejecución es brindar realmente los cuidados de enfermería. Un plan contribuye a brindar cuidado de enfermería comprensivo porque toma en cuenta las necesidades del paciente en el aspecto físico, psicológico, emocional, espiritual, social, 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. Sin una planeación y una adecuada comunicación acerca del plan, el paciente puede experimentar discrepancias o duplicación de los cuidados. El plan favorece el flujo uniforme de los cuidados de enfermería durante las etapas de la enfermedad del paciente, y coordina el programa para 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.”²⁸

e) Evaluación

“La evaluación es la apreciación de los cambios experimentados por el paciente como resultado de la actuación de la enfermera.

Para iniciar la fase de evaluación, la enfermera revisa y reconsidera los objetivos definidos dentro del plan de atención sanitaria para el paciente. Una vez que se han determinado los logros conseguidos al término del plan, la enfermera y el paciente podrán determinar en qué medida se han alcanzado los objetivos propuestos inicialmente.”²⁹

“La fase final, pero continua, del proceso de enfermería es la evaluación o apreciación del resultado obtenido con los cuidados brindados. ¿se proporcionaron con efectividad los cuidados? Si fue así, ¿por qué? Si no, ¿por qué no? ¿Cómo podrían mejorarse los cuidados? La evaluación del progreso

²⁸ MARRINER ANN Op. cit.pp4

²⁹ YURA H.,WALSH M.B.Op.cit.pp 30

del paciente se basa en la comparación entre el cuidado que se logró ofrecer y el cuidado que debería haber proporcionado la enfermera, el equipo de cuidado de la salud, el paciente o la familia, según se señaló en los objetivos del plan de cuidados. La evaluación del progreso del paciente indica qué problemas fueron resueltos, y cuáles requieren revaloración y replantación.

La evaluación del cuidado de enfermería es un mecanismo de retroalimentación que sirve para juzgar la calidad, y ha conformado para mejorar dichos cuidados al hacer una comparación de los actuales con los estándares. Phaneuf ha realizado extensos trabajos respecto a la auditoria de enfermería. La autora define esta auditoria como una inspección formal, sistemática y escrita de la calidad de los servicios brindados según los registros de los pacientes egresados. La auditoria es una revisión constructiva de los servicios de enfermería, y no de la enfermera. Deberá evaluar a totalidad de los cuidados, y no sólo los cuidados brindados por determinada enfermera. No deberá ser punitiva. La auditoria de enfermería señala si se están proporcionando en forma adecuada los cuidados de enfermería, e identifica las áreas que requieren acciones correctivas.

Aunque la auditoria de Phaneuf no está proyectada para evaluar el cuidado del paciente mientras se le proporciona, se han ideado otras auditorias para utilizarse junto a la cama del paciente. Por lo general consiste en la enumeración de las acciones de enfermería, que son evaluadas por una enfermera de otra sala, a fin de mantener la mayor objetividad posible. En ocasiones los resultados se dan a conocer para estimular la competencia, incrementar la motivación y mejorar el cuidado de enfermería.

Aunque la evaluación está considerada como la fase final del proceso de enfermería, ésta no termina aquí. La evaluación sólo señala los problemas que se han resuelto, los que han de volverse a valorar y planear, así como los efectuados y reevaluados. El proceso de enfermería es, pues, un ciclo continuo.”³⁰

³⁰ MARRINER ANN Op.cit.pp 4-5

2.4 Modelo Conceptual de Virginia Henderson.

Un modelo es una representación esquemática de un conjunto de conceptos, ideas, enunciados y supuestos, este modelo puede ser teórico o empírico.

El modelo de Virginia Henderson, que se sustenta en las necesidades básicas del ser humano es ideal para la enseñanza de enfermería, ya que es aplicable a la práctica, útil en nuestro medio y además se le pueden hacer las adaptaciones necesarias para ser aceptado y puesto en práctica por las enfermeras clínicas.

2.4.1 Antecedentes.

“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 enfermera. Ya desde la época de estudiante, sus experiencias teóricas y prácticas le llevaron a preguntarse que es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud. El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia. Como enfermera graduada siguió interesándose en estos temas. A partir de la revisión de la bibliografía existente en aquellos años sobre enfermería, se dio cuenta de que los libros que pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras, no definían de forma clara cuales eran sus funciones y que sin este elemento primordial- para ella- no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión”.³¹

“En las últimas décadas se ha notado entre el gremio de enfermería ya sea entre las docentes que trabajan en facultades y escuelas de enfermería de las universidades, como entre el personal que trabaja en servicio, en los hospitales

³¹FERNANDEZ, F, NOVEL C., GLORIA M., El Proceso de Atención de Enfermería. Estudio de Casos. En: Antología de Fundamentación teórica de Enfermería. ENEO-UNAM, 2004, pp 264

de diversas instituciones de salud, un gran interés por el estudio, la comprensión y la aplicación de modelos conceptuales de enfermería. Este fenómeno significa para enfermería, un avance muy importante, dado que, ya se han tenido experiencias, en la comprensión y aplicación del proceso de enfermería.

Así mismo, ha sido relevante el esfuerzo de muchas enfermeras por determinar la meta o función específica de enfermería. Este esfuerzo ha llevado a que se acepte cada vez más ampliamente que existen funciones independientes, que la enfermera puede efectuar por si misma, (incluido el diagnóstico y tratamiento), además de las funciones delegadas por el médico, que tradicionalmente ha venido ejecutando.”³²

2.4.2 Principales conceptos del modelo de Virginia Henderson.

“Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo que presenta 14 necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo mas rápidamente posible.

Necesidad Fundamental

Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar.

Independencia.

Satisfacción de una de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.

³² GARCIA G, M. Op.cit. pp.8

Dependencia.

No satisfacción de una o varias de las necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o una falta de suplencia.

Problema de dependencia.

Cambio desfavorable de orden bio-psicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.

Manifestación.

Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

Valores.

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson y están precisados en su definición.

Elementos mayores.

Inspirándose en la obra de Virginia Henderson los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera.

Objetivo.

Conservar o recuperar la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades.

Cliente.

Ser humano que forma un todo completo presentando catorce necesidades fundamentales de orden bio-psicosocial.

Rol de la enfermera.

El rol de la enfermera es un rol de suplencia. Suplir, para Virginia Henderson, significa hacer por él aquello que el mismo podrá hacer si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos. Las intervenciones de la enfermera apuntan

esencialmente hacia la independencia de la persona en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales y lo más rápidamente posible.”³³

Fuentes de dificultad.

Virginia Henderson identifica tres fuentes de dificultad: una falta de fuerza, una falta de voluntad y una falta de conocimientos, para conocer el grado de dependencia que puede ser total o parcial.

Para identificar las fuentes de dificultad:

- a) **Falta de fuerza.** La dependencia proviene de que el individuo carece de fuerza, no sólo de fuerza física sino también de fuerza moral, para tomar decisiones y comprometerse en las acciones necesarias para conservar o recuperar la salud.
- b) **Falta de voluntad.** La voluntad se ve disminuida por los problemas de salud, frecuentemente este estado, está relacionado con la capacidad intelectual y se ve limitado por la falta de recursos económicos por factores socioculturales.
- c) **Falta de conocimiento.** Hay desconocimiento de los mecanismos de acción del desarrollo de enfermedades, de los recursos de salud, de los cuidados que se deben tener cuando se presenta la enfermedad para evitar su desarrollo, en general lo que se refiere a prevención, curación y rehabilitación.

Entorno

“.....Henderson menciona –unas veces de forma implícita y otras explícitamente- la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales.....) para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados.”³⁴

³³ GARCIA P., HERNANDEZ R., SANDOVAL A. Op.cit.disco.

³⁴ FERNANDEZ F, Op.cit.pp.270

2.4.3 14 Necesidades Fundamentales.

“En la obra de Henderson no aparece ninguna definición concreta de necesidad, si bien se señalan en ella 14 necesidades básicas del paciente que abarcan todos los componentes de la asistencia en enfermería”³⁵

a) Necesidad de oxigenación (respirar)

“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 por la misma.”³⁶

b) Necesidad de nutrición e hidratación

“El término nutrición es una cualidad o estado de los seres vivos; cuando usamos este término para referirnos a una persona humana, es fácil determinar si está bien o mal nutrida.

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

En estado normal hay un equilibrio entre la ingestión y la pérdida de agua, éste se mantiene mediante una serie de fuerza que controlan la salida y la entrada de agua, entre los diferentes espacios del organismo para conservar así, una cantidad adecuada en cada uno de ellos, entre estas fuerzas se encuentra principalmente, la presión osmótica, producida por los electrolitos y las proteínas plasmáticas y la presión hidrostática de la sangre impulsada por el corazón.”³⁷

³⁵ MARRINER ANN Op.cit.pp.206.

³⁶ 23 GARCIA G, M. de J. Op.cit. pp.55

³⁷ IDEM. pp.66

c) Necesidad de eliminación.

“Para conservar su funcionamiento normal, el organismo debe 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.”³⁸

d) Necesidad de moverse y mantener buena postura

“En condiciones fisiológicas normales el corazón bombea toda la sangre que recibe sin dejar que se acumule en las venas. 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.”³⁹

e) Necesidad de descanso y sueño.

