



UNIVERSIDAD MICHUACANA DE SAN NICOLÁS DE
HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERIA

*PROCESO DE ENFERMERÍA, APLICADO A UNA PACIENTE
CON DIGNOSTICO MEDICO DE ULCERAS VARICOSAS.*

Que para obtener el Título de
Licenciado en Enfermería

PRESENTA:
SAUCEDO MUÑOS LUISA

DIRIGIDO POR:
L.E.P. RAMIRO MARCIAL MENDEZ.

Morelia, Mich. julio de 2007



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERIA**

***Proceso de Enfermería, Aplicado a un caso con Diagnóstico Médico de Ulceras
varicosas***

Que para obtener el título de
Licenciado en Enfermería

PRESENTA:

P.L.E. SAUCEDO MUÑOS LUISA

DIRIGIDO POR:

L.E.P. RAMIRO MARCIAL MENDEZ



SINODALES:



DIRECTIVOS

M.E. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA
DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

L.E.D MARIA DE JESUS RUIZ RESENDIZ
SECRETARIA ACADEMICA

L.E.D. ANA CELIA ANGUIANO MORA
SECRETARIA ADMINISTRATIVA



AGRADECIMIENTO

A DIOS

Por la vida y por haberme permitido lograr una de mis más grandes metas, por haber hecho mi camino difícil, por que así se que mantuve la esperanza, no darne por vencida en esos momentos solos y oscuros de mi carrera, brindándome tranquilidad y confianza, para darne cuenta que nunca me deja sola que siempre esta conmigo.

A MI MADRE

María Trancito Muñoz Gutiérrez.

Que aunque ya no estas con migo por que Dios así lo dispuso, se que desde el cielo tu también estas orgullosa de mi, gracias por el regalo más valioso que es la vida y por que se que desde aya tu nunca me dejas sola porque yo a cada paso de mi vida siento tu presencia.

A MI PADRE

Luis Saucedo Huitrón.

Con cariño, amor y agradecimiento, por haber confiado siempre en mi, por brindarme la oportunidad de seguir superándome como persona, por estar conmigo siempre apoyándome y por no perder la fe ya que con muchos sacrificios y esfuerzos me ha podido sacar adelante, gracias a usted soy lo que soy y me han dejado la herencia más hermosa y valiosa que es mi carrera.



A MIS HERMANOS

Abel, Ramón, Virginia, Guillermo Y Cleme.

Por confiar en mi, pero sobre todo por apoyarme moral, emocional y económicamente.
¡¡ MIL GRACIAS!!

A MI FACULTAD

Porque la considero mi segunda casa, en la cual crecí profesionalmente, en la que viví muchos de mis momentos Felices y También Tristes los cuales llevaré siempre conmigo.

A MIS MAESTROS

Por la enseñanza que me brindaron y porque a ellos debo gran parte de mi formación, especial a mi asesor. L.E.P. Ramiro Marcial Méndez por el tiempo que me dedico para realizar mi trabajo.

A MIS AMIGOS (AS)

Que nunca me dejaron sola, siempre estuvieron ahí conmigo a un en los momentos mas difíciles de mi carrera. Omito sus nombres de antemano ellos ya saben quienes son. Gracias por existir.



INDICE

I.- Introducción

II.- Justificación

III.- Objetivos

IV.- Marco Teórico Conceptual

4.1. Ulceras varicosas

4.2. Filosofía de Virginia Henderson

V- Metodología

5.1 Proceso de enfermería

VI- Desarrollo de Metodología

6.1 caso clínico

6.2 Clasificación por necesidades

6.3 Diagnósticos

VII.- Propuestas

VIII.-Conclusiones

IX.- Glosario de términos

X.-Bibliografía

XI.- Anexos



I.-INTRODUCCION

El proceso de enfermería es un método sistemático de cuidados en el que se identifican problemas reales o potenciales, con la finalidad de establecer planes de acción y así poder actuar para mejorar la salud del usuario.

El presente trabajo se realizó aplicando la metodología del proceso enfermero con la fundamentación científica basada en las 14 necesidades básicas que presenta el ser humano descritas por Virginia Henderson. El cual está estructurado de la siguiente manera la justificación donde se menciona en forma estadística la utilización de pacientes con úlceras varicosas, otro apartado de marco teórico y para su mejor comprensión está dividido en cuatro apartados: la metodología de enfermería que se recurrió para la aplicación de este proceso de atención su desarrollo de la filosofía así como de las etapas del proceso las cuales están conformadas por valoración que es la primera etapa que consiste en la recogida de datos y organización de datos que conciernen a la persona, familia y entorno, son la base para las decisiones y actuaciones posteriores, diagnóstico de enfermería es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería, planificación se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud, ejecución es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados y evaluación es comparar las respuestas de la persona, determinar si se ha conseguido los objetivos establecidos.

Con el propósito de precisar y solventar de manera eficaz las necesidades de cada paciente es indispensable establecer una serie de pautas que en su conjunto, constituye el proceso de atención de enfermería, se trata de un proceso continuo, integrado por diferentes etapas ordenadas lógicamente que tiene como objetivo fundamental la adecuada planificación y ejecución de los cuidados de enfermería orientados hacia el bienestar del paciente.



La labor de enfermería esta orientada no solamente a la atención del individuo enfermo que requiere de actividades para el alivio de su padecimiento y para la recuperación de su salud sino , también al individuo sano en la promoción y prevención de la salud. La atención de enfermería tiene entre sus principales objetivos la promoción de salud y la prevención de la enfermedad detectando posibles factores de riesgo y brindar información oportuna para evitar los peligros que amenazan la salud de un individuo, familia o comunidad.



II.-JUSTIFICACION

La úlcera varicosa constituye una de las complicaciones más frecuentes de los pacientes portadores de várices crónicas, es una lesión de la piel y tejidos localizada generalmente en el tercio inferior de las piernas, de distinto tamaño y profundidad, invalidantes, dolorosas y fácilmente contaminantes (1).

Las úlceras venosas o varicosas: constituyen las más frecuentes, en general son lesiones extensas y muy dolorosas, de larga evolución, se producen como consecuencia de una enfermedad venosa o varicosa crónica.

La incidencia de úlceras varicosas en enfermos vasculares provoca largas bajas laborales así como tratamientos y estancias hospitalarias prolongadas. Debido al largo proceso hasta la curación de este tipo de lesiones y a la existencia de una amplia gama de tratamientos que no siempre consiguen la cicatrización, se produce una situación de malestar y confusión para el paciente y los profesionales que lo cuidan (2).

Constituyen entre el 80 y 90 % de las úlceras de las extremidades. La ausencia de una circulación adecuada origina una acumulación de sangre (estasis). La sangre acumulada pasa a las venas más superficiales que no están preparadas para el exceso de flujo, produciéndose circuitos vasculares anormales y en consecuencia provocando una alteración del tejido celular subcutáneo que se endurece paulatinamente. El color de la piel circundante cambia hacia un tono pardo debido a la acumulación de hemoglobina en los tejidos (3).

1 Secretaría de Salud. La salud de la población de edad avanzada. Un reto más hacia el futuro. Cuadernos de Salud num. 1 Población y Salud. México, D.F.: SSA, 1994.

2 http://www.fundapreve.org.ar/ulcera_varicosa.htm

3 <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEuZFZAVAuAACnPdGu.php>



III.-OBJETIVOS

3.1.- GENERAL

Aplicar la metodología del proceso enfermero en una paciente con úlceras varicosas para favorecer la recuperación y salud de la paciente, basándome en los conocimientos adquiridos durante el proceso de aprendizaje y en el curso de proceso enfermero.

3.2.-OBJETIVO ESPECIFICO:

- ✓ Identificar problemas y necesidades que alteren el estado hemodinámica, fisiológico, psicológico, físico y social del paciente.

- ✓ Elaborar diagnósticos de enfermería en base a la taxonomía de NANDA con la finalidad de restablecer los problemas y necesidades del usuario para una mejor calidad de vida.

- ✓ Orientar a la familia sobre la importancia que tiene su colaboración en actividades para el beneficio de la paciente.

- ✓ Realizar acciones de enfermería que ayuden a mejorar su estado de salud de acuerdo a las capacidades aptitudes económicas e interés del paciente.



IV.- MARCO TEORICO

ULCERA VARICOSAS

Las úlceras varicosas son una complicación severa de la circulación venosa. Puede ser consecuencia de las várices, insuficiencia valvular superficial, safena, perforante o profunda. Las úlceras tienen un tamaño variable, desde las muy pequeñas a las que rodean casi todo el tobillo. El borde suele ser irregular; la misma úlcera suele ser superficial, con tejido de granulación brillante y carnosos. Si lleva algún tiempo de evolución, puede haber necrosis del tejido blando en la base, en este caso puede apreciarse un color amarillo-verdoso y un exudado de consistencia filamentosos (4)

Las úlceras constituyen una complicación de las várices que no son más que una dilatación permanente y localizada de las venas en los miembros inferiores.

Las úlceras varicosas son la dilatación bilateral y alargamiento de las venas safenas, a medida que el trastorno progresa, por la presión hidrostática y la debilidad de la vena, las paredes de las venas se extienden en forma asimétrica y algunas válvulas se tornan incompetentes. El proceso es irreversible. (5)

El 90 por ciento de las personas que presentan un padecimiento de úlceras en las piernas son de causa venosa. Esa es la razón por la cual esta consulta inclina su balanza puntualmente hacia esta dolencia, definida por los especialistas como un síntoma o una complicación de una enfermedad de las venas de los miembros inferiores.(6)

4 <http://www.terra.es/personal/duenas/8.html>.

5 Bruner, manual de enfermería, Mc Graw Hill, Interamericana vol. 2 México 1994 pp.412-415.

6 <http://www.sabelotodo.org/cuerpohumano/ulcerasvaricosas.html>

Las úlceras varicosas producen deterioro en la calidad de vida del paciente e influyen negativamente en las actividades de la vida cotidiana. Son pacientes con gran ausentismo laboral y con bajas prolongadas, además de ser grandes consumidores de recursos sanitarios, ya que los cuidados asociados al tratamiento con frecuencia se prolongan.



Causas y naturaleza

Entre sus principales causas, y, en primer lugar, "las largas estancias de pie" y, aunque pudiera resultar paradójico, también el sedentarismo.

Otras de las causas se vinculan con problemas ortopédicos (deformidades de los pies), la edad y el estreñimiento, por cuanto el acto de pujar sistemáticamente repercute dañando el funcionamiento de las venas.

La edad influye notablemente porque al igual que todos los órganos y sistemas de nuestro organismo, las venas transitan el camino del envejecimiento: van perdiendo su elasticidad y parte de sus funciones.



Con una alta frecuencia las embarazadas padecen de várices de los miembros inferiores, que son, precisamente, otra de las causas principales en el desencadenamiento de las úlceras venosas. Ello se debe a los cambios hormonales que sufren las mujeres en el curso de la gestación y al aumento de volumen del útero grávido que incrementa la presión sobre las venas.

