

43



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
APLICADO A UN PACIENTE MADURO CON ALTERACION
EN EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

DULCE IVETT CARMONA VERA

Nº DE IDENTIFICACION: 9554655-7



DIRECTOR DE TRABAJO. LEO. LETICIA SANDOVAL ALONSO

MEXICO, D. F.

2007

SEPTIEMBRE DEL 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA
APLICADO A UN PACIENTE MADURO CON ALTERACIÓN
EN EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD.**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
DULCE IVETT CARMONA VERA
No. CTA: 9554655-7

DIRECTOR DE TRABAJO: LEO. LETICIA SANDOVAL ALONSO

MEXICO, DF.

SEPTIEMBRE DEL 2001.

AGRADEZCO A:

Mi Madre

*Te agradezco a ti Madre mía
que me diste la vida, y que te
desvelaste junto conmigo para
ser alguien de mi vida.*

Mi Padre:

*A ti papá quien por ti dirigí mi
vida a este camino: y por que me
apoyaste tanto económica y moral
mente en todo lo que pudiste.*

Mis Hermanos:

*A ustedes que creyeron en mí y
que hasta la fecha me motivan
para seguir superándome día
con día.*

Mis Profesores:

*A todos aquellos que con su sabiduría,
apoyo y exigencia hicieron de mí un
mejor ser humano.*

Gracias.

INDICE.	Pag.
I. INTRODUCCION.	1
II. JUSTIFICACIÓN.	2
III. OBJETIVOS.	3
IV. METODOLOGÍA.	5
V. MARCO TEORICO.	
1. ANTECEDENTES DEL CUIDADO ENFERMERO.	7
2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ENFERMERIA.	10
3. MARCO CONCEPTUAL EN EL AREA DE ENFERMERIA.	13
4. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.	15
4.1. METAPARADIGMA DE ENFERMERIA SEGÚN V. HENDERSON.	18
4.2. AFIRMACIONES TEÓRICAS.	19
4.3. CONSECUENCIAS DE SU TEORIA EN LA ENFERMERÍA ACTUAL.	21
5. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	
5.1. HISTORIA.	21
5.2. DEFINICIÓN.	23
5.3. OBJETIVO.	25
5.4. ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	
5.4.1. VALORACIÓN.	25
5.4.2. DIAGNÓSTICO.	26
5.4.3. PLANIFICACIÓN.	26
5.4.4. EJECUCIÓN.	27
5.4.5. EVALUACIÓN.	27
VI. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	
1. PRESENTACIÓN DEL CASO.	30

1.1 FICHA DE IDENTIFICACION.	30
2. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	31
3. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.	41
4. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	55
5. EJECUCIÓN.	74
6. EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	76
VII. CONCLUSIONES.	90
VIII. SUGERENCIAS.	92
IX. GLOSARIO.	93
X. BIBLIOGRAFÍA.	96
XI. ANEXOS.	
ANEXO I. INSTRUMENTO DE VALORACIÓN.	99
ANEXO II. DIETA ÚNICA BAJA EN COLESTEROL FASE 1 DE 1 500 CALS.	113
ANEXO III. EXÁMENES DE LABORATORIO.	117
ANEXO IV. DESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA DE MEDICAMENTOS.	122

1. INTRODUCCIÓN.

El contexto en el que se ha desarrollado el Cuidado Enfermero ha obligado a la profesión a sufrir un constante cambio que satisfaga las necesidades humanas desde tiempos prehistóricos hasta la actualidad, en donde los avances científicos y tecnológicos exigen una capacitación y profesionalización de la Enfermera (o) para el buen servir de las necesidades de salud que demandan el individuo, familia y sociedad. Con esto se puede decir que gracias a un entorno cambiante se ha creado la necesidad de una formación rigurosa con el fin de mantenerse al día con el mundo moderno.

Al surgir estas nuevas exigencias, el ejercicio profesional de la Enfermera se ve comprometido a mejorar su calidad de servicio y de ahí la necesidad de implementar nuevas estrategias como el Proceso de Atención de Enfermería que faciliten la valoración, la obtención de datos, el diagnóstico, la planeación y ejecución de intervenciones de Enfermería; y la valoración de resultados obtenidos en la atención del individuo sano o enfermo.

En el presente trabajo se mostrará la importancia que tiene la aplicación de un Proceso de Atención de Enfermería en respuesta a las necesidades de salud de un individuo que al igual que muchos otros requieren de una atención personalizada para el beneficio de su salud.

II. JUSTIFICACIÓN.

El Proceso de Atención de Enfermería además de ser una opción de titulación para el Licenciado de Enfermería y Obstetricia; se perfila como una estrategia para fomentar la investigación y sistematizar los cuidados del ejercicio Enfermero. También nos permite desarrollar un pensamiento reflexivo y crítico para solucionar problemas de salud a través de una atención metódica y crítica.

De esta manera, el Proceso de Atención de Enfermería nos permite proporcionar una atención planeada e individualizada en base a las necesidades de cada individuo, familia y comunidad, por lo que debería ser hoy en día una de las principales herramientas del profesional de Enfermería para que en colaboración con todo el equipo multidisciplinario se promuevan servicios de calidad y calidez para todos los individuos sanos o enfermos.

Decidí realizar el presente Proceso de Atención de Enfermería como una opción terminal de titulación por la importancia que tienen sus resultados en la toma de decisiones dentro de nuestro ejercicio profesional, además de querer contribuir al mejoramiento del nivel de vida del usuario y familia del mismo a los que aplicaré el siguiente estudio.

III. OBJETIVOS.

1. OBJETIVOS GENERALES.

- Aplicar un Proceso de Atención de Enfermería a un paciente adulto maduro con Alteración en el Mantenimiento de la Salud.
- Desarrollar un Proceso de Atención de Enfermería con la finalidad de cumplir con un requisito académico-administrativo para la obtención del Título Universitario.

2. OBJETIVOS PARTICULARES.

- Integrar los conocimientos académicos obtenidos durante la formación profesional para la aplicación de un Proceso de Atención de Enfermería.
- Detectar los problemas de salud reales o potenciales que interfieren en el estado de salud del paciente en estudio.
- Proponer y ejecutar un Plan de intervenciones de Enfermería que contribuya a una mejoría o modificación en la calidad y estilo de vida del individuo.

- Evitar en la medida de lo posible probables complicaciones y/o Enfermedades desencadenantes por el mal cuidado de su persona
- Concientizar al individuo acerca de la importancia que tiene su estado de salud dentro de su familia y sociedad para fomentar el auto cuidado de su persona.

IV. METODOLOGÍA.

Al igual que cualquier otro trabajo metodológico, el presente Proceso de Atención de Enfermería se realizó siguiendo ciertos lineamientos llevando un orden cronológico y una secuencia lógica de sus contenidos que facilite su elaboración, ejecución y evaluación.

Una de las estrategias que se llevaron a cabo para la elaboración del Proceso de Atención de Enfermería fue la asistencia a un seminario que constó de quince asesorías; una por semana, en donde se adquirieron las bases teóricas, científicas y metodológicas que permitieron al pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia tener una visión clara de los contenidos y lineamientos a los que debe apegar una investigación. También se llevó a cabo una investigación bibliográfica de donde se obtuvo información documental que sustenta el Marco Teórico y el desarrollo del presente Proceso de Atención de Enfermería.

Se eligió el caso de un paciente con Alteración en el Mantenimiento de la Salud con el cual se tuvo contacto directo durante la implementación del Proceso. La obtención de datos se llevo a cabo mediante sesiones que permitieron el interrogatorio, la observación y la exploración física del paciente a través de la utilización de un instrumento metodológico apegado a las catorce necesidades de Virginia Henderson. Para tal caso, fue necesario establecer un vínculo afectivo con el paciente y su familia lo cual facilitó obtener su confianza y cooperación incondicional.

Al analizarse el grado de dependencia e independencia de las necesidades básicas del

paciente, se estructuraron los diagnósticos de enfermería basándose en la taxonomía de la North American Nursing Diagnostics Association (NANDA). De acuerdo a la jerarquización de problemas de salud, se realizó un Plan de Intervenciones en donde se asistió, apoyó y educó al paciente en todas aquellas actividades que contribuyan a un mejoramiento en su estado de salud. Por último, se evaluaron los resultados obtenidos en relación a los objetivos planteados y al beneficio del paciente y familia al que se pudo llegar.

V. MARCO TEORICO.

I. ANTECEDENTES DEL CUIDADO ENFERMERO.

El origen de la profesión Enfermera, se vincula a la mujer desde el momento en que la vida aparece. La perpetuación de la especie a través de los cuidados a los niños, enfermos y ancianos, ha estado generalmente, en manos de la madre. La mujer descubre la práctica del cuidado para asegurar la satisfacción de las necesidades indispensables para el mantenimiento de la vida: alimentación, higiene, reposo, consuelo, apoyo y educación.

La aparición del Cristianismo tuvo un gran impacto en el desarrollo de la enfermería en Occidente. Inicia la etapa vocacional de la profesión, caracterizada por un fuerte componente religioso: el amor al prójimo. Se fundan órdenes religiosas (algunas de hombres como los Caballeros de San Juan, o los de San Lázaro), que además de cuidar enfermos asistían a los pobres y presos.

Durante siglos, las personas encargadas de cuidar carecen de preparación especial. No hay una doctrina escrita, los saberes provienen de la práctica. La transmisión del conocimiento se producía de forma empírica, según la tradición oral.

Al llegar al siglo XIX, la enfermería carecía de prestigio. Las personas encargadas de cuidar, además de las religiosas, son seculares procedentes de clase social baja que ejercen un oficio de escasa consideración social. A menudo eran prostitutas y ex-presidarias sin ninguna formación.

- 3 *Una repercusión científica:* aumentar los conocimientos específicos y la investigación enfermera.
- 4 *Una repercusión cultural:* aumentar el conocimiento de las sociedades, las costumbres, las creencias y los valores humanos.
5. *Una repercusión profesional:* aumentar la autoestima de los propios profesionales.

Las consecuencias que se esperaban de los cambios en la formación se están empezando a sentir pero no se han constatado todavía en la realidad, de forma generalizada.

El legado que recogen las enfermeras del siglo XXI es decisivo para el futuro de la Enfermería:

Trabajar en la definición de los tres grandes interrogantes que, en la actualidad plantea el desarrollo de la disciplina:

1. Profundizar en el marco conceptual: *la Filosofía Enfermera.*
2. Aplicar en método científico en la actividad diaria: *el Proceso de Enfermería.*
3. Desarrollar un lenguaje propio que permita la comunicación profesional: *los Diagnósticos Enfermeros.*

La única forma de conquistar la parcela independiente de Enfermería es recuperar la actividad, profundamente gratificante, que constituye el centro de la disciplina: *los Cuidados*

2. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ENFERMERIA.

“Durante la primera mitad del siglo XX hubo numerosos factores que impulsaron el progreso de la Enfermería; dos guerras mundiales, la autoorganización de las enfermeras, la legislación general de la Enfermería, los problemas de bienestar social, el apoyo a las disciplinas de salud por parte de fundaciones nacionales y las complejidades de la medicina. En la segunda mitad del siglo otros movimientos sociales determinaron nuevos cambios en los cuidados de salud y la Enfermería; por ejemplo, el consumismo, la creciente concientización y exigencia del paciente de recibir cuidados de salud de calidad; cambios en los modelos de trabajo; la lucha por los derechos civiles; el progreso de la salud pública; el desarrollo de organizaciones de salud tanto voluntarias como gubernamentales, y la lucha por la igualdad de derechos de la mujer. Todos estos factores, combinados con las fuerzas internas de la Enfermería para aumentar su concientización, innovar su ámbito de responsabilidades y orientarse a la profesionalización, han modelado el papel de la enfermera y la Enfermería.”¹

Por otro lado el descubrimiento de nuevos fármacos, nuevas técnicas y tecnologías ha acrecentado las responsabilidades de las enfermeras y ha obligado a introducir modificaciones radicales en los cuidados de Enfermería. El cuidado del paciente de hoy plantea retos diferentes a los que tuvo que afrontar Florence Nightingale, puesto

¹ DONAHUE M. Patricia, La Enfermería, La condición del Arte, en Historia de la Enfermería, Tr. María Picazo y Carmen Hernández, Ed. Doyma, Barcelona, 1988 pp.439

que a las enfermeras actuales se les exige efectuar tareas que antaño realizaron los médicos

“A lo largo del siglo XX también hubo periodos de escasez dentro de la Enfermería . Muchas enfermeras dejaron de trabajar para dedicar su tiempo a responsabilidades familiares. Otras no volvieron a la práctica como respuesta a un sistema autoritario y paternalista en el que ellas no tenían ninguna participación en las planificaciones y en la toma de decisiones. Muchas se negaron a participar en una estructura laboral que ofrecía pocas recompensas, muchas horas, trabajo físico arduo y salarios muy bajos.”²

Durante la II Guerra Mundial surge la necesidad de unidades especiales para el cuidado de pacientes. Este desarrollo de unidades de tipo específico, aunque resultaba ventajoso en muchos aspectos, obligaba a contar con algún tipo de Enfermería especializada , lo cuál contribuyó a acentuar todavía más la carencia de profesionales.

“Por otro lado se hizo evidente la necesidad de un enfoque distinto de los cuidados de Enfermería, uno que proporcionara tanto calidad como atención integral al enfermo.

En los años sesenta se inició un movimiento para acortar las distancias entre la enfermera profesional y el paciente. Dicho movimiento comienza en 1963 con la ideología de Lidia Hall cuya finalidad era proporcionar cuidados de Enfermería continuos y de calidad con el fin de favorecer la curación, prevenir las complicaciones, promover la salud y evitar las recaídas y las nuevas enfermedades.

Los cuidados de Enfermería los imparten exclusivamente enfermeras profesionales en un contexto que fomenta el traslado del paciente del hospital al hogar. La enfermera

² Op. cit (1) pp.443

es el factor primordial en el cuidado de los pacientes y coordina los esfuerzos combinados del enfermo, la familia y los suyos propios para resolver los problemas que pudieran obstaculizar la recuperación total.”³

No fue hasta los años setenta cuando empezó a hacerse realidad la meta combinada del cuidado de Enfermería por parte de enfermeras profesionales y el cuidado integral del paciente (enfoque holístico) con la aparición de la Enfermería Primaria.

“Los cuidados de la Enfermería Primaria asumen la responsabilidad de toda la gama de funciones, incluyendo la educación, consultas, cuidados exhaustivos y continuos, planificación y valoración de los cuidados, documentación del progreso, planificación del alta y remisión a los servicios e instituciones secundarios.

De las enfermeras actuales se espera que hagan demasiadas cosas para tanta gente y que funcionen en una gran variedad de contextos. Deben ser excelentes cuidadoras, investigadoras capacitadas, eruditas y pensadoras basadas en el razonamiento científico y lógico. Se están dirigiendo lenta pero firmemente hacia una meta de tratamiento más racional para todas las personas dentro de una estructura que no siempre las apoya.”⁴

El ambiente en el que se movía la Enfermería no era propicio para la investigación, como tampoco había enfermeras preparadas para emprenderla. Sin embargo, la necesidad de la investigación de Enfermería ya fue reconocida por las primeras dirigentes, que se comprometieron con el método científico de recoger e interpretar

³ Ibidem. pp.445

⁴ Ibidem pp.446

datos para generar nuevos conocimientos tendientes a mejorar los cuidados de Enfermería

“La práctica de la Enfermería se ha visto forzada a realizar fuertes reajustes dentro de un contexto social más amplio a medida que han aumentado los conocimientos y han ido variando las actitudes y valores. La práctica de la Enfermería ha crecido tanto en lo horizontal como en lo vertical. Algunos consideran que esta expansión ha sido demasiado forzada y que el engrandecimiento profesional surge más de la limitación de sus funciones que de su extensión”⁵

La formación de las enfermeras para el futuro ha de planificarse para servir a la sociedad del futuro. Al mismo tiempo, no deben sacrificarse las potencialidades totales de las enfermeras y de la Enfermería en general.

3. MARCO CONCEPTUAL EN EL AREA DE ENFERMERIA.

“La necesidad de contar con teorías de Enfermería y poderlas desarrollar fueron cuestiones destacadas en la década de los setenta. Surgieron varias teorías y esquemas conceptuales merced al esfuerzo de personas como la hermana Callista Roy, Martha E. Rogers, Imogene M. King, Dorotea Orem y Margaret a. Newman.”⁶

La Enfermería al ser una profesión que está emergiendo está involucrada en la identificación de su base única de conocimiento, esto es, el conocimiento esencial para la práctica de la Enfermería o también llamada ciencia de la Enfermería. Para la

⁵ Ibidem. pp 435

⁶ Ibidem. pp. 452

identificación de la base de conocimiento, se requiere de el desarrollo y el reconocimiento de los conceptos teóricos específicos de la Enfermería

La teoría del desarrollo tuvo su momento en los sesenta y ha progresado gracias a las enfermeras teóricas y su participación en las conferencias sobre la teoría y la investigación para clasificar y validar las teorías.