“El descanso físico y mental son necesidades básicas del ser humano; cada persona necesita cubrir ciertos requerimientos de tiempo y condiciones favorables para satisfacer su necesidad de dormir y descansar, lo cual es muy importante para tener un funcionamiento óptimo de su organismo.”⁴⁰

f) Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

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

La forma de vestir, esparte de la cultura en que vivimos, y nos hemos desarrollado.”⁴¹

³⁸ IDEM pp.97

³⁹ IDEM pp.191

⁴⁰ IDEM pp.128

⁴¹ IDEM pp.207

g) Necesidad de termorregulación.

“La temperatura corporal es el grado de calor que mantiene el organismo en un momento dado. La temperatura corporal, es el equilibrio entre el calor producido por el organismo, como resultado de la oxidación de los alimentos, el calor que recibe del medio ambiente y el calor que pierde en la transpiración, la respiración y la excreción; principalmente.”⁴²

h) Necesidad de higiene y protección

“La higiene corporal es una de las formas más sencillas de conservar la salud física y proporcionar bienestar.”⁴³

i) Necesidad de evitar los peligros.

“Los accidentes resultan un grave problema social, económico y de salud. Son causa de un considerable porcentaje de pérdidas humanas, de invalidez y disminución de las horas de trabajo efectivas de personas en edad productiva, lo que afecta a la economía familiar y nacional.”⁴⁴

j) Necesidad de comunicarse.

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

El poder comunicarse positivamente con las demás personas y recibir información de 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 básica.”⁴⁵

⁴² IDEM. pp.118

⁴³ IDEM pp.207

⁴⁴ IDEM pp.207

⁴⁵ IDEM pp.212

k) Necesidad de vivir según sus creencias y valores.

“Por la historia, conocemos que el hombre, por la sola razón natural, reconoce la necesidad de creer en un Ser Superior. Sin embargo, para que las relaciones del hombre con Dios sean satisfactorias, necesita el hombre tener una idea precisa de la divinidad y de cuál debe ser su actitud ante el Ser Supremo.”⁴⁶

l) 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 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”.⁴⁷

m) Necesidad de jugar-participar en actividades recreativas.

“La recreación es una necesidad básica para todo ser humano, en cualquier etapa de su vida. El testimonio de algunos enfermos que ha padecido enfermedades que requieren un tratamiento largo con duración de semanas, meses o años refiere que, el aprendizaje de actividades manuales y su elaboración; les ayudó mucho a olvidar su enfermedad, les dio más animo para continuar con su tratamiento, y deseos de luchar por recuperar su salud.”⁴⁸

n) Necesidad de aprendizaje.

“Cuando se conocen las medidas para promover la salud y proteger al organismo de enfermedades y se ponen en práctica durante toda la vida, los resultados son existencia gozosa y productiva.”⁴⁹

⁴⁶ IDEM. pp.281

⁴⁷ IDEM pp.295

⁴⁸ IDEM pp.274

⁴⁹ IDEM pp.231

2.5 Proceso Atención Enfermería y Modelo Conceptual de Virginia Henderson.

A continuación se hace una vinculación conceptual entre el PAE y el Modelo de Virginia Henderson ya que la teoría o el modelo se convierten en una guía para la práctica.

2.5.1 Concepto.

Es un método sistemático y organizado de Administrar cuidados de enfermería.

Administrar cuidados de enfermería individualizados. Que se centra en la identificación y tratamientos de las respuestas del paciente de salud, real o potencial. En el término paciente se incluye también a la familia o a la comunidad.

2.5.2 Etapas.

Siguiendo el modelo de Virginia Henderson, los 14 componentes de los cuidados de enfermería orientarán en las 5 etapas del proceso.

A través del Modelo de Virginia Henderson se valoran cinco etapas de las cuales se presentan a continuación.

Etapas de Valoración.

“La valoración es el primer paso en el proceso de enfermería. La valoración se considera un proceso organizado, sistematizado y deliberado en la obtención de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de la persona/familia o la comunidad.

La valoración es la primera fase del proceso de enfermería, sus actividades se centran en la obtención de información relacionada con la persona/familia o la comunidad con el fin de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas. Los datos se recolectan de forma sistemática,

utilizando la entrevista, la exploración física, los resultados de laboratorio y otras fuentes registradas en la historia de enfermería (Patricia W.lyer).

La valoración es el primer paso de la identificación del problema cuando se reúne información para asegurar de lo que se dispone de (todas las piezas necesarias del rompecabezas) que le permitan formarse una idea clara del estado del cliente (Rosalinda Alfaro-LeFevre).

Para la etapa de valoración se sugieren las siguientes actividades:

1.- Identificar los diferentes tipos de datos:

-Subjetivos: el “síntoma” es un dato subjetivo porque no se ve ni se palpa, como es el dolor, prurito.... Siempre lo refiere la persona.

-Objetivos: el “signo” que es un dato objetivo porque se ve, se siente o se huele, como es la tos, edema, signos vitales....puede medirse en cifras. Lo verifica la enfermera.

La valoración es una fase fundamental ya que todos los demás pasos en el proceso dependen de la precisión y la confiabilidad de los datos obtenidos.”

50

Etapa de Diagnostico

“Es un juicio clínico respecto a las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud o a procesos vitales reales o potenciales. El diagnostico de enfermería proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería, con el fin de alcanzar los resultados que son responsabilidad de la enfermera.

Debemos entender el diagnóstico de enfermería, de forma general, como un juicio acerca del problema de un cliente, al que se llega mediante procesos deductivos a partir de los datos recogidos. La índole del problema es tal que puede mitigarse mediante la intervención enfermera.

...el diagnosticar debe entenderse como una función establecida e independiente propia del profesional de enfermería. Se requiere una gran

⁵⁰ GARCIA P., HERNANDEZ R., SANDOVAL A., Op.cit.disco

capacidad y conocimientos previos para captar los problemas del paciente y emitir juicios inteligentes; por lo tanto el diagnóstico enfermero preciso constituye una de las claves para la práctica eficaz la intervención enfermera, por lo que todos los profesionales de enfermería deben de estar capacitados”.⁵¹

Etapa de Planeación:

“La planeación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados.

Durante la fase de planeación se elaboran los objetivos, lo que será capaz de hacer el cliente como objetivo de las acciones de enfermería, y las intervenciones de enfermería, que describen la forma en el que el profesional de enfermería debe actuar para ayudar al cliente a conseguir los objetivos.

Para su elaboración hemos de tener en cuenta en primer lugar la elección de un modelo Teórico considerado por sus postulados el más adecuado para determinar las directrices de la intervención enfermera, (en este caso se eligió el modelo de Virginia Henderson). En segundo lugar, consideramos el diagnóstico de enfermería, esto es, el juicio emitido sobre el estado de salud del cliente. Por último, se hace necesario comenzar a decidir acerca de que es lo que se pretende conseguir. (Hernández Conesa Juana).”⁵²

Etapa de ejecución.

“La etapa de ejecución de los cuidados constituye el momento de la realización del plan de intervención. En esta fase, los actores son múltiples. En primer lugar, se encuentra la persona que lleva a cabo las acciones planeadas para el. Por ejemplo, hace ejercicios, se dosifica sus medicamentos, elige alimentos o

⁵¹ IDEM disco.

⁵² IDEM disco.

responde a estímulos diferentes. Esta también la enfermera que supervisa estas acciones. Anima, informa, enseña, manifiestan su empatía, aporta su ayuda y proceda todo tipo de cuidados destinados al cliente. Sin embargo ella no actúa sola sino que forma parte de un equipo de cuidados de enfermería, que desarrolla un trabajo importante, asegurando la complementariedad y la eficacia de las actividades profesionales. También se pueden encontrar miembros de la familia del cliente, que, en algunas circunstancias, colaboran en los cuidados (Phaneuf).

- Juana Hernandez Conesa. Nos refiere que la ejecución supone la puesta en marcha del plan de cuidados de enfermería para conseguir los objetivos concretos que se han propuesto. Se ejecutan intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema del cliente. Por tanto podemos señalar que se trata de la etapa del proceso de enfermería orientada hacia la acción directa, en la cual el profesional de en enfermería es responsable la puesta en práctica del plan de cuidados que se elaboró previamente.”⁵³

Etapa de Evaluación

“Se trata de un proceso continuo que determina la medida en que se han conseguido los objetivos de la atención. El profesional de enfermería evalúa el progreso del cliente, establece medidas correctoras si fuese necesario, y revisa el plan de cuidados de enfermería.(Patricia W.lyer).

- Consiste en emitir un juicio sobre el trabajo de la enfermera en relación con los resultados obtenidos. Se trata, en realidad, en un interrogatorio y una reflexión que se hace sobre el conjunto de acciones y orientaciones decididas para la enfermera (Phaneuf).

