



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



**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

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

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:**

**DOMÍNGUEZ CASTAÑEDA YOLANDA.  
NO. CUENTA. 401117619.**

**ASESOR.**

**LEO. RIVERA MONTIEL ANGELINA.**

**NOVIEMBRE, 2004.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **DEDICATORIAS.**

**A MIS PADRES:  
YOLANDA Y J. GILBERTO;  
POR SU COMPRENSIÓN, CARIÑO,  
Y APOYO EN LA REALIZACIÓN DE  
MIS METAS, A QUIENES LES DEBO  
LO QUE SOY.  
QUE DIOS LOS BENDIGA SIEMPRE.**

**A MI HERMANA:  
GUADALUPE "PEQUE";  
POR SER MI MOTIVACIÓN  
PARA ENFRENTAR LA VIDA  
CON FORTALEZA Y CORAZÓN.  
QUE DIOS TE BENDIGA SIEMPRE.**

## **AGRADECIMIENTOS.**

**A DIOS:**

**POR PERMITIRME VIVIR  
EN ESTE MUNDO Y POR  
TENER UNA FAMILIA BONITA  
CON SERES DE CORAZÓN;  
FUERTES, LUCHADORES Y  
DESEO DE SUPERACIÓN,  
POR SER CADA DIA MEJORES  
HUMANOS.**

**A MI ASESORA ANGELINA RIVERA:  
POR SU PACIENCIA Y DEDICACIÓN EN  
LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO;  
DESEANDOLE EL MAYOR ÉXITO  
EN SU CARRERA  
PERSONAL Y PROFESIONAL.**

**A MI AMIGA MA. ISABEL:  
POR SU COMPRENSIÓN, CARIÑO  
Y MOTIVACIÓN PARA SER  
CADA DIA MEJOR;  
DESEANDO CONTAR  
SIEMPRE CONTIGO.**

# **ÍNDICE.**

## **INTRODUCCIÓN.**

## **JUSTIFICACIÓN.**

### **I. OBJETIVO.**

GENERAL.	1 Pág.
ESPECÍFICO.	1 Pág.

### **II. MARCO TEÓRICO.**

Cuidado.	2 Pág.
Enfermería.	7 Pág.
Proceso de Atención de Enfermería (PAE).	16 Pág.
Modelo Conceptual de Virginia Henderson.	40 Pág.
PAE y Modelo Conceptual de Virginia Henderson.	49 Pág.
Etapas de Desarrollo del Adulto.	52 Pág.

### **III. METODOLOGÍA.**

Descripción del Caso.	60 Pág.
Valoración.	61 Pág.
Diagnóstico de Enfermería.	75 Pág.
Planeación.	81 Pág.
Ejecución y Evaluación.	91 Pág.

### **IV. CONCLUSIONES.**

92 Pág.

### **BIBLIOGRAFÍA.**

94 Pág.

### **ANEXOS.**

96 Pág.



## INTRODUCCIÓN

En la actualidad Enfermería es una Profesión Social con un alto sentido humanista, que se concibe como Ciencia y Arte del Cuidado a la Persona en su Proceso de Salud-Enfermedad en la interacción con su medio Ambiente; cuya finalidad es la de preservar la vida. Donde para tales efectos posee un acumulo de conocimientos que la fundamenta (Teorías), y un Método Científico para el Cuidado como lo es el Proceso de Atención de Enfermería que es un método organizado de administrar los cuidados de enfermería con base a juicios y actos dirigidos a cubrir y resolver problemas, prevenir o curar la enfermedad; método de solución de problemas que se lleva a cabo con una relación de colaboración entre Enfermera y Cliente, lo que incluye una relación de participación interpersonal entre ellos, con la Familia y con los miembros del Equipo de Salud. Con esto se quiere decir que Enfermería tiene un rol colaborativo y un rol de ejercicio independiente que le implica responsabilidad legal, moral y compromiso en la realización que debe tener un profesionista que aplica sus conocimientos y experiencias en beneficio de la sociedad.

Viendo la importancia del sustento de la práctica profesional se ha decidió la realización de un Proceso de Atención de Enfermería que sirva de base a futuras enfermeras como material de consulta en el mejoramiento de la práctica y en beneficio a la satisfacción de necesidades del cliente.

Este Proceso de Atención de Enfermería fue aplicado en la etapa de desarrollo de una persona adulta, internada en el Hospital General de Zona #3 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) “Dr. Héctor Guevara”, ubicado en Mazatlán, Sinaloa; que presentó afectadas sus necesidades.

Para tal efecto el estudio de caso se organizó en cuatro grandes capítulos; el primero de ellos se refiere a los objetivos, el segundo al marco teórico que le da sustento, el tercero en donde señala la metodología; esto es, la forma como fue realizado, y por

último conclusiones. En seguida se presenta la bibliografía que se consideró revisar para integrar el presente trabajo; al final se muestran anexos importantes.

## JUSTIFICACIÓN

Dentro de la práctica de Enfermería en México se ha dicho que ésta ha sido mecanizada e irreflexiva, la cual es debida a nuestro proceso histórico...Proceso histórico que es necesario conocer, comprender y analizar en aras de mejorar la práctica profesional; de ahí que sea ineludible saber primero que enfermería es una Ciencia y Arte del Cuidado; como Arte se sustenta bajo conocimientos en Estética, Ética y Filosofía ubicándola en una disciplina socio humanista; donde en su calidad de Ciencia tiene en abundancia conocimientos que la fundamentan y un Método para el Cuidado (PAE), por lo tanto no es irreflexiva; ya que para la realización de este proceso se requiere la elaboración de juicios que provienen del razonamiento; siendo este proceso dinámico en el sentido de que está sometido a cambios que respeta la naturaleza propia del hombre (Cliente), de tal manera que no puede ser una práctica mecanizada.

Es relevante entonces sustentar esa práctica en lo que le da a la profesión sustento científico, y es ineludible conocer el Proceso de Atención de Enfermería, realizarlo en nuestra práctica cotidiana ya que de este se desprende repercusiones benéficas sobre la Profesión, el Cliente y sobre la Enfermería. Profesionalmente el Proceso de Atención de Enfermería define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento en la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Resumiendo, por todo lo anterior este trabajo fue sustentado en el Proceso de Atención de enfermería basado en el Modelo de Virginia Henderson y sus 14 necesidades básicas; que nos sirvió de guía para brindar atención de calidad a un cliente con sus necesidades afectadas, dando soluciones a estas con un sustento científico y con una atención holística hacia mi cliente.

# **I. OBJETIVOS.**

## **1.1 OBJETIVO GENERAL**

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

## **1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

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

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

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

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

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

## **II. MARCO TEÓRICO.**

### **2.1 Cuidado.**

Durante varios años la Enfermería se ha centrado en la Enfermedad y curación sin embargo en la actualidad gracias al desarrollo filosófico y epistemológico que ha tenido la disciplina, el gremio a llegado a la conclusión de que el núcleo central de su conocimiento y práctica es el cuidado, por tanto es necesario que se desarrolle los conceptos relacionados a este rubro y que a continuación se presentan; a fin de conocerlo y reorientar la práctica hacia lo que realmente nos da sentido, el cuidado a la persona, familia y/o comunidad.

#### **2.1.1 Concepto.**

Para entender el concepto de Cuidados en Enfermería se remontará a las primeras civilizaciones donde las actividades de proveedor como la caza y pesca fueron asignadas de manera natural al hombre como genero por su fortaleza física, mientras que labores como los cuidados del parto, la crianza, la lactancia y el destete a la mujer; actividades que fueron importantes para la supervivencia de dicho sistema social que imperaba en esa época. Sin duda alguna ese fue el origen del cuidado y los inicios de la enfermería; claro que en ese entonces el término empleado no era este sino que ha sido adaptado durante la historia a las realidades que iban surgiendo como nodrizas, hechiceras, religiosas, sirvientas, etc. La palabra Enfermería proviene del término Enfermedad (infirmitas), tal vez por ello sea que nuestros cuidados se hallan concretado durante la historia a la persona enferma; aunque en nuestro origen esos cuidados se ocuparon más allá que el mero cuidado de los enfermos. De ahí que coincida con el Sr. Siles J. En: "...de esta situación se deducen dos factores trascendentales en la historia de la enfermería: el gran protagonismo de la mujer y la

importancia de los cuidados directamente implicados en la satisfacción de necesidades de supervivencia en general...”<sup>1</sup>

Para Colliere, Francois M. El cuidado lo define: “... Acto de vida en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que esta continúe y se produzca...”<sup>2</sup>

En mi particular punto de vista diré que cuidado es el conjunto de actividades que realiza una persona para ella misma y a otra, siendo esta reciproca; con el objeto de preservar la vida.

Se ha colocado al cuidado en el único contexto en el que puede distinguirse, el cual le dota de sentido y significado real: el contexto del proceso de vida-muerte en el que todo ser humano se enfrenta a diario solo o en conjunto con otros seres humanos; en el desarrollo de su existencia.

### **2.1.2 Antecedentes Históricos.**

En esta apartado explicaré más a fondo el origen del cuidado; enfermería se puede definir como ciencia y arte del cuidado, y arrastra consigo una tradición que se remonta al mismo origen de los pueblos.

Resulta casi imposible definir fronteras entra la evolución de la enfermería y de la mujer misma; porque el arte de cuidar es innato en la mujer, pero cuando esta mujer incorpora el conocimiento a ese cuidado desinteresado se volvió enfermera.

Se dice que el origen de la vida desde el punto de vista orgánico parece ser resultado, según la teoría del Big Bang, otra teoría es la del Universo Estacionario o Principio Cosmológico Perfecto de Herman Bondi, Thomas Gold y Fred Hoyle; y desde la

---

<sup>1</sup> SILES, José. **Fundamentos Históricos de la Enfermería.** En: Antología de Fundamentación Teórica para el Cuidado. ENEO-UNAM, 2004. p.p. 15.

<sup>2</sup> COLLERE, Francois. M. **Disquisiciones sobre la naturaleza de los cuidados de enfermería.** En: Antología de Fundamentación Teórica para el Cuidado. ENEO-UNAM, 2004. p.p. 33.

perspectiva religiosa, especialmente la judeocristiana, tiene un sentido holístico en el que tanto el universo como el hombre fue creado por un ser supremo (Dios), pero justamente como Dios es el origen y fin de cuanto puede suceder e imaginar no admite discusión ni precisa pruebas como en las teorías orgánicas. Otra teoría la de Darwin, Teoría Evolucionista, que dice una entidad biológica actúa como una unidad de selección.

Sin importar cualquiera de las teorías explica la presencia del Homo Sapiens en la tierra; en este caso tomaré la Teoría Evolucionista de Darwin, la cual obliga a hablar de la separación lineal de los primates antropomorfos actuales en dos estadios de homínidos: el prehumano y el humano; el homo hace 2.5 millones de años del homínido humano se conocen: el H. Ergaster, H. Erectus; H. Antecesor; y el H. Sapiens, entre otros.

El siguiente paso evolutivo lo da el Homo Ergaster, que poblaba el este y sur de África, donde su nariz salda, característica de los humanos, estatura 180 cm. Y capacidad craneal de 829 y 805 g. De encéfalo promedio; le daba el aspecto moderno. El Homo para adquirir una postura erecta, modificó la estructura ósea de la pelvis lo que produjo la posición adelantada de la vagina con el subsecuente estrechamiento del canal del parto. Se cree que la crías del Homo Ergaster nacían en un estado de indefensión, crecimiento lento y una dependencia para sobrevivir, muy parecida con nuestros bebés; lo que hizo que las hembras debieran limitarse en sus desplazamientos; por lo tanto la posibilidad de autoalimentarse. Esto motivó la pérdida de la autonomía, la conformación de estructuras sociales que giraron alrededor de la colaboración entre grupos de machos y hembras con la definición sexual de tareas, como única posibilidad para sobrevivir como especie.

Es así como esta asignación de tareas, favoreció el fortalecimiento de los mecanismos de comunicación y análisis que les permitió la formación de grupos sociales fuertemente unidos, capaces de compartir recursos, alimentos, crianza de los hijos y

protección de los débiles o enfermos, cuyo resultado fue sobrevivir y llevar una vida nómada.

Parece que el Homo Sapiens primitivo fundamentaba sus conceptualizaciones en analogías por lo que sin duda alguna las cualidades de generación, fertilidad y protección nutricia, siempre identificado a la mujer con la tierra, en simbiosis madre-tierra. Esta puede ser la razón por la que la humanidad prosperó bajo la deidad femenina.

Es así como esta definición sexual de tareas, le brinda a la mujer ser la que cría, nutre y cuida las nuevas generaciones con el fin de sobrevivir como especie humana, por lo tanto es ahí donde la mujer se inicia en la capacidad de otorgar cuidados para ella, otro y con otros, resolviendo así una necesidad importante para esas civilizaciones; y que en la época actual sigue desarrollándose. La mujer como ama de casa con conocimientos empíricos y la propia mujer con conocimientos científicos en este caso como enfermera.

### **2.1.3 Tipos de Cuidados.**

Contextualizando al cuidado en la preservación de la vida recordaremos que la vida se encuentra en un constante proceso de salud-enfermedad y por lo tanto es imperante diferenciar la naturaleza de los cuidados relacionados con las funciones de la vida, por tal motivo Colliere los divide en:

- a) Cuidados de costumbre y habituales (Care).
- b) Cuidados de curación (Cure).

“Cuidados de costumbre y habituales: Care relacionados con las funciones de conservación, de la continuidad de la vida; Cuidados de curación: Cure relacionadas con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida.”<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> IDEM. p.p. 34.

Por lo tanto se puede decir que los cuidados de costumbre y habituales o care del vocablo inglés están basados en todo tipo de hábitos, costumbres y de creencias donde la cultura determina los que es bueno o malo para conservar la vida ejemplos de estos cuidados beber, comer, evacuar, lavarse, levantarse, etc.

Los cuidados de curación o cure del vocablo inglés tiene objeto limitar y/o luchar contra la enfermedad por ejemplo: cuidados hacia la herida en un post-operado, los cuidados de las extremidades como el corte de la uñas de los pies, en un diabético, etc.

#### **2.1.4 Connotaciones del Cuidado.**

Como ya se describió anteriormente el cuidado desde mi punto de vista es el conjunto de actividades que realiza una persona para ella misma y a otra, siendo esta reciproca; con el objeto de preservar la vida.

Deduciéndose las siguientes connotaciones de este cuidado como:

- 1.- Es un acto interpersonal.
- 2.- Es un acto intersubjetivo.

Interpersonal ya que el cuidado se produce entre las persona; dándose a cualquier persona transitoria o definitivamente para asumir sus necesidades vitales.

Intersubjetivo que este cuidado puede ser reciproco.

Donde Colliere lo manifiesta como: "Cuidar es un acto individual que uno se da a sí mismo cuando adquiere autonomía pero, del mismo modo es un acto de reciprocidad que tiende a dar cualquier persona que, temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales..."<sup>4</sup>

El cuidado se da en tres Dimensiones a saber:

---

<sup>4</sup> IDEM. p.p. 34.

- a) Cuidar de sí mismo. La enfermera como persona puede satisfacer sus necesidades y cuidarse; así como cualquier otra persona. Pero cuando no es capaz requiere de la ayuda de otros.
- b) Cuidar de Otros. Implica la relación enfermera-cliente.
- c) Cuidar con Otros. Esto a nivel de los hospitales es cuando se brinda cuidados de enfermería al cliente con la ayuda de otros profesionales o con la familia.

## **2.2 Enfermería.**

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

### **2.2.1 Antecedentes Históricos.**

La enfermería desde sus orígenes era considerada como una ocupación basada en la experiencia práctica y el conocimiento común, y no contemplaba el conocimiento científico de la profesión, esto nace como la primera teoría de enfermería.

La enfermería existe desde hace milenios. Muy limitada en la antigüedad en donde se puede apreciar la influencia del género femenino en la atención del individuo enfermo. Los primeros grupos formados por viudas, diaconizas, vírgenes y monjas en donde se observa la influencia religiosa para prodigar cuidados a los necesitados. Llega la época en que estas labores se designan solo a las mujeres quienes tenían mas preparación por su conocimiento de remedios, y en nombre de la caridad conservaban y mantenían la salud de sus semejantes.

No podemos afirmar que la enfermería fuera una profesión, ni su saber propio una ciencia, mientras que observamos como a lo largo de la historia se ha limitado a ejecutar las ordenes medicas y el cuidado no es mas que una tarea que resolvía el sentido común.

La creación de organizaciones, como las cruzadas y las hermanas de la caridad cimentaron el trabajo enfermero en su cuidado a la población mas miserable en la comunidad.

Con los movimientos sociales se vio favorecido el éxodo de emigrantes del viejo al nuevo continente llevando sus costumbres y el cuidado de las personas a un territorio donde los nativos tenían sus propios métodos de cuidar enfermos a través de curanderos o chamanes, quienes se valían de una medicina popular y mágica y de las mujeres que utilizaban hierbas y ejercían la función de enfermeras.

Las labores de enfermería se vieron dirigidas por el país de origen de los colonizadores a tal grado que estas eran ejercidas por personas contratadas a sueldos bajos o por internos de los correccionales. Transcurrió un largo periodo de tiempo en el cual la medicina fue evolucionando y es cuando liderada por los médicos, se solicita un replanteamiento de una nueva enfermería con reconocimiento de la ciencia y el arte de cuidar. En este resurgimiento hace su aparición Florence Nightingale quien con su preparación y dedicación logró desafiar a sus familiares y vencer la tradición formando el primer contingente de enfermeras en hospitales militares y tras una larga tarea de organización logró figurar y reivindicar la imagen de la enfermera. En 1860 F. Nightingale desarrolló el primer programa de formación de enfermería: La Nightingale Training School for Nurses, institución educativa independiente. El objeto de esta escuela era preparar enfermeras de hospital, de distrito para enfermos pobres y enfermeras capacitadas para formar otras. Su modulo rescato a la enfermería, la colocó en profesión respetable para las mujeres.

El nacimiento de la Cruz Roja Internacional fue otro punto clave para la reforma de la enfermería.

La guerra de Crimen marcó e impulsó la formación de un cuerpo permanente de enfermería institucionalizada dentro del departamento médico del ejército. Este acontecimiento determinó el rumbo que se seguiría la aceptación social de la mujer, pues la desigualdad de la que era objeto se reflejaba en el avance de la enfermería pues el dominio masculino y una discriminación sexual se traducían en el desconocimiento de las enfermeras como profesionales. Desigualdad que se sigue presentando en la actualidad y que limita el desarrollo del máximo potencial de la enfermería. La necesidad de un control profesional que mantuviera los estándares de enfermería llevó a las diversas asociaciones americanas (ANA, entre otras) a buscar la certificación y reconocimiento de las enfermeras tituladas.