Una teoría se constituye de conceptos y proposiciones, explica con detalle los fenómenos a los que se refiere; su principal objetivo es generar conocimiento en un determinado ramo.

Los principales propósitos de las teorías de Enfermería son: (King 1978)

- i. Generar conocimientos que faciliten mejorar la práctica.
- ii. Organizar la información en sistemas lógicos.
- iii. Descubrir agujeros de conocimientos en el campo específico del estudio.
- iv. Descubrir el fundamento para la recolección de datos, fiable y veraz, sobre el estado de salud de los clientes.
- v. Aportar una medida para evaluar la efectividad de los cuidados de Enfermería.
- vi. Desarrollar una manera organizada de estudiar la Enfermería.
- vii. Guiar la investigación de la Enfermería para ampliar los conocimientos.

La profesionalidad y el deseo de conseguir status colegiado con otros profesionales de la salud han originado la necesidad de un modelo conceptual como una forma de conceptualizar la disciplina de una forma inequívoca, que incluye un lenguaje común y comunicable a otros ya que para ser consideradas profesionales de la salud, las enfermeras deben establecer cual es su rol dentro del equipo interdisciplinario.

Un Marco Conceptual es un conjunto de conceptos y declaraciones que se integran dentro de una configuración significativa.

Un Concepto es una idea abstracta, o una imagen mental de la realidad. Existen conceptos aplicables a la enfermera: los principios humanos, la salud, la relación de ayuda y la comunicación.

Otros conceptos influyen en la profesión y determinan su práctica: *Persona* que recibe cuidados, el *ambiente* en que ésta vive, el grado de *salud* en el momento de la interacción y la actuación de la *enfermera*. El conjunto de estos conceptos constituye el *Paradigma de la Enfermería*.

El paradigma de la Enfermería representa la línea más general de esta disciplina; su unidad o marco, describe los fenómenos sobre los que se debe basar y regir en forma unívoca.

4. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

“Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de Enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación. Lo que a ella le llevó a desarrollar

su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. Ya desde la época de estudiante, sus experiencias teóricas y prácticas le llevaron a preguntarse qué es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud. El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de Enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un Modelo Enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia. Como enfermera graduada siguió interesándose en estos temas. A partir de la revisión bibliográfica existente en aquellos años sobre Enfermería, se dio cuenta de que los libros que pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras, no definían de forma clara cuáles eran sus funciones y que sin éste elemento primordial -para ella- no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión.”⁷

Henderson define a la *Enfermería* en términos funcionales como:

“La única función de una enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que él realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.”⁸

En su teoría Henderson identifica 14 necesidades básicas en el paciente, que constituyen los componentes de la asistencia de Enfermería.

⁷ FERNÁNDEZ Ferrín Carmen, et. al., El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. Ed. Masson-Salvat, Barcelona, 1995 pp.82

⁸ Op. cit. (7) pp.83

Dichas necesidades son:

1. Respirar Normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Eliminar los residuos corporales.
4. Moverse y mantener la posición adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir las prendas de vestir –vestirse y desvestirse-.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno.
8. Mantener el cuerpo limpio, cuidado y los tegumentos protegidos.
9. Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.
10. Comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Realizar practicas religiosas según la fe de cada uno.
12. Trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado.
13. Jugar o participar en alguna actividad recreativa.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales, y utilizar los recursos sanitarios disponibles.

Parece que Henderson utilizó el método deductivo del razonamiento lógico para desarrollar su definición de Enfermería. Deduce su definición y las 14 necesidades a partir de principios fisiológicos y psicológicos.

Muchos de los supuestos son válidos por el elevado nivel de concordancia con la literatura y con las conclusiones de las investigaciones de los científicos de otros campos. Por ejemplo, sus 14 necesidades básicas corresponden fielmente con la jerarquía de necesidades de Maslow.

4.1. METAPARADIGMA DE ENFERMERIA SEGÚN V. HENDERSON.

Persona.

La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.

La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.

El paciente requiere ayuda para ser independiente.

El paciente y su familia forman una unidad.

Las necesidades del paciente están cubiertas por los 14 componentes de Enfermería.

Entorno.

Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno pero la enfermedad puede inferir en esta capacidad.

La enfermera debe tener información en materia de seguridad.

Las enfermeras deben conocer los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

Salud.

La salud representa calidad de vida.

La salud es necesaria para el funcionamiento humano.

La salud requiere independencia e interdependencia

La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.

Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.

Enfermería

La enfermera tiene la función única de ayudar a los individuos sanos o enfermos.

La enfermera actúa como un miembro de un equipo sanitario.

La enfermera actúa independientemente del médico, pero apoya su plan si hay algún médico de servicio. Henderson subrayaba que la enfermera puede actuar independientemente y debe hacerlo así si es el profesional sanitario mejor preparado para una determinada situación. La enfermera puede y debe diagnosticar y tratar si la situación lo requiere.

La enfermera está formada en ciencias biológicas y sociales.

La enfermera puede apreciar las necesidades humanas básicas.

Los 14 componentes de la asistencia de enfermería abarcan todas las funciones posibles de la enfermería.

4.2. AFIRMACIONES TEORICAS.

Relación Enfermera – Paciente

“Se pueden identificar tres niveles en la relación enfermera-paciente que varían desde una relación dependiente a otra marcadamente independiente: (1) la enfermera como

un *sustituto* de algo necesario para el paciente; (2) la enfermera como *ayuda* para el paciente, y (3) la enfermera como *compañera* del paciente. En caso de enfermedad grave, la enfermera está considerada como un sustituto de lo que el paciente carece para considerarle “completo”, “íntegro” o “independiente”, por la ausencia de fuerza física, voluntad o conocimiento.”⁹

Como compañeros, la enfermera y el paciente colaboran juntos en el plan terapéutico. Las necesidades básicas existen a pesar del diagnóstico, aunque se hallan modificadas por la patología y otras circunstancias como la edad, el temperamento, el estado emocional, el nivel sociocultural y la capacidad física e intelectual.

La enfermera debe ser capaz de apreciar no sólo las necesidades del paciente sino también las circunstancias y estados patológicos que las alteran.

Relación Enfermera – Médico

“Henderson insiste en que la enfermera tiene una función única, distinta de la de los médicos. El plan de cuidados, elaborado por la enfermera junto con el paciente, se debe de llevar a cabo de forma que facilite el plan terapéutico prescrito por el médico.”¹⁰

⁹ ANN MARRINER-TOMEY, Modelos y Teorías en Enfermería, 3ª. ed., Ed. Mosby / Doyma Libros. España. 1994 pp.106

¹⁰ Op. cit. (9) pp. 106

4.3. CONSECUENCIAS DE SU TEORÍA EN LA ENFERMERÍA ACTUAL.

“La perspectiva de Henderson ha resultado útil para promover nuevas ideas y para el desarrollo conceptual adicional de las nuevas teorías. En sus numerosas obras publicadas ha discutido la importancia de la independencia y de la interdependencia de la Enfermería con respecto a las demás ramas de la asistencia sanitaria. También ha influido en el desarrollo de los planes de estudios, realizando una gran contribución a la promoción de la importancia de la investigación en el ámbito clínico de la Enfermería.

Desde que se ha difundido la definición de Henderson sobre la función única de la Enfermería, ha actuado como uno de los principales escalones en la aparición de la Enfermería como disciplina científica profesional.”¹¹

Henderson continúa siendo citada en la literatura habitual de Enfermería y en las publicaciones de todos los campos, desde la Enfermería holística al Proceso de Atención de Enfermería.

5. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

5.1. HISTORIA.

“El Proceso de Atención de Enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. May (1955) lo describió por primera vez como un proceso distinto. Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenback (1963), desarrollaron un proceso de tres fases diferente que contenía

¹¹ Ibidem, pp. 111

elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de los años setenta, Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar a un proceso de cinco fases."¹²

"Sobre mediados del siglo XX el método científico de resolución de problemas se aplicó en Enfermería, lo cual condujo a la idea de un proceso enfermero. Este proceso incluía la identificación de problemas enfermeros (terapéuticos) y la decisión de un curso de acción, marcando un cambio en el papel de la enfermera. La intervención prescrita por la enfermera se añadió a la intervención prescrita por el médico que anteriormente había sido la esencia de la práctica."¹³

"A principios de los años sesenta Bonney y Rothberg emplearon el diagnóstico enfermero como un instrumento de evaluación del cliente para predecir las necesidades de cuidado enfermero. El objetivo era utilizar los diagnósticos enfermeros de los clientes como predictores de las necesidades de plantilla en ámbitos de cuidados de larga duración y como enfoque de las intervenciones de Enfermería."¹⁴

"Los modelos conceptuales del proceso enfermero aparecieron en la literatura a finales de los años sesenta, y las enfermeras comenzaron a identificar qué

¹² IYER Patricia W., et. al., Proceso y Diagnóstico de Enfermería, 3ª. ed., Ed Mc Graw-Hill Interamericana, México, 1997 pp.9

¹³ MARJORY Gordon, Diagnóstico Enfermero, 3ª. ed., Ed. Mosby / Doyma Libros, España, 1996 pp 2

¹⁴ Op. cit. (13) pp. 3

tratamientos y qué resultados estaban dentro de la esfera de Enfermería. En el contexto de estos desarrollos tuvo lugar la evolución de los problemas de las enfermeras (problemas terapéuticos y objetivos de resultado) hasta los diagnósticos enfermeros (problemas del paciente).”¹⁵

“Desde ese momento, el Proceso de Atención de Enfermería ha sido legitimado como el sistema de la práctica de la Enfermería. La ANA utilizó el Proceso de Atención de Enfermería como guía para el desarrollo de las pautas de la asistencia; y ha sido incorporado al sistema conceptual de la mayor parte de los planes de estudio de Enfermería. También ha sido incluido en la definición de Enfermería en la mayor parte de las leyes sobre la práctica de Enfermería. Más recientemente, se revisaron los exámenes de licenciatura de los tribunales estatales, para probar la capacidad del profesional de Enfermería registrado, aspirante para utilizar los pasos del Proceso de Atención de Enfermería.”¹⁶

5.2. DEFINICIÓN.

El Proceso de Atención de Enfermería es el sistema de la práctica de la 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.

¹⁵ Ibidem. pp. 3

¹⁶ Op. cit. (12) pp.9

“Yura y Walsh (1988) afirman que el Proceso de Atención de Enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la Enfermería, mantener 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 Atención 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.”¹⁷

“La ciencia de la Enfermería se basa en un amplio sistema de teorías. El Proceso de Atención de Enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de Enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar. El Proceso de Atención de Enfermería consta de cinco fases sucesivas e interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Estas fases integran las funciones intelectuales de la resolución del problema en un intento por definir las acciones de Enfermería.”¹⁸

¹⁷ Ibidem. pp. 11

¹⁸ Ibidem. pp 9

5.3. OBJETIVO.

“El objetivo principal del Proceso de Atención de Enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia y de la comunidad. El Proceso de Atención de Enfermería consiste en una relación de interacciones entre el cliente y el profesional de Enfermería, con el cliente como centro de atención. El profesional de Enfermería valida las observaciones con el cliente y de forma conjunta utilizan el Proceso de Atención de Enfermería. Esto ayuda al cliente a enfrentarse a los cambios en el estado de salud y da lugar a una asistencia individualizada.”¹⁹

5.4. ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

El Proceso de Atención de Enfermería está organizado en cinco fases identificables: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

5.4.1. VALORACIÓN.

La valoración es la primera fase del Proceso de Atención de Enfermería. Sus actividades se centran en la obtención de información relacionada con el cliente, el sistema cliente / familia o la comunidad, con el fin de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas del cliente. Los datos se recogen de forma sistemática, utilizando la entrevista, la exploración física, los resultados de laboratorio y otras fuentes registradas en la historia de Enfermería.

¹⁹ *Ibidem*, pp. 11

5.4.2. DIAGNOSTICO.

Durante esta fase, se analizan e interpretan de forma crítica los datos reunidos durante la valoración. Se extraen conclusiones en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del cliente. Se identifican los diagnósticos de Enfermería que proporcionan un foco central para el resto de las fases. Se diseña un plan de cuidados basado en el diagnóstico de Enfermería, que se ejecuta y se evalúa. Los diagnósticos de Enfermería suponen un método eficaz de comunicación de los problemas del cliente.

5.4.3. PLANIFICACIÓN.

En la fase de planificación, se desarrollan estrategias para evitar, reducir al mínimo o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de Enfermería. La fase de planificación, consta de varias etapas:

1. Establecimiento de prioridades para los problemas identificados.
2. Fijar resultados con el cliente para corregir, reducir al mínimo o evitar los problemas.
3. Escribir las actuaciones de Enfermería que conducirán a la consecución de los resultados propuestos.
4. Registro de los diagnósticos de Enfermería, de los resultados y de las actuaciones de Enfermería de forma organizada en el plan de cuidados.

5.4.4. EJECUCIÓN.

La ejecución es el inicio y terminación de las acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa de planificación. Consiste en la comunicación del plan a todos los que participan en la atención del cliente. Las actuaciones pueden ser llevadas a cabo por miembros del equipo de atención sanitaria, por el cliente o por su familia. El plan de cuidados se utiliza como guía. El profesional de Enfermería continuará recogiendo datos relacionados con la situación del cliente y su interacción con el entorno. La ejecución incluye también el registro de la atención al cliente en los documentos adecuados dentro de la historia de Enfermería. Esta documentación verificará que el plan de cuidados se ha llevado a cabo y se puede utilizar como instrumento para evaluar la eficacia del plan.

5.4.5. EVALUACIÓN.

La última fase del Proceso de Atención de Enfermería es la evaluación. Se trata de un proceso continuo que determina la medida en que se han conseguido los objetivos de la atención. El profesional de Enfermería evalúa el progreso del cliente, establece medidas correctoras si fuese necesario, y revisa el plan de cuidados de Enfermería.

5.5. PROPIEDADES.

“El Proceso de Atención de Enfermería tiene seis propiedades: es intencionado, sistemático, dinámico, interactivo, flexible y tiene una base teórica. El Proceso de

Atención de Enfermería se puede describir como *intencionado* porque va dirigido a un objetivo. El profesional de Enfermería utiliza las fases del proceso para ofrecer una atención de calidad centrada en el cliente. El proceso es *sistemático* porque consiste en la utilización de un enfoque organizado para conseguir su propósito. Este método premeditado favorece la calidad de la Enfermería y evita los problemas asociados a la intuición o a la prestación de la asistencia tradicional.

El Proceso de Atención de Enfermería 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 la relación entre profesional de Enfermería y cliente. La naturaleza *interactiva* del Proceso de Enfermería se basa en las relaciones recíprocas que se establecen entre el profesional de Enfermería y el cliente, la familia y otros profesionales sanitarios. Este componente asegura la individualización de la atención al cliente.

La *flexibilidad* del proceso se puede demostrar en dos contextos: (1) se puede adaptar a la práctica de la Enfermería en cualquier marco o área de especialización que trate con individuos, grupos o comunidades; (2) sus fases se pueden utilizar de forma consecutiva y concurrente. El Proceso de Atención de Enfermería se utiliza con mayor frecuencia de forma consecutiva; sin embargo, el profesional de Enfermería puede utilizar más de una etapa a la vez. Por ejemplo, al mismo tiempo que ejecuta el plan de cuidados, el profesional de Enfermería puede evaluar su eficacia.

Finalmente, el Proceso de Atención de Enfermería tiene una *base teórica*. El proceso 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.²⁰

²⁰ *Ibidem*, pp. 14

VI. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

1. PRESENTACIÓN DEL CASO.

Se trata de un paciente adulto masculino de 57 años de edad con un Diagnóstico de Enfermería de Alteración en el mantenimiento de la Salud relacionado a una lesión vertebral a nivel de la T 5-6 manifestado por incapacidad para la movilidad física, obesidad exógena, dependencia para la eliminación de excretas, deficiente control médico, alcoholismo, sedentarismo y estrés.

1.1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Edad: 57 años

Peso: 102 Kg.

Sexo: Masculino

Talla: 1.69 cm.

Lugar de Nacimiento: México, DF.

Escolaridad: Sexto año de Primaria.

Ocupación: Comerciante.

Religión: Católica.

Lugar dentro de la Familia: Padre de Familia; sostén principal.

Nivel Socioeconómico: Medio alto.

Fuente de Información: Entrevista directa.

2. VALORACIÓN DE ENFERMERIA.

Datos de dependencia e independencia obtenidos a través de la entrevista y observación, según la guía de valoración (ANEXO I).

NECESIDAD DE OXIGENACION.

- **Datos de Independencia.** Permeabilidad de las vías aéreas. Frecuencia, ritmo y profundidad respiratorias normales. Piel y mucosas de coloración rosadas, retorno venoso sin alteraciones importantes observables.

Frecuencia Respiratoria: 22 por min.

Frecuencia Cardíaca: 84 por min.

Presión Arterial: 124/82 mm. Hg.

Llenado Capilar: 1-2 seg. en Miembros Superiores.

2-3 seg. en Miembros Inferiores.