Son más comunes en las mujeres, con una relación de dos a uno. (6)

La dilatación de la vena evita que las cúspides valvulares se unan, lo cual aumente la presión retrógrada que pase al segmento inferior de la vena.

Algunos de los factores predisponentes son:

- 1.- Debilidad hereditaria de las paredes o de las válvulas venosas.
- 2.- Distensión prolongada de las venas por embarazo, obesidad o estar de pie mucho tiempo.
- 3.- Edad avanzada, pérdida de elasticidad tisular. (5)

Síntomas

Primero, la presencia de las várices, y con el se produce un aumento del pigmento de la piel en la zona afectada. Asimismo, prurito (picazón), ardor y dolor, fundamentalmente. El diagnóstico se basa inicialmente en la apariencia característica de las piernas cuando el paciente está parado o sentado con las piernas balanceándose.

5 Bruner, manual de enfermería, Mc Graw Hill, Interamericana vol. 2 México 1994 pp.412-415.

6 <http://www.sabelotodo.org/cuerpohumano/ulcerasvaricosas.html>



A veces, un médico puede ordenar una ecografía dúplex de la extremidad para observar el flujo sanguíneo, caracterizar los vasos y descartar otros trastornos de las piernas. Rara vez, se puede llevar a cabo una angiografía de las piernas para descartar otros trastornos.

Aunque las manifestaciones clínicas de la insuficiencia venosa son numerosas e incluyen diferentes fases antes de las úlceras, estas son una consecuencia fundamental de la enfermedad venosa crónica, El área del tobillo tiene un color pardo y existe un cierto grado de edema en la región inferior de la pierna, la piel puede estar indurada y tener un tacto leñoso, por liposclerosis, puede haber áreas de la piel fina o cicatrices antiguas por úlceras previas, la piel puede aparecer seca y escamosa, el prurito es a veces intenso, la región inferior de la pierna puede presentar un color amoratado por ingurgitación venosa.

Localización

Se localizan con preferencia en el tobillo, en su cara interna o externa, aunque a algunos pacientes, los menos, les rodea la circunferencia del tobillo. Es lo que en lenguaje médico denominamos la forma anular.

Se debe acudir sin pérdida de tiempo al médico, quien indicará las primeras medidas y establecerá las ínter consultas con los especialistas de Angiología cuando lo estime oportuno.

Las úlceras por éxtasis venosa es una lesión cutánea que aparece habitualmente alrededor del tobillo o parte inferior de la pierna, causada por una hipertensión venosa.



Prevención

Las más importantes. Evitar en lo posible las estancias de pie prolongadas, diría que más de dos horas de pie en una misma posición; comer bajo de sal para impedir inflamaciones en los miembros inferiores; realizar ejercicios como caminar, montar bicicleta, nadar; pararse en las puntas de los pies varias veces al día; utilizar algún laxante cuando existe constipación; mantener el peso ideal; evitar las exposiciones al calor o al sol de forma excesiva, lo que tiende a dilatar las venas. Y añadiría que tanto para la prevención como para la curación de estas úlceras, es beneficioso el uso de medias o vendas elásticas.

Tratamiento

Son medicamentosos y quirúrgicos. Los medicamentos van dirigidos a lograr la cicatrización de la úlcera, y el quirúrgico a eliminar la causa que la produce: las várices. La aplicación del propóleos, el aloe, el azúcar blanco, o fomentos de mangle rojo, entre otros ayudan en el tratamiento, y son una alternativa utilizable. En realidad no son difíciles de curar, si el paciente sigue al pie de la letra las medidas indicadas por su médico. Cuando se incumplen pueden convertirse en crónicas, lo que origina que las lesiones se mantengan abiertas durante largos períodos con hospitalizaciones prolongadas, un alto costo de medicamentos y la pérdida de días laborables. (6)

Su tratamiento en base a curaciones con medicamentos especiales, tratamiento de las várices mediante escleroterapia (inyecciones), espumas esclerosantes, vendajes y medicamentos da excelentes resultados, con un rápido alivio del dolor, mejoría de la circulación y cicatrización de la úlcera.(7)

6 <http://www.sabelotodo.org/cuerpohumano/ulcerasvaricosas.html>

7 <http://www.varix.cl/prod02.htm>



Uno de los tratamientos clínicos de las úlceras varicosas es el vendaje compresivo de la pierna y el uso de apósitos, que favorecen la curación. Sin embargo, como no corrigen la causa que las produce, con el paso del tiempo estas lesiones pueden reaparecer.

También existe el tratamiento quirúrgico, bien mediante cirugía abierta, que es un procedimiento agresivo, o a través de cirugía endoscopia. Ésta es una técnica más novedosa pero presenta algunas limitaciones, como el acceso a las venas de los tobillos, donde se localizan más del 30% de las úlceras (8).

Las personas con diabetes deben sobre todo extremar el cuidado de sus pies y mantener el control estricto de la enfermedad. En cuanto a las gestantes, requieren igualmente un cuidado especial de sus piernas por las razones apuntadas con anterioridad. (6)



Las úlceras varicosas son lesiones con pérdida de sustancia, que asientan sobre piel dañada por una dermatitis secundaria a hipertensión venosa, y constituyen la complicación principal de la insuficiencia venosa crónica. También se les conoce como úlceras de estáis.

6 <http://www.sabelotodo.org/cuerpohumano/ulcerasvaricosas.html>

8 http://www.adaptogeno.com/art_opinion/art163.asp



4.2.-FILOSOFIA DE VIRGINIA HERDERSON

Virginia Henderson nació el 19 de Marzo 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

DATOS BIOGRAFICOS (1897-1996)

- ◆ 1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de enfermería del ejército en Washington D. C..
- ◆ 1926 ingresa al Teachers College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y magister en arte en 1934.
- ◆ 1929 ocupa el cargo de Supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York.
- ◆ 1930 a su regreso al Teachers College es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas en esta Universidad hasta 1948. .
- ◆ 1953 ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de Enfermería.
- ◆ 1959 a 1971 dirige el Proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.
- ◆ 1953 hasta 1958 trabajo en el Proyecto dirigido por Leo W Simmons, quien edito durante cinco años una Encuesta Nacional sobre la Investigación en Enfermería la cual fue publicada en 1964.
- ◆ 1966 publica su obra The Nature of Nursing aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.



Henderson define a la enfermería en términos funcionales como : " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo , en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación o una muerte tranquila , que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza , la voluntad y el conocimiento necesario . Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible"

Los elementos más importantes de su teoría son:

- ◆ La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- ◆ Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud
- ◆ Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- ◆ Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow , las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización .

FUENTES TEORICAS

Tres factores la condujeron a compilar su propia Definición de Enfermería el primero de ellos ocurrió al revisar el texto de Berta Harmer. El segundo factor fue su participación como integrante del Comité de la Conferencia Regional de la Nacional Nursi Council en 1946, y el tercer factor estaba representado por su propio interés en el resultado de cinco años de Investigación de la American Nurses Association (ANA) sobre la función de enfermería en 1955. Henderson clasifico su trabajo como una definición más que como una teoría, la describió como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas.



TENDENCIA Y MODELO

La filosofía de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es denominada por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

**Definición de Enfermería**

Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

Salud

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

Entorno

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo.

Persona (paciente)

Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.



Necesidades

Señala catorce necesidades básicas del paciente que abarca todos los componentes de la asistencia en enfermería y estas son:

1. Necesidad de oxigenación.
2. Necesidad de comer y beber.
3. Necesidad de eliminación.
4. Necesidad de movimiento y mantener una buena postura.
5. Necesidad de dormir y descansar.
6. Necesidad de vestirse y desvestirse.
7. Necesidad de mantener la temperatura corporal.
8. Necesidad de mantener la higiene y proteger la piel.
9. Necesidad de evitar peligros.
10. Necesidad de comunicarse.
11. Necesidad de vivir con sus valores y creencias.
12. Necesidad de trabajar y realizarse.
13. Necesidad de participar en actividades recreativas.
14. Necesidad de aprender.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas



situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipos físicos, psicológicos, sociológicos o relacionados a una falta de conocimientos.

Virginia Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

- ◆ Permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
- ◆ Variables: estados patológicos:
 - ◆ Falta aguda de oxígeno.
 - ◆ Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
 - ◆ Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
 - ◆ Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
 - ◆ Estados febriles agudos debidos a toda causa.
 - ◆ Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
 - ◆ Una enfermedad transmisible.
 - ◆ Estado preoperatorio.
 - ◆ Estado postoperatorio
 - ◆ Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
 - ◆ Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.



SUPUESTOS PRINCIPALES

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma:

Enfermería:

La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas.

Persona (paciente):

- ✓ La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional
- ✓ El cuerpo y la mente son inseparables.
- ✓ El paciente requiere ayuda para conseguir su independencia.

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad. Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

**Salud:**

- ✓ La salud es calidad de vida
- ✓ Es fundamental para el funcionamiento humano
- ✓ Requiere independencia e interdependencia
- ✓ Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.

La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.

Entorno:

- ✓ Las personas sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermería puede interferir en dicha capacidad.
- ✓ La enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad
- ✓ Las enfermeras deben proteger al paciente de lesiones mecánicas.
- ✓ Las enfermeras deben reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipos y mantenimientos.

AFIRMACIONES TEÓRICAS

Relación enfermera – paciente:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

- ◆ La enfermera como sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.
- ◆ La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.



- ◆ La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

Durante los estados de convalecencia la enfermera socorre al paciente para que adquiera o recupere su independencia. Henderson afirmó que la independencia es un término relativo, nadie es independiente de los demás pero no esforzamos por alcanzar una interdependencia sana, no una dependencia enfermera.

La enfermera y el paciente siempre trabajan por un objetivo ya sea la dependencia o una muerte tranquila, una de las metas de la enfermera debe ser mantener la vida

cotidiana del paciente, lo más normal posible, otro de los fines importantes para la enfermera es favorecer la salud, Henderson señalaba que se puede sacar mayor partido de ayudar a una persona a aprender como mantener su salud que preparando a los terapeutas más especializados para que la ayuden en los momentos de crisis.

Relación enfermera – médico:

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

Relación enfermera – equipo de salud:

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.



MÉTODO LÓGICO

Henderson utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Dedujo esta definición y las catorce necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos. Los supuestos de la definición de Henderson deben estudiarse con el fin de valorar su concordancia lógica. Muchas de los supuestos tienen validez por su gran coincidencia con las publicaciones y las conclusiones de investigación de científicos de otras disciplinas. Por ejemplo las 14 necesidades básicas que señala se corresponden íntimamente con la clasificación de las necesidades humanas ampliamente aceptada.

ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE LA ENFERMERÍA

Ejercicio profesional

La enfermera considera que su función principal es el cuidado directo del paciente, recibirá la compensación inmediata de observar un progreso en el mismo desde la dependencia a la independencia, cuando este no posee la voluntad, conciencia o fortaleza necesaria por medio de la valoración, el plan y la evaluación de cada uno de los 14 componentes básicos de la asistencia en enfermería.

Formación

Para que una enfermera ejerza su profesión de forma experta y aproveche los métodos científicos para mejorar sus técnicas, necesita contar con un tipo de formación que solo se imparte en las escuelas superiores y universidades, la formación de una enfermera requiere una comprensión global de todos los seres humanos.