Apoyado en lo anterior Kerouac menciona que la disciplina enfermera ha evolucionado en el contexto de los acontecimientos históricos y movimientos sociales que han sucedido durante estos últimos años; se ha desarrollado al ritmo de las grandes corrientes de pensamiento que han marcado el cambio de los conocimientos. Las concepciones de la disciplina se han especificado igualmente durante los últimos decenios. La multiplicidad de las situaciones de salud, los cambios complejos en el seno de la familia, la orientación de las opciones éticas hacia un proceso que da prioridad a los valores y la diversidad de los medios clínicos guían siempre la evolución de la enfermería a la concepción de los cuidados enfermeros.

Podemos deducir que la enfermería es una ciencia joven, nace con la primera teoría de enfermería de Florence Nightingale. La existencia del grupo ocupacional de enfermería desde los inicios de la historia parece una cuestión inapelable y de gran importancia, tan conocida y asumida que no debe ser puesta entre dicho.

Un factor de profesionalización es la autonomía de la profesión. En la actualidad la enfermera tiene reconocimiento social pues ésta para su desarrollo tiene cuatro funciones fundamentales como, la función asistencial, función docente, función administrativa y función de investigación

### 2.2.2 Concepto.

La Enfermería en la actualidad y en nuestro país al igual que otras partes del mundo lucha por consolidarse como una disciplina científica, convencidos de que los cuidados brindados por la mujer son milenarios y que distan de ser un oficio por su firme ideología (sistemas de creencias y valores) y por estar cada día más inmersos en el mundo científico, requiere de una redefinición que deje en claro lo que es la Enfermería como profesión.

A continuación se presenta una definición que son conceptualizaciones de diversos expertos de la enfermería.

Enfermería:

“Es la ciencia y el arte de proporcionar cuidados de predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas del individuo, familia y comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales; así como la colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario en la solución de las respuestas fisiopatológicas.”<sup>5</sup>

Esta definición considera terminología que se debe clarificar y comprender ya que el proceso enfermero la integra en el desarrollo de sus etapas, por lo que es necesario lo siguiente:

La enfermería considerada como ciencia.

La enfermería se constituye en una ciencia en su fase inicial de desarrollo por tener elementos integrantes de una actividad investigadora como son: conocimientos propios que surgen de la confrontación de conocimientos de diversas disciplinas científicas con la realidad específica de enfermería, logrando así un conjunto de conocimientos sistemáticos respectivos al cuidar enfermero; empleo del método científico durante y

---

<sup>5</sup> RODRÍGUEZ, S. Bertha. Alicia. **Proceso Enfermero. Aplicación Actual**. Ed. Cuellar. 2da. ed. México. 2001. P. 277.

para el ejercicio profesional y conformación de un lenguaje especializado como elemento organizador de los conocimientos. Asimismo la enfermería reúne las siguientes características sistemáticas de la ciencia: paradigma para dar respuesta a los problemas de la enfermería de acuerdo al momento histórico, con supuestos, normas, métodos y técnicas que evolucionan pero al mismo tiempo se complementan;"coherencia en la interrelación de hechos, principios, leyes y teorías; campo definido del conocimiento <<las respuestas de los seres humanos a la salud y enfermedad>>; expresión de proposiciones universales de los fenómenos que ofrecen una base para la fiabilidad y validez de su práctica, estableciendo interconexiones entre los conceptos del Metaparadigma <<persona, entorno, salud y enfermería>>; empleo de la lógica y explicación de sus investigaciones y argumentos."<sup>6</sup>

Enfermería es Arte.

Por ser una profesión que requiere de múltiples y variadas habilidades para adaptarse a las necesidades de las personas en los diversos contextos de la práctica profesional; lo que la hace ser creativa e innovadora.

Esencia de la Enfermería.

La razón de ser de la enfermería es cuidar la salud, a través de cuidados que permitan mantener y conservar la vida, mediante la satisfacción de las necesidades del individuo, familia y comunidad; por consiguiente su campo de acción específico es la predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas.

Respuestas Humanas.

Es "la forma en que el cliente responde a un estado de salud o enfermedad representando todos aquellos fenómenos que tiene que ver con el profesional de enfermería."<sup>7</sup>

Esta forma de responder incluye reacciones fisiológicas del organismo, percepciones, sentimientos y conductas que presentan tanto los individuos sanos como enfermos.

---

<sup>6</sup> LEEDY, Susan, et. al. **Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional**. Ed. O. P. S. Harper & Row, Publishers. U. S. A. 1989. P. 342.

<sup>7</sup> RODRÍGUEZ, S. Bertha. Alicia. **Op. Cit.** p. p. 20.

Las respuestas humanas son personales y múltiples por obedecer a la naturaleza propia de cada individuo y surgen como resultado de las necesidades del ser humano, de la interacción con el entorno y de los problemas que originan la pérdida de la salud.

Además presento a continuación la definición de enfermería dada por la Teoriza Virginia Henderson debido a que su modelo ha sido escogido para guía en este Proceso de Atención de Enferme

Según Henderson Enfermería es:

“La función de la Enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de las actividades que contribuyan a la conservación de su salud o a la recuperación (o una muerte pacífica) y que el paciente llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible.”<sup>8</sup>

El concepto arriba citado dice, 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 satisfacciones de necesidades que muestran dependencia y tratar de hacerlos independientes a la mayor brevedad. Lo que implicará un plan de acción según las necesidades en que se detecta dependencia y las causas de éstas como puede ser falta de fuerza, voluntad y/o conocimiento; para poder llegar a ser una persona sana y productiva.

### **2.2.3 Metaparadigma de Enfermería.**

La construcción de cualquier profesión conlleva el desarrollo de un cuerpo específico de conocimientos. En el pasado enfermería adoptó teorías de otras disciplinas como base para la practica.

---

<sup>8</sup> GARCÍA, González. M. J. **El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson; propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería.** ENEO-UNAM. México. D.F. 1997. P. 321.

Para que la enfermería defina sus actividades y desarrolle su investigación, debe tener su propio cuerpo de conocimientos. Desde hace mucho tiempo las enfermeras han intentado precisarlo. Estas enfermeras expresan sus conocimientos como Modelos y Teorías conceptuales, proporcionando así información sobre:

- 1.- Las definiciones de enfermería y de la práctica de enfermería.
- 2.- Los principios que forman la base para la práctica.
- 3.- Las metas y funciones de la enfermería.

Los modelos y las teorías conceptuales de enfermería están basados en el Metaparadigma Enfermero.

Un Metaparadigma “es el marco conceptual o filosófico más global de una disciplina o de una profesión; define y describe las relaciones entre las ideas y los valores principales y orienta la organización de los modelos y las teorías de una profesión.”<sup>9</sup>

1.- “Persona se refiere al receptor de los cuidados enfermeros, que incluyen el componente físico, espiritual, psicológico y sociocultural, y pueden contemplar a un individuo, una familia o una comunidad.”<sup>10</sup>

2.- “Entorno se refiere a todas las condiciones internas y externas, las circunstancias y las influencias que afectan a la persona.”<sup>11</sup>

3.- “Salud se refiere al grado de bienestar o enfermedad experimentado por la persona.”<sup>12</sup>

4.- “Enfermería se refiere a actividades, características y atributos del individuo que proporciona el cuidado enfermero.”<sup>13</sup>

---

<sup>9</sup> WESLEY, R. L. **Teorías y Modelos de Enfermería**. 2da. ed. Ed. Cuellar. México. P. 277.

<sup>10</sup> **IDEM**. p.p. 2.

<sup>11</sup> **IDEM**. p.p. 2.

<sup>12</sup> **IDEM**. p.p. 2.

<sup>13</sup> **IDEM**. p.p. 2.

Este Metaparadigma no se ha escapado a las grandes corrientes de pensamiento o maneras de comprender el mundo llamado Paradigmas que han marcado la evolución de los conocimientos.

Las enfermeras van y vienen entre los diferentes Paradigmas; que a continuación presento:

1.- “Paradigma de Categorización. Los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables.”<sup>14</sup> Este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. Orientándose hacia la salud pública desde el siglo XIII al XIX y orientado hacia la enfermedad a finales del siglo XIX.

2.- “Paradigma de Integración. Prolonga el paradigma de categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de in fenómeno integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno.”<sup>15</sup> Orientado hacia la persona iniciado entre 1950 y 1975.

3.- “Paradigma de Transformación. Un fenómeno es único en el sentido de que no puede parecer totalmente a otro. Algunos presentan similitudes, pero ninguno se le parece totalmente. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura, un patrern único; es una unidad global en interacción recíproca y simultánea con una unidad global más grande, el mundo que lo rodea.”<sup>16</sup> Orientado hacia la apertura hacia el mundo iniciado en la década de los 70.

En seguida expongo unas tablas que ilustran los conceptos centrales de la disciplina reflejo de las grandes corrientes del pensamiento, su evolución hasta llegar a las concepciones de la disciplina enfermería.

---

<sup>14</sup> KÉROUAC, Suzanne, et. al. **Grandes Corrientes de Pensamiento**. En Antología: Fundamentación Teórica para En Cuidado. ENEO-UNAM. 2004. p.p. 127.

<sup>15</sup> **IDEM**. p.p. 133.

<sup>16</sup> **IDEM**. p.p. 137.

<b>ORIENTACIONES.</b>				
<b>PARADIGMAS.</b>	<b>CATEGORIZACIÓN.</b>		<b>INTEGRACIÓN.</b>	<b>TRANSFORMACIÓN.</b>
<b>Conceptos.</b>	<b>A la salud pública.</b>	<b>A la enfermedad.</b>	<b>A la persona.</b>	<b>La apertura al mundo.</b>
<b>Cuidado.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La intervención: proporcionar el mejor entorno posible para que las fuerzas de la naturaleza permitan laceración o el mantenimiento de la salud.</li> <li>- La enfermera obedece las reglas y consignas aprendidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La intervención: hacer para.</li> <li>- Eliminar los problemas.</li> <li>- Cubrir el déficit.</li> <li>- Suplir a los incapacitados.</li> <li>- La enfermera es la experta que posee conocimientos y habilidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La intervención actuar con.</li> <li>- Determinar las necesidades de ayuda teniendo en cuenta las percepciones o la globalidad del otro.</li> <li>- La enfermera es la consejera experta que ayuda a escoger los comportamientos de la salud mejor adaptados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La intervención. Estar con.</li> <li>- Acompañar a la persona en sus experiencias de salud.</li> <li>- Individualizar los cuidados.</li> <li>- La enfermera y la persona son colaboradores en los cuidados.</li> </ul>
<b>Persona.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Posee los componentes físicos, emocionales y espirituales.</li> <li>- Tiene la capacidad y la responsabilidad de cambiar su situación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es un todo formado por la suma de sus partes, cada una de las cuales es reconocible e independiente.</li> <li>- No participa en sus cuidados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es un todo formado por la suma de sus partes que están relacionadas (ser bio-psico-socio-cultural y espiritual)</li> <li>- Participa en sus cuidados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es un todo indivisible mayor que la suma de sus partes y diferentes de ésta en relación mutua y simultánea con el entorno en continuo cambio.</li> <li>- Orienta los cuidados según sus prioridades.</li> </ul>
<b>Salud.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deseo de utilizar bien cada capacidad que la persona posee.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado de equilibrio y altamente deseable, percibido positivamente.</li> <li>- Ausencia de enfermedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salud y enfermedad: distintos pero en interacción dinámica.</li> <li>- Ideal que se ha de conseguir según el contexto en que la persona vive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valor y experiencias vividas según las perspectivas de cada persona.</li> <li>- Realización del potencial de creación de la persona.</li> </ul>
<b>Entorno.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compuesto por elementos externos a la persona, que puedan ser controlados a fin de que ésta pueda movilizar sus energías para la curación o la conservación de la salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Separado de la persona.</li> <li>- Definido en sus aspectos físico, social, cultural.</li> <li>- Percibido como factor que debe ser manipulado y controlado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constituido por los contextos histórico, social, político, etc.</li> <li>- Rico en estímulos positivos y negativos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte integrante.</li> <li>- Caracterizado por su propio ritmo y una orientación imprevisible.</li> </ul>

## **2.3 Proceso de Atención de Enfermería (PAE).**

Debido a que el sustento de la práctica profesional de enfermería esta basada en el Proceso de Atención de Enfermería que como método científico nos brida el cómo realizar cuidados humanistas de forma eficiente centrados en el logro de los objetivos es imprescindible exponer en este capitulo el concepto, antecedentes históricos y las etapas; a fin de tener en claro la importancia de comprenderlo para llevarlo a la práctica profesional.

### **2.3.1 Concepto.**

Si bien, desde sus orígenes la Enfermería empezó siendo empírica y práctica; fue hasta que la “Fundadora de la Enfermería Moderna”<sup>17</sup> Florencia Nightingale a mediados del siglo XIX, que se comenzó a reconocer la importancia de la contribución de la enfermera en la prevención de la enfermedad y la recuperación de la salud.

Así mismo fue Nightingale que destacó que las aspirantes de la carrera de enfermería, se prepararan en estudios formales para que realizaran bien sus funciones.

En México como en todo el mundo las escuelas de enfermería se instalaban junto a los hospitales, así es como la primera escuela de enfermería en México se fundó en el Hospital General en 1905; en esta época no se dieron notables progresos en la profesión. Generalmente los Médicos eran los directores de las escuelas de enfermería.

En los años 60 se presentaron importantes cambios en la profesión, ya que se brindó apoyo en la preparación de profesoras de enfermería, quienes habrían de instruir a las estudiantes en las escuelas y práctica clínica.

---

<sup>17</sup> GARCÍA, González. M. J. **Op. Cit.** p.p. 21.

Fue hasta el año de 1973 cuando se introdujo en la enseñanza de enfermería el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), porque se le consideraba un buen instrumento para dar cuidado individual al paciente.

¿Qué es el Proceso de Atención de Enfermería?

Se definió en 1976 por la Asociación de Escuelas de Enfermería A. C. como “Un ordenamiento lógico de actividades a realizar por la enfermera para proporcionar atención de calidad al individuo, familia y comunidad.”<sup>18</sup>

Rosalinda Alfaro en 1993 lo conceptuliza: “Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centran en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales”.<sup>19</sup>

Otros autores sostienen que “El proceso de atención de enfermería es un método ordenado y sistemático, para obtener información e identificar los problemas de la persona, familia y/o comunidad; con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería”.<sup>20</sup>

En mi propia opinión coincido con los conceptos anteriormente mencionados; es un método ordenado y sistemático que nos permite adquirir información para reconocer los problemas de la persona, familia y/o comunidad, con el propósito de planificar, efectuar y valorar el cuidado de enfermería.

Se han identificado las siguientes características según Bertha Alicia, Rodríguez:

- a) Es un método.
- b) Sistemático.

---

<sup>18</sup> **IDEM.** p. p. 21.

<sup>19</sup> **IDEM.** p. p. 21.

<sup>20</sup> **Proceso de Atención de Enfermería.** GARCÍA, Piña. M. A. et. al. Tomado del CD: Fundamentación Teórica para el Cuidado; del seminario de titulación. ENEO-UNAM. 2004.

- c) Humanista.
- d) Intencionado.
- e) Dinámico.
- f) Flexible.
- g) Interactivo.

Es un método porque conjuga pasos a seguir por la enfermería en la organización de su trabajo y en la solución de problemas de salud de los clientes; posibilitando la continuidad de los cuidados.

Es sistemático por estar configurado de cinco etapas que establecen un orden lógico y guían al logro de resultados.

Es humanista ya que respeta al hombre como un ser holístico y que no debe fraccionarse.

Es intencionado porque busca el logro de objetivos, conduciendo las acciones en la solución de problemas o disminución de los factores de riesgo; y al mismo tiempo se valoran recursos, desempeño del cliente y de la propia enfermera.

Es dinámico por estar sometido a cambios que obedecen la naturaleza propia del hombre.

Es flexible se puede aplicar en los diversos contextos de la práctica de enfermería y ser adaptable a cualquier teoría y modelo de enfermería.

Es interactivo por requerir de la interacción humano-humano con el cliente para acordar y lograr objetivos comunes.

La importancia del Proceso de Atención de Enfermería como instrumento de práctica del profesional es que:

- 1) Refuerza la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, la familia y comunidad.
- 2) Expone la base para sistematizar y hacer investigación en enfermería.
- 3) Apoya la atención individualizada; brinda ventajas para el profesional que presta sus servicios y para quien los recibe; además de facilitar evaluar el impacto de la intervención de enfermería.

En síntesis, el Proceso de Atención de Enfermería individualiza y describe las necesidades de atención y los cuidados de enfermería para cada sujeto en un plan sistematizado.

### **2.3.2 Antecedentes Histórico.**

Enfermería tiene un método científico para la aplicación de los cuidados de Enfermería en su práctica asistencial; es el método conocido como Proceso de Atención de Enfermería (PAE), este permite a las enfermeras prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez fue considerado como proceso, esto ocurrió con "Hall, 1955 lo describió como un proceso distinto"<sup>21</sup>, "Jonson en 1959, Orlando en 1961 y Wiedenbach en 1963"<sup>22</sup>, desarrollaron un proceso en tres fases diferentes (Valoración, Planeación y Ejecución); "Yura y Walsh en 1967"<sup>23</sup> fueron los autores del primer texto describiendo un proceso de cuatro fases (Valoración, Planificación, Ejecución y Evaluación). Por el año de 1973 se introdujo en la enseñanza de las materias de enfermería; el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), porque se le consideraba un buen instrumento para dar un cuidado individual al cliente. A mediados de los 70, "Blach en 1974, Roy en 1975, Mundinger y

---

<sup>21</sup> RODRÍGUEZ, S. Bertha. Alicia. **Op. Cit.** p. p. 31.

<sup>22</sup> **IDEM.** p.p. 31.

<sup>23</sup> **IDEM.** p.p. 31.

Jauron, 1975 y Aspinall en 1976<sup>24</sup>; añadieron la fase Diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases.

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

### **2.3.3 Etapas.**

El Proceso de Atención de Enfermería es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos:

- a) Valoración.
- b) Diagnóstico.
- c) Planeación.
- d) Ejecución.
- e) Evaluación.

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

A continuación se explicarán cada una de las etapas de manera separada para su mayor comprensión.