- Es un proceso concurrente y terminal. Es concurrente porque la enfermera normalmente practica evaluaciones durante la fase de intervención del proceso. Es terminal porque la enfermera evalúa si se satisficieron o no los objetivos del cliente una vez completada la actividad de enfermería. Es una actividad intencionada y organizada. Por medio de ella la enfermera se responsabiliza de

⁵³ IDEM disco

sus acciones, refleja su interés en los resultados de estas y muestra su intención de no perpetuar sus acciones ineficaces, si no adoptar otras más eficaces (Dossier).

-Actividad intelectual que contempla las otras etapas del proceso, pues indica el grado en que el diagnóstico y la intervención enfermera correspondientes han sido correctas. En este sentido, y como objetivo de esta actividad, el profesional de enfermería determina si el plan de cuidados es adecuado, realista, actual o si necesita revisión. Si el cliente no ha conseguido los objetivos, se dedicará a la resolución del problema para determinar como revisar el plan de cuidados.(Juana Hernández Conesa). “⁵⁴

2.5 Características del desarrollo del Sujeto.

“Los individuos llegan ala edad adulta a los 20 años, después de pasar la etapa de adolescencia. Esta etapa termina entre los 60 y 65 años de edad, cuando se inicia la etapa del adulto mayor o vejez.

Concepto:

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

Clasificación de edad adulta:

Esta etapa es de larga duración, y se subdivide en etapa de adulto (a), joven o etapa de adulto (a) maduro., se distinguen aspectos y características especiales.

La etapa de adulto (a) joven abarca las edades comprendidas entre los 20 a 40 años.

El inicio de esta etapa depende de aspectos socioculturales, ambientales y familiares.

⁵⁴IDEM disco

Algunos autores consideran su comienzo entre los 22 y 24 años y otros en edades más tempranas. Sin embargo, hay que pensar si el obtener una cedula capacita al (la) joven en todos los aspectos psicosociales y físicos para llamarle adulto (a). Camerón expresa que el desarrollo socioeconómico hace difícil la transición de la adolescencia a la etapa del adulto(a).

Aspecto general :

Los individuos en la etapa adulto en cuanto a crecimiento físico, han madurado en todos los sentidos; el tamaño de: huesos, masa muscular., el deposito de grasa, en los tejidos blandos, en la anchura de los hombros, en los varones y en la amplitud de las caderas en las mujeres.

Respecto a la talla y al peso, han adquirido la talla y el peso que mantendrán durante una parte de esta etapa, casi hasta los 45 años. En relación con la talla, tienen un crecimiento continuo acelerado hasta los 20 años, permaneciendo constantes hasta la etapa del adulto mayor, cuando la posición y la acomodación de los huesos, produce una ligera disminución de la talla.

El peso del cerebro disminuye paulatinamente con la edad; alcanza su máximo en la adolescencia y comienza a disminuir a medida que aumenta los años; también hay cambios en las habilidades sensoriales:

1.- La visión.

Se caracteriza por el aumento acelerado hasta los 20 años y se mantiene estable hasta los 30.

2.- La audición.

Tiene un rápido desarrollo hasta la edad de 10 o 14 años seguidos de una declinación gradual durante las otras etapas.

3.- Vigor físico.

Hay un rápido hasta los 20 años, después permanece constante hasta los 30, cuando comienza un marcado descenso.

4.- Rapidez de reacción. (reflejo).

Hay un desarrollo hasta los 20 años y permanecen constante hasta los 30, cuando empiezan a declinar.

5.- Sentido de equilibrio.

Alcanza su máximo punto entre los 20 y 30 años, para luego declinar en forma gradual.

6.- Rendimiento de trabajo.

El promedio mas alto en rendimiento del trabajo, tanto para los hombres como para las mujeres, es alrededor de los 28 y 30 años de edad en el área motora, después de los cuales se produce un descenso gradual. Esta disminución del rendimiento en el trabajo se debe a todo un conjunto de cambios corporales, incluyendo una reducción de la capacidad de los pulmones en la oxigenación y del corazón en bombear sangre, y en la disminución de la rapidez en la respuesta por emitir posición, conceptos y ciertos estímulos. En el área mental en algunas personas permanece estables y en otras se desarrolla una capacidad mayor, para las experiencias y estímulos recibidos.

Se debe señalar que los cambios físicos antes descritos no se producen con la misma intensidad en todos los individuos. Existen muchísimas variedades y ciertos indicios de que en general el proceso de declinación físico es más lento en las mujeres que en los hombres, y entre los mismos individuos, difieren uno de otro.

Necesidades básicas:

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

2.- Educación.

La edad adulta suele ser un período largo de preparación profesional o de capacitación para el trabajo.

Si el individuo, en las etapas de escolar y de adolescente se ha esforzado, ha tenido una adecuada orientación, ayuda de sus padres y mayores, tendrá más probabilidades de éxito en su capacitación o en su profesión.

Después de un largo período como estudiante, al parecer arduo, el individuo se enfrenta a una vida rutinaria de trabajo; el adulto maduro en algunas ocasiones se esfuerza en terminar su preparación profesional o se orienta a realizar otras actividades de acuerdo con sus posibilidades para lograr sus metas.

Cuando el individuo se orienta hacia una tarea no sólo se inclina a relacionarse con determinados objetos de trabajo, sino que a su vez está escogiendo un rol dentro de la sociedad a la que pertenece.

3.- Trabajo

el adulto es ya una persona que cree en sí mismo, en su propia capacidad, posee la habilidad de contemplarse objetivamente y de analizar cuáles son las cualidades que posee. Todo esto lo hace pensar ya en la necesidad de trabajar; por esto, recibe con agrado el trabajo y las responsabilidades que éste demanda.....

4.- Recreación.

La recreación, a través de toda la vida de los individuos, desempeña un papel importante; es una necesidad tan importante como la nutrición; los adultos requieren del juego tanto como los niños, la mente y el cuerpo necesitan un cambio periódico de aire, de ambiente agradable; los adultos necesitan ocasionalmente hacer algo gracioso y no compulsivo; algo de juego debería hacer parte del programa de la vida diaria, ya que puede prevenir el sentimiento de cansancio y frustración el trabajo.....

5.- Estímulo

El estímulo, tan necesario como lo es el alimento, es considerado como el motor de todas las actividades de la vida. Para cualquier individuo es muy satisfactorio sentir aprobación o palabras de estímulo, sinceramente expresadas.

El elogio sincero y merecido proporciona al individuo confianza en sí mismo, un sentimiento de su propia estima y de dominio; asimismo el deseo de continuar creciendo más, desde el punto de vista social, personal y profesional.

6.- Seguridad y sentimiento de pertenencia

son necesidades importantes para la personalidad de los adultos, y se encuentran estrechamente vinculados al amor y protección que se reciben desde niños. La familia es el centro para tener esta seguridad, al igual que el unirse a grupos sociales. La seguridad familiar promueve el desarrollo personal de los individuos, en la transición de la etapa de dependencia a la etapa de independencia, tanto el exceso de protección como la falta de ésta pueden causar desajustes de la personalidad....

7.- Independencia

Es una de las necesidades básicas de los adultos, por medio de la cual la realizarán actividades que les permitirán desarrollar su personalidad.

Se considera que esta independencia debe cubrir el aspecto físico y psíquico para que los individuos desarrollen más capacidades y asuman responsabilidades básicas en esta etapa.....

8.- Sueño y reposo

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

9.- Sexualidad

El hombre y la mujer como seres sociables, siempre buscan compañía desde la edad temprana. En la edad adulta la compañía es fundamental, ya que en algunos individuos la libido se encuentra desplazada al sexo opuesto, y la necesidad de descarga de la libido es esencial. Surge en ellos como necesidad imperante la relación sexual para el buen estado psíquico; de allí que se busque "el (a) compañero(a) ideal" para la satisfacción, no sólo sexual sino de todas las necesidades propias de cada individuo, como es la ternura, la comunicación y el compartir el diario vivir.

10.- Ejercicio

Es importante el ejercicio en todas las edades, pero especialmente en esta etapa, cuando el cuerpo empieza a perder flexibilidad.

Adulto joven: características biopsicosociales

Esta etapa comienza tan pronto termina la adolescencia, los adolescentes se han ido preparando paulatinamente para la etapa de adulto.

Características físicas.

El desarrollo físico casi ha alcanzado su máximo nivel. El cuerpo toma la forma que lo caracteriza el sexo, la amplitud de las caderas en la mujer, la anchura de hombros en el hombre. La talla ha llegado a la longitud que conservará hasta los 40 años. El peso ganado es más o menos estable.

Los signos vitales generalmente se mantienen dentro de los siguientes rangos: TA: 100/70 A 110/80 , FC 70-80 por minuto, respiración 16-24 por minuto, temperatura 36.1-37.2°C.

Características psicosociales.

En el adulto joven se pueden identificar características psicosociales específicas bien definidas:

1. Logro de un sentido de realidad, diferenciándolo de la fantasía.
2. En esta etapa el individuo ya es más real en sus aspiraciones y comienza a elaborar planes futuros.
3. Emancipación de los cuidados paternos, aunque no se rompe con los lazos afectivos de los padres, se independizan de ellos
4. Terminación de una profesión o establecimiento de un empleo.
5. Formación de un hogar para tener su propia familia.
6. Expresión de sus emociones.
7. Hallar su lugar en la comunidad.
8. Tomar decisiones y aceptar responsabilidades.
9. Necesidad de orientación para el cambio de decisiones.
10. Tolerancia para la frustración, satisfacción e intereses.