Investigación

La enfermera deben adquirir el hábito de buscar investigaciones en las que poder basar su experiencia, para mejorar su actividad, de cada uno de los 14 componentes de



asistencia básicas de enfermería surgen cuestiones relativas a la investigación y la función de la enfermera deberá asistir en asumir le responsabilidad de identificar los problemas para validar de forma continua su función, mejorar los métodos que emplea y asegurar la eficacia de sus cuidados.

Una enfermera no debe limitarse a realizarse solo una labor investigadora, sino que debe comportarse siempre como investigadora ya escriba o no, transmita en público o no sus conclusiones. Como lo define Henderson de una función especializada de la enfermera esta enormemente extendida, ha llegado a convertirse en piedra angular sobre la que se sustenta la enfermera como una disciplina científica profesional. (9)



V.- METODOLOGIA

4.1 PROCESO DE ENFERMERIA

DEFINICIÓN

El Proceso de Enfermería es el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.

Es un proceso intelectual compuesto de distintas etapas ordenadas lógicamente que tiene como objetivo planificar cuidados orientados al bienestar del cliente. Utilizando como rigor es en realidad un método sistemático que permite recoger la información necesaria, manejarla, concretarla en intervenciones adecuadas y evaluar sus resultados aplicados al marco conceptual de virginia henderson facilita de forma extraordinaria la identificación de las necesidades del cliente en el plano-psico-social, cultural y espiritual y la búsqueda de las fuentes de dificultad que impiden su satisfacción. Igualmente permite poner en práctica intervenciones capaces de reducir la influencia de las fuentes de dificultad y de satisfacer las necesidades en la medida de lo posible.

Yura y Walsh (1988) afirma que el proceso de enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cubrir el objetivo de la enfermería, manteniendo el bienestar óptimo del cliente y si este estado cambia proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar. En caso de que este bienestar no se pueda conseguir el proceso de enfermería debería contribuir a la calidad de vida del cliente, elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible.



PROPOSITO

Proporcionar un sistema dentro del cuál se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia y de la comunidad. Además de Identificar las necesidades de cuidados actuales o potenciales de un cliente, familia o comunidad para establecer planes y realizar acciones especificas que satisfagan esas necesidades.

ESTRUCTURA

Esta organizado en cinco etapas identificables que se convierten en los elementos concretos para operativisar el proceso en el hacer cotidiano del profesional de enfermería.

1. **valoración.** esta centrada en la recogida de información relativa al cliente, con el propósito de identificar necesidades, problemas o respuestas humanas del cliente.
2. **diagnostico.** los datos recogidos son analizados e interpretados de forma crítica. se extraen conclusiones en cuanto a las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas.
3. **planificación.** se desarrollan estrategias para evitar, reducir o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería
4. **ejecución.** es el inicio y terminación de las acciones para lograr los resultados definidos en la planificación. implica la comunicación del plan a todas a aquellas personas que participan en los cuidados del paciente.
5. **evaluación.** es un proceso continuo que determina hasta que punto se han alcanzado los objetivos asistenciales



UTILIDAD

Queda constatada ante las exigencias cada vez de mayor nivel de los avances de salud que demandan cuidados de calidad:

- ◆ Impide omisiones y repeticiones
- ◆ Favorece la individualización
- ◆ Permite una buena comunicación

PROPIEDADES

El proceso de enfermería tiene seis propiedades:

- **Intencionado:** Se puede describir como resuelto porque va dirigido a un objetivo.
- **Sistemático:** Es sistemático porque consiste en la utilización de un enfoque organizado para conseguir su propósito.
- **Dinámico:** Es dinámico porque está sometido a continuos cambios. Se trata de un proceso continuo enfocado en las respuestas cambiantes del cliente que se identifican a través de las relación entre profesional de enfermería y cliente.
- **Interactivo:** Se basa en las relaciones recíprocas que se establecen entre el profesional de enfermería y el cliente, la familia y otros profesionales sanitarios.
- **Flexible:** Se puede adaptar a la práctica de la enfermería en cualquier marco o área de especialización que trate con individuos, grupos o comunidades; Sus fases se pueden utilizar de forma consecutiva y concurrente.
- **Base Teórica:** Se ha ideado a partir de una amplia base de conocimientos, incluyendo ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquiera de los modelos teóricos de la enfermería.
- **Método:** por que es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera, que permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, los que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los



cuidados por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.

- Humanista: por considera al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es mas que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.

BENEFICIOS

- ◆ Agiliza el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales
- ◆ Desarrolla un plan eficaz y eficiente, tanto en términos de sufrimiento humano como de gasto económico
- ◆ Evita que se pierda de vista el factor humano
- ◆ Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente
- ◆ Adapta las intervenciones al individuo (no únicamente a la enfermedad)
- ◆ Ayuda a que:
 - ◆ los usuarios y sus familiares se den cuenta de que su aportación es importante y de que sus puntos fuertes son recursos
 - ◆ las enfermeras tengan la satisfacción de obtener resultados.

ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO

VALORACION

Es la primera fase del proceso de enfermería que se define como el proceso organizado y sistematizado de recogida y recopilación de datos, sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes; estas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente, a la familia o a cualquiera otra persona que de atención al paciente, y evaluar sus patrones de afrontamiento actuales y pasados.

La valoración puede derivarse de la aplicación de cualquier teoría de enfermería de tal forma que se puede valorar al usuario siguiendo las 14 necesidades de henderson, a si mismo la valoración por un modelo medico puede utilizar la metodología de exploración de cabeza a pies o por sistemas corporales.



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

Componentes:

- 1.-recolección de la información.
- 2.-organización de datos
- 3.-validación de datos.
- 4.-registro de la información.

Tipos de datos

Los datos se clasifican según pueden ser observados medidos y/o supuestos en:

- ✓ **Objetivos** (signos manifiestos) son aquellos que son observables y medibles por lo tanto delatan una información concreta y exenta de parcialidad habitualmente estos datos se obtuvieron a través de los sentidos (olfato, vista, oído y tacto) durante la exploración física del cliente. Ejemplo: signos vitales, coloración de la piel, llanto, edema y peso.
- ✓ **Subjetivos** (síntomas o datos encubiertos) son los datos que reflejan hechos y situaciones expresados por el propio cliente, solo son evidentes para la persona afectada y únicamente ella puede describirse y certificarlos. Estos datos se obtienen generalmente durante la anamnesis de enfermería e incluyen las percepciones, sentimientos e ideas del cliente sobre si misma y sobre el estado de la salud personal.
- ✓ **Históricos:** antecedentes (hechos acaecidos con anterioridad)
- ✓ **Actuales:** los que refiere el cliente como datos del momento del presente



Es importante que la enfermera no haga generalizaciones o interpretaciones (sobre todo con los datos objetivos) es más útil la descripción específica del comportamiento del cliente ya que las causas de este deberán ser investigadas.

Recolección de datos:

Da inicio desde el primer encuentro con el usuario y continua en cada encuentro subsiguiente hasta que la persona sea dada de alta, por lo que es importante a aprovechar cada momento con el usuario y familia para recolectar datos que nos permita conocerlos.

Para obtener información se recurre tanto a fuentes directas como indirectas. Fuentes directas (el usuario y familia que constituyen la principal fuente de información), fuentes secundarias son los amigos y profesionales por que aportan datos valiosos sobre el usuario. Las fuentes indirectas son expedientes clínicos y la bibliografía relevante.

Es indispensable contar con un guía durante la recolección de la información, para seguir una metodología específica durante la valoración, evitar omisiones y facilitar la agrupación de datos, la recolección de datos del usuario puede ser general y específica así primero tendrá un conocimiento de todos los aspectos relacionados con el estado de salud y una vez detectada un problema real o de riesgo centrar la valoración en un área específica.

Toda la información se recolecta por medio de la entrevista y el examen físico ambas se complementan y clarifican mutuamente en consecuencia se pueden realizar simultáneamente.



A) La entrevista es una labor compleja que requiere ante todos de habilidad en la comunicación y de la interrelación estrecha con el usuario, tiene como finalidad la atención de la información necesaria para el diagnóstico y plantación la iniciación de un ambiente terapéutico caracterizado por el diálogo, respeto y confianza y el establecimiento de objetivos comunes entre la enfermera y el usuario.

Todas las entrevistas por mas sencilla que sea debe tener una Introducción para saludar al usuario, proceder a presentarse y explicarse la razón de la entrevista: también debe posees un Modelo, caracterizado por el dialogo y por seguir la estructura de la guía de valoración, por ultimo la entrevista debe presentar un Cierre para informar al usuario sobre su termino, agradecer la colaboración y establecer objetivos comunes.

Entre los aspectos que se debe tener presentes para realizar una entrevista están los siguientes:

Seguir la guía de valoración para llevar un orden y saber exactamente lo que se va a preguntar al usuario (evitar improvisación).

- ✓ Asegurar un entorno con las características de privacidad y tranquilidad.
- ✓ Valorar el momento para realizar la entrevista, el usuario debe encontrarse en condiciones físicas y emocionales idóneas para poder contestar a las preguntas.
- ✓ Mantener durante la entrevista una distancia de uno a dos metros con relación al usuario por que lo puede intimidar o demostrarle falta de interés, también hay que procurar que tanto la cabeza de la enfermera como la del usuario estén a la misma altura para evitar sentimientos de inferioridad por parte del usuario.
- ✓ Dedicar el tiempo necesario para la entrevista, si no es posible valorar en un solo momento al usuario, fraccionar la entrevista y centrar la atención en aquellas áreas que son de mayor problema; sin olvidar completar la valoración general en la primera oportunidad.



- ✓ Ser amable, cordial y respetuoso (evitar sobrenombres y diminutivos)
- ✓ Formular preguntas claras y sencillas, considerando el nivel del usuario (evitar términos desconocidos).
- ✓ Escuchar con atención todo lo que dice el usuario (evitar escribir cuando el este hablando)
- ✓ Conseguir la información sin presionar al usuario, por que puede obtener información errónea o perderse de la misma.
- ✓ Poner atención en el lenguaje no verbal del usuario, este nos dice más que la palabra.
- ✓ Dejar que el usuario exprese sus ideas para poder conocer su verdad (evitar adivinar o completar)
- ✓ Desarrollaran la capacidad de empata con el fin de comprender mejor la actitud y conducta del usuario.

B) El examen físico nos permite obtener una serie de datos para valorar el estado de salud de un individuo y determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería, este debe ser completo, sistemático y preciso, con un modelo por sistemas corporales o de cabeza a pies. Para efectuar el examen físico se requiere cuatro técnicas principales: inspección, palpación, percusión y auscultación, además de la medición de los signos vitales y de la somatometria.

- ✓ **Inspección:** Se refiere a la exploración visual del cliente, para determinar repuestas o estados normales, inusuales o anormales. Es sistemática y detallada, ya que define características como el tamaño, color, textura, aspecto, movimiento y simetría.
- ✓ **Palpación.** Es la utilización del tacto para determinar las características de la estructura orgánica debajo de la piel. Esta técnica permite ala enfermera evaluar el tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad.