#### **a) Valoración.**

Es la primera fase; esta nos permite obtener información necesaria de una manera organizada, sistematizada y deliberada de diversas fuentes; para analizar el estado de salud de la persona, familia o comunidad.

---

<sup>24</sup> **IDEM.** p.p. 31.

Implica el establecimiento de prioridades entre datos según las necesidades de la persona. Las actividades de la valoración están centradas en la obtención de información relacionada con la persona, familia o comunidad con el objetivo de identificar necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas.

Los pasos de la valoración son:

- 1.- Recolección de datos.
- 2.- Validación de datos (información incompleta).
- 3.- Registro de datos.

Recolección de datos. En este paso es donde se reunirá el mayor número de información del cliente mediante la observación, entrevista y examen físico.

Validación de datos. Aquí los datos deben ser validados para estar seguros de que los datos sean correctos.

Según Alfaro citado por Bertha Alicia dice que la validación “evita cometer errores al identificar los problemas”.<sup>25</sup> Para ello es necesario revalorar al cliente, comparar datos objetivos y subjetivos, consultar otras fuentes de información.

Registro de datos. Es el plasmar por escrito la información obtenida de manera clara y jerarquizándola bajo el modelo conceptual de enfermería utilizado.

Las fuentes de obtención de datos se recolectan de forma sistemática utilizando:

- Paciente y su familia.  
Mediante.  
Observación, Entrevista y Exploración Física.
- Registros médicos en el expediente.
- Registros de enfermería.

---

<sup>25</sup> **IDEM.** p.p. 46.

Según Bertha Alicia “la valoración que realiza la enfermera del usuario (S) tiene que ser total e integradora por lo que debe seguir un enfoque holístico; es decir un modelo enfermero para la identificación de respuestas humanas y la integración de elementos de un modelo médico para la identificación de respuestas fisiopatológicas”.<sup>26</sup>

En la valoración es importante la aplicación de un modelo enfermero procedente de cualquier teoría de enfermería, de tal forma que esta nos permita valorar a la persona, familia o comunidad siguiendo las 14 necesidades de Henderson, los cuatro principios de conservación de Levine, los subsistemas de Jonson, los requisitos de autocuidado de Orem, etc. Así mismo la valoración por un modelo médico, puede utilizar la metodología de exploración de cabeza a pies o por sistemas corporales.

Para la obtención de datos se sugieren las siguientes actividades:

1.- Identificar los diferentes tipos de datos.

- Datos Objetivos. “Son los que pueden observar y/o medir, por ejemplo las cifras de temperatura...”<sup>27</sup>

- Datos subjetivos. “Son los que reflejan una situación personal de los hechos o situaciones; por ejemplo el dolor...”<sup>28</sup>

Los datos objetivos pueden obtenerse de la exploración física y los subjetivos del interrogatorio; ambos se complementan y clarifican mutuamente.

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

2.- Reunir las diferentes fuentes de información.

- Primaria. Son los datos obtenidos a través del mismo cliente.

- Secundaria. Datos obtenidos a través de familiares, o personas significativas para el cliente, personal de salud, registros médicos y exámenes de laboratorio y gabinete.

---

<sup>26</sup> **IDEM**, p.p. 35.

<sup>27</sup> GARCÍA, González. M. J. **Op. Cit.** p.p. 25.

<sup>28</sup> **IDEM**, p.p. 25.

3.- Los datos se pueden obtener mediante los siguientes métodos:

- Observación.
- Entrevista.
- Exploración Física.

#### Observación:

Es sistemática y consiste en el uso de los sentidos (vista, oído, sensibilidad, olfato) para obtener datos sobre el cliente, sus seres queridos y su entorno, así como las interacciones entre estas tres variables.

“... el observador experto trata primeramente de evaluar el temperamento o los estados de ánimo considerados como normales, así como la apariencia general; en otras palabras, trata de hacer un bosquejo del conjunto.”<sup>29</sup>

Así es que la observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina; los hallazgos encontrados mediante la observación serán posteriormente confirmados o descartados.

#### Entrevista:

Se define como la relación personal entre dos o más sujetos en la cual uno de ellos (el entrevistado) posee determinada información que proporcionará a otro sujeto. Es una técnica indispensable ya que debe confirmar, clarificar y proporcionar información adicional que se considere necesaria.

Para H. Yura y Walsh la entrevista “... proporciona a la enfermera la oportunidad de observar a la persona y de utilizar su capacidad perceptiva no sólo para obtener información, sino también para tratar de transmitir al paciente su buena disposición, interés y deseo de comprender sus problemas...”<sup>30</sup>

---

<sup>29</sup> **Proceso de Atención de Enfermería.** García, Piña. M. A. et. al. Tomado del CD: Fundamentación Teórica para el Cuidado; seminario de titulación. ENEO-UNAM. 2004.

<sup>30</sup> H. Yura, M. B. Walsh. **Proceso de Enfermería, valoración, planificación, implementación y evaluación.** Ed. Alhambra, S. A. México. D. F. 1982. P. 222.

Resumiendo la entrevista nos da información de nuestro cliente adicional la cual nos permite conocerlo ampliamente e identificar no solo sus necesidades sino además sus fortalezas y reforzarlas para que nos puedan conducir a la recuperación del cliente. Dentro de los documentos revisados concluyo que la entrevista consta principalmente de cuatro finalidades a saber:

- Obtención de datos específicos y necesarios para el diagnóstico y planificación de cuidados.
- Favorece la interacción y relación enfermera/paciente.
- Facilita al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el cumplimiento de sus objetivos.
- Por ultimo construir con la enfermera a determinar que otras áreas requerirán de un análisis mayor a lo largo de la valoración.

Existen tres tipos de entrevistas:

1.- Entrevista no estructurada.

Esta forma de entrevista sin estructura aparente se identifica a menudo con la entrevista no dirigida.

2.- Entrevista semiestructurada.

Requiere un mínimo de preparación, y debe poner a su disposición algunos objetivos, flexibles que intentará conseguir con este cliente.

3.- Entrevista estructurada.

Esta entrevista conlleva una preparación mucho más importante y señala anticipadamente los comportamientos a adoptar y las dificultades susceptibles de presentarse durante el proceso. Implica también objetivos claros y precisos, que deben ser alcanzados durante esta conversación.

En la mayoría de los textos revisados mencionan que es importante a la hora de realizar la entrevista tomar en cuenta:

- El factor tiempo. Que se refiere a la elección del momento y duración de la entrevista.

- El lugar de la entrevista. El cual debe proporcionar intimidad y favorecer la escucha.
- Actitudes en este caso de la enfermera. La cual debe de ser de aceptación, respeto, autenticidad, comprensión empática y receptibilidad que coadyuven en la disponibilidad y apertura del cliente.
- Formular preguntas claras y sencillas. Considerar el nivel educativo del cliente; pudiendo emplear preguntas abiertas o cerradas. Las preguntas abiertas es más indirecta “permite expresar al usuario sentimientos y pensamientos.”<sup>31</sup> Las preguntas cerradas, son las más sencillas y más utilizadas. Es generalmente corta (expresada por un si o no). “Exige respuestas breves y se utiliza para conocer hechos concretos.”<sup>32</sup>

La entrevista consta de tres partes: iniciación, cuerpo y cierre.

- 1.- Iniciación. Es la fase de aproximación centrada en la creación de un entorno favorable, en donde se desarrollará una relación interpersonal positiva.
- 2.- Cuerpo. La conversación se centra en la obtención de información necesaria. Comenzando con el motivo de consulta o queja principal del cliente ampliándose a otras áreas de información como, historial médico, datos familiares, culturales o religiosos, etc.
- 3.- Cierre. Es la fase final donde se resumen los datos más significativos; que constituyen la base para establecer las pautas de planificación.

### Examen Físico.

A través de este examen se obtiene una serie de datos que nos permite valorar el estado de salud físico y determina a la vez la eficacia de las intervenciones de enfermería y médica. Debe ser sistemático, con un modelo por sistemas corporales o cefalocaudal.

Para Kozier el objetivo del examen físico es “... identificar las capacidades individuales, tanto fisiológicas como psicosociales...”<sup>33</sup>

---

<sup>31</sup> RODRÍGUEZ, S. Bertha. Alicia. **Op. Cit.** p.p. 42.

<sup>32</sup> **IDEM.** p.p. 42.

<sup>33</sup> KOZIER. Barbara. **Enfermería Fundamental, Conceptos, Procesos y Práctica.** Ed. Interamericana. McGraw-Hill. 2da. ed. Madrid. España. 1989. P. 1182.

Consta de cuatro técnicas principales: inspección, palpación, percusión y auscultación. Además de la medición de constantes vitales y somatometría.

1.- La inspección. Según Kozier citado por Bertha Alicia dice que “la inspección consiste en la valoración utilizando los sentidos de la vista, olfato y oído...”<sup>34</sup> Se hace por áreas ordenadas; con ello se puede valorar; la forma del cuerpo, características de la piel, olor y sonidos realizados por el cliente.

2.- La palpación. Para Kozier citado por Bertha Alicia expone que “la palpación es el examen del cuerpo utilizando el sentido del tacto.”<sup>35</sup> Este es realizado utilizando la yema de los dedos ya que estas son muy sensibles permitiéndonos determinar la dureza, tamaño, textura, inflamación y movilidad de un órgano o zona externa.

3.- La percusión. Para Kozier citado por Bertha Alicia dice que la “la percusión es un método de valoración en la que la superficie del cuerpo es golpeada para producir sonidos... o vibraciones...”<sup>36</sup> Se utiliza para determinar el tamaño y forma de órganos, la presencia de líquido, aire o algún sólido. Esta es realizada al colocar contra la piel la mano dominante y procediendo a golpearlo con la punta de los dedos de la otra mano.

4.- La auscultación. Kozier citado por Bertha Alicia aclara que “la auscultación es el proceso de escuchar los sonidos producidos por el cuerpo.”<sup>37</sup> Esta nos permite valorar el funcionamiento de diversos órganos; pueden ser directas cuando solo empleamos el sentido de la audición e indirecta cuando se usa un estetoscopio.

Dentro del examen físico es importante determinar las constantes vitales como temperatura corporal, pulso, frecuencia cardiaca, respiración y tensión arterial ya que reflejan el funcionamiento general del organismo. Debiendo considerarse con el estado de salud previo y el actual comparándose con estándares aceptados como normales. Lo cual nos permitirá detectar problemas de salud real y de riesgo.

La somatometría, estatura, peso, perímetros y segmentos corporales, son parámetros que también nos ayuda a identificar el estado de salud, el crecimiento normal y anormal

---

<sup>34</sup> RODRÍGUEZ, S. Bertha. Alicia. **Op. Cit.** p.p. 44.

<sup>35</sup> **IDEM.** p.p. 44.

<sup>36</sup> **IDEM.** p.p. 44.

<sup>37</sup> **IDEM.** p.p. 44.

de las estructuras corporales; además de servir para calcular dosis de medicamentos, por parte del médico.

En resumen es así como la valoración es la primera fase del proceso de atención de enfermería, donde creamos una base de datos que nos servirán para informarnos a fondo sobre la salud del cliente, obteniéndose datos objetivos detectados por el observador (Enfermera) y subjetivos detectados por el propio afectado (Cliente); donde posteriormente la información será validada para corroborar que no se omitió nada y por último plasmada por escrito de manera clara y jerarquizándola bajo el modelo conceptual de enfermería empleado.

#### b) Diagnóstico.

Es la segunda fase del proceso de atención de enfermería que inicia al concluir la valoración necesitando para su aplicación de una actividad intelectual un tanto compleja; ya que requiere de establecer un juicio clínico sobre la respuesta de la persona, familia y comunidad así como de los recursos existentes (capacidades).

Me permito citar para la definición de diagnóstico de enfermería a:

Rosalinda Alfaro; “es un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta humana del individuo o grupo, y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar de forma independiente.”<sup>38</sup>

Para Mundinger y Juaron; “es la expresión del problema de un paciente, a la cual se llega haciendo deducciones sobre los datos recogidos, este problema puede ser corregido por la propia enfermera.”<sup>39</sup>

En síntesis puedo deducir que el diagnóstico de enfermería son juicios clínicos sobre el problema de un cliente al cual llegamos por procesos deductivos a través de la información obtenida; donde la naturaleza del problema podrá disminuir con la

---

<sup>38</sup> GARCÍA, González. M. J. **Op. Cit.** p.p. 32.

<sup>39</sup> **IDEM.** p.p. 32.

intervención de enfermería; y para ello se requiere de una gran capacidad y conocimientos previos para captar los problemas y emitir juicios inteligentes lo cual contribuirá en la clave para la práctica eficaz de la intervención de enfermería.

Los diagnósticos de enfermería a diferencia del médico se basan en las respuestas del cliente, que pueden ser de tipo fisiológico, psicológico, espiritual y social. Todas las situaciones que la enfermera puede atender de forma independiente. Es así como va dirigido a examinar áreas preventivas; educación para la salud o cambio de actitudes hacia el tratamiento, para su cumplimiento. También existen los problemas interdependientes los cuales son “un problema de salud real o potencial (complicación) que se centra en la respuesta fisiopatológica del cuerpo humano y que las enfermeras pueden identificar y tratar en colaboración con el médico.”<sup>40</sup>

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) es una organización internacional fundada en 1982 por licenciadas en enfermería cuyo objetivo es “... desarrollar, perfeccionar y promover una terminología diagnóstica enfermera en el uso general de la propia enfermería.”<sup>41</sup> Es así como para la realización de un diagnóstico deberá ser compatible con la definición de diagnóstico de enfermería de la NANDA.

“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 diagnóstico 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.”<sup>42</sup>

Además cumplirán con los siguientes requisitos:

- “La designación: proporciona un nombre al diagnóstico.
- La definición: ofrece una descripción clara y exacta del diagnóstico, define su significado y lo diferencia de otros.

---

<sup>40</sup> **IDEM.** p.p. 32.

<sup>41</sup> NANDA. **Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002.** Ed. Harcourt. Madrid. España. 2001. P. 264.

<sup>42</sup> **Proceso de Atención de Enfermería.** García, Piña. M. A. et. al. Tomado del CD: Fundamentación Teórica para el Cuidado; seminario de titulación. ENEO-UNAM. 2004.

- Las características definitorias: se refieren a las conductas o signos y síntomas clínicos que son manifestaciones del diagnóstico.
- Los factores de riesgo: son factores ambientales y elementos fisiológicos, genéticos o químicos que aumentan la vulnerabilidad a un acontecimiento nocivo.”<sup>43</sup>

La NANDA ha clasificado los diagnósticos de enfermería en:

- 1.- Reales.
- 2.- De alto riesgo (potenciales).
- 3.- De bienestar (salud).
- 4.- De síndrome.

#### Diagnóstico de enfermería real.

Es aquel que define una respuesta actual de una persona, familia o comunidad ante problemas reales o potenciales de salud o ante procesos de la vida; cuya validación se da por medio de los signos y síntomas del cliente.

La NANDA lo define como: “un diagnóstico de enfermería real es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de comunidad ante problemas reales o potenciales o a procesos vitales.”<sup>44</sup>

Para su formulación se utiliza el formato PES (problema, etiología; y signos y síntomas). Utilizando las palabras (relacionado con) para unir problema y etiología. Añadiendo (manifestado por o evidenciado por) para expresar los signos y síntomas que apoyan el diagnóstico.

Ejemplo:

Duelo (categoría diagnóstica de la NANDA; problema)

relacionado con

pérdida de una parte corporal <<extremidad inferior derecha>> (etiología)

manifestada por

---

<sup>43</sup> IDEM. CD.

<sup>44</sup> IYER, P. W. et. al. **Diagnóstico, en Proceso y Diagnóstico de Enfermería.** En Antología: Fundamentación Teórica para el Cuidado. ENEO-UNAM. 2004. p.p. 323.

tristeza, llanto, dificultad para expresar los sentimientos, pérdida del apetito y dificultad para conciliar el sueño. (signos y síntomas)

#### Diagnósticos de enfermería de alto riesgo (potencial).

Es aquel en el que se realiza un juicio clínico respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona; familia o comunidad por su alta susceptibilidad.

La NANDA lo describe como:

“... Es un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad para desarrollar un problema que otras personas en una situación igual o similar.”<sup>45</sup>

En la estructura de este diagnóstico solo se emplean dos partes; problema y etiología; puesto que no existen datos subjetivos y objetivos. Como lo dice Iyer son “aquellos que predisponen a un individuo, familia o comunidad a un acontecimiento nocivo.”<sup>46</sup>

Ejemplo:

Riesgo de infección (categoría diagnóstico de la NANDA; problema) relacionado con enfermedad crónica y desnutrición. (Etiología)

#### Diagnóstico de Enfermería de bienestar.

Estos están basados en juicios clínicos sobre la persona, familia o comunidad sobre sus fortalezas que le ayudan a mantener un nivel de bienestar o salud para potenciarlas a un nivel más elevado.

---

<sup>45</sup> **IDEM.** p.p. 323.

<sup>46</sup> RODRÍGUEZ, S. Bertha. Alicia. **Op. Cit.** p.p. 61.

Según la NANDA “un diagnóstico de bienestar es un juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar a un nivel más alto de bienestar.”<sup>47</sup>

Estos diagnósticos se formulan en una sola parte. Se escribirá (potencial de mejora de) antes de escribir al área que va a mejorarse.

Ejemplo:

Potencial de mejora del rol parental.

#### Diagnóstico de Enfermería de síndrome.

Para Mc Court síndrome se deriva de la palabra “(que marchan juntos). En la medicina representan un grupo o conjunto de signos y síntomas, que suelen tener una causa única y representar un grupo de característica coincidentes de causa desconocida.”<sup>48</sup>

Donde para Mc Court y Carroll-Johnson “existe una condición clínica compleja que requiere valoración e intervenciones de enfermería expertas.”<sup>49</sup>

Para su formulación se empelará una sola parte los factores relacionados (etiología) son abordados en etiquetas diagnósticas.

Ejemplo:

Síndrome traumático de la violación.

Por último recordar que las formulaciones diagnósticas dirigen las intervenciones de enfermería.

Pasos de la etapa diagnóstica:

- 1.- Clasificación.
- 2.- Interpretación.

---

<sup>47</sup> IYER, P. W. **Op. Cit.** p.p. 324.

<sup>48</sup> **Proceso de Atención de Enfermería.** García, Piña. M. A. et. al. Tomado del CD: Fundamentación Teórica para el cuidado; seminario de titulación. ENEO-UNAM. 2004.

<sup>49</sup> **IDEM.** CD.