- **Datos de Dependencia.** Presenta dificultad para expectorar alimentos no deglutidos y/o secreciones bucofaringeas cuando presenta algún proceso infeccioso a nivel de las vías aéreas.

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACIÓN.

- **Datos de Independencia.** Refiere tener afinidad por las carnes rojas y los alimentos de alto contenido calórico como las pastas, el pan, las golosinas, los lácteos, embutidos, entre otros; consume

poca agua, prefiere las bebidas gaseosas y los jugos de fruta natural, así como las bebidas alcohólicas; tiene adoncia por lo que usa una prótesis dental removible; refiere no tener problemas económicos para la adquisición de los alimentos.

- **Datos de Dependencia.** Habitualmente debe atenerse a los alimentos que le preparan en casa los cuales son elaborados al gusto de él o de su esposa que es la persona que cocina y que también tiene afinidad por los mismos alimentos; estos alimentos son ricos en grasas saturadas y carbohidratos. El horario de sus alimentos es irregular ya que en su trabajo no tiene una hora fija de salida y por ende come entre comidas gran cantidad de antojitos y golosinas. Dificilmente tiene voluntad para controlar su peso y no acepta que su dieta está mal equilibrada para los requerimientos energéticos que su actividad física demanda. No realiza ningún tipo de ejercicio y es sedentario. Desconoce la importancia que tiene llevar una dieta balanceada, así como del aporte calórico y energético que tiene cada uno de los diferentes grupos de alimentos.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

- **Datos de Independencia.** Eliminación urinaria de 6-7 veces al día en frecuencia, de características macroscópicas normales:

Evacuación de 1-2 veces al día, heces blandas, de aspecto , color y olor normales. No tiene control de esfínteres debido a una lesión vertebral a nivel de la T 5-6.

- **Datos de Dependencia.** Para la eliminación de excretas, requiere del estímulo de factores externos. En el caso de la eliminación vesical, necesita de la aplicación de una sonda Nelaton cada vez que percibe un hormigueo en la región dorsal; para la eliminación intestinal, requiere de la aplicación de un supositorio de glicerina ; esto por lo general cada 24 hrs. si es que no interviene algún otro trastorno como la diarrea en el que la evacuación es inevitable. También refiere presentar con frecuencia infecciones de vías urinarias ya que el auto cateterismo vesical es frecuente y no se lleva a cabo bajo ningún tipo de técnica estéril.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

- **Datos de Independencia.** Expresa deseo de poder realizar sus actividades de forma independiente, pero la lesión vertebral que presenta a nivel de la T 5-6 no se lo permite; aún con su discapacidad, el paciente refiere poder hacer muchas actividades que le dan cierta independencia como comer, manejar, escribir,

arreglar cosas; y en general todas aquellas actividades que una persona normal puede hacer con sus manos; e incluso trabajar.

- **Datos de Dependencia.** Presenta paraplejia a nivel de la T 5-6 a raíz de una lesión torácica por arma de fuego y por ende, necesita la asistencia de otra persona para trasladarlo a su vehículo, trabajo, cama, etc.; es incapaz de mantenerse erguido y la mayor parte del día permanece sentado en una silla de ruedas. A raíz de su accidente ha subido de peso por inmovilidad física ; pero no ha perdido el tono muscular de ambas extremidades ya que se ejercita durante sus traslados y durante muchos años acudió a terapias físicas.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

- **Datos de Independencia.** Concilia el sueño fácilmente y de preferencia ve la televisión antes de hacerlo; duerme aproximadamente de 6 a 7 horas diarias y no acostumbra a dormir la siesta; descansa bien, pero despierta fácilmente cuando escucha ruidos, tiene necesidad de orinar o cuando se presentan espasmos en sus miembros inferiores.

- **Datos de Dependencia.** Necesita que una persona lo traslade a su cama.

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR.

- **Datos de Independencia.** Su ropa es pulcra y adecuada a su edad; cambia de ropa diariamente , pero no le da mucha importancia a su aspecto físico, se apega a lo necesario sin tener complejos o pretensiones; prefiere la comodidad y no las apariencias físicas, diariamente está expuesto a temperaturas bajas por lo que prefiere usar pants y chalecos afelpados; calza pantuflas ya que sus miembros inferiores se edematizan fácilmente por el largo tiempo que permanece sentado.

- **Datos de Dependencia.** Dice que se vestiría mas formalmente si sus condiciones físicas se lo permitieran, difícilmente encuentra ropa de su talla por lo que prefiere usar ropa holgada, cómoda y fácil de poner; depende de la ayuda física de otra persona para vestirse ya que su incapacidad física no le permite realizar este tipo de actividades.

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.

- **Datos de Independencia.** Temperatura Corporal: 36.5 °C.

- **Datos de Dependencia.** No se observan.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

- **Datos de Independencia.** Su aspecto es limpio y agradable,

se ducha de 3 a 4 veces por semana, aseo bucal una vez por día, se observan mucosas orales bien hidratadas; piel turgente y humectada, uñas cortas y cuidadas; se observa una lesión importante en miembro pélvico izquierdo limpia sin datos de infección, el paciente refiere tenerla desde hace un mes a raíz de un golpe, ya que frecuentemente presenta movimientos involuntarios tipo espasmos que laceran frecuentemente ambos pies.

- **Datos de Dependencia.** Conoce la importancia de mantener una higiene corporal adecuada, sin embargo depende de la disponibilidad de alguno de sus familiares para bañarse, afeitarse manos y cara, así como para que le proporcionen sus artículos de higiene personal como cepillo dental, rastrillo, etc. y de este modo pueda satisfacer dicha necesidad.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

- **Datos de Independencia.** Es una persona muy arraigada a sus ideales y difícilmente acepta una observación, comentario y/o consejo; lleva un deficiente control médico y ocasionalmente se auto medica cuando tiene algún problema de salud.
- **Datos de Dependencia.** No tiene la suficiente información

acerca de los padecimientos que puede presentar y por consiguiente no le da suficiente importancia a su estado de salud. El estar obeso y el no llevar un control médico adecuado, representa un peligro potencial para desarrollar algún tipo de enfermedad.

NECESIDAD DE COMUNICARSE.

- **Datos de Independencia.** Vive con sus cinco hijos, su esposa y un nieto; es optimista pero a menudo se deprime; tiene una personalidad tipo I obsesivo – compulsivo; refiere tener muchas diferencias de criterio con sus hijos y dice que ellos creen tener la razón aunque el no este de acuerdo, el convivio intra familiar es escaso ya que todos sus hijos son adultos y no se dan el espacio necesario para convivir con el y su esposa; tiene dos hermanos con los cuales convive muy poco y generalmente frecuenta mas a sus amistades; su función dentro de la familia es la de principal sostén económico y moral.

- **Datos de Dependencia.** Durante la entrevista se observa susceptible y comenta que le gustaría tener mayor motivación por la vida, refiere que en los últimos años la relación con sus hijos y la convivencia intra familiar se han deteriorado; está consciente que es necesario hacer algo por el bienestar de todos.

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

- **Datos de Independencia.** Practica la religión católica y aunque no es muy devoto de su religión, considera que satisface sus necesidades éticas y morales; tiene principios bien cimentados hacerla de la familia, los hijos y la responsabilidad que tiene como padre de familia.
- **Datos de Dependencia.** Refiere que le gustaría ser tratado con más respeto y cariño; para él es vital que sus hijos respeten la autoridad que tiene por ser el eje principal de la familia; su expectativa de vida para el futuro es disfrutar de sus últimos años sin tener problemas económicos y familiares; le gustaría irse de la ciudad con su esposa para vivir con menos estrés y disfrutar su vejez tranquilo.

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

- **Datos de Independencia.** Su ocupación es como Comerciante de frutas en la Central de Abastos; trabaja de Lunes a Domingo de las 06:00 AM. a las 16:00 PM.; está conforme con lo que ha hecho en el transcurso de su vida, pero refiere estar cansado de trabajar.
- **Datos de Dependencia.** Le gustaría trabajar menos, pero considera que en este momento aún no es posible ya que no todos

sus hijos son independientes y uno de ellas todavía estudia; en un futuro le gustaría viajar y retirarse definitivamente de su trabajo para irse de la ciudad.

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

- **Datos de Independencia.** Dentro de sus actividades favoritas están pasear, salir de vacaciones, jugar dominó por las tardes con sus amistades y ver televisión por las noches antes de dormir.

- **Datos de Dependencia.** Refiere que le gustaría viajar más seguido pero sus actividades no se lo permiten; nunca tuvo un hábito de hacer ejercicio pero dice que si su limitación física se lo permitiera lo haría actualmente por salud; una de sus máximas aspiraciones es disfrutar más de la vida y de su familia.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

- **Datos de Independencia.** Estudió hasta el sexto año de Primaria ya que desde muy pequeño tuvo la necesidad de trabajar; sabe leer y escribir, pero no tiene el hábito de mantenerse informado a través de periódicos y/o mediante algún otro tipo de literatura.

- **Datos de Dependencia.** Le gustaría recibir información profesional acerca de su estado de salud para darle tranquilidad a su familia; está consciente que es importante saber a que enfermedades está expuesto si no cambia sus hábitos de vida y alimentación.

3. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.

OXIGENACION.

DIAGNOSTICO 1. Alto Riesgo de presentar trastornos de la Oxigenación relacionado a Obesidad Exógena.

Definición. Se define como el estado en el que puede haber una alteración en el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono entre el medio externo y la sangre, muchas veces relacionada a disminución de la capacidad pulmonar; cambios a nivel de la membrana alveolo capilar; déficit en el aporte de oxígeno u obstrucciones en el árbol bronquial.

Características Definitorias.

- Frecuencia, ritmo y capacidad respiratorios anormales.
- Fatiga y Disnea.
- Agitación.
- Somnolencia.
- Diaforesis.

NUTRICION E HIDRATACIÓN.

DIAGNOSTICO 2. Alteración de la Nutrición por exceso, relacionado con un desequilibrio entre la ingesta calórica y la actividad física.

Definición. Estado en que un individuo consume una cantidad de alimentos que excede sus demandas metabólicas.

Características Definitorias.

- Peso superior en un 10 a 20 % al peso ideal según estatura y complejión física.
- Pliegue cutáneo a nivel de tríceps superior a 15 mm en los hombres o superior a los 25mm en las mujeres.
- Actividad sedentaria.
- Referencia u observación de un patrón de alimentación inadecuado:
Alimentación en respuesta a factores externos, como la hora del día o la situación social.
Alimentación en respuesta a factores internos que no

corresponden al apetito, como la ansiedad

Falta de ejercicio.

- Desequilibrio entre actividad física e ingesta calórica.
- Falta de conocimientos sobre necesidades nutrimentales.
- Falta de apoyo para la pérdida de peso en el entorno social.

DIAGNOSTICO 3. Afrontamiento Individual ineficaz relacionado con la vulnerabilidad personal manifestado por el uso de bebidas alcohólicas para afrontar los acontecimientos de la vida.

Definición. Incapacidad para llevar a cabo una correcta identificación de los agentes estresantes. Estado en que las funciones fisiológicas, psicosociales y espirituales de la unidad familiar están crónicamente desorganizadas, lo que conduce a conflictos, negación de los problemas, resistencia al cambio, solución inefectiva de los problemas y una serie de crisis auto perpetuadoras.

Características Definitorias.

CONDUCTUALES.

- Negativa a recibir ayuda o incapacidad para aceptarla y recibirla adecuadamente.
- Comprensión o conocimiento inadecuado del alcoholismo.
- Pérdida de control en la ingesta de alcohol.
- Permitir la persistencia en el consumo de alcohol.

SENTIMENTALES.

- Ansiedad, tensión y estrés.
- Emociones reprimidas
- Depresión.
- Control emocional por los demás.
- Malhumor y fracaso.
- No sentirse querido.

SOCIALES.

- Deterioro de las relaciones familiares y trastorno de la dinámica familiar.
- Escasa comunicación de los miembros de la familia que impide el mutuo crecimiento y madurez.
- Amistades Alcohólicas.

ELIMINACIÓN.

DIAGNOSTICO 4. Incontinencia Urinaria Refleja relacionada a una lesión vertebral a nivel de la T 5-6.

Definición. Estado en que el individuo presenta una pérdida de orina involuntaria, a intervalos, hasta cierto punto predecibles, cuando se alcanza un determinado volumen de llenado vesical.

Características Definitivas.

- Falta de sensación de:
Urgencia de micción.
Repleción vesical.
Micción.
- Vaciado vesical completo por lesión por encima del arco reflejo miccional.
- Incapacidad para inhibir o iniciar voluntariamente la micción.
- Deterioro neurológico por encima del centro sacro o del arco reflejo miccional.

DIAGNOSTICO 5. Alto riesgo de presentar infección de vías urinarias relacionado al cateterismo vesical frecuente sin hacer uso de una técnica estéril.

Definición. Estado en que un individuo presenta riesgo elevado de ser invadido por agentes infecciosos patógenos.

Características Definitorias.

- Defensas primarias inadecuadas:
Solución de continuidad cutánea.
Tejidos traumatizados.
Modificación del pH de las secreciones.

- Defensas secundarias inadecuadas:
Lesiones tisulares y mayor exposición ambiental.
Enfermedades Crónicas.
Traumatismos.
Procedimientos invasivos.
Falta de conocimientos para evitar la exposición a agentes patógenos.

DIAGNOSTICO 6. Incontinencia fecal relacionada a una lesión vertebral a nivel de la T 5-6.

Definición. Estado en que en el individuo se produce un cambio en los hábitos normales de eliminación intestinal caracterizado por la emisión involuntaria de heces.

Características Definitorias.

- Incapacidad para notar la sensación de repleción rectal.
- Lesión de los nervios motores.
- Hipotonía muscular generalizada.

MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

DIAGNOSTICO 7. Trastorno de la movilidad física relacionado a una lesión vertebral a nivel de la T 5-6 manifestado por la incapacidad para el movimiento físico independiente.

Definición. Estado en que existe una limitación de la movilidad física independiente del cuerpo o de una o más extremidades.

Características Definitorias.

- Inestabilidad postural durante la realización de las actividades habituales de la vida diaria.

- Limitación de las habilidades motoras.
- Movimientos descoordinados o espasmódicos.
- Limitación de la gama de movimientos.
- Deterioro sensitivo o motor.
- Trastorno músculo esquelético.
- Rigidez o contracturas articulares.

USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

DIAGNOSTICO 8. Déficit del auto cuidado relacionado a la incapacidad física para participar en su arreglo personal.

Definición. Estado en el que el individuo presenta incapacidad para realizar o completar por sí mismo las actividades de vestirse y arreglarse.

Características Definitorias.

- Dificultad para elegir la ropa.
- Incapacidad para ponerse la ropa en la parte inferior del cuerpo.
- Dificultad para quitarse la ropa.
- Deterioro de la capacidad para ponerse y quitarse las prendas de ropa necesarias.
- Incapacidad para obtener o reemplazar los artículos de vestir

- Incapacidad para mantener el aspecto a un nivel satisfactorio
- Dificultad para agarrar la ropa
- Incapacidad para ponerse los zapatos.

HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

DIAGNOSTICO 9. Déficit del auto cuidado relacionado a la dependencia física de otra persona para satisfacer sus necesidades de higiene personal.

Definición. Estado en el que el individuo manifiesta una incapacidad para realizar o completar por sí mismo las actividades de baño e higiene.

Características Definitorias.

- Dificultad para adquirir artículos de baño.
- Incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo.
- Dificultad para obtener agua o para llegar a una fuente.
- Incapacidad para regular la temperatura y el flujo del agua.
- Incapacidad para secarse el cuerpo.
- Dificultad para entrar y salir del baño.
- Deterioro neuromuscular y músculo esquelético.

DIAGNOSTICO 10. Deterioro de la integridad cutánea relacionado a la presencia de movimientos reflejos involuntarios en miembros inferiores.

Definición. Estado en que el individuo presenta una alteración de la epidermis o de la dermis.

Características Definitorias.

- Alteración de la superficie de la piel (epidermis).
- Destrucción de las capas de la dermis.
- Invasión de las estructuras corporales.

FACTORES EXTERNOS.

- Hipertermia o hipotermia.
- Inmovilización física.

FACTORES INTERNOS.

- Alteración de la sensibilidad.
- Alteración de la circulación.
- Variaciones de la elasticidad.

EVITAR PELIGROS.

DIAGNOSTICO 11. Alteración en el mantenimiento de la salud relacionado a la falta de voluntad para llevar un control médico periódico.

Definición. Estado en que el individuo presenta una incapacidad para promover o conservar la salud, o para solicitar ayuda con tal finalidad.

Características Definitivas.

- Información u observación de incapacidad para tomar la responsabilidad de afrontar las prácticas sanitarias básicas en alguna o en todas las áreas de los patrones funcionales.
- Referencia de interés por mejorar los comportamientos destinados a conservar o promocionar la salud.
- Falta evidente de conocimientos de las prácticas sanitarias básicas.
- Carencia de conductas de adaptación a los cambios del medio interno o externo.
- Antecedentes de falta de conductas generadoras de salud.
- Referencias u observación de deterioro de los sistemas personales de apoyo.