- ✓ Percusión. Consiste en que la enfermera golpea una superficie corporal con uno o varios dedos para producir sonidos. Esto permite determinar el tamaño, la densidad, los bordes de un órgano y su localización.
 - ✓ Auscultación. Consiste en escuchar el ruido producido por los órganos de cuerpo.
- (9)

**C.- Observación:**

Sistemática implica el uso de sentidos para adquirir información relativa al cliente, persona allegadas al entorno y las relaciones existentes entre estas tres variables. Es una técnica que requiere disciplina y práctica, experiencia y conocimiento cada uno de los datos identificados durante la observaciones deberá ser más estudiada, pudiendo justificar o negar las impresiones iniciales de la enfermera.

Organización de datos.

La enfermera puede organizar los datos en diferentes esquemas o modelos disponibles, éste se puede modificar de acuerdo al estado físico del cliente. Alguno de los modelos son los patrones funcionales de Gordón, el modelo de autocuidado de Orem y el modelo de adaptación de Roy.

Validación de la información.

Una vez reunida la información del usuario tiene ser válida para estar seguros de que los datos obtenidos sean los correctos. La validación evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la dirección equivocada y cometer errores al identificar los problemas. Para la validación de los datos es necesario revalorar al usuario, solicita a otra enfermera que recolecte aquellos datos en los que no se estén seguros, compara datos objetivos y subjetivos. La validación de los datos es de suma importancia por que si no se realiza es probable que en la etapa de diagnóstico se presenten dificultades para la agrupación e interpretación de la información.



Registro de la información.

Es el último paso de la etapa de valoración y consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico, los objetivos que persigue de la información son favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la prestación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería.

Con respecto al registro de datos este varía de un control laboral a otro pero el saber como y que anotar es importante en extremo para el paciente y para protegerte a si mismo de posibles demandas por mala práctica profesional.

DIAGNOSTICO.

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración, es un juicio clínico sobre las respuestas humanas del individuo, la familia, o la comunidad problemas de salud, procesos de salud vital real o potencial los diagnósticos proporcionan la base para la selección de las intervenciones de enfermería con el objetivo de resolverlo o disminuirlo.

Para realizar esta etapa se requiere de cuatro pasos fundamentales

- ✓ Razonamiento diagnóstico
- ✓ Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes
- ✓ Validación.
- ✓ registro de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

**Razonamiento diagnostico.**

Es la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas, la enfermera durante razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico.

Los pasos a seguir durante el razonamiento diagnóstico son los siguientes:

- ✓ Realizar un listado de todos los datos significativos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales, que aporte la valoración incluyendo los recursos (capacidades).
- ✓ Analizar y agrupar los datos significativos (indicios) que cree que se relacionan y realizar las deducciones correspondientes.
- ✓ Comparar los datos significativos (subjetivos, objetivos, holísticos y actuales) con los factores relacionados/riesgos y con las características definitorias de las categorías diagnósticas de la NANDA.
- ✓ Efectuar revaloración si existen dudas y lagunas de información.
- ✓ Determinar si la enfermera tiene la autoridad para hacer el diagnóstico definitivo y ser principal responsable de la precisión prevención y tratamiento del problema.
- ✓ Proceder a dar el nombre correspondiente a las respuestas humanas y a las respuestas fisiopatológicas.
- ✓ Determinar los factores relacionados o de riesgo

Requisitos para los diagnósticos:

- Capacidad de acción se refiere a la capacidad de la enfermera para recoger datos, lo cual requiere contar con un marco-teórico conceptual y en instrumento de valoración.
- Capacidad intelectual es decir, el tener como norma de comportamiento el indultar y cuestionar.
- Conocimientos clínicos y expedientes estos le permitirá inferir las conclusiones.



Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes:

Diagnostico enfermero:

Es un juicio clínico sobre la respuesta humana de una persona, familia o comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales y de riesgo, en donde la enfermera es responsable de su predicción prevención y tratamiento en forma independiente.

Los diagnósticos enfermeros están dentro del ámbito independiente de la practica profesional ya que se refiere a situaciones que la enfermera identifica, valida y trata independientemente, siendo ella la responsable del logro del resultado deseado por lo tanto únicamente en los diagnósticos enfermeros deben utilizarse las categorías diagnosticas de la NANDA.

Clasificación de diagnostico enfermero

El diagnostico enfermero real: estado o situación alterado que existe y que ha sido confirmado mediante las características definitorias (signos y síntomas) del diagnostico, en este tipo de diagnósticos el enfoque de las actividades de enfermería se dirige hacia la eliminación, reducción del problema y el control, síntomas presentes.

El diagnostico enfermero de riesgo (potencial). Describe respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables, no existen características definitorias (datos objetivos y subjetivos) solo se apoya en los factores de riesgo (etiología).

El diagnostico enfermero de salud. Es un diagnostico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor. Reconoce a los pacientes sanos que desean



lograr un mejor funcionamiento en un área específica, estos diagnósticos el personal se enfoca hacia la enseñanza de un mayor nivel de bienestar. (12)

Para un diagnóstico enfermero de riesgo (potencial) se emplea únicamente dos partes: problema + factores de riesgo, ya que no existen datos objetivos y subjetivos (características definitorias) los factores de riesgo son aquellos que predisponen a un individuo familia o comunidad a un acontecimiento nocivo.

En cuanto a la formulación de diagnósticos de salud estos únicamente llevan un solo elemento que es el nombre correspondiente a la respuesta humana a la cual se le anteponen las palabras "potencial de aumento o potencial de mejora de".

Problema interdependiente.

Es un juicio clínico sobre la respuesta fisiopatológica del organismo a problemas de salud reales o de riesgo en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en colaboración con el equipo sanitario. Los problemas interdependientes se clasifican en reales y de riesgo, cuando el problema se hace evidente a través de sus signos y síntomas, se trata de un problema interdependiente real, y si existen factores de riesgo pero aun no hay manifestaciones clínicas, entonces se trata de un problema interdependiente de riesgo.

12 Lynda Juall Carpenito Planes de cuidados y Documentación en enfermería, Interamericana, Mc.



PLANEACION

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

Durante esta fase se desarrollan los resultados e intervenciones de enfermería. Los **resultados** indican lo que el cliente podrá hacer como resultado de las acciones de enfermería. Las **intervenciones** de Enfermería describen de qué modo la enfermera puede ayudar al cliente a alcanzar los resultados. **(9)**

Pasos

- ✓ Establecer prioridades
- ✓ Elaborar objetivos
- ✓ Determinar acciones de enfermería
- ✓ Documentar el plan de cuidados

Establecer prioridades.

La priorización siguiendo que amenazan la vida e interfieren con las necesidades humanas, resulta fácil cuando la enfermera sigue un orden:

1. Los problemas de riesgo vital, se consideran de prioridad alta.
2. Los que suponen una amenaza de salud se les suele asignar una prioridad media.
3. La prioridad baja es aquella que surge de necesidades normales y requieren un apoyo mínimo de enfermería.
4. problemas que amenazan la vida e interfieren con las necesidades fisiológicas.
5. problemas que interfieren con la seguridad y la protección.
6. problemas que interfieren con el amor y la pertenencia
7. problemas que interfieren con la autoestima
8. problemas que interfieren con la capacidad para lograr objetivos personales.



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

Elaboración de objetivos

Los objetivos son una parte indispensable dentro de la etapa de planeación, ya que con ellos usted mide el éxito de un plan determinado al valorar el logro de los resultados. También permiten dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados y son factores de motivación.

Normas generales par la descripción de objetivos:

1. cuando sea posible, escribir los objetivos en términos que sean observados y medibles.
2. describir en forma de resultado o logros a alcanzar y no como acciones de enfermería.
3. elaborar objetivos cortos.
4. hacer específicos los objetivos.

Establecimientos de objetivos:

- ≡ describir lo que el cliente será capaz de hacer en un momento determinado.
- ≡ Derivados directamente de los diagnósticos.
- ≡ Permiten evaluar el funcionamiento del plan de cuidados (validez y eficacia).
- ≡ Permiten dirigir las actividades de enfermería en el sentido de alcanzar dichos objetivos.

**Formula para describir un objetivo:**

Sujeto + Verbo + Criterio de realización + condiciones (si son necesarios) = enunciado del objetivo.

Directrices para redactar los objetivos son:

- ⊃ Los resultados deberán estar relacionados con la respuesta humana
- ⊃ Tienen que estar centrados en el cliente. Deberá tratar sobre lo que hará el cliente y cuándo y hasta que punto se llevará a cabo.
- ⊃ Deberán ser claros y concisos
- ⊃ Asegurarse de que los resultados sean realistas para las capacidades y limitaciones y para el plazo asignado. Es importante tomar en cuentas los recursos con los que se cuente. Y deberán describir comportamiento mensurable y observable.
- ⊃ Asegurarse de que el paciente considera los objetivos importantes y los valora.
- ⊃ Asegurarse de que los objetivos y los criterios de resultados son compatibles con el trabajo y las terapias de otros profesionales.
- ⊃ Asegurarse de que cada objetivo deriva de un solo diagnóstico enfermero.

Los objetivos para un plan de cuidados deben reunir las siguientes características:

1. resultar del Dx enfermero o problema interdependiente; es decir centrarse en dar solución al problema (objetivo final) y en la modificación o desaparición de los factores causales del problema o de sus efectos (objetivos específicos)
2. estar dirigidos al usuario, familia, por que en ellos se esperan los resultados; también pueden referirse a una parte del organismo o a una función como es el caso de algunos diagnósticos enfermeros y cuando se tratan de problemas interdependientes.



3. incluir verbos que se puedan observar y evaluar para tener la certeza de que se ha logrado el objetivo.
4. considerar en los objetivos conductas de los dominios: cognitivos, afectivos y psicomotriz de acuerdo a las características del problema de salud. (9)

Determinación de acciones de enfermería.

Son todas aquellas acciones (estrategias específicas para ayudar al cliente al logro de los objetivos) que realiza el equipo de enfermería dirigidos a promover pautas de comportamiento favorecedoras de la salud, preventivas de enfermería y protectoras de los riesgos ambientales, incluyendo además acciones conducentes a la recuperación de la salud, al control de la enfermedad y sus complicaciones, así como a la rehabilitación, estas basan en los factores etiológicos o relacionados identificados en la 2da participación del diagnóstico de enfermería. En la determinación de dichas estrategias se emplea el pensamiento crítico, para analizar la situación problema mediante cuestionamientos que conducen a la selección de acciones de enfermería específicas (12)

El éxito de las intervenciones o estrategias, depende de la capacidad que tenga la enfermera de generar y escoger alternativas eficaces. Las intervenciones se centran en las actividades necesarias para el fomento, conservación o restablecimiento de la salud del cliente. Y pueden ser interdependiente e independientes.

9 antologías metodología de enfermería curso titulación

12 Lynda Juall Carpenito Planes de cuidados y Documentación en enfermería, Interamericana, Mc



Componentes del plan de cuidados.