La etapa VI del ciclo de la vida, según la teoría de Erikson, ubica al adulto joven en la intimidad frente al aislamiento. Este es el período del galanteo y la vida familiar temprana, que se extiende aproximadamente desde finales de la adolescencia hasta los 40 años.

Cuando Erikson habla de intimidad en esta etapa, se refiere mucho más que al simple hecho de la vida amorosa, a la capacidad de compartir con otra persona y de cuidar de ella sin temor de perderse a sí mismo en el proceso. En el caso de la intimidad, lo mismo que en el de la identidad, el éxito o el fracaso ya no depende directamente de los progenitores, sólo indirectamente, en la medida en que han contribuido a ello las etapas anteriores. También aquí, como en la identidad, las condiciones sociales podrán facilitar o dificultar el establecimiento de un sentimiento de intimidad. En forma análoga, la intimidad no implica necesariamente genitalidad, sino la relación afectiva entre amigos, compañeros, familiares, además de las relaciones amorosas.

Cuando una persona joven empieza a asentirse más segura de su intimidad, es capaz de establecer intimidad con su vida interior y con otros, tanto en amor mutuo como en relaciones afectivas con el sexo opuesto. Una persona que no puede tener relaciones íntimas por temor a perder su propia identidad, puede desarrollar un profundo sentimiento de aislamiento.

El adulto joven debe buscar su autodefinición y su autoestima. Una de las formas de conseguir autoafirmación, está en independizarse gradualmente de sus padres. Este proceso implica el desarrollo de valores propios y la toma de decisiones personales; el aspecto de adquisición de autoestima consiste en aprender a tener respeto por la competencia propia; a su vez esto constituye la base del respeto para con los demás.

Buscar independencia de los padres no significa romper los lazos que lo unen a ellos, sino al desarrollo de otra clase de relación con los progenitores en la cual el adulto acepta las consecuencias de sus propias actuaciones. Se espera que tome decisiones, sea firme en ellas, soporte sus consecuencias y se enfrente a la realidad.

En este aspecto, lo mismo que en los demás, el proceso no se consigue solamente en esta etapa, sino que es un proceso gradual a través de la infancia y la adolescencia. Esto ayuda al adulto joven a descubrir sus propias fuerzas y debilidades a proponerse objetivos realistas.”⁵⁵

⁵⁵ GUILLEN V. R.C.,MONTROYA M.A.,PEREZ.S.S.E., Crecimiento y desarrollo En: Antología Crecimiento y Desarrollo Tomo II ENEO UNAM ,2004 pp.619 a 627.

III METODOLOGIA.

Para la realización del estudio de caso se consideraran dos ejes, uno metodológico y uno conceptual.

El eje metodológico estará concentrado en el proceso de atención de enfermería el cual para fines de este trabajo se considerará en 5 etapas y el eje conceptual será el modelo de Virginia Henderson.

3.1 Descripción del caso

Para realizar el presente estudio de caso se eligió a un cliente adulto joven que se encuentra encamado en el hospital Margarita Maza de Juárez el cual ingresó al hospital el día 30 de agosto del año en curso a las 7:30hr. con diagnóstico médico de estenosis uretral y hasta el día de inicio de caso contaba con 1 día de hospitalización. El estudio se realizó durante el tiempo de su hospitalización que fue de 3 días.

Es importante aclarar que aunque se requiere el nombre de la patología el estudio de caso se centro en la persona-cliente., por lo tanto las intervenciones de enfermería estarán enfocadas a satisfacer sus necesidades afectadas dependiendo del grado de dependencia (total o parcialmente). Para tal efecto se solicitó el consentimiento informado del cliente (Anexo 1) ya que el cuidado tiene implicaciones éticas sustentadas en cuatro principios:

- a) **Autonomía.** “significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.
- b) **Confidencialidad.** Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y

habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

- c) **Beneficencia y no maleficencia.** se entiende como la obligación de hacer bien y evitar el mal. Se rige por los siguiente deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.”⁵⁶

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.

Las técnicas utilizadas para la obtención de información fueron: Para la valoración se tuvieron como fuentes de información primaria el cliente, y como fuente secundaria expediente clínico, otros profesionales, familiares, hojas de registros de enfermería y la literatura.

3.2.2 Técnicas

Las técnicas utilizadas fueron: entrevista, Método clínico y observación.

a) Entrevista

“Es un contacto interpersonal que tiene por objeto recopilar datos verbalmente”.⁵⁷

Para realizarla se hizo una guía de preguntas la cual se presenta en el Anexo 2 y a continuación se presenta la trascipción de la misma.

⁵⁶ Cruzada Nacional por la Calidad., código de ética para las enfermeras y enfermeros en México; México 2001, pp 11-12

⁵⁷ GARCIA G, M. de J.Op.cit pp.44

30 de agosto del 2004

1. **¿Como se siente?** con dolor para la micción.
2. **¿hace cuanto inicio con su enfermedad?** Hace más de 2 años.
3. **¿Cómo la inicio?** Con dificultad para orinar por lo que fui al médico y me dijo que tenía una infección y medio tratamiento (gentamicina 160 mg. Intramuscular cada 12 hrs. Y metamizol 1gr. Vía oral cada 6 hrs.)
4. **¿Hasta que año estudio?** Hasta segundo de preparatoria.
5. **¿es casado?** Si
6. **¿Cuántos hijos tiene?** 1 de 8 meses
7. **¿ha tenido enfermedades venéreas?** No
8. **¿toma mucha agua?** Después de la segunda cirugía (R.T.U) hace dos años tomo hasta 4 litros de agua por indicación médica al día.
9. **¿Cómo se siente emocionalmente?** Preocupado por que me dijo el doctor que me iba a volver a operar.

b) Método clínico

El método clínico fue utilizado para valorar las necesidades en su función biológica utilizando los siguientes:

“Inspección

Es el método que aporta datos por medio de la vista, puede ser simple o directa, cuando se usa sólo la vista. Es instrumental o indirecta cuando se auxilia de algún aparato especial, ejemplo el endoscopio.

Palpación

Proporciona datos por medio del tacto, puede ser monomanual, bimanual, digital, llamada también tacto, cuando se realiza en cavidades (vagina, boca).

Percusión

Procedimiento exploratorio que consiste en golpear metódicamente la región examinada para producir fenómenos acústicos.

Auscultación

Es el método de exploración que proporciona datos por medio del oído a través de aparatos como el estetoscopio.”⁵⁸

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

c) Observación.

“Es un proceso de piezas mínimas de información o de claves conseguidas con el uso de los sentidos (vista, tacto, oído, olfato y gusto)”.⁵⁹

Los datos obtenidos de la observación se registraron en dichos instrumentos como son: hoja de enfermería, historia clínica etc.

Exploración física: “es un método general para la recolección de datos, se inicia desde el momento en que la enfermera tiene su primer contacto con el paciente, utilizando la observación y en menor proporción el interrogatorio, se recomienda llevar un orden, iniciando desde la cabeza hasta las extremidades, incluye primero una inspección general o aspecto exterior del paciente.”⁶⁰

3.2.3 Instrumentos para el registro de la información.

Para registrar los datos obtenidos se utilizaron diversos instrumentos como son: hoja de enfermería (anexo3), historia clínica (anexo 4) y hoja de valoración de necesidades (anexo 5).

Es importante mencionar que no se presentan los registros de enfermería porque es un documento legal y que se necesita la autorización de la institución y el cliente, ya que forma parte del expediente clínico.

⁵⁸ GARCIA M.J. Op.cit.pp.46

⁵⁹ CHRISTENSEN P.J. Componentes del proceso de Atención de Enfermería Proceso de Atención de enfermería Ed. El manual moderno pp 35

⁶⁰ GARCIA M,Op.cit.pp.46

a) Historia clínica

Es una serie de pasos, en forma ordenada, para obtener la recopilación suficiente de los datos.

Se realiza el 30 de agosto del 2004.

FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE: J.A.G.M.

OCUPACION: Policía.

EDAD: 21 años.

RELIGION: ateo.

SEXO: Masculino

ESTADO CIVIL: Casado.

ESCOLARIDAD: Segundo de preparatoria.

LUGAR DE NACIMIENTO: El Roble, Sin.,

DOMICILIO ACTUAL: Domicilio conocido El Roble, Sin.,

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

Madre hipertensa y diabética, abuelos paternos E.V.C. tíos en numero de tres con cardiopatías.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

Habita en casa propia de material de concreto, con buena iluminación y ventilación, cuenta con todos los servicios intradomiciliários, sin hacinamientos. Convivencia con perro, no recuerda esquema de vacunación. Buenos hábitos higiénicos y dietéticos, desconoce hemotipo, refiere exposición a humo de leña en la infancia y desconoce exposición a químicos industriales.