COMUNICARSE.

DIAGNOSTICO 12.. Afrontamiento familiar ineficaz: Comprometido, relacionado a la deficiente convivencia intra familiar.

Definición. Estado en que los familiares u otras personas significativas que habitualmente dan apoyo al individuo responden temporalmente ante un cambio de

salud con ayudas insuficientes o conductas inadecuadas para las necesidades de adaptación de la situación.

Características Definitorias.

- Conocimiento insuficiente o comprensión equivocada del problema, que interfiere en la efectividad de las conductas de apoyo o ayuda.
- Intentos de conductas de ayuda con resultados poco satisfactorios.
- Alejamiento o comunicación limitada y temporal con el enfermo cuando éste lo necesita.
- Conducta protectora desproporcionada (excesiva o insuficiente) en relación con las habilidades o necesidades de autonomía del enfermo.
- Referencias de preocupación por parte del enfermo o incluso quejas en relación con la respuesta de las personas allegadas ante su problema de salud.
- Conocimientos insuficientes, información incorrecta o comprensión inadecuada sobre la enfermedad del miembro de la familia afectado.
- Desorganización familiar temporal y cambios de roles.

JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

DIAGNOSTICO 13. Déficit de actividades recreativas relacionado con la inmovilidad física independiente.

Definición. Estado en que el individuo presenta una disminución en los estímulos, en el interés o en el compromiso para participar en actividades recreativas.

Características Definitivas.

- Referencias verbales de aburrimiento y abandono.
- Referencias verbales de desear hacer algo.
- Imposibilidad de realizar las aficiones habituales debido a limitaciones físicas.
- Entorno desprovisto de actividades recreativas.

APRENDIZAJE.

DIAGNOSTICO 14. Déficit de conocimientos relacionado con la falta de disponibilidad para aprender.

Definición. Estado en que el individuo y su entorno carecen de los conocimientos o la información específica necesaria para el mantenimiento o la recuperación de la salud.

Características Definitivas.

- Referencias verbales que informan sobre ideas erróneas relacionadas con la salud.
- Seguimiento inadecuado de las instrucciones:
Realización inadecuada de las pruebas.

Administración inadecuada de medicamentos.

Incumplimiento de las pautas terapéuticas indicadas

- Conductas inapropiadas o exageradas (histéricas, hostiles, apáticas, agitadas, depresivas,
- Mala interpretación de la información.
- Falta de interés por aprender.
- Falta de familiaridad con los recursos informativos.

4. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

DIAGNOSTICO 1. Alto riesgo de presentar trastornos de la Oxigenación relacionado a Obesidad Exógena.

Objetivos:

- Evitar Neumopatías relacionadas con la Obesidad.
- Mejorar la Oxigenación sistémica.

Intervenciones de Enfermería:

Promover la Enseñanza del funcionamiento respiratorio teniendo como bases:

La importancia de:

- Mantener una postura adecuada.
- Realizar ejercicios respiratorios.
- Una dieta nutritiva y balanceada evitando un consumo excesivo de calorías.
- Procurar suficiente sueño y descanso.
- Masticar bien los alimentos antes de deglutirlos, evitando comer con demasiada rapidez o reír y hablar durante las comidas.
- Evitar: El alcoholismo, tabaquismo e inhalación de contaminantes como arena, polvo, humo ó alérgenos.

Prevenir Infecciones de las vías respiratorias superiores:

- Humidificando el aire.

- Evitando los enfriamientos y la fatiga.
- Teniendo una higiene bucal efectiva.
- Tratar a tiempo de forma rápida y específica las infecciones de vías respiratorias.
- Llevar un control médico periódico y buscar atención médica inmediata ante cualquier síntoma importante como disnea, tos persistente, expectoración, ortopnea, etc.
- Favorecer la posición del paciente de tal modo que permita una expansión pulmonar óptima.
- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas; favoreciendo y ayudando a que la tos sea eficaz y periódica.
- Evitar la acumulación de secreciones nasofaríngeas.
- Prevenir la distensión abdominal.
- Tomar abundantes líquidos para ayudar a fluidificar las secreciones del aparato respiratorio.

DIAGNOSTICO 2. Alteración de la Nutrición por exceso, relacionado con un desequilibrio entre la ingesta calórica y la actividad física.

Objetivos:

- Promover una alimentación balanceada y favorecer una disminución en el peso corporal del cliente en base a su

edad, sexo, talla, constitución corporal y etapa de desarrollo.

- Modificar los hábitos higiénico-dietéticos en relación a las necesidades calóricas del paciente.
- Iniciar una rutina de acondicionamiento físico.

Intervenciones de Enfermería:

Promover la Enseñanza de una Nutrición adecuada y un buen funcionamiento del aparato gastrointestinal teniendo como bases:

- Una dieta balanceada y nutritiva a lo largo de la vida, evitando el exceso de calorías y otras sustancias nutritivas que pudieran ser tóxicas.
- Un horario regular para efectuar las comidas y con tiempo para llevar a cabo una buena masticación.
- El relajarse y evitar tensiones emocionales antes, durante y después de los alimentos.

Evitar:

- Alimentos irritantes o que ya se saben que trastornan el aparato digestivo del individuo.
- El uso excesivo de tabaco y alcohol.
- La ingesta de aceite de cartamo y alimentos con mayor cantidad de grasas saturadas.
- Las golosinas, antojitos y bebidas gaseosas.

- El consumo de alimentos entre comidas.

Iniciar con:

- Un programa dietético específico para el paciente, con una Dieta de 1500 Kcal/día

(*) Departamento de Nutrición del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

- Un programa realista de ejercicio físico moderado tomando en cuenta los recursos, el estilo de vida y capacidades del individuo.

- Motivar al paciente para que acuda a evaluaciones periódicas de salud; en especial para la realización de pruebas de rutina para la detección de diabetes, hipertensión, dislipidemias, entre otras.

- En caso de haber intolerancia hacia los alimentos prescritos, se deberá cambiar la dieta de acuerdo a las necesidades y gustos del paciente.

- Incrementar la ingesta de agua natural de 2 a 3 litros diarios.

- Establecer horarios específicos para las tres comidas diarias que debe realizar el cliente, tomando en cuenta las actividades y horarios disponibles de los miembros de la familia para compartir esta actividad.

- Orientar a la Familia en cuanto a las cualidades nutritivas y energéticas de los alimentos de los distintos grupos, así como la forma de combinarlos, cocinarlos y condimentarlos sin aumentar su valor calórico.

- Motivar a la familia para que estén presentes durante las comidas familiares y de este modo se fomente el convívio y el gusto por compartir los alimentos.

- Informar al paciente y a la familia del mismo las repercusiones de salud que tiene la obesidad en el organismo.

DIAGNOSTICO 3. Afrontamiento Individual ineficaz relacionado con la vulnerabilidad personal manifestado por el uso de bebidas alcohólicas para afrontar los acontecimientos de la vida.

Objetivos:

- Disminuir la ingesta de bebidas alcohólicas.
- Erradicar el sedentarismo y fomentar la realización de otras actividades que motiven al paciente a iniciar con nuevos hábitos y costumbres.
- Invitar al paciente y a la Familia a un programa de rehabilitación alcohólica.

Intervenciones de Enfermería:

- Concientizar al paciente acerca de las repercusiones biológicas, psicológicas y sociales a las que conlleva el alcoholismo crónico.
- Orientar al cliente en que consisten la etiopatogenia de las enfermedades a las que está expuesto, p. Ej. Cirrosis hepática alcohólico nutricional , Desnutrición, Hepatitis, entre otras.
- Alentar al cliente para visitar a amigos y/o familiares que tenga costumbres sanas como p. Ej. Salir de día de campo, ir a balnearios, salir de pesca, entre otras.

- Iniciar junto con la familia algún tipo de terapia ya sea con algún psicoterapeuta o en algún centro de Alcohólicos Anónimos
- Comprometer a la Familia para mejorar la convivencia y la comunicación con el paciente.
- Evitar en la medida de lo posible hacerle saber sobre problemas que comúnmente lo aquejan y lo deprimen.
- Evitar discusiones y peleas familiares en su presencia.
- Apoyar y motivar al paciente en caso de afrontarse a situaciones difíciles expresándole verbalmente su interés, comprensión y apoyo para salir adelante.
- Motivar a la Familia para que tengan mayor expresión de cariño y respeto hacia el paciente.

DIAGNOSTICO 4. Incontinencia Urinaria Refleja relacionada a una lesión vertebral a nivel de la T 5-6.

Objetivo:

- Favorecer una adecuada eliminación vesical.

Intervenciones de Enfermería:

- Mantener el registro de la incontinencia urinaria durante 72 hrs. para identificar la frecuencia urinaria y el horario relacionado con la ingesta de líquidos o alimentos.

- Desarrollar un programa de micción horario con el cliente para satisfacer el patrón natural de micción, la ingesta de líquidos y el estilo de vida, alentar al cliente a que orine de acuerdo con este programa.
- Enseñar maneras de favorecer el vaciamiento completo: Utilizar la maniobra de Valsalva; la maniobra de Crede (primero revisar con el médico respecto a la seguridad del cliente).
- Cateterizar de manera intermitente cada 3 a 6 hrs. ó utilizar un catéter de permanencia para drenar la orina y evitar la distensión vesical.
- Especificar una dieta baja en Calcio (para ayudar a evitar los cálculos o piedras renales).

DIAGNOSTICO 5. Alto riesgo de presentar infección de vías urinarias relacionado al cateterismo vesical frecuente sin hacer uso de una técnica estéril.

Objetivos:

- Evitar las infecciones recurrentes de Vías Urinarias.
- Mejorar la técnica de Auto cateterismo vesical.

Intervenciones de Enfermería:

- Informar al paciente acerca de los trastornos genitourinarios a los que está expuesto durante el auto sondaje intermitente.

- Adiestrar al paciente para la realización de una Técnica limpia durante el auto cateterismo vesical: (*) Enciclopedia de la Enfermería Tomo 1.

1. Es esencial un buen lavado de manos . El área del meato urinario debe lavarse con agua y jabón.
 2. Tener disponibles sondas vesicales p. Ej. de Nelaton previamente bien lavadas y en caso de ser posible, hervidas.
 3. Lubricar la sonda con un gel hecho a base de agua.
 4. Introducir la sonda bien lubricada en la uretra. Cuando la sonda atraviesa el esfínter uretral interno puede percibirse una ligera resistencia; la presión debe de ser constante y suave.
 5. Después del sondaje debe lavarse la sonda con agua tibia jabonosa. Debe aclararse bien por dentro y por fuera, y secarse con una toalla limpia, colocándola en una bolsa de plástico especial para catéteres usados. Debe usarse cada sonda sólo una vez.
 6. Cuando las sondas usadas empiecen a endurecerse y agrietarse, deben reemplazarse por otras nuevas.
- La orina debe vigilarse por si hay cambios en las características de cantidad, olor, color, claridad, presencia de partículas o sangre.
- Realizar periódicamente exámenes de rutina p. Ej. EGO para la detección y tratamiento oportuno de infecciones de vías urinarias.

- Incentivar al paciente para que aumente la ingesta de líquidos; de preferencia, poco endulzados y hacer uso de algún acidificante como el ácido ascórbico, para mantener un pH ácido.
- Pueden prescribirse medidas para evitar la formación de cálculos, como es la limitación de la ingesta de comidas ricas en calcio y fósforo (derivados de la leche, vísceras, mariscos, cereales, sémolas, frutos secos, huevos y verduras verdes).

DIAGNOSTICO 6. El Plan de Cuidados de Enfermería no es aplicable ya que la necesidad de eliminación intestinal se satisface en su totalidad.

DIAGNOSTICO 7. Trastorno de la movilidad física relacionado a una lesión vertebral a nivel de la T 5-6 manifestado por la incapacidad para el movimiento físico independiente.

Objetivos:

- Promover una mejoría en la movilidad física del cliente.
- Favorecer la interdependencia del paciente con su entorno en base a sus capacidades motoras.

Intervenciones de Enfermería:

Promover la enseñanza para un funcionamiento locomotor eficaz teniendo como bases:

- Un programa balanceado de ejercicios durante toda la vida
- Un aumento gradual de ejercicio, evitando el exceso de éste.
- Una nutrición adecuada durante la vida con un aporte conveniente de calorías
- Se debe proteger al paciente contra accidentes del tipo de las caídas, los tropiezos y los golpes contra objetos duros.
- Enseñar al cliente a que conserve la alineación anatómica en cualquier postura que adopte.
- Todas las partes de su cuerpo deben estar bien apoyadas en las posiciones funcionales sin que haya presión, arrastre o se haga fuerza.
- El paciente deberá efectuar cambios frecuentes de posición por lo menos cada 1-2 hrs.; principalmente en miembros inferiores ya que tienen menor movilidad física.
- El manejo de las partes del cuerpo debe ser firme y suave, proporcionando apoyo a la cabeza, las extremidades y las articulaciones.
- Alentar y ayudar al paciente para que realice las actividades normales de la vida diaria.
- Enseñar y alentar al cliente para que efectúe ejercicios musculares frecuentes durante el día (1 -2 veces); estos incluyen movimientos musculares con o sin resistencia.
- Enseñar y recomendar a que use los principios de *mecánica corporal*.
- Evitar cargar objetos en un solo lado del cuerpo durante mucho tiempo.
- Emplear el mínimo esfuerzo necesario para efectuar una tarea.
- Los objetos deben moverse o deslizarse sobre superficies en lugar de levantarlos.

- Siempre que sea posible debe emplearse el peso del cuerpo para jalar o empujar objetos

- Promover la relajación muscular mediante:

Masajes

Ejercicios de relajación

Posiciones correctas y apoyo de todas las partes del cuerpo

Fomentos calientes

Apoyo físico y emocional.

DIAGNOSTICO 8. Déficit del auto cuidado relacionado a la incapacidad física para participar en su arreglo personal.

Objetivos:

- Motivar al cliente para que participe directamente en su arreglo personal.
- Mantener la apariencia física del paciente a un nivel satisfactorio.

Intervenciones de Enfermería:

- Identificar qué es lo que el cliente espera respecto al vestido o el arreglo personal; discutir con él que tipo de ayuda requiere para cada actividad.
- Acomodar el equipo de arreglo personal al alcance del cliente.
- Invitarlo a que participe verbalmente en el atuendo que quiere usar.
- Pedir ayuda a la familia para el arreglo personal del paciente en actividades como:

Lavar, planchar y acomodar su ropa, de tal modo que el paciente tenga alcance visual de sus prendas y pueda elegir las a su gusto.

Ayudarlo a vestirse y desvestirse.

Ayudarlo a cortarse las uñas de ambos pies.

Llevarlo periódicamente a la estética para realizarse su corte de pelo.

- Motivar y dar apoyo psicológico mediante expresiones como p. Ej. ¡Que bien te ves hoy!; ¡Que rico hueles!, etc.

DIAGNOSTICO 9. Déficit del auto cuidado relacionado a la dependencia física de otra persona para satisfacer sus necesidades de higiene personal.

Objetivo:

- Mantener el estado de higiene del cliente a un nivel óptimo.

Intervenciones de Enfermería:

- Identificar cuáles son las necesidades de higiene del paciente.
- Evaluar la percepción del cliente sobre sus requerimientos de ayuda.
- Alentar al cliente para seleccionar el tipo de baño (esponja, regadera, tina, etc.) al que desea someterse.
- Interrogar al paciente en que momento del día y con que frecuencia lo desea hacer.
- Pedir disposición de la familia para que lo asistan durante el baño.

- Proporcionarle toallas limpias, esterilla para el baño o ducha, loción, jabón, y en general todos los artículos que el paciente desee ocupar durante su aseo.
- Disponer de un área limpia y agradable para el baño y/o la ducha.
- Proporcionarle privacidad durante el baño.
- Regular la temperatura del agua al agrado del paciente.
- Reunir al alcance del cliente los artículos de higiene personal, como cepillo de dientes, taza para la dentadura, rasuradora, peine o cepillo y desodorante.

DIAGNOSTICO 10. Deterioro de la integridad cutánea relacionado a la presencia de movimientos reflejos involuntarios en miembros inferiores.

Objetivos:

- Prevenir al paciente de lesiones cutáneas a las que está expuesto.
- Favorecer la cicatrización de una lesión que presenta en miembro inferior izquierdo.

Intervenciones de Enfermería:

- Interrogar, observar y examinar al paciente en busca de signos y síntomas de problemas reales o potenciales que involucren la piel y las mucosas.
- Promover la enseñanza para mantener una piel y mucosas sanas y intactas teniendo como base:

Una nutrición adecuada a lo largo de la vida.

Una higiene personal adecuada.

La prevención de accidentes.

Evitar una exposición excesiva a los rayos solares.