Pueden estructurarse de varias formas dependiendo de las normas institucionales, no obstante normalmente los componentes del plan deberán ser:

- ⊖ diagnósticos de enfermería o problemas independientes.
- ⊖ Objetivo (deberá describirse minimamente un objetivo por cada diagnostico y estos pueden ser a corto o largo plazo).
- ⊖ Actividades de enfermería
- ⊖ Informe de la evaluación.

Los planes de cuidados pueden ser:

- ⊖ individualizados cuando se utiliza un formato dividido en columnas en donde la enfermera procede a escribir el dx. Enfermero/ problema interdependiente, objetivos, acciones de enfermería y evaluación.
- ⊖ Estandarizados en caso que estén impresos y respondan a problemas específicos, permitiendo hasta cierto punto su individualización al dejar espacios en blanco para que la enfermera realice anotaciones particulares del usuario.
- ⊖ Computarizados que surgen de planes creados por ordenador que después de introducir información del usuario, familia y comunidad ofrecen los planes de cuidados respectivos.

Características de las intervenciones.

1. Ser congruentes con el plan de cuidados. No deberán entrar en conflicto con los enfoques terapéuticos del resto de los miembros del equipo de salud.
2. Basarse en principios científicos. Utilización de un fundamento científico que apoye las decisiones de la enfermera y constituya la base de la acción de enfermería.



3. Individualizarse a las situaciones en concreto. Centrarse en los factores relacionados con el diagnóstico, incluir la opinión del paciente y familia, tener en cuenta las fuerzas y debilidades del cliente y familia y tener en cuenta la urgencia y gravedad de la situación.
4. Utilizarse para proporcionar un ambiente seguro y terapéutico. Deben satisfacer las necesidades fisiológicas, antes de poder ocuparse de niveles superiores. En un ambiente seguro, se proporcionan estas necesidades básicas mediante las intervenciones médicas y de enfermería. Para un ambiente terapéutico, se desarrollan estrategias que resulten eficaces en la promoción, mantenimiento o restablecimiento de la salud. Las intervenciones pueden consistir en tratamientos, valoración, enseñanza, consultas o cualquier tipo de acción que prometa ser útil.
5. Utilizar los recursos apropiados. La enfermera debe tener en cuenta si la intervención deberá ser práctica en lo referente al equipo, factores económicos y recursos humanos.(12)

Directrices para la redacción de las intervenciones de enfermería.

- a) deberán estar fechadas y firmadas
- b) Deberán incluir verbos de acción concretos y enumerar las actividades específicas para lograr los resultados esperados.
- c) Deberán definir, Quién, Qué, Dónde, Cuándo, Cómo y Con Qué frecuencia tendrá lugar las actividades identificadas.
- d) Deberán estar individualizadas (9)

9 antologías metodología de enfermería curso titulación

12 Lynda Juall Carpenito Planes de cuidados y Documentación en enfermería, Interamericana, Mc



Documentación del plan de cuidados.

Es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados. (Berta) Además Es el registro organizado de los diagnósticos de enfermería, resultados esperados, intervenciones de enfermería y progresos periódicos o informe de evaluación

Finalidades de la documentación

- ◆ Proporcionar cuidados individualizados.
- ◆ Continuidad asistencial.
- ◆ Comunicación con el equipo de salud.
- ◆ Evaluación del cuidado del cliente y de la calidad de la atención.

Propósitos

Sirve como borrador para dirigir las actividades de enfermería hacia el cumplimiento de las necesidades de salud del cliente. Proporciona un mecanismo para la administración de unos cuidados consientes y coordinados. Se utiliza como un instrumento de comunicación entre las enfermeras y demás miembros del equipo de salud.

Característica

1. Está escrito por profesionales de enfermería.
2. Se empieza después del primer contacto con el paciente.
3. Están fácilmente disponibles y actualizados



EJECUCION

Es la fase en que la enfermera pone en marcha el plan de cuidados de enfermería. Tras valorar de nuevo al cliente y determinar las necesidades de asistencia la enfermera ejecuta las estrategias planeadas. Las actividades de enfermería suelen incluir cuidar, comunicar, ayudar, aconsejar, actuar como defensor y agente de cambio del cliente guiar y tratar. Además de incluir el delegar cuidados a otro personal de enfermería o supervisar y evaluar las actividades de enfermería de otros. Tras cumplir las órdenes de enfermería, las enfermeras completan la fase de ejecución registrando las intervenciones así como las respuestas del cliente en las notas evolutivas de enfermería

Así mismo lo definen como la realización de ayuda o la dirección de la realización de actividades de la vida diaria, el asesoramiento y la información al cliente o a la familia, la prestación de cuidados directos, la supervisión y evaluación del trabajo del cuerpo de enfermería y el registro e intercambio de información relacionada con la asistencia sanitaria continuada al cliente.

Pasos de la ejecución

- ✓ Preparación.
- ✓ Intervención.
- ✓ Documentación.



Preparación

Antes de llevar a cabo un plan de cuidados se debe:

1. Revisar que las acciones estén de acuerdo a las características del usuario y que sean compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria haciéndose necesaria la revaloración.
2. Analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarias para realizar las actividades planeadas, en caso contrario es indispensable solicitar asesoría.
3. tener en mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería.
4. reunir el material y equipo necesario para llevar a cabo cada intervención
5. crear un ambiente cómodo y seguro para el usuario durante la realización de cada actividad.
6. delegar cuidados enfermeros que se ajusten a los cuatro puntos clave de la delegación
7. Interpersonales: son esenciales para una actuación eficaz de enfermería, el personal ha de comunicarse en forma clara con el paciente y debe estar atento a las respuestas emocionales del paciente y reconocer con momento el estado psicológico del paciente.
8. Técnicas: se refiere a los diversos procedimientos de enfermería que se deben realizar con el paciente, algunos pueden ser nuevos por lo que se debe valorar la capacidad del profesional de enfermería y determinar la necesidad de ayuda de nuevos conocimientos. (9)



Intervención

Posterior a la fase de preparación pueden llevarse a cabo las intervenciones de enfermería independientes e interdependientes planeadas, que incluyen la valoración, la prestación de cuidados para conseguir los objetivos, la educación del usuario, familia y comunidad y la comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria. Es fundamental considerar las capacidades físicas, psicológicas y personales del usuario durante la ejecución de las acciones de enfermería para lograr su participación e independencia.

En cada intervención de enfermería usted es tan responsable de los resultados emocionales como de los resultados físicos por lo que es necesario actuar siempre con pleno conocimiento de los principios y razones observando atentamente la respuesta.

Normas para la ejecución de las actividades de enfermería

- ◆ Nunca efectué una actividad de enfermería hasta que conozca el motivo que la justifica su efecto y sus posibles efectos colaterales y adversos.
- ◆ Antes de llevar a cabo la actividad vuelva a valorar al paciente para determinar el estado del problema y si las acciones previamente.
- ◆ Realizar actividades no puede ser un proceso de repetición mecánica e inconsciente debe valorar continuamente la respuesta del paciente y estar preparado para cambiarlos si no funcionan correctamente.
- ◆ Al llevar acabo actividades de enfermería deberán efectuarse en un entorno seguro y terapéutico.
- ◆ Cuando realice actividades de enfermería compruebe que conoce los protocolos y procedimientos institucionales ya que a menudo varían de un centro a otro.
- ◆ Al realizar las acciones de enfermería es importante también considerar que siendo las enfermeras y los pacientes los involucrados en las acciones convenientes reflexionar sobre los derechos de ambos.



Documentación

Es el registro que realiza la enfermera en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente del usuario y como requisito indispensable en todas las instrucciones de salud.

Son propósitos de los registros de enfermería: mantener informados a otros profesionales del área de la salud sobre datos de valoración del usuario, cuidados proporcionados y las respuestas del usuario / familia ser base para evaluación investigación y mejora de la calidad de los cuidados; respaldar legalmente las acciones de la enfermera y servir para estimar el pago de los servicios prestados.

Existen gran diversidad en los registros de enfermería por obedecer a requisitos particulares de cada unidad de atención para el cuidado de la salud; sin embargo, estos deben reunir ciertas características universales como:

- ✓ fecha y hora
- ✓ datos de valoración
- ✓ intervenciones de enfermería
- ✓ resultados obtenidos
- ✓ nombre y firma de la enfermera.

Así mismo las notas deben ser claras, completas, legibles, relevantes y oportunas.

Topologías de registros

- ✓ Registros diferenciados por disciplinas.
- ✓ Registro cuyo núcleo son los problemas del paciente es más usual en los centros de salud y las instituciones clínicas.



- ✓ Alternativa cambiada consiste en un régimen llamada historia clínica con elementos de los modelos anteriores y un mismo núcleo central (un formato de plantación unificado y conjunto).

EVALUACION

Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda práctica de enfermería: la evaluación como parte del proceso es continuo y formal por lo que esta presente en la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución. Evaluar es comparar una situación con los resultados esperados por lo tanto es un juicio relativo a la forma en que los problemas se están resolviendo, basado en una situación presente (juzgar o valorar).

Para la recopilar la información e identificar las necesidades del paciente se recurrió a la entrevista directa e indirecta con el paciente mediante una observación y una exploración física, a quienes se les explico de antemano los procedimientos que se realizaran y su finalidad del proceso enfermero.

La metodología que se utilizo para realizar el proceso de atención enfermería, consistió en la aplicación de de cinco etapas: valoración, diagnóstico, Plantación ejecución y evaluación. Y en base a la filosofía de Virginia Herderson y sus 14 necesidades humanas. Donde la primera etapa se lleva a cabo la valoración por necesidades posteriormente se elaboran los correspondientes diagnósticos utilizado las etiquetas de diagnóstico aprobada por la NANDA, en la plantación se elaboran los objetivos y plan de estrategias para prevenir, corregir o disminuir los problemas identificados durante la ejecución se llevan acabo los cuidados programados y en la ultima etapa se realizan evaluaciones de los resultados obtenidos del plan de intervenciones, así como durante el desarrollo de sus distintas etapas.(12)

12 Lynda Juall Carpenito Planes de cuidados y Documentación en enfermería, Interamericana, Mc



VI.-DESARROLLO DE LA METODOLOGIA

6.1.-CASO CLINICO

Se trata de paciente femenina de nombre Alberta de 72 años de edad, originaria y residente de Tarimbaro Michoacán con domicilio en calle Morelos # 9 col San marcos, es soltera dedicada al hogar y sin ninguna escolaridad, habita en casa construida de adobe y teja la cual cuenta con todos los servicios intradomisiliarios, cuenta con dos cuartos uno lo utilizan como cocina y el otro para dormir el cual comparte con su hermana de 69 años también soltera.

Su alimentación es deficiente en calidad y cantidad consume carne una vez por semana, verdura 1 vez ala semana y frutas muy poca, leche y huevo casi no consume, su alimentación preferente son las leguminosas, agua solo consume 2 vasos al día.