Antecedentes de tabaquismo negativo. Alcoholismo ocasional antes de su primera cirugía. A razón de cinco cervezas los fines de semana, actualmente negado, niega drogas.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Alergias (-), traumatismos (-), operado en 2 ocasiones de R.T.U., diagnostico de hiperplasia hace 2 años, resto negado.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Inicia hace 2 años aproximadamente con polaquiuria, nicturia, retención urinaria aguda, con colocaciones múltiples de sonda de foley, actualmente con irrigación a goteo continuo. Operado de R.T.U hoy por la mañana con toma de biopsia.

EXPLORACION FISICA:

Paciente conciente, tranquilo, cooperador, con buena coloración de piel y tegumentos, bien hidratado, normo cefálico, craneofacial sin compromiso, cuello sin adenomegalias, campos pulmonares bien ventilados no estertores, ritmos cardiacos rítmicos con buen tono e intensidad no soplos, abdomen sin datos de irritación peritoneal, extremidades sin patologías aparentes.

Para el registro de la información se realizó con diversos instrumentos.

b) VALORACIÓN DE NECESIDADES.

HOJA DE VALORACION DE LA ENFERMERA

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: J.A.G.M. **Edad:** 21 años. **Peso:** 76Kgs. **Talla:** 1.78cm.

Fecha de Nac.: 18 de Nov. de 1983. **Sexo:** masculino **Ocupación:** policía

Escolaridad: preparatoria **Fecha de admisión:** 30 de agosto del 2004

Hora: 7.45hrs. **Procedencia:** El Roble Sin., **Fuente de información:** el cliente

Fiabilidad (1-4): 1 **Miembro de la familia/persona significativa:** jefe de familia.

1.- NECESIDAD DE OXIGENACION

. SUBJETIVO:

Disnea debido a: no Tos productiva/seca: no Dolor asociado
Con la respiración: no fumador: no Desde cuando fuma/
cuantos cigarros al día/ varía la cantidad según se estado emocional: no.

. OBJETIVO:

Registro de signos vitales y características: Pulso 74x' fuerte y regular
respiración 22x' rítmica T/A 110/70 Temperatura 36.7°c
Tos productiva/seca: no Estado de conciencia: conciente
Coloración de la piel / lechos ungueales / peri bucal: ligeramente pálido
Circulación del retorno venoso: buen retorno, no hay presencia de varices.

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION

. SUBJETIVO:

Dieta habitual (tipo): balanceada incluye carnes fruta, verduras y leguminosas
Número de comidas diarias: 3 Trastornos digestivos: no
Intolerancias alimentarias / Alergias: niega alergias
Problemas de la masticación y deglución: no
Patrón de ejercicio: practica ejercicio tres veces a la semana.

. OBJETIVO:

Turgencia de la piel: bien hidratada
Membranas mucosas hidratadas /secas: bien hidratadas
Características de uñas / cabello: uñas no quebradizas y cabello normal
Funcionamiento neuromuscular y esquelético: normal
Aspectos de los dientes y encías: dientes con un poco de sarro y encías rojas.
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: no hay heridas aparentemente
Otros: _____.

NECESIDAD DE ELIMINACION

▪ SUBJETIVO

Hábitos intestinales: evacua una vez al día Características de las heces, orina y menstruación: las evacuaciones son de consistencia blanda y color café, la orina con hematuria.

Historia de hemorragias / enfermedades renales, otros: antecedentes de hipertrofia prostática Uso de laxantes: no Hemorroides: no

Dolor al defecar / menstruar / orinar: refiere dolor al orinar.

Como influyen las emociones en su patrones de eliminación: refiere estar preocupado ya que es la segunda vez que el se somete a una cirugía de resección del tejido transuretral (R.T.U.)

▪ OBJETIVO

Abdomen características: blando con presencia de peristalsis.

Ruidos intestinales: normales .Palpación de la vejiga urinaria: globo vesical .

NECESIDAD DE TERMORREGULACION

▪ SUBJETIVO

Adaptabilidad de los cambios de temperatura: no presenta cambios extremos.

Ejercicio / tipo y frecuencia: sale a correr tres veces a la semana.

Temperatura ambiental que le es agradable: 20 a 26°C .

▪ OBJETIVO

Características de la piel: ligeramente pálida .Transpiración: aumenta con el ejercicio físico Condiciones del entorno físico: aire acondicionado .

Otros: _____ .

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

▪ SUBJETIVO:

Capacidad física cotidiana: se mueve con facilidad y no refiere problemas .

Actividades en el tiempo libre: convivencia con su familia en casa .
Hábitos de descanso: descansa un día a la semana en su trabajo .
Hábitos de trabajo: trabaja toda la semana en un turno de 8 horas y en ocasiones guardias de 12 horas por las noches .

▪ OBJETIVO

Estado del sistema músculo esquelético. Fuerza: miembros inferiores sin patología aparente.

Capacidad muscular. Tono / resistencia / flexibilidad: buena flexibilidad, tono y resistencia.

Posturas: _____.

Necesidad de ayuda para la de ambulación: no requiere de ayuda para deambular. Dolor al movimiento: no Presencia de temblores: no .

Estado de conciencia: conciente . Estado emocional preocupado por su enfermedad.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

▪ SUBJETIVO

Hora de descanso: cuando no hay dolor Horario de sueño: por las noches

Horas de descanso: si no tiene dolor descansa hasta tres horas. Horas de sueño: de siete a ocho Siesta: en el transcurso de la tarde Ayudas: aplicación de analgésico. Insomnio: ocasional Debido a: dolor y micciones frecuentes.

Descanso al levantarse: si _____.

▪ OBJETIVO

Estado mental. Ansiedad / estrés / lenguaje: manifiesta preocupación por su cirugía Ojeras: no Atención: si Bostezos: no Concentración: si .
Apatía: no Cefaleas: no Respuestas a estímulos: si _____.

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

. SUBJETIVO

Influye el estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: en ocasiones.

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: no.

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: no.

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: no.

. OBJETIVO

Viste de acuerdo a su edad: si.

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: es autosuficiente.

Vestido Incompleto: no. Sucio: no. Inadecuado: no.

Otros:

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

. SUBJETIVO

Frecuencia del baño: diario. Momento preferido para el baño: mañana.

Cuántas veces se lava los dientes al día: tres veces al día.

Aseo de manos antes y después de comer: si. Después de eliminar: si.

Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: no.

. OBJETIVOS

Aspecto general: se preocupa por su aseo personal. Olor corporal: normal.

Halitosis: no. Estado del cuero cabelludo: normal.

Lesiones dérmicas Tipo: no.

Otros:

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

. SUBJETIVO

Que miembros componen la familia de pertenencia: su esposa e hija.

Como reacciona ante situación de urgencia: con enojo y desesperación .

Conoce las medidas de prevención de accidentes: si .

Hogar: tiene cuidado con cables eléctricos y tanque de gas.

Trabajo: ya que es policía sabe que su trabajo es muy peligroso.

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: si .

Familiares: si.

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: plática con su esposa .

. OBJETIVO

Deformidades congénitas: no. Condiciones del ambiente en su hogar: buenas

Trabajo: discusiones leves con algunos compañeros.

Otros:

NECESIDAD DE COMUNICARSE

. SUBJETIVO

Estado civil: casado. Años de relación: 3 años. Vive con: su esposa e hija.

Preocupaciones / estrés: le preocupa que por su enfermedad pueda producir impotencia sexual. Familia: no. Otras personas que puedan ayudar: su mama .

Rol en estructura familiar: padre y esposo.

Comunica problemas debido a la enfermedad / estado: platica con su esposa en cuanto a su preocupación de impotencia.

Cuanto tiempo pasa solo: es muy rato que este solo.

Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: sale con amigos a platicar.

. OBJETIVO

Habla claro: si Confusa: no. Dificultad. Visión: no Audición: no.

Comunicación verbal / no verbal con la familia / con otras personas significativas: si con amigos y con su mama, papa y hermanos.

Otros:

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORAS

. SUBJETIVO

Creencia religiosa: ateo.

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: no.

Principales valores en la familia: respeto y comunicación.

Principales valores personales: fidelidad, honrado.

Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: si.

. OBJETIVO

Hábitos específicos de vestido. (Grupo social religioso): no.

Permite el contacto físico: si.

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: no.

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

. SUBJETIVO

Trabaja actualmente: si Tipo de trabajo: es policía. Riesgos: es peligroso.

Cuánto tiempo se dedica al trabajo: 6 días a la semana.

Estas satisfecho con su trabajo: si Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y /o las de su familia: apenas y si pero no para lujos.

Está satisfecho(a) con el rol familiar que juega: si.

. OBJETIVO

Estado emocional / calmado / ansioso / enfadado / temeroso / irritable / inquieto / eufórico: respecto a su trabajo el sabe que por su enfermedad le dan incapacidad y no pierde su salario.

Otros:

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

. SUBJETIVO

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: en el lugar donde vive no hay muchos lugares que visitar pero cuando tienen oportunidad de salir de vacaciones salen fuera.

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de ésta necesidad: si.

Recursos en su comunidad para la recreación: es un rancho donde vive poca gente y la mayoría se dedica al campo.

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: juega fútbol de vez en cuando.