- Promover las evaluaciones periódicas de salud y el examen dental periódico.
- Mantener la piel limpia y seca.
- Lubricar la piel diariamente y después de cada baño.
- Proteger los miembros inferiores mediante el uso de calcetines y zapatos.
- Favorecer los cambios de posición frecuentes.
- Evitar la presión continua sobre cualquier parte del cuerpo; en especial sobre prominencias óseas.
- Dar masaje en la piel que se encuentra sobre puntos de presión.
- Favorecer la irrigación sanguínea de miembros inferiores a través de masajes y una rutina de ejercicios.
- Solicitar la valoración médica de un profesional para valorar el estado de la lesión que presenta en el pie izquierdo.
- Adiestrar a la familia en cuanto a técnicas de curación estéril.
- Realizar la curación de la lesión del cliente diariamente, a menos que haya contraindicación médica.
- Evitar presión sobre el sitio donde se encuentra la lesión.
- Mantener elevado el miembro inferior izquierdo durante el día para favorecer la irrigación sanguínea distal.

- Avisar al médico en caso de observar datos como: enrojecimiento, fetidez, calor y/o presencia de secreción purulenta en la lesión.

DIAGNOSTICO 11. Alteración en el mantenimiento de la salud relacionado a la falta de voluntad para llevar un control médico periódico.

Objetivos:

- Motivar al paciente para que decida iniciar con un control médico periódico.
- Concienciar al cliente sobre la importancia y los beneficios de una atención médica oportuna.
- Prevenir alteraciones importantes en la salud del cliente.

Intervenciones de Enfermería:

- Evaluar el significado de salud, enfermedad y tratamientos específicos en la cultura del cliente y su sistema de valores y creencias.
- Evaluar la buena disposición del cliente para cambiar y su capacidad de aprender.
- Ofrecer al cliente educación para la salud en aspectos como fisiopatología y medidas de prevención de las Enfermedades crónico degenerativas a las que está expuesto.
- Desarrollar un plan de educación para la salud al nivel de conocimientos del cliente y de su capacidad cognitiva.
- Presentar alternativas de cuidados para que el cliente seleccione, aclarar los

beneficios y las limitaciones de cada una.

- Aceptar la decisión del cliente.
- Ofrecer apoyo si el cliente decide intentar un cambio.
- Ofrecer los recursos comunitarios adecuados disponibles e iniciar el contacto del cliente con los mismos; p Ej. Centros de salud, clínicas de rehabilitación física, entre otros.
- Motivar al cliente para que concerte una cita con algún médico de confianza e inicie con un programa de salud.
- Invitar al paciente para que se realice exámenes de laboratorio y gabinete para la identificación oportuna de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial Sistémica.

DIAGNOSTICO 12. Afrontamiento individual ineficaz: Comprometido, relacionado a la deficiente convivencia intra familiar.

Objetivos:

- Fomentar la comunicación y el convivio intra familiar.
- Fortalecer los lazos sentimentales entre los miembros de la familia.
- Favorecer la estabilidad emocional del cliente.

Intervenciones de Enfermería.

- Establecer una relación terapéutica con la familia del cliente.

- Evaluar las interacciones familiares, quién toma las decisiones, quién habla con quién, relaciones de dependencia, autoridad, etc.
- Ofrecer un programa de reuniones familiares sujeto a la disponibilidad de tiempo de los miembros de la familia.
- Proponer un programa de actividades recreativas para toda la familia en el que intervengan por lo menos cada quince días; p. Ej. días de campo, parrilladas, etc.
- Proponer una terapia familiar con algún psicoterapeuta si es que la familia tiene los recursos y la disponibilidad de hacerlo.

DIAGNOSTICO 13. Déficit de actividades recreativas relacionado con la inmovilidad física independiente.

Objetivos:

- Fomentar las actividades recreativas del cliente.
- Mantener la autoestima y la estabilidad emocional del paciente a un nivel óptimo.

Intervenciones de Enfermería:

- Estudiar cuáles son las limitaciones físicas y emocionales a las que se afronta el paciente.
- Invitar a los miembros de la familia a que participen en las actividades de recreo del cliente.

- Identificar cuáles son las actividades recreativas más agradables para el paciente y su familia.
- Proponer un programa de actividades en base a la disponibilidad de tiempo del cliente, familiares y amigos.
- Elevar la autoestima del paciente mediante expresiones verbales como: ¡Que bien la pasamos!. ¿Cuándo volvemos a salir?, etc.
- Fomentar las reuniones y festejos familiares cada vez que haya oportunidad; p. Ej. Cumpleaños, sobremesas, días festivos, etc.

DIAGNOSTICO 14. Déficit de conocimientos relacionado con la falta de disponibilidad para aprender.

Objetivos:

- Proporcionar información concerniente al estado de salud del cliente.
- Elevar el nivel de conocimientos del paciente en el área de la salud.

Intervenciones de Enfermería.

- Evaluar la buena disposición del cliente para aprender.
- Cuestionar al paciente acerca de sus inquietudes y los temas de salud que le gustaría tocar.
- Evaluar el nivel de conocimientos respecto a las enfermedades crónico degenerativas a las que está expuesto.

5. EJECUCIÓN.

En esta etapa del Proceso de Atención de Enfermería se puso en práctica el plan de actuaciones elaborado previamente, cuya finalidad fue conducir al paciente hacia la óptima satisfacción de sus necesidades. Para tal caso, se informó y se solicitó la *cooperación y autorización del paciente y su familia para llevar a cabo el plan de intervenciones.*

Se fijaron prioridades y se pusieron en práctica las actividades planeadas para la satisfacción de necesidades prioritarias, mediante visitas domiciliarias, una por semana, en un plazo de tres meses; de las cuales se siguen llevando a cabo una visita por mes.

Se llevó un registro o bitácora personal en la que se anotaron las respuestas y mejoras del cliente, lo cuál facilitó una evaluación continua para mantener actualizado el plan de cuidados.

Durante la fase de ejecución la Comunicación con el cliente y los miembros de la familia, tuvo una importancia excepcional. Cabe señalar que en la relación enfermera-paciente se llevan a cabo tres tipos de Comunicación: la Comunicación Funcional o de la vida diaria; la Comunicación terapéutica o relación de ayuda y la Comunicación Pedagógica ó educación del cliente. La primera se refiere a la comunicación que nos permite hacer intercambios con nuestros semejantes en la vida diaria, constituye únicamente un nivel elemental de relaciones humanas y su primer objetivo es sobre todo práctico; la segunda, sobrepasa los intercambios puramente funcionales, es a la

vez verbal y no verbal y permite crear un clima de confianza, de respeto y de amor que el paciente precisa para satisfacer sus necesidades y para alcanzar un contacto mejor con su realidad, sus emociones, sus conflictos, sus valores, sus límites y aspiraciones; y por último, la Comunicación Pedagógica en la cuál se proporciona información o educación para la salud en base a las necesidades de aprendizaje que demande el estado de salud del cliente.

En la realización del presente Proceso de Atención de Enfermería se implementaron básicamente dos tipos de Comunicación; la Terapéutica y la Pedagógica en la que se proporcionó enseñanza acerca de cuidados generales referentes a higiene, alimentación, prevención de enfermedades y recursos disponibles para potenciar el estado de salud del paciente, manteniendo en todo momento, el respeto a la ideología, creencias e individualidad de cada uno de los miembros de la familia.

6. EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

La evaluación del presente Plan de Atención de Enfermería se realizó de acuerdo al cumplimiento de los objetivos planeados en cada uno de los diagnósticos de enfermería detectados; a continuación, se mostrarán los resultados obtenidos siguiendo el mismo orden de los diagnósticos anteriormente señalados:

DIAGNOSTICO 1. Alto riesgo de presentar trastornos de la Oxigenación relacionado a la Obesidad Exógena.

Los objetivos planteados en éste diagnóstico se cumplieron parcialmente, ya que la necesidad de una buena oxigenación en el paciente está comprometida con el estado fisiológico del cliente, es decir; la lesión que presenta a nivel de la T 5-6 aunado con la obesidad y la inmovilidad física, dificultan la adecuada expansión pulmonar e incluso comprometen el funcionamiento de los músculos accesorios para la respiración como es el diafragma y los músculos intercostales. Sin embargo, el paciente se pudo concientizar acerca de la importancia que tiene llevar a cabo un adecuado programa de alimentación y ejercicio; también se brindó orientación a la familia acerca de las medidas de urgencia que se deben tomar en caso de presentar algún trastorno de la oxigenación; esta orientación se enfocó básicamente a los signos y síntomas que determinan un trastorno fisiopatológico de las vías aéreas, así como el adiestramiento de cada uno de los miembros de la familia en maniobras que se deben poner en práctica en casos de atragantamiento como la maniobra de Heimlich.

Es importante señalar que para tal orientación, fue necesario el uso de material didáctico, así como la implementación de ejercicios interactivos que facilitaran la comprensión y la práctica de este tipo de primeros auxilios, los cuáles deben de ser del conocimiento de cualquier persona que esté apta para dar ayuda en una situación de urgencia.

DIAGNOSTICO 2. Alteración de la Nutrición por exceso, relacionado con un desequilibrio entre la ingesta calórica y la actividad física.

Los objetivos planteados en este diagnóstico fueron completamente satisfechos; el paciente logró comprender que su exceso de peso tiene un riesgo potencial para desencadenar enfermedades crónico-degenerativas como p. Ej. Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes Mellitus, Dislipidemias, Cardiopatía Isquémica, Neumopatía del Obeso, entre otras; también entendió que la ingesta de alimentos debe realizarse en proporción a las actividades físicas o bien dicho, a los requerimientos energéticos de cada persona. A petición de sus familiares y a los consejos obtenidos, el paciente decidió someterse a un programa nutricional recibiendo la asesoría de una Nutrióloga quien prescribe una dieta balanceada de 1500 Kcal. (ANEXO II).

En un lapso de seis meses que abarcó del 1º. de Septiembre del 2000 al 28 de Febrero del 2001; el paciente logró modificar su peso de 102 Kg. a 94 Kg.; lo que implica una disminución de masa corporal correspondiente a un 8 % en relación a su peso inicial.

Dicho programa de alimentación seguirá llevando una evaluación periódica cada mes, hasta llegar a la meta fijada de alcanzar un peso que oscile entre los 70-75 Kg en los próximos dieciocho meses.

Por otro lado, fue posible incorporar al cliente a un programa de acondicionamiento físico con el apoyo de su esposa e hijo varón, quienes mostraron toda la disponibilidad de aprender y llevar a cabo una rutina de ejercicios intra domiciliarios cada semana, con lo cuál se ha observado mayor optimismo y cooperación del paciente hacia sus familiares.

La familia expresó su deseo de cooperar con el paciente y comprendió la importancia de su participación y la forma de hacerlo; su función fue la de fungir como grupo de apoyo alentando, apoyando, compartiendo y vigilando el nuevo régimen alimenticio del cliente.

DIAGNOSTICO 3. Afrontamiento Individual ineficaz relacionado con la vulnerabilidad personal manifestado por el uso de bebidas alcohólicas para afrontar los acontecimientos de la vida.

Los objetivos referentes a este diagnóstico se cumplieron parcialmente. Inicialmente el paciente colaboró y se abstuvo de ingerir bebidas alcohólicas durante dos meses ya que durante el periodo de estudio y evaluación de su estado de salud se pudo observar que el cliente presentó súbitamente alteraciones en el metabolismo de la glucosa con signos y síntomas propios de un tipo de Diabetes Mellitus como poliuria, polidipsia y polifagia, aunado a una lesión cutánea que presentaba en el pie izquierdo; el paciente

recibió orientación acerca de los riesgos que corría si en este estado de salud continuaba consumiendo bebidas alcohólicas y tentativamente, decide no hacerlo. Posteriormente, el paciente recibe atención médica y las molestias ceden, así como también se favorece la cicatrización de la lesión que presentaba; finalmente, parece ser que el paciente pierde el temor de tener alguna complicación en su salud y decide volver a reunirse con sus amistades iniciando nuevamente con la ingesta de alcohol. Cabe señalar que gracias al apoyo familiar al que se pudo llegar, su esposa e hijos han estado al pendiente de las reuniones que el paciente tiene y de alguna manera han contribuido para que dichas reuniones se lleven a cabo en su domicilio y de esta manera controlen la manera y la frecuencia con que se ingieren dichas sustancias.

Es importante aclarar que el paciente es más consciente y a la vez más prudente que antes para tomar bebidas embriagantes según refieren su esposa e hijos. El cliente refiere que no es un vicio ni un hábito que él no pueda dejar por voluntad propia, y por esta razón no acepta acudir a un Centro de Rehabilitación para Alcohólicos Anónimos.

Actualmente se está trabajando mucho con la familia para que el paciente tenga interés por otro tipo de actividades recreativas en las que se evite el consumo de bebidas alcohólicas como p. Ej. viajes, días de campo, salidas a centros comerciales, restaurantes, cines, entre otras cosas.

En lo personal considero que es muy difícil modificar este tipo de costumbres en la gente que tiene un patrón de vida que se ha llevado a cabo durante muchos años y más

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

en las condiciones físicas en las que se encuentra el paciente, pues la invalidez física de una persona es un factor predisponente para el sedentarismo y la depresión

DIAGNOSTICO 4. Incontinencia Urinaria Refleja relacionada a una lesión a nivel de la T 5-6.

El objetivo se cumplió en su totalidad; y aunque el paciente ya tiene bien establecidos sus horarios de micción, se pudo comprobar que el cliente tiene una adecuada eliminación vesical a través de un control de líquidos de ingresos y egresos; y de la exploración física en donde no se detectaron trastornos importantes como la presencia de globo vesical o edema corporal. Al aplicar las maniobras de Crede y Valsalva se observó muy escasa salida de orina lo cuál corrobora un adecuado vaciamiento vesical.

En cuanto a las características macroscópicas observadas en la orina del cliente, se observó un aumento en la densidad y coloración de la misma, pero no la presencia de hematuria, piuria o arenilla lo cuál implicaría mayor riesgo e importancia su estado de salud. Se informó al cliente acerca de la importancia que tiene aumentar la ingesta de líquidos, así como la realización periódica de exámenes de laboratorio como el Examen General de Orina o un Urocultivo; a lo cuál el paciente accedió.

DIAGNOSTICO 5. Alto Riesgo de presentar infección de vías urinarias relacionado al cateterismo vesical frecuente sin hacer uso de una técnica estéril.

Los objetivos planteados se cumplieron en su totalidad. El paciente se concientizó acerca de los riesgos que existen al realizarse una mala técnica o una inadecuada antisepsia durante el sondeo vesical; comprendió que ante la presencia de cualquier dato de enrojecimiento, edema, salida de sangre o pus a través del meato urinario, se deberá consultar inmediatamente a un facultativo para que prescriba un tratamiento oportuno. Se solicitó la opinión de su esposa para evaluar si se puso en práctica la técnica de auto sondeo vesical sugerida y verbalmente refiere que su esposo tiene mayor cuidado en cuanto a la asepsia de la zona urogenital y el lavado de manos cada vez que se instala una nueva sonda vesical.

Se brindó orientación a su esposa acerca de los cuidados y precauciones que deberá tomar al lavar y proporcionar al cliente los dispositivos de sondeo vesical; comprendió que ante cualquier dato de opacidad, agrietamiento o rigidez; los catéteres de sondeo intermitente deberán reemplazarse por otros nuevos.

Actualmente la familia está participando en ofrecerle al cliente mayor cantidad de líquidos durante los alimentos; están evitando el uso de bebidas gaseosas y preparan bebidas menos endulzadas y mas acidificadas que favorezcan un pH ácido en la orina del paciente.

DIAGNOSTICO 6. No se Aplicó.

DIAGNOSTICO 7. Trastorno de la Movilidad Física relacionado a una lesión vertebral a nivel de la T 5-6 manifestado por la incapacidad para el movimiento físico independiente.

Los objetivos no se cumplieron en su totalidad; pero gracias al apoyo de su esposa e hijo, se logró iniciar con un programa de ejercicios físicos en base a las capacidades motoras del cliente. Dicho programa se está llevando a cabo mediante sesiones semanales e incluye ejercicios de relajación y resistencia muscular; hasta el momento no se ha observado un progreso importante en la postura y la resistencia de músculos y articulaciones de miembros inferiores, que es en donde se observa mayor compromiso sensitivo y motor; tampoco ha sido posible tener el apoyo de un terapeuta en rehabilitación física ya que el paciente refiere no tener los recursos económicos ni el tiempo necesario para acudir a estas terapias; se sugirió al cliente la posibilidad de ingresar a un Centro de Rehabilitación Física del DIF ó Salubridad, pero el cliente no parece estar muy entusiasmado, dice que en algún momento acudió a dichos centros y los trámites son burocráticos para recibir esta atención.

Por otro lado, logró comprender la importancia y los beneficios que tiene el buen uso de los principios de mecánica corporal en situaciones de traslado, movilidad y desplazamiento de su eje corporal en relación a su entorno físico.

Es importante señalar que a pesar de sus limitadas capacidades motoras, el paciente trata de llevar una vida normal en cuanto a sus actividades de trabajar, manejar, comer e incluso hacer “talachas”, lo que le da cierto grado de independencia y un sentimiento de satisfacción a todo lo que hace.