Baño cada 4 días con cambio de ropa igual, nivel socioeconómico bajo por que solo tiene el ingreso económico de su hermana que lava y plancha ropa ajena y le pagan muy poco, recibe también una despensa mensual por parte del DIF municipal. Niega haber consumido alcohol y tabaco, solamente ha cocinado con leña aproximadamente 60 años. Hace 4 años sufrió fractura de clavícula derecha la cual hasta la fecha le ocasiona molestia y cuando hace frío dolor. Refiere padecer constantemente de estreñimiento desde hace mas o menos un año.

Inicia su padecimiento aproximadamente el día 27 de febrero del 2007 al sufrir accidente al picarse con un tuvo de cobre en región lateral de la pierna derecha la cual acude con facultativo por presentar fiebre de 38 grados, aumento de volumen, coloración de la misma, agregándose al cuadro dolor intenso en esta región irradiado a cadera del mismo lado hasta abdomen en la misma región, con eritema, edema, rubor y color con presencia de herida de bordes irregulares, ulcera con bordes blanquecinos, sangrantes sin olor fuerte con dedos ligeramente violáceos.



Monarca a los 12 años, G-0 núbil, menopausia a los 50 años.

Presenta dolor y dificultad para deambular , edema frecuente de miembros inferiores, además de las úlceras varicosas en miembro inferior derecho, refiere que se siente sola ya que la mayor parte del día esta sola porque no tiene quien la acompañe, además comenta que se siente inútil ya que no puede realizar sus actividades normales como caminar entre otras porque teme caerse y lastimarse, además de preguntar constantemente si se va a morir por que desconoce el proceso patológico de las úlceras varicosas.

Al momento signos vitales:

T/A= 120/70, FC=82* min, FR=21*min, TC 36.6

DX. - Medico. Úlceras varicosas

- Insuficiencia venosa MPD.

TX. - Metamizol 1grc/8hors v.o

- Metoclopramida 10mg c/8hors v.o
- Ranitidina 50mg c/12 hora v.o
- Anara susp. 10ml v.o c/24 horas.



6.2.- CLASIFICACION POR NECESIDADES

1.- Necesidad de oxigenación.-frecuencia respiratoria de 21x' normal sin ninguna alteración aparente, no fuma no tiene alergias respiratorias ni tampoco toxicomanías, con buena coloración de tegumentos y mucosas.

2.- Necesidad de comer y beber.- refiere la paciente que no a variado su peso, su alimentación es tortillas 3 al día, frutas pocas, carnes blancas y rojas, agua poca, leche a veces en la cena con pan, no ingiere grasas, no presenta intolerancia a ningún alimento, su apetito es normal algunas veces es disminuido, le falta piezas dentales, su piel se encuentra reseca, come entre comidas rara vez frutas, refiere no tener ardor en estomago después de comer ni dolor al deglutir.

3.- Necesidad de eliminación.- no necesita de ayuda para orinar su frecuencia es 3 veces al día su aspecto es color ámbar sin mal olor, no presenta ninguna alteración su vías urinarias, refiere que se siente distendida cada vez que come y acudió a consulta medica y estuvo en tratamiento pero ha seguido estriñéndose frecuentemente, referido por la paciente.

4.-Necesidad de movimiento y mantener una buena postura.- su frecuencia cardiaca es de 82 latidos x' con ritmo normal, su presión arterial es de 120/70 , necesita de ayuda de un bastón y andador para caminar y sentarse en la cama por sus ulceras varicosas dice que duerme con una almohada entre sus piernas para no lastimarse las ulceras, su caminar es lento, su ejercicio es caminar, refiere que cuando estaba bien y le funcionaban sus pies le gustaba caminar mucho pero ahora tiene miedo porque tiene miedo caerse o lastimarse, su expresión facial adecuada.



5.- Necesidad de dormir y descansar.- duerme 8 horas no sufre de insomnio, se puede observar descansado sin bostezos, su habla es desorganizada sin embargo cuando se le pregunto en que año día y mes vivía si contesto correctamente no sufre de pesadillas su sueño es normal aunque es un poco incomodo por que no puede moverse en la cama lo hace pero con cuidado para no lastimarse.

6.-Necesidad de vestirse y desvestirse.-no necesita de ayuda para vestirse solo cuando se baña ya que no puede estar de pie, no presenta alergias de tejidos, su vestido es de acuerdo a su comodidad y circunstancias, su baño es cada cuatro días y cambio de ropa igual.

7.-Necesidad de mantener la temperatura corporal. Su temperatura es de 36.6 °c, T/A 120/70, sudoración cutánea normal, no sufre de pies y manos fríos, su vivienda cuenta con todos los servicios para sobra guardar las condiciones ambientales y no permitir enfriamientos ni calentamiento, su vivienda los mantiene en condiciones ambiental.

8.- Necesidad de mantener la higiene y proteger la piel., su baño con frecuencia de cada cuatro días por que refiere que hay días que no le dan ganas de bañarse y además no lo puede hacer ella sola por que no puede estar mucho de pie, su cepillado es nula por falta de dentadura, piel es seca, se le observan muchas escaras, tendencia de perdida de pelo además de signo de bandera, se observa edema en pies su zapato tiene que aflojarle las agujetas para que pueda entrar su pie.



9.- Necesidad de evitar peligros.- hace poco cuando caminaba en el patio de su casa sufrió una caída su bastón se le resbalo y ocasiono que cayera pero su hermana la detuvo para que no cayera fuerte solo un raspón en su pie y se lastimo su ulcera, e inmediatamente acudió al centro de salud para que se le revisara su ulcera a la cual se le realizo una curación para evitar alguna infección, se describe frecuentemente triste por que ya no puede hacer muchas cosas que antes hacia como salir a caminar con su hermana sin necesidad de un bastón, su orientación es confusa en tiempo espacio, además refiere que siente dolor en cadera y pies cuando dura mucho tiempo parada y con el frío, , sin embargo ante su situación medica ella es colaboradora para que pronto pueda caminar por si sola, no conoce medidas de seguridad ante su situación, su vacunación es incompleta pues no recuerda cual se le aplico en su vida adulta ni adolescencia y ahora no se a aplicado ninguna vacuna.

10.- Necesidad de comunicarse.- tiene buena comunicación referido por el paciente recuerda todas las cosas importantes su comunicación verbal no es organizada , incoherente, su humor algunas veces se siente triste ante su situación medica pero hay días que se levanta eufórica, su situación a ocasionado que su familia se acerquen mas y demuestran interés por lo que le pudiera pasar, personas que le gustaría que estuvieran a su lado sus hermanos y después se retracto de lo dicho puesto que no quería hacer corajes con ellos, su situación es indiferente desde hace varios años atrás.

11.- Necesidad de vivir con sus valores y creencias.- su religión es católica aunque no acude a la iglesia cree en Jesús y la virgen y le da gracias de la vida que le brindo y de su enfermedad pues que le de fuerzas para salir adelante y no decaer, sus tradiciones familiares es reunirse en eventos y fechas importantes para convivir con hermanos y sobrinos, expresa que cuando hay que tomar decisiones importantes siempre platica con su hermana y ambas tomar lo que mas les conviene y/o correcta, le gustaría que su hermana tomara decisiones en caso de que ella no pudiera hacerlo.



12.-Necesidad de trabajar y realizarse. Cambio su estilo de vida e imagen corporal refiere que su estado no le impide lo que le gusta hacer por que puede participar en las toma de decisiones, lo único que no puede es caminar y hacer los quehaceres que antes le gustaba visitar mucho a sus amigas y asear su casa.

13.-Necesidad de participar en actividades recreativas.-sus únicos hábitos de distracción es ver televisión las noticias, refiere que cambio sus distracciones por que ya no puede salir con sus amigas, además que ahora no tiene diversión preferida.

14.- Necesidad de aprender. No conoce nada de las úlceras varicosas y le gustaría tener más información sobre esta enfermedad y mejorar su dieta.



6.3. DIAGNOSTICOS.

1.- Deterioro de la movilidad física relacionada con las úlceras y edema de miembro inferior derecho, manifestado por dolor y dificultad para deambular.

Objetivo:

- La señora Berta recobrar su máxima capacidad de movilización

Planeación:

- Se realizara la curación de las úlceras 1 vez al día.
- Se mantendrá la piel siempre limpia y bien hidratada.
- Se favorecerá la circulación sanguínea mediante el uso de ropa no constrictiva, además se tomaran medidas de posición para reducir la presión en los puntos de apoyos con almohadillas y protecciones locales.
- Se colocaran compresas tibias en miembros inferiores para favorecer el retorno venoso. Elaborar y llevar a cabo conjuntamente un programa de ejercicios físicos.

Ejecución:

- ❖ Se realizo curación de las úlceras diariamente con agua tibia, jabón neutro y un poco de isodine espuma para evitar que las úlceras llegaran a infectarse, además de capacitar a los familiares para que ellos pudieran hacerle la curación.
- ❖ Se insistió mucho a la señora B. y a sus familiares para que trataran de tener siempre su piel limpia y bien hidratada con vaselina y aceite de almendras.
- ❖ Se le enseñaron varias posturas para favorecer la circulación, como la elevación de miembros inferiores mediante almohadas, o que no estuviera mucho tiempo sentada y caminara un poco.



- ❖ Se colocaron en sus miembros inferiores compresas tibias envueltas en toallas para mitigar el dolor, esto se repetía cada vez que el dolor fuera mas intenso.
- ❖ Se llevo acabo un plan de trabajo con ejercicios de abducción, aducción, extensión, hiperextensión, además de que se le indico que caminara en el patio de su casa hasta que ella resistiere, esto con la finalidad de mejorar el tono y fuerza muscular la movilidad física.

EVALUACIÓN:

A partir del 5 de marzo que se empezó a realizarse curación de las úlceras, y llevar a cabo los cuidados que se le indicaron a la señora B. desaparecieron en su totalidad las úlceras, ahora ella puede caminar sin ayuda de bordón y realizar algunas de las actividades como bañarse sola, su piel ahora es mas suave y sin escamas.



2.- Estreñimiento relacionado con disminución de actividad física y baja ingesta de líquidos manifestado por una defecación cada tercer día además de dolor al defecar y heces de consistencia dura.

Objetivo:

- La señora B. Modificará sus hábitos dietéticos, desarrollando habilidades necesarias para reducir las causas de su estreñimiento.

Planeación:

- En conjunto con la señora B. revisar la dieta diaria y fomentar la ingesta de alimentos ricos en fibras (frutas, verduras hortalizas, cereales) de acuerdo a sus preferencias.
- Sugerirle a la señora B. el consumo mínimo de dos litros de agua o líquidos al día
- Exhortar a la señora a establecer conjuntamente un horario para caminar diariamente por 20 minutos.
- Recomendar el menor consumo de grasas.
- Apegarse a un horario para las evacuaciones.

Ejecución:

- ❖ Se oriento a la señora B. mediante pláticas acerca de los alimentos ricos en fibra y con un aporte necesario de nutrición, se le realizó una lista de alimentos que contienen fibra, reforzándole con recortes que ella misma hizo de alimentos que contienen fibra.
- ❖ Se agregó la importancia que tiene el consumo de dos litros de agua como mínimo al día.