. OBJETIVO

Integridad del sistema neuromuscular: bien.

Rechazo a las actividades recreativas: no.

Estado de ánimo: Apático / aburrido / participativo: cuando está bien se considera alegre.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

. SUBJETIVO:

Nivel de educación: segundo de preparatoria.

Problemas de aprendizaje: las matemáticas son las que le parecen mas difíciles.

Limitaciones cognitivas: no Tipo:

Preferencias: leer / escribir: lee un poco.

Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: no

Sabe como utilizar esas fuentes de apoyo: no.

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: respecto a su enfermedad si le interesa todo lo relacionado a esta.

Otros:

. OBJETIVO

Estado del sistema nervioso: preocupado.

Órganos de los sentidos: aparentemente todo bien.

Estado emocional: ansiedad, dolor: dolor al miccionar, y ansiedad por otra cirugía.

Memoria reciente: si

Memoria remota: de los 5 años.

Otras manifestaciones:

3.3 Diagnostico

Para la estructuración de los diagnósticos la información se organizó y clasificó en necesidades identificando en cuales el cliente era independiente, dependiente o parcialmente dependiente el cual se presenta en el siguiente formato.

Sin embargo para fines de este trabajo se presenta el análisis de las siguientes necesidades las cuales son:

TABLA GUIA QUE PERMITE EL ANALISIS

NECESIDAD	INDEPENDIENTE	TOTALMENTE DEPENDIENTE	PARCIALMENTE DEPENDIENTE
1. Oxigenación.	&		
2. Nutrición e Hidratación.	&		
3. Eliminación		&	
4. Moverse y mantener una buena postura	&		
5. Descanso y sueño		&	

6. Usar prendas de vestir adecuadas	&		
7. Termorregulación	&		
8. Higiene y protección de la piel	&		
9. Evitar peligros			&
10. Comunicarse	&		
11. Vivir según sus creencias y valores	&		
12. Trabajar y realizarse			&
13. Jugar y participar en actividades recreativas	&		
14. Aprendizaje.	&		

Ya obtenidos los datos se organizaron y clasificaron en necesidades considerando las **dimensiones señaladas por Henderson:**

a. **Biológicas. Y físicas.**

“alimento, abrigo, descanso; como requisito indispensable para mantener la vida” ⁶¹

b. **Psicológicas.**

Esta relacionada con la autoestima: la confianza en sí mismo, independencia, logro, conocimiento. La estima y respeto de los demás.

c. **Sociológicas.**

“cuando su medio ambiente es más estable, el hombre siente la necesidad social de pertenecer, de compartir, de asociarse para dar amistad y amor, busca amigos, familia, hijos” ⁶².

d. **Culturales.**

Corresponden al crecimiento, desarrollo, actualización. A las costumbres de cada entidad.

⁶¹IDEM pp22

⁶² IDEM pp 26

Para el análisis de la información se utilizaron los siguientes formatos.

TABLA GUIA QUE PERMITE EL ANALISIS

GUIA PARA EL ANALISIS DE LAS NECESIDADES

DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL CLIENTE: J.A.G.M FECHA 30-08-04

NECESIDAD AFECTADA ELIMINACION

BIOLOGICA	PSICOLOGICA	SOCIAL	CULTURAL
ANTECEDENTES MICCIONES FRECUENTES HIPERTROFIA PROSTATICA HACE 2 AÑOS CIRUGÍA R.T.U.	PREOCUPADO	INGESTA DE REFRESCO	ES COSTUMBRE EN SU FAMILIA TOMAR REFRESCO DURANTE LA COMIDA
ACTUAL NICTURIA TENESMO GLOBO VESICAL DISURIA	DISURIA ALTERACIÓN EMOCIONAL(REFIERE ESTAR PREOCUPADO POR NO PODER ORINAR POR COMPLETO.	INGESTA DE 4 Lts. DE AGUA EN 24 HORAS.	AHORA EN LA COMIDA TOMAN AGUA NATURAL

<input checked="" type="checkbox"/>	F. FUERZA
<input checked="" type="checkbox"/>	F. VOLUNTAD
<input type="checkbox"/>	F. DE CONOCIMIENTOS

<input checked="" type="checkbox"/>	TOTALMENTE DEPENDIENTE
<input type="checkbox"/>	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA Alteración de la eliminación urinaria
relacionado con un problema del funcionamiento de la próstata, manifestada,
por disuria, tenesmo, globo vesical, nicturia.

OBJETIVO: Ayudar al cliente a mejorar la eliminación urinaria.

GUIA PARA EL ANALISIS DE LAS NECESIDADES

DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL CLIENTE: J.A.G.M FECHA 30-08-04

NECESIDAD AFECTADA Dormir y descansar adecuadamente (bienestar)

BIOLOGICA	PSICOLOGICA	SOCIAL	CULTURAL
<p>Facie de dolor.</p> <p>Expresa verbalmente el cliente dolor al Miccionar.</p>	<p>El cliente refiere que le da temor al miccionar debido al dolor que va ha sentir.</p>	<p>Recuerda que antes cuando miccionaba le pasaba lo mismo.</p> <p>Ya antes lo habían operado de (R.T.U)</p>	<p>Tiene la creencia de que no va a volver a quedar bien.</p>

X	F. FUERZA
X	F. VOLUNTAD
	F. DE CONOCIMIENTOS

X	TOTALMENTE DEPENDIENTE
	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Alteración del bienestar relacionado con la presencia de dolor al miccionar manifestado por expresión verbal del cliente y facie de angustia.

OBJETIVO: ayudar a disminuir el dolor del cliente para mejorar su bienestar.

GUIA PARA EL ANALISIS DE LAS NECESIDADES

DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL CLIENTE: J.A.G.M FECHA 31-08-04

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

BIOLOGICA	PSICOLOGICA	SOCIAL	CULTURAL
Antecedentes de una cirugía previa la cual no corrigió el problema.	<p>Ansiedad a que vuelva a pasar lo mismo ya que el cliente expresa que ya está enfadado de tener dificultad para orinar.</p> <p>-el cliente ya conoce los cuidados post-operatorios.</p> <p>-expresión de incertidumbre sobre la cirugía.</p> <p>-percepción de amenaza a los valores personales.</p>	<p>Rehacer su vida normal cotidiana sin necesidad de ir continuamente a miccionar.</p>	<p>Ya que el es policía su profesión no le permite ir continuamente al baño.</p>

<input checked="" type="checkbox"/>	F. FUERZA
<input checked="" type="checkbox"/>	F. VOLUNTAD
<input type="checkbox"/>	F. DE CONOCIMIENTOS

<input checked="" type="checkbox"/>	TOTALMENTE DEPENDIENTE
<input type="checkbox"/>	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Alteración de la seguridad para mantener la salud y la vida relacionada con incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar porque la elección entre acciones diversas implica riesgo, pérdida o supone un reto para los valores personales.

OBJETIVO: ayudar al cliente a que tenga confianza con el procedimiento quirúrgico, el cual le proporcionará salud.

Con base a esta reflexión de los datos obtenidos se establecerán los diagnósticos y el rol de enfermería.

3.4 Planeación

Ya habiendo detectado las necesidades y los problemas que la afectan, las fuentes y causas de dificultad así como los diagnósticos de enfermería se procedió a elaborar el plan de atención eligiendo el rol de ayuda.

Después de haber identificado el grado de dependencia del cliente desde la perspectiva de Virginia Henderson se hará la forma de ayuda y acompañamiento., suplencia y educación seleccionando las intervenciones de tipo independiente, interdependiente para la elaboración del plan de atención se considerara un objetivo y los criterios de evaluación así como las metas.

El tipo de intervenciones que se planearon son:

a) independientes “son aquellas en que la enfermera está capacitada para atender y están incluidas en el campo del diagnóstico y tratamiento de enfermería.

b) dependientes “son las actividades que la enfermera desarrolla de acuerdo con las ordenes medicas”.⁶³

⁶³ IDEM pp 9

PLAN DE ATENCION

NOMBRE: J.A.G.M. .

FECHA: 30 de agosto del 2004

NECESIDAD: Eliminación

TIPO DE DEPENDENCIA: Dependiente

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Alteración de la eliminación urinaria relacionada con un problema del funcionamiento de la próstata manifestado por disuria, tenesmo, globo vesical, nicturia.

ROL DE ENFERMERIA: De ayuda

OBJETIVO: Ayudar al cliente a mejorar la eliminación urinaria.

META	CRITERIO DE EVALUACION	INTERVENCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
3-5 min.	Desaparece distensión de la vejiga	Aplicación de sonda de foley transuretral.	-Es la introducción de un cateter a través de la uretra a la vejiga urinaria. -Al poner la bolsa urinaria más abajo que la vejiga, la orina fluye por gravedad.	Posterior a la aplicación de sonda foley desaparece globo vesical y sale orina clara y en abundancia.

&	TOTALMENTE DEPENDIENTE
&	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

&	ROL DE AYUDA
&	ROL DE SUPLENCIA
&	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

&	INTERV. INDEPENDIENTE	(I ID)
&	INTERV. DEPENDIENTE	(I D)
&	INTERV. INTERDEPENDIENTE	(I ITD)

PLAN DE

ATENCION

NOMBRE: J.A.G.M. . **FECHA:** 30 de agosto del 2004

NECESIDAD: dormir y descansar adecuadamente (bienestar).