DIAGNOSTICO 8. Déficit del auto cuidado relacionado a la incapacidad física para participar en su arreglo personal.

Los objetivos que se planearon en este diagnóstico de algún modo se han satisfecho en el transcurso de todos estos años en los que el paciente dejó de ser independiente para su arreglo personal; sin embargo, la familia del paciente había pasado por alto que el cliente tiene todo el derecho y la libertad de elegir que tipo de ropa es la que desea utilizar y las cosas que le agradan en cuanto el orden y las condiciones de limpieza en las que desea disponer sus prendas personales. El paciente refiere que no exige demasiado orden para su ropa y que incluso acepta con gusto el atuendo que su esposa le elige para todos los días, con tal de no tener fricciones e incluso evitar darle "mas molestias". Se le propuso a su esposa que acomodara sus prendas de vestir y artículos de arreglo personal a la vista del paciente, para que con mayor facilidad el cliente participe más directamente en su arreglo y por ende se sienta más tomado en cuenta y mas a gusto con lo que lleva puesto; la esposa del cliente accedió amablemente a esta petición, sin embargo refiere necesitar un poco de tiempo para organizar y distribuir adecuadamente la ropa de ambos en el closet y la cómoda de ropería que comparten en su dormitorio.

DIAGNOSTICO 9. Déficit del auto cuidado relacionado a la dependencia física de otra persona para satisfacer sus necesidades de higiene personal.

Al igual que el diagnóstico anterior, se puede decir que el objetivo planteado se satisface completamente. En este caso se trabajó un poco más con la familia, específicamente con la esposa y el hijo varón del paciente para que tengan la disposición de apoyar al cliente en cuanto a su traslado al cuarto de baño y la

asistencia durante su aseo personal cada vez que el paciente desee hacerlo e incluso se les sugirió que sean ellos los que tengan la iniciativa de invitar al cliente a que se bañe sin necesidad de que él se los pida, todo esto con la finalidad de que el paciente no sienta que es una carga para ellos satisfacerlo en sus necesidades y se fomente una mayor comunicación y un mayor bienestar físico y emocional del paciente.

DIAGNOSTICO 10. Deterioro de la integridad cutánea relacionado a la presencia de movimientos reflejos involuntarios en miembros inferiores.

En cuanto a las actividades referentes a la prevención de lesiones cutáneas también fue imprescindible la cooperación de los miembros de la familia para pedirles que estén pendientes en cuanto a la posición de los miembros inferiores del paciente cuando está sentado, así como vigilar que estén alejados de objetos con los que pueda golpearse. Se propuso el uso de calcetines y calzado tipo pantufla con suela con la finalidad de dar mayor protección a las plantas de los pies que es el sitio en donde el cliente refiere ha tenido mayor cantidad de lesiones. El paciente y su familia logró concientizarse acerca de la importancia que tiene el mantener una buena higiene, lubricación y corte de uñas en los miembros inferiores; comprendieron que cualquier alteración en alguna de estas características favorece la resequedad y alojamiento de microorganismos que dan las condiciones propicias para la aparición de lesiones e infecciones como fue el caso de un absceso que presentaba en la planta del pie izquierdo.

Se solicitó la consulta de un facultativo para valorar el estado de la lesión que presentaba en el pie izquierdo quien consideró necesaria la curación diaria de la herida con técnica estéril y se adiestró a la familia en cuanto a técnicas de asepsia y antisepsia, además de la técnica estéril con la que se curó diariamente al cliente. El facultativo consideró importante realizar las curaciones durante la primera semana y debridó los bordes de la lesión para favorecer la granulación del tejido; indicó la aplicación de Bactroban Ungüento, Madecassol y Debrisan polvos (ANEXO IV) alternando diariamente después de la curación. Al cabo de un mes y quince días de darle estos cuidados a la lesión del cliente, se puede observar que actualmente dicha lesión está completamente cicatrizada con la presencia de una pequeña costra que aún no se desprende, pero los bordes y la coloración del tejido regenerado se encuentran en condiciones muy favorables; de este modo se comprobó el cumplimiento de los objetivos planteados.

Es muy interesante mencionar que el paciente presenta cierto grado de sensibilidad en sus piernas lo cuál le proporciona un mecanismo de defensa muy importante, y ante cualquier estímulo doloroso, sus piernas reaccionan con movimientos espasmódicos involuntarios que notoriamente han prevenido otras complicaciones como la presencia de puntos de presión y/o escaras.

DIAGNOSTICO 11. Alteración en el mantenimiento de la salud relacionado a la falta de voluntad para llevar un control médico periódico.

Los objetivos se cumplieron en su totalidad y satisfactoriamente con la ayuda de la familia del paciente se logró que el cliente decidiera iniciar con un control médico a través de la consulta de un facultativo y la realización de todos los estudios que éste solicitó (ANEXO III).

Al cabo de realizarse los estudios de laboratorio y gabinete solicitados, el facultativo valoró los resultados y el estado de salud del cliente llegando a la conclusión de que el paciente presenta un trastorno en el metabolismo de la glucosa por un mecanismo de resistencia a la insulina por la obesidad del paciente; refirió que la sintomatología presentada se debió a un estado llamado "periodo de luna de miel" con el cual probablemente desarrolle un tipo de Diabetes Mellitus en el futuro, actualmente se controlará únicamente con dieta y determinación de glicemias capilares en ayuno cada semana las cuales se han mantenido entre 82 y 94 Mg./dl. También se detecto un aumento de los triglicéridos en sangre, iniciando un tratamiento farmacológico con Lopid tabletas de 600 Mg. (ANEXO IV) tomando una tableta cada 12 hrs. durante un mes y posteriormente una tableta cada 24 hrs. hasta nueva indicación; ante la presencia de baciuria, se prescribió Pirimir tabletas de 100 Mg. (ANEXO IV) tomando una tableta diariamente hasta terminar y repetir tratamiento cada tres meses. El paciente ha sido constante en la toma de sus medicamentos y se muestra muy interesado en seguir su tratamiento médico; se seguirá llevando una evaluación periódica de su estado de salud por medio de visitas médicas una cada tres meses para repetir el control de laboratorios y vigilar la disminución de su peso corporal.

DIAGNOSTICO 12. Afrontamiento familiar ineficaz: Comprometido, relacionado a la deficiente convivencia intra familiar.

Aunque los objetivos no se han cumplido en su totalidad, es muy notorio y a la vez reconfortante observar que el cliente y su familia se han mostrado más unidos que al inicio del estudio; en su gran mayoría han participado incondicionalmente en el plan de cuidados que en parte muy importante, tiene la finalidad de satisfacer las necesidades emocionales del paciente en conjunto con su núcleo familiar para elevar su calidad de vida.

También fue posible establecer una relación cordial de simpatía y ayuda con todos y cada uno de los familiares, lo cuál de algún modo ha contribuido a mejorar tanto la convivencia como la comunicación intra familiar. El cliente expresó verbalmente sentirse más motivado al observar el interés de su esposa e hijos por cuidarlo y por preocuparse de una forma que él no esperaba por su estado de salud; comenta que las relaciones interpersonales con su cónyuge e hijos, últimamente estaban muy deterioradas pues la convivencia entre todos era distante y no muy frecuente, actualmente dice sentir un ambiente familiar más agradable y de mayor participación.

DIAGNOSTICO 13. Déficit de actividades recreativas relacionado con la inmovilidad física independiente.

Los objetivos parecen estar cumpliéndose en su totalidad, se ha visto mayor interés y disponibilidad de todos sus hijos y esposa por compartir actividades de recreación como reunirse una vez por quincena y salir de vez en cuando a días de campo,

restaurantes e incluso están programando viajes en los que puedan asistir todos sus hijos y algunas amistades importantes para la familia. Hay algunos aspectos que no se han podido modificar en cuanto a las actividades recreativas que el paciente ha acostumbrado por muchos años como reunirse con sus amistades del trabajo para jugar dominó y tomar bebidas alcohólicas. Se ha hecho un análisis profundo para tratar de comprender que es lo que motiva al paciente a tener este tipo de convivencias, y se pudo llegar a la conclusión que es una costumbre y distracción muy arraigada en el paciente que de algún modo lo reconfortan, lo distrae y le da un sentimiento de compañía y diversión; también es importante mencionar que todos sus hijos son de edad adulta y cada uno de ellos tiene compromisos sentimentales y de trabajo muy diferentes, por lo cuál no es tan fácil ponerse de acuerdo y coincidir en las actividades familiares programadas. Entre las actividades planeadas a futuro está seguir visitando esporádicamente a la familia para evitar un nuevo disparcimiento intra familiar.

DIAGNOSTICO 14. Déficit de conocimientos relacionado a la falta de disponibilidad para aprender.

Los objetivos planteados en este diagnóstico se cumplieron en su totalidad. El paciente y su familia recibieron información acerca de las enfermedades crónico-degenerativas a las que está expuesto el cliente; dicha información se proporcionó de manera sintética y entendible a través de material didáctico como rotafolios y trípticos en donde se les habló básicamente de factores de riesgo, etiopatología y

complicaciones a futuro de Enfermedades como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, Obesidad, Cardiopatía Isquémica; entre otras que fueron de interés para la familia. La evaluación de dichos conocimientos se realizó a través de mesas redondas y preguntas directas a lo cuál se observó muy buena disponibilidad y retención de los aspectos más importantes de dichas patologías; se aclararon dudas y se recalcó la importancia que tiene una evaluación médica periódica en la prevención y el tratamiento oportuno de enfermedades para evitar complicaciones irreversibles.

VII. CONCLUSIONES.

La puesta en práctica del Proceso de Atención de Enfermería define el alcance de la práctica de la Enfermería así como identifica las directrices de su asistencia. El paciente se beneficia con su uso, ya que asegura la calidad de la asistencia, al tiempo que lo estimula para participar en ello. Las ventajas para el profesional de enfermería se reflejan en una mayor satisfacción por el trabajo realizado, así como en un aumento en la experiencia y desarrollo profesional.

Al concluir el presente Proceso de Atención de Enfermería me di cuenta de la importancia que tenemos en la vida de nuestros pacientes todos aquellos que elegimos ser enfermeras (os) por vocación. El cuidado integral de un ser humano es tan complejo, que para brindar ayuda a nuestros semejantes no sólo basta con la intención de hacerlo; se requiere de entre muchas cualidades, tener conocimientos, intuición, creatividad, habilidad y paciencia para abordar al individuo desde un enfoque biopsicosocial y así poder suplir, ayudar o asistir las necesidades básicas de una persona sana o enferma.

En lo personal puedo decir que la realización de este trabajo me regaló grandes satisfacciones ya que no sólo cumplí con un requisito de titulación, sino que fui capaz de ganarme la confianza y apoyo de toda una familia entera en la que los beneficios y logros fueron gratificantes tanto para ellos como para mí.

Quisiera agregar que no por el hecho de haber concluido el presente trabajo se dejará de trabajar con el cliente y la familia a los que se aplicó el presente estudio, ya que de

mi parte existe el compromiso ético y moral de seguir evaluando los resultados y de alcanzar en su totalidad, los objetivos perseguidos.

Finalmente me gustaría reiterar que para la adecuada aplicación de un Proceso de Atención de Enfermería se requiere tanto de la aplicación de conocimientos adquiridos durante la formación académica, como del criterio y juicio ético obtenido durante la experiencia profesional; con esto quiero decir que el desempeño de una buena Enfermera depende de un buen nivel de conocimientos, pero sobre todo, de vocación y amor a la profesión de Enfermería.

VIII. SUGERENCIAS.

Definitivamente me gustaría que en el Plan de Estudios de esta Licenciatura se le diera mayor peso a las materias que apoyan la realización de un proyecto final de titulación. En mi experiencia propia puedo decir que la única materia que se impartió durante mi formación, fue un Seminario de Tesis, que a mi juicio fue insuficiente en cuanto a tiempo y contenido; de allí la necesidad de tomar un Seminario extracurricular que me ayudó a realizar el presente trabajo.

Por otro lado, considero que es muy importante unificar criterios en todos los profesores que están involucrados en el asesoramiento del Proceso de Atención de Enfermería; ya que en su gran mayoría los lineamientos que siguen difieren mucho en uno de otro.

IX. GLOSARIO.

Alveolo. Pequeña estructura sacular.

Alveolo Pulmonar. Cada uno de los numerosos sacos terminales de la vía aérea del pulmón en los que se produce en intercambio de oxígeno y dióxido de carbono.

Capilar. Cualquiera de los diminutos vasos sanguíneos, de unos 0,008 mm. de diámetro, que unen las arteriolas y las vénulas. A través de sus paredes, que están constituidas por una capa única de células endoteliales, la sangre y las células hícticas intercambian diversas sustancias.

Cognición. Proceso mental del conocimiento, pensamiento, aprendizaje y juicio.

Diaforesis. Secreción de sudor, especialmente la secreción profusa que se asocia con la fiebre elevada, ejercicio físico, exposición al calor y estrés mental o emocional. La sudoración está sometida a control central por parte del sistema nervioso simpático y constituye fundamentalmente un mecanismo termorregulador.

Disnea. Dificultad para respirar que puede deberse a ciertas enfermedades cardíacas o respiratorias, ejercicio extenuante o ansiedad.

Ejercicio. Realización de cualquier actividad física con el fin de mantener en forma el organismo, mejorar la salud o como medio terapéutico para corregir una deformidad o restablecer el estado de salud de determinados órganos y funciones corporales.

Esfínter. Banda circular de fibras musculares que constriñen una vía o cierran una apertura natural del organismo.

Espasmo. Contracción muscular involuntaria de comienzo brusco, como el hipo o un tic.

Estímulo. Lo que excita a un organismo o parte del mismo para que funcione, se active o responda.

Estrés. Cualquier agresión emocional, física, social, económica o de otro tipo que exija una respuesta o un cambio por parte del individuo.

Fisiopatología. Estudio de las manifestaciones biológicas y físicas en las enfermedades en lo referente a su correlación con las anomalías estructurales y los trastornos fisiológicos adyacentes.

Granulación. Proyecciones blandas, rosadas y carnosas que se forman durante el proceso de cicatrización en las heridas que no curan por primera intención; están constituidas por numerosos capilares rodeados por colágeno fibroso.

Heimlich. Procedimiento de urgencia para desalojar un bolo alimenticio u otra obstrucción de la tráquea y evitar así la asfixia. La persona que asiste al paciente sujeta a éste por detrás colocando el puño de su mano derecha con el dedo pulgar hacia dentro bajo el esternón del afectado, sujetando después el puño con la otra mano. A continuación presiona firme y bruscamente sobre el epigastrio forzando la salida del objeto de la tráquea.

Invasivo. Dicese de aquello con tendencia a extenderse, infiltrar o imponerse.

Lesión. Cualquier alteración local visible de los tejidos corporales, como una herida, úlcera, forúnculo o erupción. Puede ser calificada de *benigna, cancerosa, oculta, primaria o grande.*

Mecánica Corporal. Rama de la fisiología que estudia las acciones musculares y las funciones de los músculos para mantener la postura del cuerpo

Membrana. Capa fina de tejido que recubre una superficie, reviste una cavidad o divide un espacio.

Micción. Acto de evacuar la orina.

Obesidad. Aumento anormal de la proporción de células grasas en el tejido subcutáneo del organismo.

Obesidad Exógena. Obesidad debida a una ingesta calórica superior a la necesaria para cubrir las necesidades metabólicas del organismo.

Polidipsia. Sed excesiva producida por distintos trastornos, como la Diabetes Mellitus, en la cuál la elevada concentración de glucosa en la sangre aumenta, por un mecanismo osmótico, la excreción de líquidos por la orina, con la consiguiente hipovolemia y sed.

Polifagia. Deseo insaciable de comer que suele caracterizarse por episodios de ingestión continuada de alimentos.

Poliuria. Excreción de una cantidad anormalmente grande de orina.

Signo. Hallazgo objetivo percibido por un explorador, como fiebre, una erupción, etc.

Sintoma. Índice subjetivo de una enfermedad o un cambio de estado tal como lo percibe el paciente.

Valsalva Maniobra. Esfuerzo espiratorio forzado contra una vía aérea cerrada que se produce, por ejemplo, cuando un individuo sostiene el aliento y tensa sus músculos en un esfuerzo intenso dirigido a desplazar o expulsar algo.

X. BIBLIOGRAFIA.

1. AGUILAR Gilberio, et. al., Los Hospitales de México. Casa Bayer, México, 1936.
2. ALFARO- LEFEVRE Rosalinda, Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica, 3ª. ed., Ed. Mosby-Doyma, Madrid, 1996.
3. ANN MARRINER-TOMEY, Modelos y Teorías en Enfermería, 3ª. ed., Ed. Mosby-Doyma, España, 1994.
4. ATKINSON- MURRAY, Guía Clínica para la Planeación de los Cuidados. Ed. Mc. Graw-Hill Interamericana, México 1997.
5. DONAHUE M. Patricia, Historia de la Enfermería, Ed. Mosby-Doyma, Barcelona, 1988.
6. FERNÁNDEZ Ferrin Carmen, et. al., El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería, Ed. Masson-Salvat, Barcelona, 1995.
7. GISPERT Carlos, et. al., Diccionario de Medicina, Ed. Océano, Barcelona, 1999.
8. IYER Patricia W., et. al., Proceso y Diagnóstico de Enfermería, 3ª. ed., Ed. Mc. Graw-Hill Interamericana, México, 1997.
9. KOZIER Bárbara, et. al., Enfermería Fundamental, 4ª. ed., Ed. Mc. Graw-Hill Interamericana, Madrid, 1993.
10. MARJORY Gordon, Diagnóstico Enfermero, 3ª. ed., Ed. Mosby-Doyma, España, 1996.