### 3.- Validación.

Clasificación. Esta consiste en dividir la información en clases concretas; es decir por ejemplo sistemas corporales, patrones de salud, datos históricos y síntomas importantes. Esta se ve facilitada en la etapa de valoración con la existencia de formularios organizados en clases concretas; también de ese modo se logra identificar componentes ausentes que puedan necesitar nueva valoración.

Interpretación. Una vez clasificada la información el siguiente paso es interpretarla es decir identificar datos importantes, compararlos con patrones o normas para así reconocer pautas o tendencias.

Es así como “los indicios y deducciones desarrolladas a partir de la base de conocimientos científicos de enfermería, ayudan al profesional a interpretar los datos.”<sup>50</sup>

Donde un indicio es “... un fragmento de información sobre un determinado paciente...”<sup>51</sup> estos pueden ser datos objetivos y subjetivos y deducir “es asignar un significado a un indicio. Una deducción es un juicio hecho por el profesional de enfermería basado en la educación y la experiencia...”<sup>52</sup>

Se puede decir que a medida que el profesional aumente sus conocimientos en enfermería, habilidades y experiencias, realizará juicios clínicos más exactos de forma consistente.

Validación. En este paso se confirma la exactitud de la interpretación de los datos; esta se consigue mediante la interacción directa con el cliente o seres queridos, con otros profesionales de salud o comparándolo con referencias autorizadas.

---

<sup>50</sup> IYER, P. W. et. al. **Op. Cit.** p.p. 325.

<sup>51</sup> **IDEM.** p.p. 325.

<sup>52</sup> **IDEM.** p.p. 327.

En suma se puede interpretar que el proceso diagnóstico es una fase fundamental del proceso de enfermería; que le sigue a la valoración donde los datos son procesados, clarificados, interpretados y validados; para concluir en diagnósticos de enfermería para los cuales se requiere de que el profesional tenga una gama de conocimientos, habilidades y experiencia que culminará en juicios clínicos más exactos y consistentes.

### c) Planeación.

A continuación me permito citar algunas definiciones de planeación que considero de interés:

Alfaro dice que planeación “es el momento en que se determinará cómo brindar los cuidados de enfermería de forma organizada, individualizada y orientada a los objetivos.”<sup>53</sup>

Según Iyer la planeación “implica el desarrollo de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas saludables del sujeto o evitar reducir o corregir las repuestas insanas.”<sup>54</sup>

Y por último Phaneuf define la planeación como “el establecimiento de un plan de acción, en prever las etapas de su realización, las acciones que se han de llevar acabo, los medios que hay que emplear y las precauciones que hay que adoptar en pocas palabras, en pensar y organizar una estrategia de cuidados bien definida.”<sup>55</sup>

En resumen planeación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas con el objeto de reforzar respuestas saludables y reducir o corregir respuestas no sanas identificadas en el diagnóstico de enfermería, donde para tales efectos en primer lugar se elegirá un modelo teórico que por sus postulados sea el que determine las directrices de la intervención de enfermería, en segundo lugar el diagnóstico, es decir, el juicio clínico del estado de salud del cliente y por último decidir acerca de lo que se pretende conseguir.

---

<sup>53</sup> BENAVENT, Garcés. Amparo. Et. al. **Juicio y acción terapéutica, planificación, ejecución, evaluación.** En Antología: Fundamentación Teórica para el Cuidado. ENEO-UNAM. 2004. p.p. 352.

<sup>54</sup> **IDEM.** p.p. 352.

<sup>55</sup> **IDEM.** p.p. 352.

La planeación consta de cuatro fases:

- 1.- Establecimiento de prioridades.
- 2.- Elaboración de Objetivos.
- 3.- Desarrollo de intervenciones de enfermería.
- 4.- Documentación del plan.

1.- Establecimiento de prioridades. Una vez diagnosticado el problema específico es preciso asignarles un orden de prioridad. Es así como es indispensable identificar problemas de salud en los cuales se debe centrar la atención, y realizar acciones inmediatas, porque presentan una amenaza para la vida del cliente.

En este caso seguiremos la jerarquía de las necesidades de Maslow y Kalish, siguiendo el orden señalado por Alfaro:

“Prioridad 1. Problemas que amenazan la vida e interfieren con las necesidades fisiopatológicas...

Prioridad 2. Problemas que interfieren con la seguridad y la protección...

Prioridad 3. Problemas que interfieren con el amor y la pertenencia...

Prioridad 4. Problemas que interfieren con la autoestima...

Prioridad 5. Problemas que interfieren con la capacidad para lograr objetivos personales...”<sup>56</sup>

En todo caso si el cliente esta conciente y puede tomar decisiones deberá participar en el establecimiento de niveles de prioridad. Cuando exista una diferencia en la asignación de niveles entre enfermera-cliente se discutirán los puntos de vista en cualquier caso, no deben dejar de tener en cuenta las prioridades establecidas por el cliente.

Para Yura y Walsh otros factores que interfieren en la priorización son: “...disponibilidad del personal y de medios, el costo de los servicios requeridos y el tiempo aproximado

---

<sup>56</sup> RODRÍGUEZ, S. Bertha. Alicia. **Op. Cit.** p.p. 73.

que se requiere para resolver el problema o los problemas del cliente, en particular desde su punto de vista.”<sup>57</sup>

2.- Elaboración de objetivos. En esta fase del proceso nos permite dirigir los cuidados, identificar los resultados esperados y medir la eficacia de las intervenciones.

La Asociación Americana de Enfermería define objetivos como “meta esperada y medida centrada en el paciente.”<sup>58</sup>

Los objetivos sirven para:

- Dirigir los cuidados.
- Identificar los resultados esperados.
- Medir la eficacia de las acciones.

Los objetivos pueden pertenecer a los campos:

- De naturaleza psicomotriz: demostrar, practicar, realizar, andar, administrar, dar.
- De naturaleza cognitiva: enseñar, discutir, identificar, describir, hacer una lista, exponer.
- De naturaleza afectiva: expresar, compartir, escuchar, comunicar, relatar.

En los textos revisados se presenta característica y/o componentes de un objetivo que a continuación presento:

Sujeto único: Debe orientarse hacia un solo sujeto responderá a la pregunta ¿quién realizará la acción?

Verbo activo o pasivo: En el activo el objetivo solo tiene un comportamiento cada vez y responde a la pregunta ¿qué tiene que hacer el cliente? Y en el pasivo ¿qué se ha de hacer para el cliente?

---

<sup>57</sup> H. Yura, M. B. Walsh. **Op. Cit.** p.p.104.

<sup>58</sup> BENAVENT, Garcés. Amparo. et. al. **Op. Cit.** p.p. 357.

Elementos descriptivos de la acción: Expresará la forma en que realizará la acción el cliente ¿con o sin asistencia? ¿con qué medios? Y responde a la pregunta ¿cómo se hace la acción?

Criterios de observación: Estos serán precisos, es decir debe determinar en que momento y en que medida debe realizarse la acción; y responderá a la pregunta ¿en qué medida se realizará la acción?

Dentro de los objetivos es muy importante señalar en cuanto al tiempo cuales serán a corto, mediano y a largo plazo; para ello describiré cada uno de ellos.

Objetivos a corto plazo: son los resultados que se lograrán en cuestión de horas o días.

Objetivos e mediano plazo: estos se lograrán en un tiempo intermedio. Ejemplo semanas.

Objetivos a largo plazo: En estos los resultados se lograrán en un tiempo más largo semanas o meses.

### 3.- Desarrollo de intervenciones de enfermería.

Para Iyer “Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos.”<sup>59</sup>

Estas intervenciones de enfermería son actividades que realiza la enfermera para:

- Controlar el estado de salud.
- Prevenir, resolver o controlar un problema.
- Ayudar a realizar las actividades de la vida diaria.
- Promover la máxima salud e independencia.

Estas intervenciones de enfermería deberán ser, fundamentadas científicamente con fines didácticos y ser actualizados con respecto a los cambios del cliente y a los avances de la enfermería como disciplina científica, además de ser una fuente de comunicación entre los profesionales de enfermería.

---

<sup>59</sup> RODRÍGUEZ, S. Bertha. Alicia. **Op. Cit.** p.p. 82.

#### 4.- Documentación del plan.

Es el registro por escrito del plan de cuidados de enfermería que contiene el problema de salud encontrada (diagnóstico enfermero), objetivos, acciones de enfermería y evaluación; que permiten guiar las intervenciones de enfermería y documentar los resultados alcanzados.

#### d) Ejecución.

Es la etapa del proceso de atención de enfermería que comienza una vez que se ha elaborado el plan de cuidados; y consiste en la puesta en práctica de lo planeado; es decir todo lo que realiza la enfermera para facilitar la ayuda hacia el cliente en la resolución a la alteración de salud diagnosticada.

Teniendo en cuenta la naturaleza del problema, y el estado, capacidad y recursos del paciente, así como el tipo de actuación planeada, ésta puede ser puesta en práctica por el paciente o su familia, por enfermera y paciente; por la enfermera nada más, o por miembros del equipo de salud, bajo la supervisión de la enfermera.

Yura y Walsh dicen que “en la fase de ejecución del proceso de atención sanitaria (PAE) desempeña un papel fundamental la capacitación intelectual, interpersonal y técnica de la enfermera.”<sup>60</sup> Además agregan que “el éxito o el fracaso del plan de atención sanitaria depende de la capacidad de la enfermera para ponderar el valor de nuevos datos que se hacen asequibles durante la fase de ejecución y de su capacidad innovadora y creativa para compensar aspectos singulares – ya sean de orden físico, emocional, cultural o espiritual- del paciente que se manifiesten durante el tratamiento...”<sup>61</sup>

Lo anterior mencionado por Yura y Walsh es muy cierto ya que la planeación dirige la ejecución, que a su vez esta determinada por la valoración continua del paciente, de tal modo que la recogida continua de datos, proporciona la información necesaria para tomar decisiones, sobre lo acertado del plan elaborado; y dichas actividades se

---

<sup>60</sup> H. Yura, M. B. Walsh. **Op. Cit.** p.p. 115.

<sup>61</sup> **IDEM.** p.p. 115-116.

cambiaran cada que sea necesario, de acuerdo a las respuestas del cliente lo cual dependerá de la capacidad de la enfermera.

Los pasos de la ejecución son:

- Preparación.
- Intervención.
- Documentación.

La planeación. Se hace para el desarrollo de cada actividad lo que requiere de conocimientos, habilidades, recursos humanos y materiales, un ambiente seguro y confortable, que la enfermera deberá proporcionar.

Phaneuf habla de “la preparación de la jornada”<sup>62</sup> o momento de reflexión sobre el plan de cuidados en otras palabras es el momento cuando la enfermera determina los tiempos para llevar acabo las actividades, los recursos de que dispone, y las dificultades que puedan surgir, etc.

La intervención. Es ya la actividad que realiza la enfermera para conseguir los objetivos planeados que incluye valoraciones, la prestación del cuidado y la educación al cliente y/o comunidad.

Phaneuf afirma “la enfermera sigue observando, recogiendo datos, analizándolos y orientándose hacia otras hipótesis de diagnósticos enfermeros; ya que el proceso de cuidados es un proceso dinámico cuyas etapas se suceden según una cierta lógico, aunque en determinados momentos también se superponen.”<sup>63</sup>

La documentación. La cual sirve para el registro legal de enfermería que incluye fecha y hora, datos de valoración, intervenciones de enfermería, resultados y nombre/firma;

---

<sup>62</sup> BENAVENT, Garcés. Amparo. et al. **Op. Cit.** p.p. 371.

<sup>63</sup> **IDEM.** p.p. 373.

estos registros varían su formato dependiendo de cada hospital pero legalmente tendrá los datos anteriormente mencionados.

e) Evaluación.

Griffith y Christense la definen como "... una comparación sistemática y planeada, del estado de salud del paciente con objetivos y metas definidos, es una actividad deliberada y progresiva, que comprende al paciente, la enfermera y otros miembros del equipo de salud..."<sup>64</sup>

A la etapa de evaluación se le da el quinto lugar del proceso de atención de enfermería porque es el que le corresponde siguiendo un orden lógico en el ordenamiento de las etapas. En la práctica, puede decirse que es un proceso que inicia desde la etapa de valoración y realimenta cada una de las otras etapas.

En sí la evaluación determina el logro de los objetivos, es llave que determina la efectividad del plan; y debe hacerse junto con el cliente.

M. Phaneuf afirma que evaluación es "una condición absoluta de la calidad de los cuidados."<sup>65</sup>

La evaluación de la calidad de los cuidados es responsabilidad de la enfermera y tiene como finalidad:

- Favorecer una atención eficaz.
- Identificar situaciones de cuidados de baja calidad y tomar medidas para mejorar esas definiciones.
- Obtener datos para la valoración de recursos de enfermería y tomar medidas para que los recursos se ajusten a los requisitos de calidad de los cuidados.
- Informar a las enfermeras sobre el nivel de calidad de sus cuidados y favorecer el reciclaje.

---

<sup>64</sup> W. Griffith. Janet, J. Christense. Paula. **Proceso de Atención de Enfermería, Aplicación de teorías, guías y modelos.** Ed. El manual moderno, S. A. de C. V. México. D. F. 1986. P. 406.

<sup>65</sup> BENAVENT, Garcés. Amparo. **Op. Cit.** p.p. 382.

- Determinar las áreas de interés para el desarrollo de planes de información continua y de postgrado.

En una escala más amplia, la evaluación se puede conseguir empleando informes escritos del cliente a los modelos desarrollados por las asociaciones profesionales.

## **2.4 Modelo Conceptual de Virginia Henderson.**

En este capítulo se hablará del Modelo Conceptual de Virginia Henderson una de las grandes teorizas y pionera en el campo de la enfermería; será nuestra guía permitiéndonos orientar y centrar la práctica de enfermería bajo su visión; se expondrá sus antecedentes personales, principales conceptos y por último sus 14 necesidades básicas.

### **2.4.1 Antecedentes Históricos.**

Virginia Henderson; Enfermera Norteamericana. Nació en 1897, la cual desarrolló su interés por la enfermería durante la Primera Guerra Mundial. Ingresó a la Escuela de Enfermería de la Armada en Washington D. C. en 1918 graduándose tres Enfermería de la Armada en Washington D. C. en 1918 graduándose tres años más tarde.

Su trabajo profesional lo inició como Enfermera Visitadora y como Docente de Enfermería. Regresa a la Universidad cinco años más tarde, obteniendo el Grado de Maestra en Artes con Especialización en Docencia de Enfermería. Posteriormente al año de trabajar como Supervisora Clínica, vuelve a trabajar como Profesora, impartiendo cursos sobre el Proceso Analítico y Práctica Clínica, por el período de 1936-1948.

En 1966, en el Libro La Naturaleza de Enfermería reconoce como fuente de influencia en sus primeros trabajos a Annie W. Goodrich, Carolina Stackpole, Jean Broadhurst, Dr. Edward Thorndike, Dr. George Deaver, Bertha Hamer e Ida Orlando.

Las teoristas han clasificado su teoría en el grupo de la Enfermería Humanística, por considerar a la profesión como un arte y una ciencia.

Henderson recibió reconocimientos importantes, incluyendo el nombramiento como Doctora Honoris causa, durante su carrera en la Práctica y Docencia en Enfermería. Virginia fallece un 19 de marzo de 1996.

#### **2.4.2 Principales Conceptos del Modelo.**

En los últimos decenios, se han formulado diversos modelos conceptuales para la práctica de la enfermería los cuales constituyen explicaciones formales de lo que esta disciplina según el punto de vista de quienes los han creado.

Definición de Henderson y los cuatro conceptos del Metaparadigma Enfermero:

a) Persona.

- 1.- Henderson considera como un individuo que requiere asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia o para morir con tranquilidad; la persona y la familia son consideradas como una unidad.
- 2.- La persona se ve influida tanto por el cuerpo como la mente.
- 3.- A la persona la integra elementos biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.
- 4.- La persona tiene necesidades básicas de supervivencia.
- 5.- La persona enferma o sana se esfuerza por obtener su independencia.
- 6.- La persona requiere de fuerza, voluntad y/o conocimiento para llevar una vida sana.

b) Entorno.

- 1.- No es definido explícitamente.
- 2.- Involucra la relación que se tiene con su familia.
- 3.- Abarca a la comunidad y la responsabilidad para proporcionar los cuidados; Henderson supone que la sociedad necesita y espera que las enfermeras brinden un

servicio a los individuos incapaces de ser independientes; pero también espera que la sociedad contribuya con la educación de las enfermeras.

4.- En entorno puede ser manejado por las personas sanas, y la enfermedad obstaculiza esta capacidad.

5.- El entorno puede afectar a la salud; los factores personales (edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia) y los factores físicos (aire, temperatura) desempeñan un papel en el bienestar de la persona.

#### c) Salud.

1.- Aquí habla de la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las 14 necesidades básicas.

2.- Es la cualidad básica para el funcionamiento humano.

3.- Para tener salud se requiere de fuerza, voluntad o conocimiento.

#### d) Enfermería.

1.- Para Henderson es como la asistencia fundamental al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a una muerte tranquila; que la persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento la llevaría a cabo sin ayuda.

2.- Ayuda a una persona a no depender de la asistencia tan pronto como sea posible o a alcanzar una muerte tranquila.

3.- Necesita un conocimiento básico en ciencias sociales y humanidades; se adoptó por la American Nurses Association hasta 1965.

4.- Necesita trabajar de forma interdependiente con otros miembros del equipo de salud; las funciones de la enfermera son independientes de las del médico; pero se colabora en los cuidados de éste para brindar un cuidado holístico.

5.- Es necesario conocer las costumbres sociales y prácticas religiosas para valorar en estas áreas necesidades potenciales o humanas inadecuadas.

6.- Esta ayuda a satisfacer las 14 necesidades básicas a través de la relación enfermera-paciente; sustituta (compensa lo que le falta al paciente), ayudante (establece las intervenciones clínicas) o compañera (fomenta una relación terapéutica con el paciente y actúa como miembro del equipo de salud).

7.- Es un enfoque lógico y científico para resolver el problema, que desemboca en un cuidado individualizado.

8.- Implica la utilización de un plan de cuidado enfermero por escrito.

Información general sobre la teoría de Virginia Henderson:

1.- Su trabajo lo considera más como una aserción filosófica que como una teoría; ya que en su época no se utilizaba el término de teoría.

2.- Henderson hace hincapié en que el cuidado es tanto para las personas sanas como enfermas; y esto lo incorpora a los aspectos espirituales del cuidado.