TIPO DE DEPENDENCIA: Dependiente

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Alteración del bienestar relacionado con la presencia de dolor al miccionar manifestado por expresión verbal del cliente y facie de dolor.

ROL DE ENFERMERIA: De ayuda .

OBJETIVO: disminuir el dolor del cliente para mejorar su bienestar.

META	CRITERIO DE EVALUACION	INTERVENCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
5-10 min.	Desaparece facies de dolor cuando va a miccionar. Que el cliente exprese disminución de dolor	8:30 admon.y ministracion de analgésico ketorolaco 30mg. I.v. c/8hrs. Diluido con 20ml.de sol.fisiológica vigilar y evaluar posibles reacciones del med. Aplicado.	-Engel definió el dolor como una sensación molesta referida del cuerpo, que represente el sufrimiento inducido por la percepción psíquica de un daño real o imaginario. -Administración de medicamentos es toda sustancia química que se utiliza para prevenir, curar o aliviar las enfermedades. -La inyección intravenosa es el acto de introducir bajo presión y mediante un tubo o aguja hueca, un líquido en un vaso sanguíneo. - Reacción alérgica: erupción cutánea generalizada, prurito, disnea, taquicardia. -Ketorolaco 30mg. Es un agente anti-inflamatorio no esteroide, que muestra actividad analgésica, anti-inflamatoria y débil actividad antipirética.	9:00 30min. Posterior a la aplicación el cliente expresa alivio del dolor.

&	TOTALMENTE DEPENDIENTE
&	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

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

PLAN DE ATENCION

NOMBRE: J.A.G.M. .

FECHA: 31 de agosto del 2004

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

TIPO DE DEPENDENCIA: Parcialmente Dependiente

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: alteración de la seguridad para mantener la salud y la vida relacionado con incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar porque la elección entre acciones diversas implica riesgo, pérdida o supone un reto para los valores personales.

ROL DE ENFERMERIA: De ayuda .

OBJETIVO: ayudar al cliente a que tenga confianza en el procedimiento quirúrgico el cual le proporcionará salud.

META	CRITERIO DE EVALUACION	INTERVENCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
20-30 min.	Desaparece Ansiedad y expresa seguridad con relación a cirugía.	-Manejo de estress ansiedad retomando las propias del cliente. -Prácticas de técnicas de relajación. -Mantener una atmósfera tranquila. -Proporcionar información sobre la cirugía sus riesgos y complicaciones.	Las enfermedades en general producen cierto grado de incapacidad y depende de la afección y de su duración el grado de limitación que sufra. -Las técnicas de relajación se utilizan como un medio de distraer la atención del cliente para evitar la ansiedad. -Los riesgos de la resección de tejido transuretral (R.T.U) es que en la hipertrofia prostática puede volver a crecer el tejido transuretral ya seccionado.	Disminuyo la ansiedad y se muestra mas tranquilo en cuanto a la cirugía.

	TOTALMENTE DEPENDIENTE
&	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

&	ROL DE AYUDA
	ROL DE SUPLENCIA
	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

	INTERV. INDEPENDIENTE	(I ID)
	INTERV. DEPENDIENTE	(I D)
	INTERV. INTERDEPENDIENTE	(I ITD)

3.5 Ejecución y Evaluación

La ejecución involucra la acción o la puesta en marcha de las intervenciones planeadas, exigiendo no solo el conocimiento de la enfermera sino también 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 con el objetivo y retroalimentar el plan de atención.

IV CONCLUSIONES.

El presente estudio de caso se dividió en tres partes, el primero en objetivos, los cuales se lograron alcanzar por medio del eje Metodológico que fue el PAE, ce consta de cinco etapas: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación, las cuales se desarrollaron paso a paso guiados por el segundo eje conceptual del Modelo de Virginia Henderson basado en sus catorce necesidades básicas. De las cuales se ayudó al cliente en tres necesidades, se utilizaron entrevistas y visitas domiciliarias lo cual ayudó a desarrollar habilidades y nos permitió tener una mejor visión, ser reflexivas aunque en el desarrollo de los planes de cuidados hubo dificultades ya que era un poco difícil ubicar en que necesidad debían de entrar los datos obtenidos, se tuvo que hacer algunas adaptaciones en la guía para la obtención de datos ya que esta no se adaptaba al cliente en particular que se estudio. También contábamos con poca bibliografía que consultar y no contamos con un acervo amplio por lo que acudimos a buscar información en el Internet, los diagnósticos de la NANDA fueron de gran ayuda ya que nos ayudó a tener un mismo lenguaje en la elaboración de los diagnósticos de enfermería, había que ser más diestra en el manejo de la computadora, trabajamos con compañeras en redes de apoyo para que se facilitara un poco más.

Ahora estamos más en contacto y se comprende mejor que antes cada etapa del proceso Atención de Enfermería.

Este estudio de caso nos ayuda a brindar una atención de enfermería más integral basada en una Fundamentación científica.

SUGERENCIAS

Sugerir en las instituciones sanitarias que se utilicen planes de cuidados para cada cliente.

Que el personal se actualice día a día fomentando la enseñanza.

Que las bibliotecas publicas y de cada institución cuenten con más bibliografía disponible.

IV. BIBLIOGRAFIA

Cruzada Nacional por la Calidad., código de ética para las enfermeras y enfermeros en México; México 2001, Pag.42

El Proceso de Enfermería México DF Editorial Alambra Mexicana. S.A.1982., H. Yura. M.B. Walsh, versión española de C. Montuela. P. 222

El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson, México DF. 1ra. Edición 1997., García González MA. De Jesús. P. 324

El Proceso de atención de Enfermería México. D.F. El manual moderno S.A. de C.V. 1982 J.W. Griffith. P.J.Christensen. Pag. 406

El Proceso de Atención de Enfermería un Enfoque científico México, DF. El Manual Moderno, S.A. 1983 Marriner Ann, R.N. Pag.325

Enciclopedia de Medicina y Enfermería MOSBY Barcelona (España). Grupo editorial Océano 1989. Monreal José Luis. 3 tomos.

ENEO –UNAM Crecimiento y Desarrollo, México. DF. 2004., Compiladoras Guillén Velásquez Rocío del Carmen, Montoya Martínez Adelina, Pérez Sumano Sofía Elena. Pag. 706

ENEO-UNAM. Docencia en Enfermería. México DF. 2004. Compiladoras Espinosa Olivares Artemisa, Rodríguez Jiménez Sofía. Pag. 320

ENEO-UNAM Fundamentación teórica para el cuidado. México DF. 2004 Compiladoras., Pacheco A. Ana Laura, García Piña MA. Aurora, Rodríguez Jiménez Sofía. Pag.423.

ENEO-UNAM Fundamentaciòn Teórica para el cuidado (programa electrónico “proceso de enfermería”) García Piña Ma. Aurora, Hernández Ramírez Luz María, Sandoval Alonso Leticia

ENEO-UNAM Teorías y Modelos para la Atención de Enfermería, México. DF. 1998., Compiladoras Bernal López Beatriz, Téllez Ortiz Sara Esther, García Piña Aurora. Pag. 313.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CASO

Yo J.A.G.M. de 21 años de edad.

Con domicilio en El Roble en la Ciudad de: Mazatlán en el estado de: Sinaloa

DECLARO QUE:

La pasante de enfermería: Ángela Guadalupe González Sánchez solicita mi autorización para realizar un estudio de caso sobre mi persona. Para llevar a cabo su Titulación de Licenciada en enfermería Y obstetricia de la Escuela Nacional de Enfermería Y Obstetricia.

ME EXPLICO QUE:

El estudio de caso, es el estudio de una persona en particular a la cual se le realiza una entrevista (interrogatorio) y exploración física para obtener información y poder detectar necesidades afectadas respecto a la salud en esa persona y se elabora un plan de cuidados de enfermería para favorecer su pronta recuperación.

1. Mi nombre no aparecerá, solamente mis iniciales.
2. El estudio requerirá de dos o más entrevistas.
3. En caso de ser necesario se le entrevistará a mi madre y a mi esposa.
4. De ser necesario habrá una visita a mi domicilio particular.
5. Verá mi expediente clínico como un auxiliar para recopilar datos (indicaciones médicas, registros de enfermería, estudios de laboratorio).
6. Tengo el derecho de reservarme algunas respuestas.
7. Se requiere de una exploración física (revisión) para obtener más datos.
8. Confidencialidad.
9. Llevará por título estudio de caso de un adulto joven con alteración de sus necesidades.

Mi estudio lo mandará a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y a la Universidad Nacional Autónoma de México; donde realizará su examen profesional ante un jurado, el cual se basará sobre mi estudio.

Tengo derecho a negarme a la realización del estudio a pesar de haber dado mi autorización, si es así automáticamente se suspenderá. No habrá represalias sobre mi persona por tal negativa.