11. PHANEUF Margot, Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería, Ed. Mc. Graw-Hill, Madrid, 1993.
12. RIOPELLE Lise, et. al., Cuidados de Enfermería. Un Proceso Centrado en las Necesidades de la Persona, Ed. Mc. Graw-Hill, España, 1999.
13. ROSENSTEIN Ster Emilio, et. al., Diccionario de Especialidades Farmacológicas, 45ª. ed., Ediciones PLM, México, 1999.
14. TAPTICH Bárbara J., et. al., Diagnóstico de Enfermería y Planeación de Cuidados, Ed. Mc. Graw-Hill Interamericana, 1992.

ANEXOS

ANEXO I.

INSTRUMENTO DE VALORACION PARA EL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO.

Realizaron: Lic. Juana Baroja Cruz.

Lic. Ana Laura García Ramírez

Lic. Norberta López Olguín.

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: EAY. Edad: 58 años. Sexo: Masculino. Estado Civil: Casado
Religión: Católico. Ocupación: Comerciante Idioma Habitual: Castellano
Domicilio: Manuel Nicolás Corpancho # 380 Col. Lorenzo Boturini C.P. 15820
México DF.

II. VALORACIÓN DE NECESIDADES (Según V. Henderson).

I. Oxigenación:

¿Está bien ventilada la habitación en la que pasa la mayor parte de su tiempo? Sí
¿Fuma? No ¿Hay en su casa algún fumador Sí o varios? 4 ¿Hay Fumadores en su
entorno? No ¿Sabe Usted si tiene alguna alergia respiratoria? No ¿Duerme con la
ventana abierta? No ¿Cómo considera la calidad de aire donde usted vive? Mala
¿Influye su nerviosismo o emociones en la forma e respirar? No ¿Ha sufrido
anteriormente alguna enfermedad pulmonar? No ¿Hay algún otro problema que
influya en su forma de respirar? En caso de atragantamiento de líquidos ó alimentos
ya que tiene dificultad para expectorar ¿Está preocupado por su respiración? No

extremidades? Sí, ocasionalmente ¿Siente los pies y las manos frías? nunca ¿Siente palpitaciones? No ¿Sufre problemas cardiacos? No ¿Presión arterial alta? No ¿cómo es su resistencia a la fatiga? buena ¿Se siente preocupado por su movilidad, su corazón o su circulación? No.

OBSERVACIONES: Pulso 84 lat. x', Frecuencia regular, Presión Arterial 124/82 mm. Hg., Fuerza de la mano muy buena, Temblores No, Estado de alerta adecuado, Alineación del Cuerpo no es capaz de mantenerse erguido.

4. Descanso y Sueño.

¿Tiene alguna costumbre especial antes de dormir? Sí ¿Cuál? Ver la TV, antes de dormir. ¿A que hora se duerme habitualmente? 21:00 hrs. Número de horas de sueño: 6 a 7 hrs. ¿Duerme bien? Sí ¿Se despierta por las noches? Sí ¿Cuál es la causa? La presencia de espasmos y/o hormigueos que reflejan la necesidad de cambiarse de posición y/o de orinar ¿Se despierta demasiado pronto por la mañana? Sí a las 4:00 AM. ¿Cuánto tiempo hace que tiene este problema? Desde su accidente ¿Duerme usted por la tarde? No ¿Cómo se siente usted durante el día? Cansado ¿Cómo se manifiesta su fatiga? Con un hormigueo en la espalda ¿Cuándo se manifiesta especialmente? Por las tardes ¿Algún otro problema le impide descansar? No, nada más la necesidad de orinar e incomodidad ¿Su entorno favorece el sueño y el reposo? Sí ¿Le obliga su trabajo a dormir a horas irregulares? Sí. El tipo de trabajo que realiza ¿le produce un nivel elevado de estrés? Sí.

OBSERVACIONES. Tiempo para conciliar el sueño 5 minutos, Número de horas que duerme de 6 a 7 hrs., Actividad previa ver TV., Lenguaje no verbal bostezos, Despierta fácilmente Sí, Con frecuencia Sí. Pide medicamentos para dormir No.

5. **Vestido Adecuado.**

¿Usa vestimenta especial para dormir? No. ¿Lleva habitualmente zapatos? Sí tipo pantufla. Actualmente es capaz de vestirse por sí mismo? No ¿Lleva medias o vendas elásticas? No ¿Es capaz de calzarse por sí mismo? No. ¿Da usted importancia a su imagen personal? No ¿Es capaz de elegir su ropa por sí mismo? No ¿Puede conseguir que alguien de su entorno le ayude en esto? Sí ¿Hay algún problema de salud que le cause dificultad para conservar su temperatura normal? No El medio en que trabaja ¿le obliga a permanecer mucho tiempo a temperaturas muy elevadas o muy bajas? Sí a temperaturas muy bajas, ya que trabaja desde muy temprano. ¿Lleva usted vestidos especiales para estas circunstancias? No. El lugar en que vive ¿le ofrece en invierno las condiciones necesarias de calor? Sí.

OBSERVACIONES: Temperatura 36,5°C , Aseo y planchado de ropa adecuado, Descuido de la misma No, Uso de accesorios Usa piezas de joyería y reloj.

¿Su estado de conciencia le permite elegir sus vestidos? Sí Otros datos: La forma en que viste se apega a lo necesario sin tener complejos o pretensiones.

6. **Temperatura.**

¿Cómo es la temperatura en su casa? Templada. ¿Es más común que haga frío o calor? Calor ¿Experimenta con frecuencia sensación de frío? No ¿de mucho calor? No Sus manos y pies están con frecuencia fríos? No ¿Considera que últimamente siente

más frío? No ¿Tiene algún problema de salud que le cause dificultades para conservar su temperatura normal? No ¿Es capaz de tomarse la temperatura, si lo necesita? Sí.

OBSERVACIONES: Temperatura Oral 36.6°C Temperatura Axilar 36.5°C.

8. Higiene y Protección de la Piel.

¿Cómo son sus hábitos de higiene corporal? Regulares ¿Con que frecuencia se baña? 2 a 3 veces por semana ¿Con que frecuencia se lava los dientes? No tiene, usa una prótesis dental. ¿Las uñas? Se las corta cada 8 días. En este momento es capaz de atender por sí mismo a sus cuidados? No. Si necesita ayuda ¿Explique de que tipo de ayuda? Asistencial, ya que no puede caminar, ni trasladarse de un lado a otro. ¿Hay en este momento algún problema de salud que influya en sus hábitos de higiene? Sí Explíquese: Depende de la disponibilidad de tiempo de sus familiares para asearse y proporcionarle sus artículos de higiene. ¿Cuánto tiempo hace que sufre de esto? Hace 21 años. ¿Qué precauciones lleva a cabo para evitar lesiones en su piel? Procura descansar y adoptar cambios de posición que eviten la presencia de puntos de presión ¿Su piel es seca, grasosa o sensible? Sensible ¿Ha notado alguna lesión en su cuerpo? Sí. Descríbala: Es una úlcera en la planta del pie izquierdo que se originó desde hace 20 días por un golpe. ¿Ha notado últimamente si en alguna parte ha salido un lunar que crece o se ennegrece? No ¿Su cabello es seco, graso o quebradizo? Un poco graso ¿Tiene últimamente tendencia a perder el pelo? No ¿En que estado están sus uñas? En buen estado ¿Es usted capaz de cortárselas uñas? Las de las manos únicamente, las de los pies se las corta su esposa ¿Cómo se las corta? en redondo ¿La limpieza y los cuidados personales tiene mucha importancia en usted? No mucha. El tipo de trabajo

y el lugar en que lo ejerce ¿le ponen a usted en situaciones difíciles de higiene? Si

Especifique: Es un sitio en donde no tiene acceso para lavarse las manos.

OBSERVACIONES: Alño de vestido Adecuado. Cara limpia. Oídos limpios. Cuerpo en regular estado higiénico. Manos limpias. Uñas cortas. Pies con cicatrices y una lesión importante en pie izquierdo con presencia de secreción purulenta y fetidez. Olor Corporal agradable.

Aceptación de la higiene: Considera que es importante, pero se limita a la disponibilidad de su familia para poderse bañar y asear.

9. Evitar Peligros.

¿Es alérgico algún medicamento? No ¿A otras cosas? No ¿Toma Medicamentos? No

¿Su vista es lo suficientemente buena para permitirle ver un peligro en el trabajo, en

la calle o en la casa? Sí, con lentes. ¿Su audición le permite oír un ruido indicador de

cualquier peligro? Sí ¿Se siente a veces aturdo, desorientado o teme caerse? No

Cuándo va en coche ¿se pone siempre el cinturón de seguridad? Sí. En casa ¿está

atento a cualquier peligro que pueda surgir? Sí. Si se desplaza en silla de ruedas ¿se

acuerda de frenarla antes de cambiar de posición? Sí ¿Su trabajo supone un alto nivel

de riesgo? No ¿Existe mucho ruido en su trabajo? Sí ¿Practica algún tipo de Deporte?

No ¿Tiene algún presentimiento de problemas importantes que le preocupa? No

¿Lleva algún tipo de control médico? No ¿Por qué razón? Por desidia.

OBSERVACIONES: El estado de esta persona ¿puede constituir un peligro potencial para el? Sí, el estar obeso y no llevar ningún tipo de vigilancia médica.

10. Comunicación.

Su vista ¿le permite leer con facilidad? Sí ¿Lleva lentes? Sí ¿Usa lentes contacto? No
¿Oye suficientemente bien para seguir con facilidad una conversación? Sí ¿Lleva un
aparato auditivo? No ¿Vive sólo? No. Si la respuesta es No. ¿Con quienes vive?

Describalos:	<u>Edad.</u>	<u>Ocupación.</u>
Alicia (Esposa)	54	Ama de Casa
Claudia (Hija)	30	Comerciante
David (Hijo)	28	Comerciante
Adriana (Hija)	27	Estudiante de Arquitectura
Alejandra (Hija)	24	Comerciante
Luis Eduardo (Nieto)	2	Ninguna.

Hábleme del medio en el que vive: Vive en un hogar con toda su familia con todas las comodidades que él requiere; la convivencia intra familiar no es muy buena ya que todos sus hijos son adultos y no muestran mucho interés por convivir frecuentemente.
¿Tiene usted parientes, amigos o vecinos en los que puede confiar y que estén dispuestos a ayudarle si lo necesita? Sí ¿Suele establecer fácilmente contacto con los demás? Sí ¿La sexualidad es para usted un medio eficaz para expresarse y comunicar con su pareja? No es aplicable, ya que el paciente es discapacitado. Si tuviera que describirse a si mismo diría que es una persona: A menudo alegre, con frecuencia triste, relativamente tranquilo y autoritario. ¿Ha observado recientemente cambios en su forma de ser? Sí ¿Cuáles? Trata de ser más tolerante y apacible porque tiene temor a tener repercusiones en su salud.

Como se relaciona con sus:

Padres: Ya fallecieron.

Hermanos: Con su hermana bien y con el otro no mantiene ningún tipo de relación.

Hijos: No conviven mucho, refiere que se ya son muy independientes en sus actividades personales.

Amigos: Muy buena.

¿Con quien se relaciona mejor? Con los amigos ¿Cuál es su función en la familia? La de principal sostén económico y moral ¿Cómo es su comunicación interna? Buena.

COMENTARIOS: Integridad de los órganos de los sentidos: Oído regular en relación a su edad, Tacto bueno, Olfato bueno, Vista padece de miopía y astigmatismo, Gusto bueno. Actitud del Individuo: Es muy de sus ideas, aunque trata de adaptarse a la mentalidad de su familia.

11. Vivir según sus Creencias y Valores.

¿Cómo desearía ser tratado? Con más respeto y cariño. ¿Cómo le gusta que le llamen? Papí ¿Practica alguna religión? Sí ¿Cuál? La católica ¿Existen algunas exigencias que le gustaría que le respetasen? Sí Especifique con quién: Con sus hijas ¿Le gusta hablar de religión? No ¿Le gustaría realizar alguna actividad religiosa? No ¿Para usted que significa tener relaciones coitales prematrimoniales? Deberían ser una experiencia para cimentar bien el Matrimonio ¿Y las extramaritales? Son normales siempre y cuando no afecten la integridad de su familia ¿Y las relaciones coitales en la senectud? Son buenas siempre y cuando ambas partes estén de acuerdo ¿Cómo considera sus relaciones sexuales con su pareja? No tiene debido a su condición

física. ¿Para usted que significa el embarazo? Es lo mejor que puede existir en una pareja cuando hay un matrimonio bien cimentado. ¿Y el matrimonio? Es el punto culminante para la estabilidad de una persona. ¿Los hijos? La máxima realización como ser humano; pero una responsabilidad muy grande para poderlos guiar y aceptarlos con sus virtudes y defectos. ¿Cuál es su opinión acerca de los Métodos Anticonceptivos? Que son necesarios cuando se tienen los hijos deseados, pero en la actualidad se ha abusado de ellos para el libertinaje de a juventud. ¿Cuáles son sus expectativas para el siguiente año? Dejar de trabajar e irse a vivir a un sitio más tranquilo con su esposa para disfrutar de su vejez. ¿Para los siguientes 5 años? Disfrutar de los años que le restan sin tener preocupaciones económicas y familiares. ¿Para usted que es lo más importante en su vida? Su familia.

OBSERVACIONES: ¿Practica ritos religiosos antes de comer? No. ¿de dormir? Se persigna. ¿Porta algún objeto religioso? Un cristo como dije. Colocación de imágenes en su Dormitorio: Tiene imágenes de Jesús y la Virgen María.

12. Necesidad de Trabajar y Realizarse.

¿Tiene un trabajo regular? Sí. ¿De que tipo? Comerciante. Días y horario de trabajo: De lunes a viernes de 06:00 AM. a 16:00 PM. ¿Su ocupación responde a sus necesidades o ambiciones? Sí. ¿A las necesidades de su familia? Sí. ¿Está inscrito en alguna organización deportiva y/o cultural? No. ¿Ha tenido o tiene algún problema en su trabajo? No. ¿Su estado de salud le impide hacer lo que le gusta? Sí. Explique por que: Porque tiene incapacidad física de valerse por sí mismo. ¿Cuál es su sentimiento con respecto a las limitaciones de su enfermedad? De tristeza por no poder caminar y

ser independiente. ¿Siente usted preocupación por el hecho de envejecer? No ¿Se siente lo suficientemente útil para sentirse satisfecho por lo que realiza? Sí. Especifique ¿por qué? Está conforme con lo que ha hecho en el transcurso de su vida y lo que sigue haciendo en la actualidad.

OBSERVACIONES: limitaciones físicas observables: Paraplejia a nivel de la T 5-6.

13. Jugar y Participar en actividades recreativas.

¿Reserva algún tiempo para divertirse? No muy frecuentemente ¿Cuál es su entretenimiento preferido? Pasear y salir de vacaciones con su familia por lo menos una vez al año. ¿Le gusta hacerlo en grupo? Sí ¿Le gusta ver TV? Sí ¿Qué tipo de programas le gusta ver? Cómicos y Noticieros. ¿Su estado de salud repercute en su forma de recrearse? Sí ¿De que manera? No es autosuficiente para su movilidad física. ¿Practica algún juego de mesa? Sí, el Dominó ¿Practica algún deporte? No.

OBSERVACIONES: Estado de Animo: bueno, Disposición al juego o entretenimiento: muy buena, Actitud acorde a lo que dice :Es optimista.

14. Necesidad de Aprendizaje.

¿Estudia Actualmente? No, Nivel Escolar: Primaria. ¿Tiene o ha tenido problemas para Aprender? Sí, Especifique: Desde muy chico tuvo la necesidad de trabajar. ¿Tiene alguna inquietud para seguir superándose académicamente? No ¿Conoce su problema de Salud? Sí ¿Hay algo que le inquieta acerca de algún padecimiento y su evolución? Sí, acerca de Diabetes Mellitus y de Infarto Agudo al Miocardio. ¿Le interesa adquirir algún conocimiento acerca de:

Su persona, especifique: Sí, acerca de su salud para darle tranquilidad a su familia.

OBSERVACIONES: Disposición a recibir información nueva. Buena. ¿Requiere reforzamiento de información? Sí, acerca de las enfermedades crónico-degenerativas a las que está expuesto.

AHF: Padre. Cáncer de Próstata y Diabetes Mellitus tipo 2.