3.- Según ella; la enfermera colabora con el paciente en actividades esenciales para el mantenimiento de la salud, recuperarse de la enfermedad o lograr una muerte tranquila.

4.- La independencia del paciente es un criterio importante para la salud.

5.- Henderson identifica 14 necesidades básicas que componen el cuidado enfermero; donde la enfermera ayuda a satisfacer estas necesidades.

6.- Las 14 necesidades básicas de Henderson son similares a las de Abrahán Maslow: de la 1 a la 7 están relacionadas con la fisiología, de la 8 a la 9 con la seguridad, la 10 está relacionada con la autoestima, de la 10 a la 11 con el afecto y pertenencia, y de la 11 a la 14 con la autorrealización.

7.- Esta 14 necesidades básicas, proporcionan un enfoque holístico de la enfermería.

En síntesis la teoría de Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados, configurado como un ser humano único con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tienen 14 necesidades básicas que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento.

Considera al ser humano inmerso en cuatro dimensiones:

a) Biológica. “Facultades humanas en su aspecto puramente físico.”

b) Psicológica. “Facultades humanas en aspectos de conducta, sentimientos y emociones.”

- c) Sociológica. “Facultades humanas en aspectos de interacción con su entorno (familia, comunidad, medio ambiente).”
- d) Cultural. “Facultades humanas relacionada con aspectos religiosos, costumbres, ideologías y mitos.”

Identificando fuentes de dificultad que “son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades”<sup>66</sup> Henderson las agrupa en tres posibilidades:

a) Falta de fuerza. “Interpretada como la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, su fuerza física, estado de las funciones psíquicas y capacidad intelectual.”<sup>67</sup>

b) Falta de conocimiento. “Esta vinculada a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.”<sup>68</sup>

c) Falta de voluntad. “Entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.”<sup>69</sup>

Determinado así el grado de dependencia que puede ser total o parcial, así como temporal o permanente; donde dependencia “puede ser considerada en una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen

---

<sup>66</sup> **IDEM.** p. p. 268.

<sup>67</sup> **IDEM.** p. p. 268.

<sup>68</sup> **IDEM.** p .p. 268.

<sup>69</sup> **IDEM.** p. p. 268.

actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.”<sup>70</sup>

Donde se identifican roles de enfermería pudiendo ser de ayuda, suplencia y acompañamiento; o las distintas combinaciones entre ellos:

a) Rol de ayuda. “Como ayuda del paciente, la enfermera da apoyo al paciente para recuperar su independencia.”<sup>71</sup>

b) Rol de suplencia. “En estado de enfermedad grave, la enfermera puede considerarse como un sustituto de lo que le hace falta al cliente para sentirse <<completo o independiente>>.”<sup>72</sup>

c) Rol de acompañamiento. “Como compañera y orientadora, la enfermera imparte educación sobre la salud, al cliente y familia, y junto con el paciente y la familia, formulan el plan de cuidados, lo ejecutan y evalúan.”<sup>73</sup>

El tipo de actuación vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado.

Cabe recordar que la mayoría de los conceptos anteriormente mencionados no son las definiciones dadas por Virginia Henderson; sino han sido inferidas del estudio de sus textos por otras autoras.

### **2.4.3 Catorce Necesidades Básicas.**

Como ya se dijo las 14 necesidades básicas son requisitos que la persona debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento; se mencionan a continuación dando un breve concepto y objetivo de cada una de ellas; los cuales fueron desarrollados por la autora García González Ma. de

---

<sup>70</sup> IDEM. p. p. 267-268.

<sup>71</sup> GARCÍA, González. **Op. Cit.** p. p. 15.

<sup>72</sup> IDEM. p.p. 15.

<sup>73</sup> IDEM. p. p. 15.

Jesús en su libro El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. Propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería.

1.- Necesidad de Oxigenación. Respiración normal.

Objetivo: Promover la salud y de la vida, conservando la función respiratoria en optimas condiciones. Ayudar a recuperar las características saludables perdidas, a la mayor brevedad.

2.- Necesidad de Nutrición e hidratación.

Objetivo: conservar la salud mediante la ingestión diaria de una dieta y aparte de líquidos adicionales. Ayudar a recuperar la salud mediante la atención a los signos y síntomas de dependencia en la nutrición y en la hidratación.

3.- Necesidad de Eliminación. Eliminar desechos corporales.

Objetivo: Mantener la salud, mediante la práctica de medidas para conservar en condiciones optimas las funciones de eliminación, recuperar las características saludables afectadas en la función de eliminación.

4.- Necesidad de Moverse y mantener una buena postura.

Objetivo: mantener la salud mediante la puesta en práctica de actividades para conservar la buena postura y la capacidad de movimiento.

5.- Necesidad de Descanso y sueño. Dormir y descansar las condiciones necesarias para tener un sueño y descanso adecuados.

Objetivo: proveer la salud reforzando los hábitos higiénicos que favorecen el sueño y descanso para recuperar plenamente las energías perdidas en el trabajo diario. Proporcionar al cliente hospitalizado un ambiente que favorezca el sueño, evitando ruidos y tratamientos innecesarios.

6.- Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas. Poder elegir ropa adecuada y vestirse y desvestirse.

Objetivo: mejorar el estado de salud del organismo, mediante el uso de ropa y calzado adecuados que eviten deformidades y proporcionen comodidad. Prevenir enfermedades ocasionadas por el uso de artículos irritantes o agresivos al organismo.

7.- Necesidad de Termorregulación. Conservar la temperatura corporal en límites normales.

Objetivo: promover la salud mediante la puesta en marcha de actividades para mantener la temperatura dentro de límites normales. Prevenir complicaciones de las enfermedades detectadas por las variaciones de las cifras de temperatura, mediante la atención oportuna de las mismas.

8.- Necesidad de Higiene y protección de la piel. Conservar la protección de la piel.

Objetivos: promover la salud mediante la práctica de actividades para proteger la integridad de la piel y conservar en óptimas condiciones. Fomentar en el cliente y familia la formación de hábitos higiénicos para protegerse de enfermedades.

9.- Necesidad de Evitar peligros. Para mantener la salud y la vida.

Objetivos: ayudar al cliente a adquirir la capacidad para practicar medidas de seguridad y evitar accidentes. Promover la salud mediante la práctica de medidas para evitar riesgos de enfermar y morir.

10.- Necesidad de Comunicarse. Comunicarse con otros para expresar emociones.

Objetivo: tener una relación de ayuda con el cliente, que evite las barreras de comunicación, con una actitud que le inspire confianza para comunicar sus temores, necesidades y opiniones.

11.- Necesidad de Vivir según sus creencias y valores.

Objetivo: aprender a las necesidades espirituales de los elementos considerándolos como unidades con componentes materiales y espirituales. Facilitar a los clientes las

condiciones necesarias para la práctica de su fe, según sus necesidades espirituales determinadas por el curso de su enfermedad.

12.- Necesidad de Trabajar y realizarse. Trabajar de manera que exista un sentido de logro.

Objetivo: ayudar al paciente a iniciar el proceso necesario para un cambio de trabajo o de actividad, cuando esta sea necesaria para mejorar la salud o como consecuencia de sufrir una enfermedad.

13.- Necesidad de Jugar /participar en actividades recreativas.

Objetivo: poder ofrecer al cliente una variedad de actividades recreativas que puedan escoger las que estén de acuerdo con sus gustos y capacidades y con recursos.

14.- Necesidad de Aprendizaje. Aprender, descubrir o satisfacer las curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud, y a usar las instalaciones sanitarias disponibles.

Objetivo: fomentar el aprecio del valor de salud mediante la difusión de conocimientos básicos de epidemiología al individuo, familia y comunidad, recomendando la práctica de medidas para la promoción y protección de la salud así como, la atención oportuna en caso de enfermedad.

## **2.5 Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y Modelo Conceptual de Virginia Henderson.**

En el capítulo anterior se explicó el Modelo de Virginia Henderson, su teoría, filosofía y conceptos. En este capítulo se trasladaran estas ideas de Henderson a la práctica de enfermería utilizándolas como marco de referencia en todas las etapas del Proceso de Atención de Enfermería y así permitimos guiar , orientar y centrar la práctica. En seguida se presenta el concepto y etapas del PAE desde la visión de Henderson.

### 2.5.1 Concepto.

Debido a que Henderson y su teoría de la enfermería fue publicado antes de que el proceso llegara a ser reconocido ampliamente se ha inferido de sus textos el concepto de plan de cuidados que a continuación presento y posteriormente expondré el concepto de PAE de la autora Rosalinda Alfaro que a mi juicio es el más apropiado para esta teoría.

Primero recordaremos la forma en que define la función propia de enfermería Henderson:

“La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades, que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por si mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.”<sup>74</sup>

A partir de esta definición Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona como objeto del cuidado. Es así como esta persona esta inmersa en componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que para ser integro, desarrollarse y crecer requiere de satisfacer las 14 necesidades básicas propuestas por la misma Henderson.

De ahí que se infiera que el plan de cuidados de enfermería sea: “medidas o actividades diseñadas para el paciente de acuerdo a las 14 necesidades básicas y a la capacidad del paciente para satisfacerlas.”<sup>75</sup> Lo cual me lleva a concluir que el PAE es importante para la reflexión que la enfermera tiene que llevar a cabo para la conformación del plan de cuidados.

---

<sup>74</sup> FERNÁNDEZ, Ferrín, Carmen Novel y Martí Gloria. **El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería**. En Antología: Fundamentación Teórica para el Cuidado. ENEO-UNAM. 2004. p.p. 265.

<sup>75</sup> WESLEY, R. L. **Op. Cit.** p.p. 146.

Para Rosalinda Alfaro el Proceso de Atención de Enfermería es: “Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas de paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales.”<sup>76</sup>

### **2.5.2 Etapas.**

El modelo de Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del PAE.

Nuevamente hago la observación de que a la publicación de la Teoría de Henderson aun el PAE no había sido reconocido ampliamente como tal y como hoy se entiende; por tanto, la conceptualización de las etapas del PAE son inferidas de sus escritos.

#### Valoración.

Es la recogida de datos; Henderson no hace referencia directa pero puede ser inferida de su descripción de las 14 necesidades básicas. Implica el uso de las necesidades básicas para determinar las necesidades no satisfechas y necesidades de ayuda; recogiendo los datos sobre cada necesidad.

#### Diagnóstico.

Henderson no la trata ya que se formuló muchos años después de su publicación; puede inferirse del análisis de los datos recogidos de las 14 necesidades determinando el grado de dependencia en la satisfacción de las necesidades, de las causas de dificultad para su satisfacción, de la interrelación de una necesidad con otra y la definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

#### Planificación.

Implica formular y poner al día un plan basado en las necesidades del cliente formulando los objetivos de independencia en base a las causas de dificultad, en la elección del modo de intervención (suplencia o ayuda) mas adecuado a la situación y

---

<sup>76</sup> GARCÍA, González, M. J. **Op. Cit.** p.p. 21.

en la determinación de actividades de enfermería que implique al individuo (cuando sea posible) en su propio cuidado.

### Ejecución.

Compromete realizar las actividades que el paciente no puede llevar a cabo de forma independiente; ayudando a satisfacer las 14 necesidades básicas.

### Evaluación.

El Modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicará los niveles de dependencia mantenidos y/o alcanzados. Puesto que Virginia afirma que nuestra meta es: "... ayude a recobrar su independencia de la forma, más rápida posible."<sup>77</sup> Es decir que nuestras acciones van encaminadas a ayudarle a alcanzar dicha independencia por si mismo de acuerdo a sus propias capacidades y recursos.

## **2.6 Etapa de Crecimiento del Adulto**

En seguida en este capítulo se expone la etapa de crecimiento de un adulto; debido a la importancia de conocer la etapa de desarrollo por la que atraviesa mi cliente para tenerlo como referencia dentro de los cuidados proporcionados; por tanto, se presenta el concepto, clasificación, adulto joven y sus características biopsicosociales.

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

### **2.6.1 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 en sí mismos, en su capacidad de tomar decisiones,

---

<sup>77</sup> FERNANDÉZ, Ferrín, Carmen Novel y Martí Gloria. **Op. Cit.** p.p. 265.

gozando de más independencia y manteniendo intimidad consigo mismo y con otras personas.

### **2.6.2 Clasificación de la Edad Adulta.**

Esta etapa de larga duración, y se subdivide en etapa de adulto (a) joven y 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. 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 cédula capacita al (la) joven en todos los aspectos psicosociales y físicos para llamarse adulto (a). Camerón expresa que el desarrollo socioeconómico hace difícil la transición de la adolescencia a la etapa del adulto (a). La etapa de adulto (a) maduro (a) va de los 40 a los 65 años, y se le considera la etapa de la conciliación con la realidad práctica, en la cual el individuo es capaz de controlar sus emociones, de afrontar problemas y frustraciones sin esfuerzos indebidos.

La etapa del adulto (a) mayor va de los 60 a 65 años hasta la muerte y se tratará en un capítulo aparte por los cambios regresivos y la atención especial que demanda esta etapa en los individuos.

### **2.6.3 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 forma que lo caracteriza el sexo, la amplitud de las caderas de la mujer, la anchura de los hombros

en los hombres. 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; Resp. 16-24 por minuto y Temp. 36.1-37.2 grados centígrados.

### Características Psicosociales.

En el (la) adulto (a) 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 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 sentido 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 sentirse más segura de su intimidad, es capaz de establecer intimidad con su vida anterior y con otros, tanto en amor mutuo como en relaciones efectivas con el sexo opuesto. Una persona que puede tener relaciones íntimas por temor a perder su propia identidad, puede desarrollar un profundo sentimiento de aislamiento.

El (la) adulto (a) 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 los demás.

Buscar independencia de los padres no significa romper los lazos que los une a ellos, sino al desarrollo de otra clase de relación con los progenitores en la cual el (la) adulto (a) acepta las consecuencias de sus propias actuaciones. Esta es la base para que el individuo encuentre su lugar como miembro útil de la sociedad. 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 (la) adulto (a) joven a descubrir sus propias fuerzas y debilidades, a proponerse objetivos realistas.

### Situaciones Especiales de los Adultos Jóvenes.

Los individuos en esta etapa atraviesan por varias situaciones, tales como la soltería, noviazgo, matrimonio, nacimiento de los hijos, divorcio o separación. La iniciación de estas situaciones especiales varía mucho, pues dependen de diversos factores, unos propios del individuo y otros propios de su medio, entre ellos están los etnológicos y los culturales.

El (la) adulto (a) joven pasa por dos etapas, una llamada soltería, que es el lapso de edad en que el individuo, ya sea hombre o mujer, empieza a ser adulto (a), y la época de la adultez, en que tiene una unión estable de pareja.

Algunos autores opinan que la mujer está preparada para el matrimonio, entre los 22 y 25 años, mientras que el hombre entre los 25 y 28 años.

Durante esta época el hombre y la mujer deben estar adquiriendo el bagaje cultural para su plena autonomía personal; para impartir a su vida el curso consciente, responsable y deliberado que estimen conveniente, con el consejo de sus padres o de otros adultos mayores, pero sin dependencia, es decir, deben tomar sus propias decisiones; aun las más trascendentales y responsabilizándose a plenitud con las consecuencias, sean positivas o negativas, favorables o desfavorables, que esas mismas decisiones y resoluciones produzcan.

En esta época tanto el hombre como la mujer están preparando o adquiriendo una independencia económica y tienen mayor capacidad de convivencia con otros, pensando, actuando y reaccionando en forma menos egoísta, impulsiva, más reflexiva y serena; preocupándose no sólo de su propio bienestar y felicidad sino también de las de los demás que estén vinculados a ellos.

#### **2.6.4 Puerperio.**

El puerperio es un periodo de readaptación y ajuste para toda la familia, pero sobre todo para la madre. La mujer experimenta varias respuestas conforme se adapta al nuevo miembro de la familia, molestias puerperales, cambios en su imagen corporal y la realidad de que ya no esta embarazada.

Durante el primer día o dos después del parto tiende a permanecer pasiva y un poco dependiente. La nueva madre sigue sugerencias. Duda sobre la toma de decisiones y aún se preocupa por sus necesidades. Es posible que tenga una gran necesidad de hablar sobre sus percepciones del trabajo de parto y parto. Esto le ayuda a atravesar el proceso, establecer la diferencia entre realidad y su experiencia ideal y aclarar cualquier cosa que no comprenda.

Durante este lapso el alimento y el sueño son los principales focos. La mujer está dispuesta a hablar, pero permanece pasiva. En el trabajo inicial de Rubin (1961) ella nombró a este periodo como de captación.

Para el segundo día o tercer día después del parto la nueva madre ya tuvo tiempo para examinar sus experiencias, adaptarse a su nueva vida, descansar y recuperar el control de su vida. Es posible que la paciente se preocupe sobre el control de sus funciones corporales, como la evacuación. Si amamanta a su hijo puede preocuparse sobre la calidad de leche y su capacidad para alimentar al lactante. Requiere que se le confirme que realiza bien el papel de madre. Si el lactante vomita después de la alimentación puede considerarlo como falla personal. También es posible que se sienta desmoralizada por el hecho de que la enfermera maneja a su hijo en forma eficiente mientras que ella se siente insegura y tentativa. Rubin (1961) nombró a esta fase como de tomar el control.

Los resultados psicológicos del puerperio son mucho más positivos cuando los padres tienen acceso a una red de apoyo. Las mujeres y sus compañeros pueden considerar

que las relaciones familiares se vuelven cada vez más importantes y la atención que su hijo recibe de los integrantes de la familia es una fuente de satisfacción para los nuevos padres (Belsky y Rovine, 1984). En muchos casos los lazos con la familia de la mujer se vuelven buenos. Muchos padres refieren que sus relaciones con sus parientes políticos se vuelven mucho más positivas y de apoyo (Cronenwett, 1985). Por el otro lado, el aumento de la interacción familiar puede ser una fuente de tensión, en especial para la nueva madre quien tiende a tener más contacto con las familias.

Un foco principal de la investigación en los últimos años ha sido el logro del papel materno. El logro del papel materno es un proceso por el cual la mujer aprende los comportamientos de maternidad y se siente cómoda con su identidad como madre. La formación de una identidad materna indica que la mujer logró el papel materno. La formación de una identidad materna ocurre con cada niño que da a luz la mujer. Conforme la madre conoce más a este niño y forma una relación con él, se desarrolla en forma gradual y sistemática la identidad materna y se vincula al lactante (Rubin, 1984).