VENTAJAS

Se detectaran las principales necesidades afectadas a las cuales se le brindaran los cuidados necesarios y se brindara una atención de calidad.

Por tal motivo autorizo a la pasante de enfermería Ángela Guadalupe González Sánchez

Que realice su trabajo, estudio de caso sobre mi persona. Ante lo cual presento mi firma.

Mazatlán Sinaloa Septiembre del 2004.

ANEXO 2

GUIA PARA LA ENTREVISTA

1. ¿Como se siente?
2. ¿hace cuanto inicio con su enfermedad?
3. ¿Cómo la inicio?
4. ¿Hasta que año estudio?
5. ¿es casado?
6. ¿Cuántos hijos tiene?
7. ¿ha tenido enfermedades venéreas?
8. ¿toma mucha agua?
9. ¿Cómo se siente emocionalmente?

ANEXO 4

HISTORIA CLINICA

FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE:

OCUPACION:

EDAD:

RELIGION:

SEXO:

ESTADO CIVIL:

ESCOLARIDAD:

LUGAR DE NACIMIENTO:

DOMICILIO ACTUAL:

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

PADECIMIENTO ACTUAL:

EXPLORACION FISICA:

Anexo. 5

Hoja de necesidades.

HOJA DE VALORACION DE NECESIDADES

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre:_____ Edad:_____ Peso:_____ Talla: _____.

Fecha de Nac.: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____.

Escolaridad: _____ Fecha de admisión: _____.

Hora:_____ Procedencia: _____.

Fuente de información: _____ Fiabilidad (1-4): _____.

Miembro de la familia/persona significativa: _____.

VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS.

1.- NECESIDAD DE OXIGENACION

. SUBJETIVO:

Disnea debido a: _____ Tos productiva/seca: _____ Dolor asociado con la respiración: _____ fumador: _____ Desde cuando fuma/ cigarros al día/ varía la cantidad según se estado emocional: _____.

. OBJETIVO:

Registro de signos vitales y características: _____.

Tos productiva/seca: _____ Estado de conciencia: _____.

Coloración de la piel / lechos ungueales / peri bucal: _____.

Circulación del retorno venoso: _____.

Otros: _____.

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION

. SUBJETIVO:

Dieta habitual (tipo): _____.

Número de comidas diarias: ____ Trastornos digestivos: _____.

Intolerancias alimentarias / Alergias: _____.

Problemas de la masticación y deglución: _____.

Patrón de ejercicio: _____.

. OBJETIVO:

Turgencia de la piel: _____.

Membranas mucosas hidratadas /secas: _____.

Características de uñas / cabello: _____.

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____.

Aspectos de los dientes y encías: _____.

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____.

NECESIDAD DE ELIMINACION

. SUBJETIVO

Hábitos intestinales: _____ características de las heces, orina y menstruación: _____.

Historia de hemorragias / enfermedades renales, otros: ____ Uso de laxantes:

Hemorroides: _____ Dolor al defecar / menstruar / orinar: _____.

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: _____.

. OBJETIVO

Abdomen características: _____ Ruidos intestinales: _____.

Palpación de la vejiga urinaria: _____.

Otros: _____.

NECESIDAD DE TERMORREGULACION

▪ SUBJETIVO

Adaptabilidad de los cambios de temperatura: _____.

Ejercicio / tipo y frecuencia: _____.

Temperatura ambiental que le es agradable: _____.

▪ OBJETIVO

Características de la piel: _____ Transpiración: _____ Condiciones del entorno físico: _____.

Otros: _____.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

▪ SUBJETIVO:

Capacidad física cotidiana: _____.

Actividades en el tiempo libre: _____.

Hábitos de descanso: _____.

Hábitos de trabajo:-----

▪ OBJETIVO

Estado del sistema músculo esquelético. Fuerza: miembros inferiores sin patología aparente Capacidad muscular. Tono / resistencia / flexibilidad:

_____.

Posturas: _____.

Necesidad de ayuda para la de ambulación: _____ Dolor al movimiento:

Presencia de temblores: _____.

Estado de conciencia: _____ Estado emocional: _____.

Otros: _____.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

. SUBJETIVO

Hora de descanso: _____ Horario de sueño: _____.

Horas de descanso: _____.

Horas de sueño: _____ Siesta: _____ Ayudas: Insomnio: _____ Debido a: _____.

Descanso al levantarse: _____.

. OBJETIVO

Estado mental. Ansiedad / estrés / lenguaje: _____ Atención: _____.

Bostezos: _____ Concentración: _____.

Apatía: _____ Cefaleas: _____ Respuestas a estímulos: _____.

Otros: _____.

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

. SUBJETIVO

Influye el estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: _____.

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: _____.

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: _____.

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: _____.

. OBJETIVO

Viste de acuerdo a su edad: _____.

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____.

Vestido _____ incompleto: _____ Sucio: _____ Inadecuado: _____.

Otros: _____.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

. SUBJETIVO

Frecuencia del baño: _____. Momento preferido para el baño: _____.

Cuántas veces se lava los dientes al día: _____.

Aseo de manos antes y después de comer: _ Después de eliminar: _____.

Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: ____.

. OBJETIVOS

Aspecto general: _____. Olor corporal: _____. Halitosis: _____.

Estado del cuero cabelludo: _____. Lesiones dérmicas Tipo: _____.

Otros: _____.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

. SUBJETIVO

Que miembros componen la familia de pertenencia: _____.

Como reacciona ante situación de urgencia: _____.

Conoce las medidas de prevención de accidentes: _____.

Hogar: _____. Trabajo: _____.

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: _____.

Familiares: _____. Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: _____.

. OBJETIVO

Deformidades congénitas: _____. Condiciones del ambiente en su hogar: ____.

Trabajo: _____.

Otros: _____.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

. SUBJETIVO

Estado civil: _____. Años de relación: _____. Vive con: _____.

Preocupaciones / estrés: _____. Familia: _____.

Otras personas que puedan ayudar: _____.

Rol en estructura familiar: _____.

Comunica problemas debido a la enfermedad / estado: _____.

Cuanto tiempo pasa solo: _____.

Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: _____.

. OBJETIVO

Habla claro: _____. Confusa: _____. Dificultad. Visión: _____. Audición: _____.

Comunicación verbal / no verbal con la familia / con otras personas significativas: _____.

Otros: _____.

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORAS

. SUBJETIVO

Creencia religiosa: _____. Su creencia religiosa le genera conflictos personales: _____. Principales valores en la familia: _____.

Principales valores personales: _____.

Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: _____.

. OBJETIVO

Hábitos específicos de vestido. (Grupo social religioso): _____.

Permite el contacto físico: _____.

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: _____.
Otros: _____.

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

. SUBJETIVO

Trabaja actualmente: _____ Tipo de trabajo: _____. Riesgos: _____.
Cuánto tiempo se dedica al trabajo: _____.

Estas satisfecho con su trabajo: _____. Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y /o las de su familia: _____.

Está satisfecho(a) con el rol familiar que juega: _____.

. OBJETIVO

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

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

. SUBJETIVO

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: _____.

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de ésta necesidad: _____.

Recursos en su comunidad para la recreación: _____.

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: _____.

. OBJETIVO

Integridad del sistema neuromuscular: _____.

Rechazo a las actividades recreativas: _____.

Estado de ánimo: Apático / aburrido / participativo: _____.

Otros: _____.

NECESIDAD DE APRENCIAJE

. SUBJETIVO:

Nivel de educación: _____. Problemas de aprendizaje: _____.

Limitaciones cognitivas: _____. Tipo: _____. Preferencias: leer / escribir: _____.

Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: _____.

Sabe como utilizar esas fuentes de apoyo: _____.

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: _____.

Otros: _____.

. OBJETIVO

Estado del sistema nervioso: _____Órganos de los sentidos: _____.

Estado emocional: ansiedad, dolor: _____Memoria reciente: _____.

Memoria remota: _____Otras manifestaciones: _____.

Anexo. 6

HOJA PARA EL ANALISIS DE DIMENSIONES

INICIALES DEL CLIENTE: _____ **FECHA:** _____

NECESIDAD AFECTADA: _____

BIOLOGICA	PSICOLOGICA	SOCIAL	CULTURAL

	F. FUERZA
	F. VOLUNTAD
	F. DE CONOCIMIENTOS

	TOTALMENTE DEPENDIENTE
	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

Anexo. 7.- Plan de Atención.

PLAN DE ATENCION

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____ **NECESIDAD:** _____.

TIPO DE DEPENDENCIA: _____ **DX. DE ENFERMERIA:** _____.

OBJETIVO: _____.

ROL DE ENFERMERIA: _____.

META	CRITERIOS DE EVALUACION	INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION

	TOTALMENTE DEPENDIENTE
	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

	ROL DE AYUDA
	ROL DE SUPLENCIA
	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

INTERV. INDEPENDIENTE	(I ID)
INTERV. DEPENDIENTE	(I D)
INTERV. INTERDEPENDIENTE	(I ITD)

ANEXO 8.

CUADRO DE ANALISIS

NECESIDAD	INDEPENDIENTE	TOTALMENTE DEPENDIENTE	PARCIALMENTE DEPENDIENTE