Madre. Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes Mellitus tipo 2, y

Trombo embolia Pulmonar.

Hermana. Hipertensión Arterial Sistémica y Artritis.

APP: Apendicitis complicada con Peritonitis hace 23 años . Paraplejia
a raíz de un asalto a mano armada y Obesidad.

ANEXO II.

DIETA UNICA BAJA EN COLESTEROL FASE I DE 1500 CALS.

(*) Departamento de Nutrición del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

H.C.	55%
Prot.	15%
Lip.	30%
Colesterol	79 mg.
Na.	398 mg.

DESAYUNO.

Leche descremada 1 vaso o café con leche s/azucar	1 taza
Cereal o leguminosas	8 cucharadas soperas
Fruta de la lista	1 ración
Pan integral o tortillas	2 piezas.
Vegetales	1 ración.

COMIDA.

Sopa de arroz o frijoles caldosos	8 cucharadas soperas
Sopa caldosa de vegetales	200 cc. = 1 plato
Carne guisada c/poca grasa	90 gramos
Ensalada de vegetales crudos o cocidos	120 gramos
Fruta de la lista	1 ración
Tortilla	2 piezas.

CENA.

Leche descremada	1 vaso o café con leche s/azúcar	1 taza
Cereal o leguminosas		8 cucharadas soperas
Ensalada de vegetales crudos o cocidos		120 gramos
Fruta de la lista		1 ración
Pan integral o tortillas		1 pieza.

RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA DIETA ÚNICA BAJA EN COLESTEROL.

ALIMENTOS PERMITIDOS.

Aceite	Se emplean aceites comestibles de cártamo, maíz, girasol y aceite de oliva.
Bebidas	Se emplea infusión de té o café y aguas frescas sin azúcar.
Carne	Se emplean carnes frescas y magras de pollo o pescado. Se puede emplear 1 ó 2 veces por semana carne de res.
Condimentos	Se permite ajo, cebolla, Chile natural, limón, pimienta, vinagre y yerbas de olor.
Frutas	Se emplean frutas frescas de temporada: 1 ración equivale a ciruelas 4 pzas. medianas, chabacano 4 pzas. medianas, duraznos 2 pzas. medianas, fresa 1 taza, guayabas 2 pzas. medianas, higo fresco 2 pzas., jícama ½ pza. mediana, limón real 1 pza., mango 1 pza. chica, manzana 1 pza. chica, mandarina 1 pza., melón ¼ pza., papaya, sandía y/o piña picada ½ taza.,pera 1 pza. chica, toronja 1 pza., uvas 12 pzas.,tunas 3 pzas. chicas, plátano ½ pza. chica.

Leche	Se emplea leche descremada Sveltes o leche hervida, desnatada y diluida en las cantidades indicadas en la dieta.
Leguminosas	Se emplean frijoles, lentejas, alubias, garbanzos, habas, etc. preparados como indica la dieta.
Tortillas	Se emplean tortillas de maíz de 20 grs. cada una, 2 pzas, de tortillas se pueden sustituir por 100 grs. de papa, camote o elote.
Pan	Se utiliza el pan integral o tostado, 1 rebanada de pan equivale a 3 pzas. de galletas Marías.
Vegetales	Se utilizan frescos en forma de ensalada, jugo, salsa picante, cocidos o en puré, se recomienda cocer los vegetales con cáscara para que conserven mejor su valor nutritivo. Se emplean cebolla, col, alcachofas, calabacitas, coliflor, chayote, ejote, jitomate, lechuga, rábanos, nopales, zanahoria y betabel.

ALIMENTOS PROHIBIDOS.

Azúcar y mieles	No se permiten.
Bebidas	Agua mineral y refrescos embotellados.
Carnes	Bacalao, camarones, cecina, charales, hígado, lengua, pulpo, ostiones, queso de puerco, riñones, sesos, tocino, conejo, ternera, cordero, y en general todas las carnes grasosas o conservadas.
Grasas	Manteca de cerdo, manteca vegetal y margarina.
Huevo	Completo.
Leche y derivados	Se prohíbe la leche entera, nata, crema, queso y mantequilla.

Pan	Se prohíbe el bolillo y los bizcochos
Varios	Chocolate, moles, salsas y aderezos embotellados, mayonesa y coco.

**SUBSTITUTO DE DESAYUNO Y CENA
PARA DIETAS HIPOSODICAS MODERADAS.**

Cereal: corn flakes, all bran, bran flakes, avena integral. arroz con leche sin azúcar. ó

Preparación de tortilla: tortillas 2 pzas. con pollo o carne de res. o leguminosas ó

Leguminosas: frijoles, habas, lentejas (caldosos o guisados) ó

Yogurt natural. ó

Quesos: panela, requesón o cottage (100 grs. cada uno). ó

Sándwich de pollo ó queso 1 ración.

ANEXO III.

EXAMENES DE LABORATORIO.

LABORATORIO CLINICO CERMAR

FECHA: 23 de febrero del 2001.

No. O.T.:3573

DOCTOR: Vázquez.

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Microalbuminuria	3.54	0.0 _ 3.44 mg/dl
	Verificado	
Microalbuminuria 24 Hrs.	45.31	Menor de 150 mg24 Hrs.

Responsable Q.F.B. Ma. de Lourdes Cerón Ruiz.

LABORATORIO CLINICO CPEMA

FECHA: 23 de febrero del 2001.

No. O.T.: 3573

DOCTOR: Vázquez.

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Química Sanguínea		
Glucosa	94	70 _ 110 mg/dl
Urea	39	14 _ 45 mg/dl
Creatinina	0.83	0.7 _ 1.4 mg/dl
Ácido Úrico	7.2	3.0 _ 7.0 mg/dl

Verificado

Responsable Q.F.B. Ma. de Lourdes Cerón Ruiz.

LABORATORIO CLINICO CERMAR

FECHA 23 de febrero del 2001.

No. O.T.: 3573

DOCTOR: Vázquez.

Perfil de Lípidos.

Lípidos Totales	988	400 _ 1000 mg/dl *
Triglicéridos	388.0	35.0 _ 135.0 mg/dl *
Colesterol Total	100.0	140.0 _ 220.0 mg/dl *
Colesterol Alta Densidad	33.0	30.0 _ 85.0 mg/dl **
Colesterol Baja Densidad	87.4	70.0 _ 156.0 mg/dl **
Colesterol de muy Baja Densidad	67.6	5.0 _ 35.0 mg/dl **
Índice Aterogénico	5.6	Menor de 4.0 ****
Fracción Alfa	24.8	22 _ 57% ***
Fracción Pre-Beta	42.4	6 _ 24% ***
Fracción Beta	32.8	25 _ 61% ***
Quilomicrones	0.0	0 _ 7% ***
Aspecto del Suero	Opalescente	Normal (Suero Claro)****

Método:

* Espectrofotometría

** Espectrometría automatizada

*** Electroforesis

**** *Apreciación Visual*

***** Cálculo a partir de colesterol total DHL

Responsable Q.F.B. Ma. de Lourdes Cerón Ruiz.

LABORATORIO CLINICO CERMAR

FECHA: 23 de febrero del 2001.

No. O.T.: 3573

DOCTOR: Vázquez.

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Depuración de Creatinina		
Creatinina en Suero	0.83	0.7 _ 1.5 mg/dl
Creatinina en Orina	100	70 _ 150 mg/dl
Depuración de Creatinina	106	70 _ 120 mg/dl
Superficie Corporal	2.19	Más de 1 mt2
Cifra Corregida	83.7	70 _ 120 ml/ex/min.
% Función Renal	69.7	70 _ 120
Volumen Orina	1218 ml.	
Volumen por minuto	88 ml.	

Responsable Q.F.B. María de Lourdes Cerón Ruiz.

LABORATORIO CLINICO CERMAR

FECHA. 24 de febrero del 2001.

No. O.T.: 3573

DOCTOR: Vázquez.

EXAMEN EGO.	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA.
Color	Amarillo	Amarillo
Olor	Fétido	Característico
Aspecto	Turbio	Claro
Densidad	1.020	1.005 _ 1.030
pH	5.0	5 – 6.5
Leucocitos	10 _ 25 aprox.	Negativo
Nitritos	Positivo	Negativo
Proteínas	Negativo	Negativo
Glucosa	Negativo	Negativo
Cuerpos Cetónicos	Negativo	Negativo
Bilirrubinas	Negativo	Negativo
Sangre	Negativo	Negativo
Sedimento	Numeroso	Negativo
Leucocitos	Incontables	1 – 2 por campo
Eritrocitos	0 _ 1 por campo	Negativo
Bacterias	+++	Escasas
Cristales de Oxalato de Ca.	Numerosos	Negativo

ANEXO IV.

DESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA DE MEDICAMENTOS. (*) Diccionario de Especialidades Farmacológicas.

BACTROBAN Ungüento.

INDICACIONES TERAPEUTICAS.

Infecciones primarias y secundarias de la piel como: Impétigo, Hypoderma, celulitis, balanitis, foliculosis, furunculosis, ectima, abrasiones, quemaduras infectadas, psoriasis infectadas, úlceras infectadas.

FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA.

El mupirocin es el primer antibiótico específico para la piel. No se encuentra relacionado, en términos de estructura química y mecanismo de acción, a ningún agente microbiano conocido. Actúa inhibiendo la síntesis proteica bacteriana; se une en forma específica a la enzima Isoleucil.RNA de transferencia, ejerciendo su efecto inhibitorio sobre las bacterias de la piel por más de 24 hrs. luego de su aplicación. Posee un amplio espectro de actividad en contra de la mayoría de las especies bacterianas involucradas en infecciones de la piel. Tiene un alto nivel de actividad contra Staphilococcus y Streptococcus, incluyendo cepas multirresistentes. Se ha demostrado ampliamente que BACTOBRAN es superior a los antibióticos sistémicos utilizados en las infecciones superficiales de la piel. La actividad de mupirocin no se ve afectada por el tamaño del inóculo, además no tiene potencial de sensibilización, lo que le proporciona un excelente perfil de seguridad.

CONTRAINDICACIONES

Hipersensibilidad al mupirocín o a glicoles, ya que son la base del vehículo. No se debe utilizar en infecciones por hongos o virus. No se debe aplicar cerca de los ojos ni en mucosas.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS.

Eventualmente se han informado prurito y eritema, mismos que desaparecen al suspender el medicamento.

DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACIÓN.

Cutánea. Aplicar una capa delgada y frotar en el sitio de la lesión hasta que se incorpore; repetir la acción cada 8 hrs., por un periodo de 5 a 19 días, dependiendo de la extensión de la infección.

MADECASSOL Polvos.

INDICACIONES TERAPEUTICAS.

Tratamiento de úlceras por éxtasis venosas, úlceras por decúbito, heridas quirúrgicas y traumáticas, quemaduras superficiales.

FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA.

Posee una acción de estimulación sobre la biosíntesis del colágeno por los fibroblastos: contribuyendo a una mejor troficidad del tejido conjuntivo, actuando como factor regularizante a nivel de tejido conjuntivo cicatricial. Por intermedio de *los fibroblastos controla la formación de fibras colágenas cuando la regeneración celular se encuentra perturbada, deficiente, excesiva o desorganizada.* El asiaticósido actúa sobre la síntesis de las proteínas conjuntivas y especialmente sobre la

integración por los ARN matriciales de la alanina y de la prolina, que representan el 40% de los aminoácidos de las fibras conjuntivas.

CONTRAINDICACIONES.

Hipersensibilidad conocida para alguno de los componentes de la fórmula.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS.

Han sido reportados algunos casos poco frecuentes de reacciones locales como prurito, ardor, dermatitis medicamentosa, estas reacciones se controlan al suspender la administración del medicamento.

DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACIÓN.

Cutánea en el sitio de la lesión; aplicar una capa delgada hasta cubrir el tejido expuesto una vez al día.

DEBRISAN Polvos.

INDICACIONES TERAPEUTICAS.

Está indicado para la limpieza de heridas secretantes tales como úlceras por éxtasis venosas, úlceras de decúbito, heridas quirúrgicas y traumáticas infectadas, quemaduras superficiales.

FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA.

Debrisan es un polvo constituido por gránulos hidrofílicos de un dextranómero. Los gránulos tienen un diámetro de 0.1 a 0.3 mm y están formados por una red tridimensional de cadenas macromoleculares de dextrano unidas por enlaces cruzados. Cada gramo de Debrisan absorbe 4 ml. de líquidos. Esta acción es continua mientras los gránulos no se saturan; ayuda a eliminar los exudados rápida y

continuamente de la inflamación, edema y dolor. Debido a estas propiedades Debrisan ayuda a acelerar la formación d tejido de granulación y reduce el tiempo de *cicatrización de la herida*.

CONTRAINDICACIONES.

Hipersensibilidad a la sustancia activa; no aplicar en heridas de cavidad abdominal y torácica de donde los gránulos no puedan extraerse en su totalidad después de su aplicación.

REACCIONES SECUNDARIAS YADVERSAS.

Aún no se reportan.

DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACIÓN.

Cutánea en el sitio de la lesión; aplicar una capa gruesa de 3 a 4 mm de espesor cada 24 hrs.

LOPID Tabletás.

INDICACIONES TERAPEUTICAS.

Prevención primaria de la cardiopatía coronaria y del infarto del miocardio, en paciente con hipercolesterolemia, dislipidemia mixta e hipertrigliceridemias. Tratamiento de pacientes adultos con concentraciones elevadas de triglicéridos séricos que presenten riesgos de pancreatitis y no respondan adecuadamente a un esfuerzo dietético determinado para controlarlas. El gemfibrozil está indicado cuando han fracasado el ejercicio, la reducción de peso y las medidas dietéticas específicas u otras medidas no farmacológicas, como limitar la ingesta de alcohol.

FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA.

El gemfibrozil es un agente liporregulador que reduce el colesterol total, el colesterol de lipoproteínas de baja densidad y de muy baja densidad y los triglicéridos. Después de su administración oral, el gemfibrozil es bien absorbido del tracto gastrointestinal. Las concentraciones plasmáticas pico se presentan de una o dos horas después, con una vida plasmática de 1.5 horas después de la administración de dosis repetidas. También inhibe la síntesis y aumenta la depuración de la apolipoproteína B, la cuál es portadora de las VLDL lo cuál da como resultado una disminución en la producción de VLDL. Aumenta la concentración de las subfracciones de la lipoproteína de alta densidad, HDL2 y HDL3, así como las apolipoproteínas A-1 y A-2.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS.

Se han reportado reacciones gastrointestinales como dispepsia, dolor abdominal, apendicitis aguda y diarrea. Entre otras manifestaciones están la fatiga, eccema, erupción cutánea, vértigo y cefalea.

DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACIÓN.

Oral. La dosis diaria recomendada es de 900 a 1,200 Mg. La dosis máxima diaria es de 1.500 Mg. La dosis de 1,200 Mg. se administra en dosis divididas media hora antes de los alimentos de la mañana y de la tarde.

PIRIMIR Tabletas.

INDICACIONES TERAPEUTICAS.

Está indicado para el tratamiento de las infecciones urinarias, los síntomas concomitantes, producidas por microorganismos gramnegativos sensibles al ácido

nalidixico, incluyendo Klebsiella, Enterobacter, E. coli y la mayoría de las cepas Proteus

FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA.

El ácido nalidixico pertenece al grupo de las quinolonas y posee una actividad bactericida eficaz en cualquier pH urinario. Se ha reportado resistencia cromosómica convencional a dosis terapéuticas de ácido nalidixico, sin embargo, no se ha encontrado transferencia de resistencia bacteriana a este antimicrobiano, vía factor R. La acción analgésica y anestésica local de la fenazopiridina sobre el tracto urinario, ayuda a aliviar el dolor, ardor, tenesmo, urgencia y polaquiuria, presentes en las infecciones urinarias, mientras el agente bactericida erradica la infección. Después de la administración, se absorbe rápidamente en tracto gastrointestinal, se metaboliza parcialmente en el hígado y se excreta rápidamente a través de los riñones.

CONTRAINDICACIONES.

No debe administrarse a pacientes con hipersensibilidad conocida al ácido nalidixico ni a *pacientes con antecedentes de crisis convulsivas; también está contraindicado en la insuficiencia hepática y renal.*

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS.

Las reacciones reportadas después de su administración incluyen efectos sobre el SNC: somnolencia, debilidad, cefalea, parestesias y vértigo. En raras ocasiones se han presentado alteraciones subjetivas y reversibles sin hallazgos subjetivos como cambio en la percepción de los colores, dificultad para enfocar, disminución de la agudeza visual: dispepsia, dolor abdominal, náuseas, vómito, diarrea, rash, prurito, urticaria,

angioedema, eosinofilia, rigidez de las articulaciones y en raras ocasiones , reacciones de tipo anafiláctico

DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACIÓN.

Adultos: 2 tabletas cada 6 hrs. Es aconsejable recomendar la administración de Pimir con el estómago vacío, de preferencia 1 hora antes de las comidas. Debe advertirse a los pacientes que Pimir produce una coloración roja de la orina.