El logro del papel materno se da en cuatro etapas (Mercer, 1985). (Las etapas formal e informal del logro de papel materno corresponden con las etapas de aceptación y toma de control que Rubin identificó antes, 1961):

1. La etapa anticipatorio ocurre durante el embarazo. La mujer observa modelos de papel, sobre todo su propia madre, en busca de ejemplo sobre cómo ser madre.
2. La etapa formal empieza cuando nace el niño. La mujer aún recibe la influencia de la guía de otras personas e intenta actuar como cree que otros o esperan.
3. La etapa informal empieza cuando la madre inicia a tomar sus propias decisiones sobre maternidad. Empieza a desarrollar su propio estilo de maternidad y encuentra formas de funcionamiento que le van bien.
4. La etapa personal es la fase final del logro del papel materno. Cuando la mujer alcanza esta etapa se siente cómoda con la idea de sí misma como madre.

En la mayoría de los casos el logro del papel materno se presenta en tres a diez meses después del parto. El apoyo social, la edad y rasgos de personalidad de la mujer, el temperamento de su hijo y el estado socioeconómico de la familia influyen en el éxito de la paciente en el logro del papel materno.

La depresión puerperal consiste en un periodo transitorio depresivo que se presenta durante la primera semana o dos después del parto hasta en el 70% de la mujeres. Puede manifestarse por cambios de ánimo, enojo, lloriqueo, anorexia, sueño difícil y una sensación de decepción. Se piensa que las adaptaciones psicológicas y los cambios hormonales son la causa principal, aunque la fatiga, molestia y sobrestimulación pueden influir. Por lo general la depresión puerperal se resuelve en forma natural, sobretodo si la mujer recibe comprensión y apoyo.



### **III. METOTOLOGÍA.**

El presente Estudio de Caso esta integrado por dos ejes, el primero es de carácter metodológico relacionado con el Proceso de Atención de Enfermería (PAE); el cual esta integrado por cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación; el segundo se encuentra centrado en el Modelo conceptual de Virginia Henderson.

#### **3.1. Descripción del Caso.**

Para realizar el presente estudio de caso se eligió a un cliente adulto el cual estuvo internado en el Hospital General de Zona # 3 “Dr. Héctor Guevara” de Mazatlán, Sinaloa. Que ingresó el día 22 de septiembre del 2004; el cual se estuvo internado cursando con puerperio quirúrgico más producto femenino de término; permaneciendo hasta el día 24 de Septiembre del presente año.

Es importante señalar que el estudio de caso se centra en la persona (cliente); por lo tanto las intervenciones de enfermería estuvieron enfocadas a ayudarlo a satisfacer sus necesidades afectadas dependiendo del grado de independencia (total o parcial).

Para tal efecto se solicitó el consentimiento informado del cliente, el cual no se hizo por escrito, realizándose de manera verbal 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.”

b) Confidencialidad “Este principio se relaciona con el concepto de la prevacía. La información obtenida de una persona no será revelada a otra a menos que sea en beneficio de la misma o que exista un laso directo con una buena acción social.”

c) Beneficencia “Debe de hacer el bien y la promoción activa de actos benéficos <<amabilidad, bondad y caridad>> también incluye en no castigar por infringir un daño.”

c) Beneficencia “Debe de hacer el bien y la promoción activa de actos benéficos <<amabilidad, bondad y caridad>> también incluye en no castigar por infringir un daño.”

d) No maleficencia “Deber de no infligir daño, así como de prevenirlo y evitarlos se incluye en el principio de la beneficencia, en cuyo caso la no maleficencia podría ser más directa.”

El estudio se realizó durante el tiempo de su hospitalización que fue de 48 horas tiempo que se les da a las personas de puerperio quirúrgico de bajo riesgo en dicho hospital.

### **3.2 Valoración.**

A continuación se describe los pasos, las técnicas y los instrumentos que se utilizaron para la obtención de datos sobre el cliente que ayudó a encontrar información necesaria para comprender los problemas y tomar decisiones sobre el plan de cuidados.

#### **3.2.1 Fuentes de Información.**

Para la obtención de la información se utilizaron fuentes primarias y secundarias; la primera se refieren al cliente y las segundas fueron el expediente clínico, otros profesionales, familia y textos entre otros.

#### **3.2.2 Técnicas.**

De igual manera se utilizaron técnicas como son la Entrevista, Método Clínico y Observación.

a) Entrevista.

“Tipo de encuesta que tiene como fin establecer una relación de comunicación verbal entre el entrevistado y el entrevistador, con el objeto de recoger informaciones y opiniones del primero.”

En seguida se muestra un resumen general de dos entrevistas semiestructuradas realizadas el día 23 y 24 de septiembre 2004, a mi cliente en su estancia hospitalaria.

El resumen que presento incluye información que no encontrará en la guía de valoración ya que el formato fue limitado, ni en la historia clínica ya que en ella sólo se obtiene datos físicos.

Es necesario conocer mas afondo al cliente para detectar funciones de enfermería de carácter independiente, recordando que las respuestas del cliente pueden ser de tipo fisiológico, psicológico, espiritual y social.

Una vez que accede a colaborar con mi trabajo de tesis me propuse valorar a mi cliente de ahí que se obtuvo la siguiente información:

#### RESUMEN GENERAL DE ENTREVISTAS.

C.C. G. R. Femenina de 31 años, casada con escolaridad preparatoria (técnico radiólogo), católica y empedada del IMSS. Ingres a al hospital el 22 de septiembre del presente año, programada para cesárea por embarazo de término más cesárea previa, he ingresa al servicio de obstetricia el 23 de septiembre cama número 251 con diagnóstico médico de Postoperada de cesárea mas recién nacido femenino de término.

Entre los antecedentes personales de importancia durante el embarazo; me comentó que no podía embarazarse lo había intentado como 6 meses a lo cual acudió con su ginecólogo el cual detectó infertilidad relacionada con ovulación de baja calidad y le

dieron tratamiento. Además dijo que en su primer embarazo se le diagnóstico preeclampsia leve; ella manifiesta que en ese embarazo no acudió con su médico en todas sus citas y comió demasiado y de todo; en este embarazo por experiencia propia y salud ya asistió a sus citas ocho en total y realizó lo indicado por su médico.

En su estancia actual hospitalaria comenta que hay mucho ruido en el hospital; que hace calor en la habitación y se escucha como que están trabajando en construcción, por tanto le era muy difícil dormir además dice que le causa pendiente el quedarse dormida y no alimentar a sus bebé como le sugirieron cada 3 horas así que desde su ingreso al hospital el 22 de septiembre a las 20:00 horas y hasta el día 23 de septiembre a las 15:00 solo había dormido aproximadamente por intervalos 2 horas en total; comentando también que ya empezaba a sentir cansancio.

Con respecto a la herida quirúrgica comentó que le dolía para moverse pero era soportable y al ponerse de pie era un dolor fuerte, le causaba malestar ya que cree que se le puede abrir la herida por lo que al momento de caminar prefería que darse en la cama y sin moverse mucho.

En lo referente a la alimentación en el hospital me aclara que le gustó su comida que por la mañana le dieron líquidos y en la tarde fue normal; refiere que ya había orinado, aún no había evacuado y estaba ingiriendo mucho agua, con respecto a los loquios dijo que eran en cantidad moderada y de color rojo; lo cual pude corroborar yo misma, revise involución uterina y se observó fondo uterino debajo de cicatriz umbilical como de dos a tres dedos; al cambiar de aposito y vendaje de herida quirúrgica pude observar lo anterior y que la herida se encontró limpia y sin datos de infección. También note que realiza bien su técnica para amamantar a su bebé, secretando por el momento calostro.

El día 24, mi cliente me dijo que necesitaba que le ayudara a comprender porque el médico le dijo que no podía embarazarse porque era muy riesgoso que le explicara las razones por las que el médico comento eso. Ya que ella y su esposo desean tener otro bebé; me pidió información y bibliografía al respecto. Revisando su expediente en la

nota quirúrgica médica en la parte de hallazgos encontré que el médico observó adelgazamiento del segmento inferior del útero.

Como dato adicional pude notar que en las dos entrevistas realizadas se le visitó frecuentemente por familiares y amigos.

Los datos anteriores, actuales, objetivos y subjetivos se validaron con el propio cliente, dos enfermeras responsables de su cuidado y el expediente clínico.

b) Método Clínico.

El Método Clínico permite obtener información con relación a los aspectos Bio-fisiológico del cliente y esta integrados por cuatro aspectos: inspección, palpación, auscultación y percusión.

Los datos obtenidos se registraron en la Historia Clínica la cual se presenta más adelante.

c) Observación.

“Consiste en el uso de los sentidos (vista, oído, sensibilidad, olfato) para obtener datos.”

Los datos obtenidos por esta técnica fueron registrados en diferentes instrumentos.

### **3.2.3 Instrumentos.**

La información obtenida fue realizada en los diferentes instrumentos como Hoja de Enfermería, Historia Clínica y Hoja de Valoración de Necesidades.

En el caso de la Hoja de Enfermería es un documento Médico Legal que integra el Expediente Clínico por lo cual no se anexa a este trabajo.

A continuación se presentan los instrumentos utilizados.

a) Historia Clínica.

La Historia Clínica que a continuación se presenta fue realizada tomando como base la hoja de la Historia Clínica del IMSS (MF-2/93) con un enfoque del examen físico habitual cefalocaudal; sin que el formato de dicha hoja sea el mismo, fue cambiado a conveniencia. (Anexo No. 1)

## HISTORIA CLÍNICA.

Fecha: 23 de Septiembre 2004.

**Nombre:** C. C. G. R. **Edad:** 31 años. **Sexo:** Femenino. **Lugar de nacimiento:** Mazatlán; Sinaloa. **Lugar de residencia:** Mazatlán; Sinaloa. **Escolaridad:** Preparatoria. **Ocupación:** Técnico radiólogo. **Estado Civil:** Casada. **Religión:** Católica. **Tipo de Interrogatorio:** Directo del cliente.

### ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES:

Abuelo paterno y maternos finados, desconoce la causa.

Padre vivo aparentemente sano.

Madre viva aparentemente sana.

Es hija única.

### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

Habita en casa propia de cemento, cuenta con 6 cuartos patio trasero, en donde habitan 3 personas, hábitos dietéticos buenos consume carne (3), pollo (2), frutas (5), leche y verduras (7) a la semana; hábitos higiénicos adecuados, cuenta con luz, agua potable, drenaje, convivencia con animales (-), COMBE (-), esquema de vacunación completo.

### ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

Menarca a los 12 años, ritmo 28x4-5, eumenorreica, IVSA 24 años con una pareja sexual aparentemente sana, método de planificación familiar el ritmo por cinco años, G (2), P (2), C (2), A (0), AA (0), APP (-), FUR 25 de diciembre 2003, Fecha del la primer cesárea en 1989. Peso de su primer bebé 3,750 kg. FPP

2 de octubre 2004. CPN (+) en 8 ocasiones, TT (+) en una ocasión, USG (+) en cuatro ocasiones, IVU (+) en el 7mo. Mes tratada con penicilina, papanicolaou (+) en octubre 2003 normal, DOCMA (-).

#### **ANTECEDENTE PERSONALES PATOLÓGICOS:**

Niega enfermedades crónico degenerativas, Gpo (o), Rh (+), Tab. (-), Alcoh. (-) Transf. (-), Qx. (+) la primera realizada en 1998 por DCP + preeclampsia, Alerg. (-), DM (-), HAS (-), Fx. (-), refiere haber padecido en la infancia sarampión.

#### **PADECIMIENTO ACTUAL:**

Fue programada para cesárea hace 20 días por cesárea previa y embarazo de termino, con fecha probable de parto para el día 2 de octubre de 2004. La cual se llevó acabo el día 22 de septiembre a las 22 horas, naciendo femenina a las 22:20 horas con Apgar de 8-9 con peso de 3, 150 kg. Aparentemente sana. Se practicó cesárea Kerr de aproximadamente 12 cm. línea media infraumbilical.

#### **EXPLORACIÓN FÍSICA:**

##### **CABEZA.**

Normocefálica; ceja poblada y simétrica; párpados sin edema; escleróticas blancas y claras, pupilas redondas y simétricas; no usa lentes ni aparatos para oír; oídos y nariz no valorados; la boca se observa húmeda, sin lesiones, dientes color perla con empaste en todas sus muelas, presencia de halitosis.

##### **CUELLO.**

Amplitud normal; ganglios linfáticos no palpables, traquea y laringe normales.

##### **TÓRAX.**

Tórax normal, simetría a la expansión, sonidos normales resonancia, matidez y timpanismo; respiración silenciosa, frecuencia respiratoria de 21 por minuto, frecuencia cardiaca 85 por minuto, ruidos cardiacos normales. Mamas simétricas redondas, aumentadas de tamaño, areolas y pezones hiperpigmentados por embarazo, no masas palpables.

**ABDOMEN.**

De forma redondeada, con herida quirúrgica línea media infraumbilical de aproximadamente 12 centímetros, sin datos de infección, no sangrante; sonidos intestinales audibles sin alteración. Involución uterina normal se observa fondo uterino debajo de cicatriz umbilical de 2 a 3 centímetros.

**COLUMNA VERTEBRAL.**

No valorada.

**GENITALES EXTERNOS.**

Hiperpigmentación vulvar, hidratada y con tricotomía, sin lesiones, ni inflamación, no varices; presencia de loquios hemáticos en cantidad moderada.

**TACTO RECTAL.**

No valorada.

**TACTO VAGINAL.**

No valorada.

**EXTREMIDADES.**

No venas varicosa, presencia de edema X, sin lesiones ni cicatrices, no cianosis unguial.

b) Hoja de Valoración de Necesidades.

Guía de valoración basado en las 14 necesidades del Modelo de Virginia Henderson; propuesta por Rodríguez, J. S. et. al. ENEO. UNAM, SUA. 1999. En antología de: Fundamentación Teórica para el Cuidado. México. D. F. 2004. (Anexo No. 2)

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN.**

**Nombre:** C. C. G. R. **Edad:** 31 años. **Peso:** 68 kilogramos. **Talla:** 1.60 centímetros.

**Fecha de nacimiento:** 20 de noviembre de 1972. **Sexo:** Femenino. **Ocupación:** Técnico radiólogo.

**Escolaridad:** Preparatoria. **Fecha de admisión:** 22 de Septiembre de 2004. **Hora:** 20:00 horas.

**Procedencia:** Mazatlán; Sinaloa. **Fuente de información:** Directa primaria del cliente. **Fiabilidad (1-4):**

4. **Miembro de la familia/persona significativa:**

## VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS.

### 1.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

### NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

- Subjetivo:

Disnea debido a: sin alteración. Tos productiva/seca: sin alteración. Dolor: sin datos.

Asociado con la respiración: sin alteración. Fumador: no fuma. Desde cuando fuma/cuantos cigarrillos al día/varía cantidad según estado emocional: no consume cigarrillos, nunca lo ha hecho.

- Objetivo:

Registro de signos vitales y características: Tensión arterial 110/80; pulso 85 por minuto de ritmo regular, volumen lleno, pared arterial rectas y suaves; temperatura de 36 grados centígrados; respiraciones de 20 por minuto eupneica, respiración profunda, ritmo regular y silencioso.

Tos productiva/seca: sin datos. Estado de conciencia: Alerta. Coloración de la piel/lechos ungueales/peribucal: morena clara, lechos ungueales y área peribucal rosada. Circulación del retorno venoso: Adecuada. Otros: \_\_\_\_\_

### NECESIDADES DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

- Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): Equilibrada. Número de comidas diarias: tres. Trastornos digestivos: no presenta trastornos. Intolerancias alimentarias/alergias: No presenta intolerancias ni alergias alimentarias. Problemas de masticación y deglución: Ninguno. Patrón de ejercicio: Realiza caminatas ocasionalmente dos veces por semana promedio de una hora.

- Objetivo:

Turgencia de la piel: Plena e hidratada, textura lisa, suave y flexible. Membranas mucosas hidratadas/secas: hidratadas. Características de uñas/cabello: cabello pintado (caoba), grueso,

crespo y graso; uñas gruesas, convexas, lisas y rosadas. **Funcionamiento neuromuscular y esquelético:** Sin alteraciones. **Aspectos de los dientes y encías:** alineados, lisos y color perla, empaste en todas sus muelas. **Heridas, tipo de cicatrización:** herida quirúrgica limpia en línea media abdominal inferior aproximadamente de 12 centímetros de apariencia normal de 17 horas de evolución y cicatrización de primera intención. **Otros:** \_\_\_\_\_

## NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

- **Subjetivo:**

**Hábitos intestinales:** evacua una vez al día. **Características de las heces, orina y menstruación:** heces de color marrón y blandas; orina color ámbar, olor tenue y claridad oscura micción seis veces aproximadamente por día; menstrua cada 28 días por 4 días los dos primeros días abundantes con coágulos. **Historia de hemorragias/enfermedades renales, otros:** no tiene antecedentes de hemorragias y enfermedades renales. **Uso de laxantes:** No consume. **Hemorroides:** no presenta hemorroides. **Dolor al defecar/menstruar/orinar:** no presenta dolor alguno. **Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación:** aparentemente no influye, aunque manifiesta solo defecar en casa.

- **Objetivo:**

**Abdomen características:** apariencia redondeada, inflamado, blando. **Ruidos intestinales:** audibles y manifiesta la expulsión de gases por recto. **Palpación de la vejiga urinaria:** no palpable manifiesta haber miccionado. **Otros:** \_\_\_\_\_

## NECESIDADES DE TERMORREGULACIÓN.

- **Subjetivo:**

**Adaptabilidad a los cambios de temperatura:** Dice que no le es fácil. **Ejercicio/tipo y frecuencia:** solo camina dos veces a la semana aproximadamente por una hora de manera ocasional. **Temperatura ambiental que le es agradable:** la temporada de frío.

- **Objetivo:**

**Características de la piel:** hidratada, lisa, suave, flexible, morena clara, con cloasma facial e Hiperpigmentación de pezón y aureola mamaria. **Transpiración:** si mucho. **Condiciones del entorno físico:** intrahospitalario cuenta con dos camas, aire acondicionado, baño, luz tenue, limpia, ruido moderado. En su casa cuenta con todas las comodidades agua potable, alcantarillado, luz, teléfono, calles pavimentadas. **Otros:** Comparte la habitación con otra cliente.