- ❖ Se le propuso que saliéramos a caminar en algunos días de acuerdo a su preferencia.

EVALUACIÓN:

La paciente logra cambiar sus hábitos alimenticios, ahora consume más frutas y verduras que ella misma reconoce que le ayudan a su digestión por que contienen fibra.

También logra aumentar la ingesta de líquidos a un litro y medio de agua.



3.- Déficit de la alimentación relacionada con la situación económica, manifestado por piel reseca, y un informe verbal de aporte alimentario inadecuado y menor al recomendado diario.

Objetivo:

- La señora B. adecuara la ingesta calórica y nutritiva de acuerdo a sus necesidades metabólicas.

Planeación:

- Se educara al la señora B. sobre los alimentos o comidas que ella necesita para que cubran sus necesidades calóricos y nutritivas.
- Como sus recursos económicos son bajos, se le recomendaran alimentos de bajo costo pero de alto poder nutritivo.
- Se sugerirá que antes de empezar a comer se lave muy bien sus manos y se enjuague la boca para evitar que la comida le de un mal sabor.
- Se incluirán suplementos ricos en calorías y proteínas ya sean comerciales o hechos en su casa.

Ejecución

- Se platico con la señora e cerca de los alimentos que le podían ayudar a mejorar su estado nutricional, se elaboro además una lista de alimentos que le aportan muchas calorías y proteínas que ella necesitaba, séle proporcionaron varios ejemplos de cómo podía distribuir los alimentos en cantidades para cada comida.



- ❖ También se le dieron a conocer algunos alimentos que no son muy caros de acuerdo a su situación económica como la leche en polvo, el huevo, frutas y verduras de temporada.

EVALUACIÓN:

La señora B. cambio con gran diferencia su alimentación, ahora consume un poco mas de todos los alimentos y sabe como variarlos para no repetir seguido el mismo platillo.



4.- Déficit de auto cuidado baño/ higiene, relacionado con intolerancia a la actividad, manifestado por baño cada 4 días.

Objetivo:

La señora B adquirirá la habilidad necesaria para realizar su higiene personal en la medida de lo posible.

Planeación

- Primeramente se explicara a la señora b. la importancia del baño diario o por lo menos cada tercer día.
- se propondrán alternativas para que ella pueda realizar su baño sola y sin riesgo de lastimarse y sin tanta fatiga.
- Se darán alternativas para que el baño le parezca más agradable y le resulte interesante.

Ejecución.

- ❖ Se explico a la señora que mediante el baño ella tendría una mejor limpieza e hidratación de su piel, además de que el baño le podía ayudar como relajante.
- ❖ Se enseñó de que manera podía bañarse mas cómodamente, poniendo una silla en el baño para que se sentara y así le seria más fácil y menos fatigado y evitaba el peligro de caerse y lastimarse.
- ❖ También se le invito a que el baño se lo realizara al medio día que es cuando el clima no esta tan frío y de esta manera el baño seria un poco más agradable.

**EVALUACIÓN:**

Finalmente la paciente logro cambiar su habito de bañarse cada 4 días por cada tercer día y a veces todos los días, manifiesta verbalmente que con el baño se siente mucho mejor y que además le despierta más el apetito y el deseo de salir a caminar por las tardes.



5.- Deterioro de la movilidad relacionado con la fractura de clavícula manifestada por dolor.

Objetivo:

- La señora B. demostrara competencia en la aplicación de técnicas no farmacológicas para el control del dolor.

Planeación:

- Aplicar compresas tibias para relajar los músculos y mitigar el dolor.
- Identificar actividades que pueda realizar en forma autónoma.
- Realizar conjuntamente un programa de ejercicios físicos activos y pasivos una vez por día durante 20 minutos.
- Aumentar las actividades progresivamente según su tolerancia.

Ejecución:

- ❖ Mediante demostraciones de cómo colocar compresas tibias en el área de dolor, se capacito a su hermana y a ella misma para que cuando el dolor fuera muy fuerte se colocara las compresas tibias en lugar de tomarse algún analgésico.
- ❖ Se le enseñó como realizara algunos ejercicios como de abducción, aducción, rotación con su miembro superior derecho.



Evaluación:

Menciona la señora B. que el dolor ha disminuido en gran parte, y que ahora ya puede realizar actividades sin que le moleste su clavícula, También dice que ya es muy rara la vez que toma pastillas para el dolor, y que cuando hace mucho frío a veces si le da el dolor pero que para quitárselo se coloca una toalla tibia y le disminuye el dolor.



6.- Déficit conocimiento relacionado con la falta de familiaridad con los recursos para obtener la información manifestado por la pregunta ¿me voy a morir?

Objetivo

- La señora B. demostrara su comprensión de la información recibida y cambiara la opinión que tiene a cerca de las úlceras varicosas.

Planeación.

- Se hablara y explicara a la señora. B. lo que es las úlceras varicosas.
- Se aran saber las causas por las cuales se presentan las úlceras.
- También se le dirán algunas formas de prevenir esta patología y de igual manera se mencionara su tratamiento.

Ejecución.

- ❖ Aprovechando algunas de las veces que fui a realizarle la curación a la señora a su casa, mientras le realizaba el procedimiento le platicaba a cerca de las úlceras varicosas, que son, por que se presentan, cuales son los síntomas y el tratamiento se le dijo que es necesario que caminara diario y que no debe estar mucho tiempo de pie.
- ❖ Al final se le pregunto sobre sus dudas, y se hacia énfasis en que esta es una patología que tiene barias formas de prevenirse y de curarse y que esta patología no es una causa de muerte para que ella no se preocupe por eso.



Evaluación:

La paciente resolvió sus dudas y desapareció su temor a la muerte debido a su patología, ahora ya conoce más sobre las úlceras y también sabe como prevenirlas y como tratarlas, manifiesta lo contenta que esta porque ya puede caminar gracias a que la úlceras han desaparecido de sus miembros inferiores y dice que ahora tendrá más cuidado con su alimentación y que sobre todo tratara de hacer mucho ejercicio para evitar que le vuelvan a aparecer.



VII.- PROPUESTAS

Que todos los docentes impartieran lo que es el PAE desde el primer semestre para que así el alumno pueda salir manejándolo muy bien ya que es una de las principales herramientas con las que enfermería trabaja.

También propongo que se diera un poco mas de tiempo para practicas, pero no tanto en un segundo nivel de atención sino que también se permitiera al alumno practicar en una clínica de primer nivel esto porque considero que ahí existen muchos programas que uno como estudiante desconoce, y cuando llega uno a prestar su servicio social ignora el manejo de los programas que ahí se manejan.



VIII.- CONCLUSION

La teoría de Virginia Henderson permite valorar ampliamente las necesidades humanas a fin de aplicar acciones que favorecen la independencia y bienestar del paciente.

En cuanto a las etapas del proceso enfermero (Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación), favorecen el razonamiento y abren las puertas para brindar una atención integral, humana y de calidad al paciente.

Los logros son del paciente la satisfacción de ver crecer gradualmente su independencia es la mayor satisfacción de la enfermera por que ve realizados los objetivos planteados para el paciente.

Es necesario concientizar a la paciente que los resultados no se logran de un día para otro y que lo logrado hasta este momento requiere de constancia esfuerzo y dedicación para mantener el éxito.



IX.- GLOSARIO DE TÉRMINOS.

ANGIOLOGÍA: Suma de conocimientos sobre los vasos sanguíneos.

CONSTIPACIÓN: Estreñimiento.

CONTUSIÓN: Daño que recibe el cuerpo o una parte del mismo por golpe que no causa herida exterior.

CÚSPIDE VALBULAR: Proyección o eminencia, especialmente las que se observan en la corona de un diente o cada uno de los segmentos triangulares de las válvulas auriculoventriculares cardíacas.

DERMATITIS: inflamación de la dermis.

ECOGRAFIA: Ultrazonograma.

EDEMA: Acumulación abundante de líquidos seroalbuminoso en el tejido celular debido a diversas causas; disminución de la presión oncótica del plasma por reducción de proteínas, aumento de la presión hidrostática en los capilares por insuficiencia cardíaca, mayor permeabilidad de las paredes capilares u obstrucción linfática.

ESCLEROTERAPIA: Utilización de sustancias químicas esclerosantes para tratar varicosidades como hemorroides o várices esofágicas. El agente produce inflamación y posteriormente fibrosis y obliteración de la luz.

ESTASIS: Estancamiento de la sangre u otro líquido en una parte del cuerpo. (Insuficiencia venosa)



EXUDADO: Materia mas o menos fluida salida de los vasos pequeños y capilares por exudación, puede ser albuminoso, fibrinoso, hemorrágico, seroso etc.

FISIOPATOLOGIA: Estudio de las manifestaciones biológicas y físicas en las enfermedades a su correlación con las anomalías estructurales, trastornos fisiológicos y adyacentes. La fisiopatología no trata directamente de la terapéutica de las enfermedades sino que explica los procesos que determinan sus signos y sus síntomas.

GRAVIDO: Estado de embarazo o gestación, preñez.

HEMODYNAMICA: Estudio de los movimientos de la sangre y de la fuerza que los impulsa.

HEMOGLOBINA: Materia colorante de los hematíes que contienen el hierro de la sangre, sustancia cristalina de color rojo y composición compleja que consta principalmente de una proteína.

HIPOPNEA: Respiración superficial o lenta, constituye un signo patológico.

INGURGITACIÓN VENOSA: Sinónimo de obstrucción o inflamación de conductos.

LIPOSCLEROSIS:

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de enfermería).

NECROSIS: Mortificación de un tejido en general.

PAE: Proceso atención de enfermería.



PATRON DE RESPUESTAS HUMANAS: Son todas aquellas asociaciones que tiene el individuo para manifestar sus sentimientos.

PARADÓJICO: Aserción, hecho o especie que parece un absurdo y puede no serlo.

PERSISTENTE: Que frecuentemente este en determinado lugar o caso.

PIGMENTACIÓN: Coloración normal o patológica de los tejidos.

PROCESO: Es una serie de pasos para obtener un fin, debe llevar un orden estructurado.

PRURITO: Sensación particular que inicia a rascarse, el que no puede ser atribuida a una enfermedad de la piel y que puede considerarse como una necrosis cutánea.

RETROGRADA: Que va hacia atrás, que degenera o sigue una dirección contraria; catabólico.

TAQUIPNEA: Respiración acelerada superficial.

TAXONOMÍA: Ciencia de las clasificaciones.

TRAUMATISMO: Termino general que comprende todas las lesiones internas o externas provocadas por una violencia exterior, estado del organismo afectado de una herida o contusión grave.