## **2.- NECESIDADES BÁSICAS DE:**

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

### **NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.**

- **Subjetivo:**

**Capacidad física cotidiana:** realiza todo lo de una ama de casa además trabaja como técnico radiólogo. **Actividades en el tiempo libre:** ir al cine, de día de campo y a la playa. **Hábitos de descanso:** en sus días de descanso de trabajo descansa entre media y una hora por la tarde ya sea durmiendo o viendo TV. **Hábitos de trabajo:** realiza la limpieza de la casa por las mañanas y por las tardes acude a su trabajo como técnico radiólogo del IMSS con horario de 13:30 a 21:00 horas con dos días de descanso semanal.

- **Objetivo:**

**Estado del sistema músculo esquelético. Fuerza:** disminuida por herida quirúrgica. **Capacidad muscular. Tono/resistencia/flexibilidad:** disminuida relacionada con puerperio quirúrgico. **Posturas:** decúbito dorsal. **Necesidad de ayuda para la deambulación:** si requiere ayuda por el dolor causado por herida quirúrgica al ponerse de pie y en movimiento. **Dolor con el movimiento:** si por la herida quirúrgica. **Presencia de temblores:** no. **Estado de conciencia:** alerta. **Estado emocional:** aparentemente tranquila y feliz; un poco irritable por el dolor de la herida. **Otros:** Encurvamiento de su postura al caminar.

## NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

### - Subjetivo:

**Hora de descanso:** cuando lo hace por lo general es de 16:00 a 17:00 horas. **Horario de sueño:** de las 22:00 a las 7 horas del día siguiente. **Siesta:** por lo general no la práctica. **Ayudas:** no consume medicamentos ni otro tipo de cosas para dormir. **Insomnio:** no duerme bien y corrido. **Debido:** no tiene problemas. **Descansado al levantarse:** La mayoría de las veces.

### - Objetivo:

**Estado mental. Ansiedad/estrés/lenguaje:** manifiesta ya quiere irse porque no puede dormir en el hospital. **Ojeras:** Si. **Atención:** si presta atención a todo lo que le pregunto. **Bostezos:** Si frecuentes. **Concentración:** aparentemente si. **Apatía:** aparentemente no. **Cefaleas:** refiere que no. **Respuesta a estímulos:** si respondió. **Otros:** \_\_\_\_\_

## NECESIDADES DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

### - Subjetivo:

**Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir:** no. **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:** en estos momentos necesita ayuda por su herida quirúrgica. **Vestido incompleto:** no. **Sucio:** no. **Inadecuado:** adecuado. **Otros:** \_\_\_\_\_

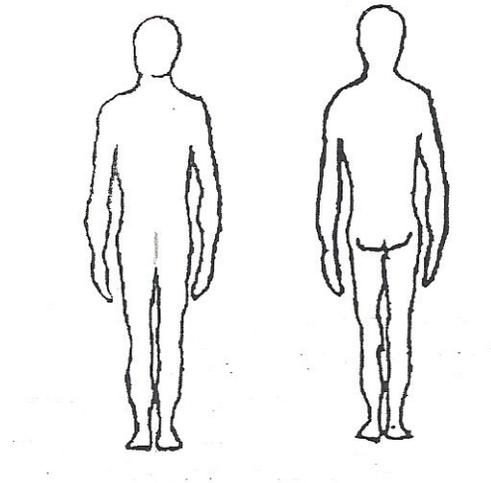
## NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

- Subjetivo:

Frecuencia del baño: se baña una vez al día. Momento preferido para ir al baño: en las mañanas.  
Cuántas veces se lava los dientes al día: dos veces. Aseo de manos antes y después de comer: si.  
Después de eliminar: si. Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: no.

- Objetivo:

Aspecto general: limpia. Olor corporal: sin mal olor. Halitosis: si. Estado de cuero cabelludo: sin alteraciones hidratado. Lesiones dérmicas tipo: herida quirúrgica abdominal línea media inferior de aproximadamente 12 centímetros; y cloasma facial e Hiperpigmentación de pezones y aureola mamarias. (Anote la ubicación en el diagrama) Otros: \_\_\_\_\_



## NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS:

- Subjetivo:

Que miembros componen la familia de pertenencia: su esposo, una mujercita de 5 años y la bebé.  
Como reacciona ante situación de urgencia: hay unión familiar donde también apoya su mamá.  
Conoce las medidas de prevención de accidentes. Hogar: si. Trabajo: si. Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: si en su trabajo por ser técnico radiólogo se le

practican semestralmente. **Familiares:** refiere que hasta que se enferman. **Como canaliza las situaciones de tensión en su vida:** suele platicarlas con su mamá.

- **Objetivo:**

**Deformidades congénitas:** ninguna. **Condiciones del ambiente en su hogar:** al parecer favorables.  
**Trabajo:** favorables. **Otros:** \_\_\_\_\_

### **3.- NECESIDADES BÁSICAS DE:**

**Comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.**

#### **NECESIDAD DE COMUNICARSE.**

- **Subjetivo:**

**Estado civil:** casada. **Años de relación:** ocho. **Viven con:** su esposo, hija y ahora con la nueva bebé.  
**Preocupaciones/estrés:** preocupación por cuidar bien de la bebé y su otra hija. **Familia:** ninguna. **Otras personas que pueden ayudar:** su esposo y su mamá. **Rol en estructura familiar:** compartida con su esposo. **Comunica problemas debido a la enfermedad/estado:** si. **Cuanto tiempo pasa sola:** nunca.  
**Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo:** frecuente.

- **Objetivo:**

**Habla claro:** si. **Confusa:** no. **Dificultad.** **Visión:** no. **Audición:** no. **Comunicación verbal/ no verbal con la familia/con otras personas significativas:** con su mamá y esposo. **Otros:** \_\_\_\_\_

#### **NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.**

- **Subjetivo:**

**Creencia religiosa:** católica. **Su creencia religiosa le genera conflictos personales:** aparentemente no. **Principales valores en la familia:** respeto, honestidad, responsabilidad y amor. **Principales valores personales:** los mismos anteriores. **Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir:** aparentemente si.

- Objetivo:

**Hábitos específicos de vestido, (grupo social religioso):** en estos momentos reconoce como debe de vestir para poder amamantar a su bebé. **Permite el contacto físico:** si. **Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias:** refiere que en su casa tiene una imagen de la Virgen de Guadalupe. **Otros:** \_\_\_\_\_

## **NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.**

- Subjetivo:

**Trabaja actualmente:** si trabaja pero ahora esta de incapacidad por maternidad. **Tipo de trabajo:** técnica radióloga. **Riesgos:** radiaciones. **Cuánto tiempo le dedica al trabajo:** su trabajo es de 7:30 horas diarias con dos días de descanso. **Estas satisfecho con su trabajo:** Si. **Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia:** si ya que también su esposo trabaja. **Estas satisfecho (a) con el rol familiar que juega:** si le gusta compartir todo con su esposo y le gusta ser mamá de dos niñas.

- Objetivo:

**Estado emocional / calmado/ ansioso/ enfadado/ temeroso/ irritable/ inquieto/ eufórico:** calmada.  
**Otros:** \_\_\_\_\_

## **NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.**

- Subjetivo:

**Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre:** juega con su niña, va al cine y a la playa. **Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de ésta necesidad:** por falta de tiempo. **Recursos en su comunidad para la recreación:** si hay. **Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa.** Si.

- **Objetivo:**

**Integridad del sistema neuromuscular:** sin alteraciones. **Rechazo a las actividades recreativas:** no pero tendrá que adaptarse a su nuevo rol de mamá de un recién nacido. **Estado de ánimo:** apático / aburrido / participativo: participativo. **Otros:** \_\_\_\_\_

## **NECESIDAD DE APRENDIZAJE.**

- **Subjetivo:**

**Nivel de educación:** preparatoria. **Problemas de aprendizaje:** ninguno. **Limitaciones cognitivas:** aparentemente ninguna. **Preferencias: leer / escribir:** prefiere leer. **Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad:** si. **Sabe como utilizar esas fuentes de apoyo:** si. **Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud:** si. **Otros:** \_\_\_\_\_

- **Objetivo:**

**Estado del sistema nervioso:** sin alteración aparente. **Órganos de los sentidos:** sin alteración. **Estado emocional: ansiedad, dolor:** le molesta un poco la herida quirúrgica. **Memoria reciente:** sin alteraciones. **Memoria remota:** sin alteraciones. **Otras manifestaciones:** refiere que solo se le olvida lo que para ella no es importante.

### **3.3. Diagnóstico de Enfermería.**

Para la elaboración del Diagnóstico la información se organizó y clasificó en necesidades y sus respectivas dimensiones.

De las 14 necesidades valoradas para fines de este trabajo solo se presenta el análisis de cuatro de ellas: Necesidad de moverse y mantener una buena postura, necesidad de descanso y sueño, necesidad de evitar los peligros; y necesidad de higiene y protección de la piel.

En el primer formato que a continuación se presenta aparece el análisis general de las necesidades (Anexo No. 3), en el cual se determino la independencia o el grado de dependencia y en el segundo se presenta el análisis de las necesidades seleccionadas (Anexo No. 4).

## CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA		
	INDEPENDIENTE	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	DEPENDIENTE
OXIGENACIÓN	x		
NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	x		
ELIMINACIÓN	x		
MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA		x	
DESCANSO Y SUEÑO		x	
USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	x		
TERMORREGULACIÓN	x		
HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL		x	
EVITAR PELIGROS		x	
COMUNICARSE	x		
VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES	x		
TRABAJAR Y REALIZARSE	x		
JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	x		
APRENDIZAJE		x	

## GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES

### DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD<sup>10</sup>

**INICIALES DEL CLIENTE:** C. C. G. R.  
Septiembre 2004.

**FECHA:** 23 de

**NECESIDAD AFECTADA:** Descanso y Sueño

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIOLOGICO	CULTURAL
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolor al movimiento por la herida quirúrgica.</li> <li>- Presencia de ojeras y bostezos frecuentes.</li> <li>- Facies de cansancio.</li> <li>- Aproximadamente dos horas de sueño efectivo desde su ingreso hospitalario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preocupación porque su bebé se alimente a sus horas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambiente en habitación caluroso.</li> <li>- Visitas frecuentes de familiares y amigos que distraen al cliente y no favorecen el reposo y sueño del mismo.</li> <li>- Distracciones hospitalarias:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>* Práctica rutinaria hospitalaria (toma de signos vitales, ministración de medicamentos).</li> <li>* Situación de ruido externa por construcción.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Por costumbre socialmente cuando nace un bebé hay que visitarlo para darle la bienvenida y felicitar a la madre.</li> </ul>

<b>X</b>	<b>F. FUERZA</b>		<b>TOTALMENTE DEPENDIENTE</b>	
<b>X</b>	<b>F. VOLUNTAD</b>	<b>X</b>		<b>PARCIALMENTE DEPENDIENTE</b>
	<b>F. DE CONOCIMIENTOS</b>			

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:** Deterioro del patrón de sueño relacionado con presencia de ruido en el hospital y cambio vital en la responsabilidad como cuidador del nuevo bebé, manifestado por facies de cansancio, ojeras y bostezos frecuentes; pocas horas de sueño efectivo (dos horas desde su estancia hospitalaria); además de exteriorizarlo verbalmente

## GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES

### DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL CLIENTE: C. C. G. R.

FECHA: 23 de Septiembre 2004.

NECESIDAD AFECTADA: Moverse y mantener una buena postura

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIOLOGICO	CULTURAL
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Refiere verbalmente dolor al movimiento por la herida quirúrgica.</li> <li>- Presencia de facies de dolor:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>* Dientes apretados.</li> <li>* Ojos cerrados con fuerza.</li> <li>* Tensión muscular.</li> </ul> </li> <li>- Encurvamiento de su postura al caminar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se encuentra Irritable por el dolor que le causa al movimiento la herida.</li> <li>- Gime al ponerse de pie.</li> <li>- Por experiencia previa evita moverse mucho.</li> <li>- Refiere tener miedo a que se abran las suturas al ponerse de pie frecuentemente o moverse mucho.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Refiere ser una persona activa.</li> <li>- No acostumbra a tomar medicamentos.</li> </ul>

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

	TOTALMENTE DEPENDIENTE
X	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:** Deterioro de la deambulaci3n relacionado con la presencia de dolor en herida quirúrgica al ponerse de pie; manifestado por facies de dolor (dientes apretados, ojos cerrados con fuerza y tensi3n muscular), encurvamiento de su postura al caminar; adem3s de referirlo verbalmente.

## GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES

### DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL CLIENTE: C. C. G. R.

FECHA: 23 de Septiembre 2004.

NECESIDAD AFECTADA: Higiene y protección de la piel

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIOLOGICO	CULTURAL
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Halitosis.</li> <li>- Dientes alineados y de color perla; empaste en todas sus muelas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aparentemente se muestra despreocupada por no realizar aseo dental adecuado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sus actividades en el hogar y horarios de trabajo influyen en sus hábitos higiénicos.</li> <li>- En su ambiente laboral consume alimentos entre comidas y no se realiza lavado de dientes posterior.</li> <li>- Recibe muchas visitas en su estancia hospitalaria por lo cual se le dificulta programarse para su aseo personal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Habitualmente solo se lava dos veces al día los dientes.</li> <li>- Cuando pequeña comía muchos dulces.</li> <li>- No acude periódicamente al dentista; solo hasta que tiene molestias.</li> <li>- Inadecuada técnica de lavado de dientes.</li> <li>- No usa enjuagues bucales.</li> </ul>

	F. FUERZA
X	F. VOLUNTAD
	F. DE CONOCIMIENTOS

	TOTALMENTE DEPENDIENTE
X	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Deterioro de la dentición relacionado con higiene oral ineficaz manifestado por halitosis, dientes color perla y empaste en todas sus muelas.

## GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES

### DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

**INICIALES DEL CLIENTE:** C. C. G. R.

**FECHA:** 23 de Septiembre 2004.

**NECESIDAD AFECTADA:** Evitar peligros.

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIOLOGICO	CULTURAL
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Con esta se le han practicado dos cesáreas.</li> <li>- En su primer embarazo presento preeclampsia leve.</li> <li>- Hallazgo quirúrgico adelgazamiento en segmento inferior de útero</li> <li>- Edad 31.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desea tener otro bebé.</li> <li>- Incertidumbre por su situación actual de salud reproductiva.</li> <li>- Manifiesta no comprender la información dada por su Médico sobre los riesgos de un nuevo embarazo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Su esposo manifiesta querer tener otro hijo.</li> <li>- Manifiesta necesitar información sobre los riesgos de un tercer embarazo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Habitualmente toma decisiones en conjunto con su esposo.</li> <li>- Falta de conocimiento sobre los riesgos de un tercer embarazo.</li> <li>- Dificultad para consultar información bibliográfica sobre riesgo reproductivo; desconoce literatura sobre el tema.</li> </ul>

	F. FUERZA
	F. VOLUNTAD
X	F. DE CONOCIMIENTOS

	TOTALMENTE DEPENDIENTE
X	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:** Conocimientos deficientes relacionados con mala interpretación de la información manifestada por verbalización de incomprensión de la información sobre riesgo reproductivo.

Para integrar el Diagnóstico de Enfermería se utilizó el formato PES.

a) Problema “Respuesta humana.”

b) Etiología “Factores relacionados, causa del problema; cuyo origen puede obedecer a trastornos fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales.”

c) Signos y síntomas “Datos objetivos y subjetivos (características definitorias/sintomatología), son las evidencias del problema que existe.”

Así como las Etiquetas Diagnósticas de la NANDA.

La decisión de trabajar con las Etiquetas Diagnósticas es que estas fueron realizadas con base a necesidades lo cual guarda relación teórica con el Modelo de Henderson.

Como se puede ver en el análisis se identificó las fuentes de dificultad y los problemas que alteran la necesidad.

### **3.4 Planeación.**

Ya identificados los diagnósticos de enfermería se procedió a planear las intervenciones de enfermería, las cuales fueron dependientes, interdependientes e independientes.

El tipo de intervenciones que se planearon fueron fundamentadas y se describen como:

a) Independientes “Las 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 órdenes médicas.”

c) Interdependientes “Son las que desarrolla mediante una labor de equipo.”

En el formato que a continuación se presenta se consideraron los objetivos, metas y criterios de evaluación.

En seguida se presentan los Planes de Cuidados. (Anexo No. 5)

## PLAN DE CUIDADOS

**INICIALES DEL CLIENTE:** C. C. G. R. **FECHA:** 23 de  
Septiembre 2004.

**NECESIDAD AFECTADA:** Descanso y sueño. **HOJA No.** 1.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Deterioro del patrón del sueño relacionado con la presencia de ruido en el hospital y cambio vital en la responsabilidad como cuidador del nuevo bebé; manifestado por facies de cansancio, ojeras y bostezos frecuentes; pocas horas de sueño efectivo (dos horas desde su estancia hospitalaria) además de exteriorizarlo verbalmente.

**OBJETIVO:** Mi cliente logrará descansar y dormir.

**NOTA:** El grado de dependencia, el rol de enfermería y los tipos de intervenciones de enfermería se han colocado en esta hoja ya que en la siguiente donde se desarrolla el plan no se pudo por falta de espacio.

<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>

TOTALMENTE  
DEPENDIENTE  
PARCIALMENTE  
DEPENDIENTE

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

<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

ROL DE AYUDA  
ROL DE SUPLENCIA  
ROL DE  
ACOMPAÑAMIENTO

META	CRITERIOS DE EVALUACION	INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>- Corto plazo 24 horas.</p>	<p>- Verificar que mi cliente duerma entre 5 y 6 horas continuas y que ella verbalice que descanso.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Propiciar el sueño. (I ID)</li>   <li>2. Crear un ambiente confortable y seguro. (I ID)</li>   <li>3. Brindar baño tibio de regadera. (I ID)</li>   <li>4. Proporcionarle un vaso con leche tibia. (I ITD)</li>   <li>5. Una media hora antes de dormir aplicar analgésico indicado; Metamizol sódico 1 g. I. V. Diluido en 100 ml. De Sol. Salina; y valorar su eficacia. (I D)</li>   <li>6. Pedir a mi cliente que se ordeñe con saca leche para guardar esa leche y darla posteriormente al bebé con la técnica de vasito. (I ID)</li>   <li>7. Informarle a mi cliente que puede dormir, que cuidaré del bebé con el apoyo de su cuidador primario (Mamá del cliente) y que la próxima toma de leche se le dará de la ordeñada. (I ID)</li>   <li>8. Invitar a las visitas a que si mi cliente esta dormida no despertarla o verla en otra ocasión. (I ID)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Las horas de sueño mínima requerida para sentir descanso son de 6 horas sin interrupciones; si no se logra puede presentar cambios importantes en su estado de ánimo y en su conducta.</li>   <li>2. Al ser escuchada las demandas de mi cliente, se creará un ambiente de confianza y respeto.</li>   <li>3. El agua tibia produce vasodilatación y relajación con lo que se induce el sueño al cliente.</li>   <li>4. La leche contiene triptófano (proteína) precursor de la serotonina que se creé produce y mantiene el sueño.</li>   <li>5. Los analgésicos alteran la percepción y la interpretación del dolor, deprimiendo el sistema nervioso central en el tálamo y en la corteza cerebral.</li>   <li>6. El que se ordeñe nos permitirá darle tiempo para dormir; ya que esa leche le será dada al bebé cuando este la requiera si esta dormida.</li>   <li>7. Una persona para poder dormir y descansar necesita saber que su vida esta bajo control y de que está recibiendo los cuidados convenientes para sus salud.</li>   <li>8. El que reciba visita, hace que tenga que atenderlos por educación y cortesía; lo cual impide que duerma.</li> </ol>	<p>- Al día siguiente 24 de Septiembre, verifico con mi cliente directamente si durmió, cuánto tiempo y si descanso; a lo cual respondió que si durmió como 5 horas y descansó mejor.</p>

## PLAN DE CUIDADOS

INICIALES DEL CLIENTE: C. C. G. R.