X. BIBLIOGRAFÍA

- 1 Secretaría de Salud. La salud de la población de edad avanzada. Un reto más hacia el futuro. Cuadernos de Salud num. 1 Población y Salud. México, D.F.: SSA, 1994.
- 2 http://www.fundapreve.org.ar/ulcera_varicosa.htm
- 3 <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEuZFZAVAuAACnPdGu.php>
- 4 <http://www.terra.es/personal/duenas/8.html>.
- 5 Bruner, manual de enfermería, Mc Graw Hill, Interamericana vol. 2 México 1994 pp.412-415.
- 6 <http://www.sabelotodo.org/cuerpohumano/ulcerasvaricosas.html>
- 7 <http://www.varix.cl/prod02.htm>
- 8 http://www.adaptogeno.com/art_opinion/art163.asp
- 9 antología
- 10 Berta Alicia Rodríguez., proceso enfermero., editorial Cuellar., México 2002.
- 11 L.J. Capernito Planes de cuidados y documentación en enfermería, MC Graw may, interamericana México 1994 p.p. 94-98.



- 12 Lynda Juall Carpenito Planes de cuidados y Documentación en enfermería, Interamericana, Mc.
13. proceso y diagnósticos de enfermería, Mc. Graw-Hill, Interamericana 3ª Edición, Mexico 1999 pp. 9-29.
14. Diccionario médico edit. Mc Graw Hill, Interamericana 4. P.W. Iyer, B. J. Taptich, DBernochi Losey.
15. - <http://www.victusinc.com/NURSES/Ulcevasc.html>.
16. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001109.htm>
17. Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: Organización Mundial de la Salud,



XI ANEXOS

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO FACULTAD DE ENFERMERIA



GUIA DE VALORACION DE ENFERMERIA

DATOS GENERALES

Nombre del Paciente _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____ Familia _____

Fecha de valoración _____ Estado civil _____ Escolaridad _____

Religión _____ Domicilio _____ Motivo del Ingreso _____

Diagnóstico medico _____

Valoración realizada por _____

ANTECEDENTES

Enfermedades anteriores _____

Historia familiar de enfermedades



Historia de la enfermedad actual

Valoración General

Aspecto general, arreglo,

higiene _____

Mucosa oral (color, humedad, lesiones)

Dientes: dentadura postiza _____ -cavidades _____ faltan

piezas _____ ¿Oye los susurros? _____ puede leer los

periódicos _____ ¿Usa gafas? _____

Pulso (frecuencia) _____ ritmo _____ intensidad _____ sonidos

respiratorios _____ Tensión arterial _____ ¿Puede coger un

lápiz? _____ amplitud de movimientos (articulaciones) _____

Firmeza muscular (tono) _____ piel: prominencia óseas _____

Lesiones _____ Cambios de color _____ Marcha _____ Postura _____

falta una parte corporal _____

Habilidad demostrada para (código del nivel):

Alimentarse _____ Bañarse _____

Usar el Wc _____ -Arreglo personal _____ Cocinar _____ Moverse en la
cama _____

Hacer las labores domesticas _____ Vestirse _____ Hacer las
compras _____ Vías intravenosas, drenajes, aspiración, etc.

(Especificar) _____

Peso actual _____ peso informado _____ talla _____

temperatura _____



Orientación _____ ¿capta las ideas? preguntas (abstractas concretas)
_____ Idioma que habla _____ voz y patrón del habla _____
nivel de vocabulario _____ Contacto ocular _____ duración de la atención
(distracción) _____ Nervioso _____ asertivo _____
interacción con los demás de la familia _____

ANEXOS

Fecha de nacimiento _____ edad _____ sexo _____

Estado civil _____ ocupación _____ teléfono _____

T.A _____ F.C _____ T° _____ F.R _____

Coloración de la piel normal _____ pálida _____ ictericia _____ otras _____

Edemas SI NO descripción

Lesiones SI NO descripción

Prurito SI NO descripción

Alteración en los sentidos corporales: vista _____ oído _____ olfato _____
gusto _____ Tacto _____

Enfermedades crónico degenerativas

Otros padecimientos _____

Secuelas

Adicción a: Tabaquismo _____ abuso de alcohol _____ drogas _____



II VALORACIÓN POR NECESIDADES

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Frecuencia respiratoria _____

Calidad: normal _____ superficial _____ taquipnea _____ hipopnea _____

Ruidos a la auscultación _____ descripción

Tos: SI NO características _____

Secreciones SI NO características _____

Tabaquismo SI NO otros _____

¿Tiene alguna alergia respiratoria?

2.- NECESIDAD DESNUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Peso _____ talla _____

Dieta habitual: desayuno _____ comida _____ merienda _____ cena _____

Dieta especial _____

Aproximada ingesta de líquidos por día 1lts. 2lts. 3lts.

Intolerancia a algún alimento SI NO cual? _____

Características del apetito normal _____ disminuido _____ náuseas _____ vomito

Problemas de masticación SI NO usa prótesis dental

Problemas de deglución SI NO cual _____

La piel esta hidratada _____ características



Come entre comidas frecuentemente ____ rara vez ____ nunca ____

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Urinaria

Frecuencia _____

Disuria ____ poliuria ____ Hematuria ____ Retención ____ Incontinencia ____ pañal ____

Color: amarillo claro ____ amarillo obscuro ____ naranja ____ rojo ____

Ha sufrido alguna enfermedad urinaria? SI NO ¿Cuál? _____

Intestinal:

Frecuencia _____

Estreñimiento SI NO uso de laxante o rutina _____

Diarrea SI NO uso de astringente _____

Incontinencia SI NO

Problemas de hemorroides ____ sangrado ____ heces negras ____

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Expresión facial: alerta ____ hostil ____ dolor ____ miedo ____

Comportamiento motor: inhibición ____ rigidez ____ flacidez ____ incoordinación ____

Otros _____

Características de la postura _____

Modo de deambular: normal ____ lento ____ acelerado ____ tambaleante ____

Otros _____

Limitaciones físicas: temporales ____ permanentes ____ parciales ____ totales ____

Aparatos de ayuda ¿Cuál? _____



Realiza algún tipo de actividad física SI NO ¿Cuál? _____

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Horas de sueño nocturno _____ otros descansos _____

Problemas del sueño:

Al inicio _____ interrumpido _____ (nº de veces _____) despertar

Temprano _____

Sueño excesivo _____ pesadillas _____ (tipo _____)

Sensación después de dormir : descanso ___ cansado ___ confuso ___ otros ___

Factores que alteran el sueño _____

Ayudas para favorecer el sueño : lectura ___ baño ___ fármacos ___ otros ___

6.- NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE

Actualmente ¿es capaz de vestirse por si mismo? SI NO con limitaciones _____

Alergias a determinados tejidos _____ cuales son _____

Que importancia da a su aspecto poca ___ bastante ___ mucha ___

Su forma de vestirse es adecuada al lugar, estación y circunstancias SI NO

Otros datos interesantes _____



Tiempo: (estación, día, mes, año) especificar _____

Espacio: (país, provincia, ciudad, recinto, sala) especificar _____

Persona: (reconoce personas significativas) especificar _____

Alteraciones perceptivas:

auditivas ____ tipo _____ visuales ____ tipo _____

Táctiles ____ tipo _____ olfativas ____ tipo _____

Localización de la percepción: interna ____ externa ____

Auto descripción de si mismo:

Alegre ____ triste ____ confiada ____ desconfiada ____ tímida ____ inquieta ____

Sobre valoración de logros ____ exageración de errores ____ infravaloración ____

Auto evaluación general y competencia persona: positiva ____ negativa ____

Sentimientos respecto a ello:

Inferioridad ____ superioridad ____ culpabilidad ____ inutilidad ____ impotencia ____

Tristeza ____ ansiedad ____ miedo ____ rabia ____ depresión ____ otros ____

Alergias a alguna sustancia o medicamento: SI NO cuales _____

El estado de esta persona puede constituir un peligro potencial para ella ____

O para otros _____ especificar _____

Precauciones: mas vigilancia ____ poner barandillas ____ contención mecánica ____



10 NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD

Organización del pensamiento-lenguaje:

Contenido: coherente y organizado ____ distorsionado ____

Descripción de la alteración

Curso del pensamiento:

Inhibido ____ acelerado ____ perseverancia ____ incoherencia ____ desorganizado ____

Formas de expresión:

Claro ____ organizado ____ coherente ____ confuso ____ desorganizado ____

Incoherente ____ tartamudeos ____ autista ____

Humor:

Deprimido ____ eufórico ____ ansioso ____ triste ____ fluctuante ____ apático ____

Otros ____

Lenguaje:

Velocidad ____ rápido ____ lento ____ paroxístico ____

Cantidad: abundante ____ escaso ____ lacónico ____ verborreico ____

Tono y modulación:

Alterado ____ hostil ____ tranquilo ____

Vive: solo ____ acompañado ____ lugar que ocupa en la familia ____ rol ____

Personas más significativas ____ principal confidente ____

Personas con las que se relaciona a diario

Su relación es: satisfactoria ____ insatisfactoria ____ indiferente ____



Tiempo que pasa solo y por

Tiempo que pasa con amigos y compañeros

Sexualidad:

Ultima regla ____ anticoncepción SI NO método _____

Cambios percibidos en las relaciones sexuales: SI NO motivos _____

Nº de embarazos _____ realiza auto examen SI NO

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES

Que es lo más importante para usted en la vida _____

Religión _____

Desea realizar prácticas religiosas SI NO visita del capellán? SI NO

En caso de no poder tomar dediciones, que persona le gustaría que lo hiciera por usted _____

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Se estado de salud le impide hacer lo que le gusta SI NO

Si la respuesta es si explíquese _____

Problemas laborales _____

Tiempo dedicado al trabajo _____ tiempo dedicado al ocio _____

Capacidad de decisión: SI NO resolución de problemas SI NO

Grado de incapacidad personal atribuida _____



13.- NECESIDAD DE JUGAR / PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Reserva algún tiempo para divertirse poco _____ mucho _____ suficiente _____

Cual es su diversión preferida _____

Perdida de interés por las actividades recreativas SI NO

Cambio en habilidades o funciones físicas/ corporales _____

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Alteración en la memoria: reciente _____ remota _____

Inteligencia general: adaptado al momento _____ retraso en el desarrollo _____

Comportamiento indicativo de interés en el aprendizaje:

Pregunta _____ escucha _____ interés _____ desinterés _____ propone alternativas _____

Conoce usted el motivo de su hospitalización _____

Hay algo que usted desearía saber sobre el medio hospitalario en que se encuentra _____



Apéndice 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informado para participante en el desarrollo de la Metodología de Enfermería aplicado a”,

Yo _____ doy mi consentimiento para participara en la Metodología de intervención en Enfermería que tiene como finalidad identificar las principales respuestas humanas.

He sido informado(a) con claridad de los objetivos de esta metodología, así como de la importancia de mi participación en la misma. Estoy convencido que mis datos serán total mente confidenciales pero que contribuirán en un futuro al cuidado integral de otras personas que cursan con una situación similar a la mía, fortaleciendo la profesión de Enfermería a través del conocimiento de mis necesidades. Sé, pues así se me ha informado no existe riesgo sobre mi salud y que mi participación será voluntaria, sin obligación y consciente, sin recibir ninguna remuneración económica.

Enterada que el responsable de dicha investigación es (Nombre del Enfermero) y no teniendo ningún inconveniente

Acepto participar en la presente investigación

(Nombre del Enfermero)

Testigo

Morelia, Mich. a _____ de _____ 2007