FECHA: 23 de Septiembre

2004.

NECESIDAD AFECTADA: Moverse y mantener una buena postura HOJA No. 2.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la de ambulación relacionado con la presencia de dolor en herida quirúrgica al ponerse de pie; manifestado por facies de dolor (dientes apretados, ojos cerrados con fuerza, y tensión muscular), encurvamiento de su postura al caminar; además de referirlo verbalmente.

OBJETIVO: Propiciar la deambulación de mi cliente dos veces al día

NOTA: El grado de dependencia, el rol de enfermería y los tipos de intervenciones de enfermería se han colocado en esta hoja ya que en la siguiente donde se desarrolla el plan no se pudo por falta de espacio.

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

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

<input checked="" type="checkbox"/>	ROL DE AYUDA
<input type="checkbox"/>	ROL DE SUPLENCIA
<input type="checkbox"/>	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

META	CRITERIOS DE EVALUACION	INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>- Corto plazo en 24 horas.</p>	<p>- Mi cliente deambulará 2 veces al día por 20 minutos.</p>	<p>1. Ministración de analgésico Metamizol sódico 1 g. I. V. Diluido en 100 ml. De Sol. Salina media hora antes de que empiece a deambular. (I D)</p> <p>2. Valorar la eficacia del analgésico. (I ID)</p> <p>3. Colocar vendaje abdominal antes de iniciar la deambulación. (I ID)</p> <p>4. Proporcionar una movilización progresiva: * Ayudar a la persona a que se siente lentamente. * Permitir a la persona que deje colgado las piernas fuera de la cama durante unos minutos antes de ponerlo de pie. (I ID)</p> <p>5. Hacer que la deambulación sea progresiva: * Ponerlo de pie. * Valorar su reacción. * Ayudarlo a dar unos pasos. (I ID)</p> <p>6. Aumentar la distancia gradualmente a medida que la tolerancia del cliente sea mayor. (I ID)</p>	<p>1. Los analgésicos alteran la percepción y la interpretación del dolor, deprimiendo el sistema nervioso central en el tálamo y en la corteza cerebral.</p> <p>2. Al elegir un analgésico se debe considerar la cualidad y la intensidad del dolor y las acciones específicas de cada analgésico.</p> <p>3. El vendaje abdominal se utiliza para disponer de un ambiente apropiado para la cicatrización, fomentar la hemostasia y brindar comodidad física y mental al paciente.</p> <p>4, 5 y 6 La ventaja de la ambulación en los inicios del postoperatorio sin riesgos que reduce las complicaciones del mismo, como las atelectasia, neumonía hipostática, molestias gastrointestinales y problemas circulatorios. Los datos clínicos experimentales indican que la cicatrización es más rápida, la evisceración es menor, estadísticamente el dolor es menos intenso, y que la frecuencia del pulso y la restauración de la normotermia ocurren con mayor prontitud. Ventaja adicional estancia breve en el hospital y en consecuencia disminución de costos.</p>	<p>- Mi cliente el 24 de Septiembre segundo día de estancia hospitalaria, deambulo dos veces por aproximadamente 30 minutos.</p>

## PLAN DE CUIDADOS

INICIALES DEL CLIENTE: C. C. G. R. FECHA: 23 de Septiembre 2004.

NECESIDAD AFECTADA: Higiene y protección de la piel. HOJA No. 3.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la dentición relacionado con higiene oral ineficaz manifestado por halitosis, dientes color perla y empaste en todas sus muelas.

OBJETIVO: Fomentar la importancia de la higiene oral para mantener la integridad de los dientes y mucosa oral.

<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>

TOTALMENTE  
DEPENDIENTE  
PARCIALMENTE  
DEPENDIENTE

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

<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

ROL DE AYUDA  
ROL DE SUPLENCIA  
ROL DE  
ACOMPañAMIENTO

META	CRITERIOS DE EVALUACION	INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>- A corto plazo 24 horas.</p>	<p>- Mi cliente enlistará las medidas que combaten el deterioro dental.</p>	<p>1. Se animará a la cliente a escuchar una charla sobre higiene bucal; en la cual se hablará de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Importancia.</li> <li>* Medidas que combaten el deterioro dental.</li> <li>* Técnica de cepillado. (Técnica acanalada)</li> <li>* Limpieza dental con seda.</li> <li>* El uso de fluoruro.</li> <li>* Los exámenes dentales.</li> </ul> <p>(I ID)</p> <p>2. Devolución de técnica de cepillado. (I ID)</p> <p>3. Preguntas e inquietudes. (I ID)</p>	<p>1. El fomento de la higiene oral, es importante ya que se puede evitar caries dentales, infección periodontal, estomatitis, parotitis y la halitosis; que son infecciones que pueden afectar a la función digestiva e intestinal. Recordar también que los requerimientos por día de calcio en mujeres embarazadas o en la lactancia es de 1200 mg/día, sin importar la edad. Cuando la ingesta de calcio es deficiente, las necesidades fetales se satisfacen a costa de la desmineralización ósea materna.</p> <p>2. El hacer que me repita la técnica me servirá de base para identificar si comprendió los pasos y reforzarlos.</p> <p>3. Se realiza con el fin de aclarar situaciones que no se comprendieron.</p>	<p>- De un total de 8 medidas que combaten el deterioro dental, pudo recordar siete.</p>

## PLAN DE CUIDADOS

INICIALES DEL CLIENTE: C. C. G. R. FECHA: 23 de Septiembre 2004.

NECESIDAD AFECTADA: Evitar peligros. HOJA No. 4.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Conocimientos deficientes relacionados con mala interpretación de la información manifestada por verbalización de incompreensión de la información sobre riesgo reproductivo.

OBJETIVO: Brindar información sobre riesgo reproductivo.

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

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

<input checked="" type="checkbox"/>	ROL DE AYUDA
<input type="checkbox"/>	ROL DE SUPLENCIA
<input type="checkbox"/>	ROL DE ACOMPañAMIENTO

META	CRITERIOS DE EVALUACION	INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>- A corto plazo 48 horas.</p>	<p>- Mi cliente verbalizará haber despejado sus dudas.</p>	<p>1.Brindar consejería sobre riesgo reproductivo específicamente en la situación de mi cliente. (I ID)</p>	<p>1. La consejería es el proceso de comunicación interpersonal que tiene como propósito ayudar a los clientes de los servicios a tomar decisiones informadas y voluntarias acerca de su salud reproductiva, partiendo de un análisis conjunto de sus circunstancias individuales, de sus expectativas de vida reproductiva, así como de sus necesidades de información.</p>	<p>- La cliente verbalizó haber despejado sus dudas, se siente mejor informada y posteriormente conjuntamente con su esposo decidirán al respecto.</p>

### **3.5 Ejecución y Evaluación.**

La ejecución implica la acción de enfermería al realizar las intervenciones en ayuda del cliente, lo cual permite obtener resultados que son comparados con los criterios de evaluación. Por tanto es necesario comprender que estas etapas del proceso están en una relación continua.



#### **IV. CONCLUSIONES.**

El cuidado de enfermería llevado a cabo tomando como eje conceptual el Modelo Conceptual de Virginia Henderson (sus 14 Necesidades Básicas) y como eje Metodológico El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) logró la identificación de las necesidades afectadas del cliente en las diferentes dimensiones (Biológica, Psicológica, Cultural y Espiritual); a la vez que se valoraron las fuentes de dificultad de las mismas y el grado de dependencia para poder satisfacerlas. Estos elementos primordiales formaron la base de datos para realizar un análisis y establecer un juicio logrando redactar los diagnósticos de enfermería para enseguida planificar las intervenciones de enfermería que fueron aplicadas; consiguiendo al mismo tiempo valorar los resultados de las intervenciones; que fueron dirigidas en la forma mas inmediata posible a lograr la independencia del cliente respecto a la satisfacción de necesidades.

Cabe resaltar que desde la teoría el Proceso de Atención de Enfermería es algo práctico pero en realidad se requiere de tiempo; dentro de las dificultades para la realización es que no fue fácil acceder la información dada por el cliente ya que es necesario precisar una relación de confiabilidad que no se obtiene en el corto tiempo de estancia confiabilidad como es mi caso para poder impactar en la educación para la salud; y así obtener información mas verídica sobre el cliente, además otro obstáculo fue el uso de guías de valoración que son muy limitantes en la obtención de información y lineales impidiendo conseguir información mas detallada del cliente.

Otro aspecto muy importante a mencionar es que a pesar de que el Paradigma de Enfermería se ha orientado nuevamente a sus orígenes es decir el cuidado; con la diferencia que hoy se realiza de manera integral (Holistica); en su gran mayoría enfermería no ha logrado evolucionar de la enfermedad como objeto de estudio hacia como lo dije el cuidado; seguimos practicando la enfermería de manera mecanizada e irreflexiva en un Modelo Biologicista, además de rechazar la

realización por escrito de un Proceso de Atención de Enfermería. Que si bien algunas razones dadas tienen un fundamento de peso no todas son así; de ahí que concluya que a pesar de las dificultades encontradas para la realización del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) sigo creyendo que es una forma positiva de reorientar nuestra práctica, haciendo algo por la profesionalización de enfermería, con la finalidad de apoyar para que de esta forma de ejercitar la profesión se generalice y que estas dificultades no nos den reversa sino busquemos alternativas de solución para mejorar la profesión, en aras de una mejor calidad de vida de las personas



## **BIBLIOGRAFÍA.**

ENEO-UNAM. México. Antología. **Crecimiento y Desarrollo**. Tomo 2. México. 2003. p.p. 691-709.

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

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

ENEO-UNAM. México. Antología. **Obstetricia I**. México. 2003. P. 235.

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

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

García, González. M. J. **El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson, propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería**. ENEO-UNAM. México. 1997. P. 329.

Griffith, J. M.; Christensen, P. J. **Proceso de Atención de Enfermería, aplicación de teorías, guías y modelos**. Ed. Manual Moderno. México. 1986. p. 406.

Kozier, B. et. al. **Manual Clínico de Fundamentos de Enfermería**. Ed. Interamericana McGraw-Hill. 5ta. ed. España. 1998. P. 304.

Kozier, B.; Gienora, E. **Enfermería Fundamental, conceptos, procesos y práctica**. Ed. Interamericana McGraw-Hill. 2da. ed. España. 1989. P. 1182.

LEEDY, Susan, et. al. **Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional.** Ed. O. P. S. Harper & Row, Publisiers. U. S. A. 1989. P. 342.

Marriner, Ann. **El Proceso de Atención de Enfermería; un Enfoque Científico.** Ed. Manual Moderno. 2da. ed. México. 1983. P. 325.

NANDA. **NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002.** Ed. Harcourt. España. 2001. P. 265.

Olds, S.B.; London, M. L.; Ladewig, P. W. **Enfermería Maternoinfantil.** Ed. Interamericana McGraw-Hill. México 1995. P. 1210.

Pick, Susan, et. L. **Como Investigar en Ciencias Sociales.** Ed. Trillas. Mexico 1994. P. 256

Rodríguez, S. Bertha. Alicia. **Proceso Enfermero Aplicación Actual.** Ed. Cuellar. 2da. ed. México. 1998. P. 277.

Secretaría de Salud. México **Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México.** México. 2001. P. 27.

Smeltzer, S. C.; Bare, B. G. **Enfermería Medicoquirúrgica de Brunner y Suddarth.** Tomo I. Ed. Interamericana McGraw-Hill. 7ma. Ed. México. 1994. P. 2182.

Wesley, R. L. **Teorías y Modelos de Enfermería.** Ed. Interamericana McGraw-Hill. 2da. ed. México. 1997. P. 175.

Yura, H.; Walsh, M. B. **El Proceso de Enfermería: valoración, planificación, implementación y evaluación.** Ed. Alhambra. España. 1982. P. 222.



ANEXO 1.

FORMA DEL IMSS  
HISTORIA CLINICA.

## ANEXO 2

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_ Fecha de admisión: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Procedencia: \_\_\_\_\_ Fuente de información: \_\_\_\_\_  
Fiabilidad (1-4): \_\_\_\_\_ Miembro de la familia / persona significativa: \_\_\_\_\_

### VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

#### 1.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Oxigenación, nutrición e hidratación, Eliminación y termorregulación.

### NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

- Subjetivo:

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

- Objetivo:

Registro de signos vitales y características: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tos productiva / seca: \_\_\_\_\_ Estado de conciencia \_\_\_\_\_

Coloración de piel / lechos ungueales / peribucal: \_\_\_\_\_

Circulación del retorno venoso: \_\_\_\_\_

Otros:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## NECESIDADES DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

- 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

- Subjetivo

Hábitos intestinales: \_\_\_\_\_ características de las heces, orina  
y menstruación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Historia de hem& / 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **NECESIDADES DE TERMORREGULACIÓN.**

- Subjetivo:

Adaptabilidad a 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **2.- NECESIDADES BÁSICAS DE:**

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

### **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: \_\_\_\_\_

Capacidad muscular. Tono/resistencia/flexibilidad: \_\_\_\_\_

Posturas: \_\_\_\_\_

Necesidad de ayuda para la deambulaci3n: \_\_\_\_\_

Dolor con el movimiento: \_\_\_\_\_

Presencia de temblores: \_\_\_\_\_ Estado de conciencia: \_\_\_\_\_

Estado emocional: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

## NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

- Subjetivo:

Hora de descanso: \_\_\_\_\_ Horario de sueño: \_\_\_\_\_

Siesta: \_\_\_\_\_ Ayudas: \_\_\_\_\_

Insomnio: \_\_\_\_\_ Debido: \_\_\_\_\_

Descansado al levantarse: \_\_\_\_\_

- Objetivo:

Estado mental. Ansiedad/estr3s/lenguaje: \_\_\_\_\_ Ojeras: \_\_\_\_\_

Atenci3n: \_\_\_\_\_ Bostezos: \_\_\_\_\_ Concentraci3n: \_\_\_\_\_ Apat3a: \_\_\_\_\_

Cefaleas: \_\_\_\_\_

Respuesta a est3mulos: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

## NECESIDADES DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

- Subjetivo:

Influye su estado de 3nimo para la selecci3n de sus prendas de vestir: \_\_\_\_\_

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: \_\_\_\_\_

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustar3a: \_\_\_\_\_

Necesita ayuda para la selecci3n 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 PROTECCIÓN DE LA PIEL.

- Subjetivo:

Frecuencia del baño: \_\_\_\_\_

Momento preferido para ir al 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: \_\_\_\_\_

- Objetivo:

Aspecto general: \_\_\_\_\_

Olor corporal: \_\_\_\_\_ Halitosis: \_\_\_\_\_

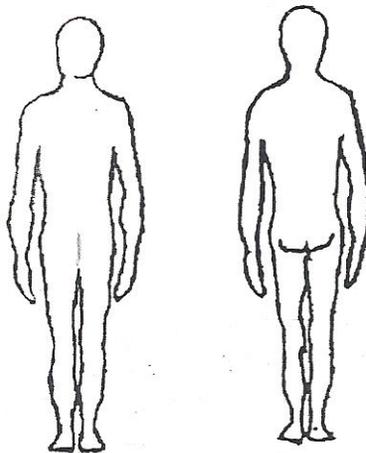
Estado de cuero cabelludo: \_\_\_\_\_

Lesiones dérmicas tipo: \_\_\_\_\_

(Anote la ubicación en el diagrama)

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: \_\_\_\_\_

**3.- NECESIDADES BÁSICAS DE:**

**Comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.**

**NECESIDAD DE COMUNICARSE.**

- Subjetivo:

Estado civil: \_\_\_\_\_. Años de relación: \_\_\_\_\_ Viven con: \_\_\_\_\_

Preocupaciones/estrés: \_\_\_\_\_. Familia: \_\_\_\_\_

Otras personas que pueden ayudar: \_\_\_\_\_

Rol en estructura familiar: \_\_\_\_\_

Comunica problemas debido a la enfermedad/estado: \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo pasa sola: \_\_\_\_\_

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 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 APRENDIZAJE.**

- Subjetivo:

Nivel de educación: \_\_\_\_\_

Problemas de aprendizaje: \_\_\_\_\_

Limitaciones cognitivas: \_\_\_\_\_

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 3.

## CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA		
	INDEPENDIENTE	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	DEPENDIENTE
OXIGENACIÓN			
NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN			
ELIMINACIÓN			
MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA			
DESCANSO Y SUEÑO			
USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS			
TERMORREGULACIÓN			
HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL			
EVITAR PELIGROS			
COMUNICARSE			
VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES			
TRABAJAR Y REALIZARSE			
JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS			
APRENDIZAJE			

ANEXO 4.

GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES  
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

INICIALES DEL CLIENTE:

FECHA:

NECESIDAD AFECTADA:

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIOLOGICO	CULTURAL


F. FUERZA  
F. VOLUNTAD  
F. DE CONOCIMIENTOS


TOTALMENTE  
DEPENDIENTE  
PARCIALMENTE  
DEPENDIENTE

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

ANEXO 5.

PLAN DE CUIDADOS

INICIALES DEL CLIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

NECESIDAD AFECTADA: \_\_\_\_\_ HOJA No. \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: \_\_\_\_\_

META	CRITERIOS DE EVALUACION	INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION

	TOTALMENTE DEPENDIENTE
	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

	ROL DE AYUDEA
	ROL DE SUPLENCIA
	ROL DE ACOMPAÑAMIENTO

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