

**Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud del D.F. con Estudios
incorporados a la UNAM**

Proceso de Atención de Enfermería

Aplicado a:

**“Mujer adulta con alteración en la Necesidad de Movilidad y Postura,
Sustentado con la Teoría de Virginia Henderson”**

Para obtener el título de:

Licenciada en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

Nancy Nelly Palomares Solís

N° de Cuenta: 404512848

Directora del trabajo:

Maestra Martha Lilia Bernal Becerril

México D.F. 2010



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.

ÍNDICE

	PÁG.
<i>I. INTRODUCCIÓN</i>	6
<i>II. OBJETIVOS</i>	8
<i>III. METODOLOGÍA</i>	9
<i>LIMITES</i>	10
<i>IV. MARCO TEÓRICO</i>	
ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINAR	11
TEORÍA DE ENFERMERÍA DE VIRGINIA HENDERSÓN	15
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	25
<i>PROCESO ENFERMERO</i>	
PRESENTACIÓN DEL CASO	41
VALORACIÓN	44
PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES	53
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA NANDA	55
<i>PLANEACIÓN, EJECUCIÓN EVALUACIÓN</i>	57
<i>CONCLUSIONES</i>	74
<i>VI. BIBLIOGRAFÍA</i>	76

VII. ANEXOS	79
MENINGIOMA	79
HEMIPLEJIA	81

AGRADECIMIENTOS

AGRADESCO A DIOS, A MI FAMILIA Y A LA LUZ DE MI ALMA POR TODO EL APOYO Y LA COMPRESIÓN QUE DÍA A DÍA DAN DE CORAZÓN.

GRACIAS



INTRODUCCIÓN

El PAE es un sistema de planificación en la ejecución del cuidado de enfermería, y está constituido por cinco pasos: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.

El presente trabajo es la aplicación de este método que fue realizado a la señora Beatriz que se encontraba internada en un hospital privado de la Ciudad de México, es una paciente adulto mayor de 50 años de edad que tiene múltiples necesidades alteradas como la de movimiento y postura, alimentación y eliminación por mencionar algunas.

La valoración se realizó con base en el modelo de Virginia Henderson el cual nos permite valorar 14 necesidades básicas en cualquier ser humano. Esto con el fin de intervenir de manera eficaz en la prevención y el restablecimiento de la salud del paciente así como su independencia

El profesional de enfermería, como ente proveedor de servicios de salud, realiza un acto personal, ético, creativo y solidario a las personas en el proceso salud-enfermedad, así como a sus familiares y a la sociedad en general, que precisa una atención adecuada, y que tiene la finalidad de fortalecer emocional y espiritualmente, al sujeto de cuidados de enfermería de calidad requeridos.

Lo más importante de esa intervención consiste en la organización del trabajo que debe ser con el equipo interdisciplinario de salud, coordinando de manera integral con la finalidad de dar respuestas a las necesidades del paciente que sufre la enfermedad, tanto física, psíquica, social o espiritual y al mismo tiempo interactuar en un ambiente terapéutico en el cual se sienta seguro y confiado y se integre con el personal especializado.

OBJETIVOS

General

Establecer acciones orientadas a la satisfacción de las necesidades de salud, emocionales y espirituales del paciente, que conduzcan al mejoramiento de la calidad de vida del mismo.

Objetivos específicos

- Crear un plan de cuidados individualizado y centrado en las necesidades del paciente de acuerdo a sus necesidades alteradas.
- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente.
- Establecer planes de cuidados individuales y familiares.
- Intervenir de manera correcta para cubrir y resolver problemas de salud así como prevenir complicaciones.
- Brindar un cuidado de calidad con un enfoque holístico al paciente.
- Realizar valoración y evaluación continua de tal forma que se puedan introducir los cambios necesarios en base a la evolución del estado de salud del paciente.

METODOLOGÍA

El presente trabajo es un Proceso de Atención de Enfermería, el cual se realizó en un hospital privado de la Ciudad de México del 8 de junio al 13 de junio del año en curso, éste fue aplicado a la paciente Beatriz del sexo femenino, de 50 años de edad, la cual se encontraba en el piso 6 de hospitalización.

El Proceso de Enfermería cuenta con varias etapas, las cuales van a ser desarrolladas en el presente trabajo, la primera de ellas es la valoración. Los datos para llevarla a cabo fueron obtenidos mediante un instrumento elaborado para dirigir la valoración a la identificación de alteración en las 14 necesidades humanas basadas en el Modelo de Virginia Henderson.

Para poder valorar la paciente Beatriz, se hizo una presentación personal, se le dio una breve explicación de lo que se pretende obtener con el interrogatorio, se le hizo saber que finalidad tendrían sus respuestas para poder desarrollar este trabajo, se procedió a la aplicación del mismo, lo cual arrojó datos objetivos y subjetivos. Al terminar de valorar con el instrumento se procedió a la exploración física teniendo la total colaboración de la paciente.

Obtenidos los datos se procedió a la realización de un resumen de la valoración, con lo que se elaboraron los diagnósticos de enfermería correspondientes a las necesidades alteradas o en riesgo de alteración, cada uno de ellos con su fundamentación científica y objetivos.

Posteriormente se realizó la planeación de los cuidados de enfermería, dirigidos principalmente a las necesidades alteradas o en riesgo desde un enfoque holístico.

Se llevó a cabo la ejecución de los cuidados, buscando siempre el bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida del paciente.

Se implementó también la etapa de la evaluación, que tiene como objetivo saber si los cuidados brindados a la paciente Beatriz, fueron los adecuados para satisfacer sus necesidades y mejorar su condición de salud y calidad de vida y si fuera necesario ajustar las etapas anteriores.

LIMITES

TIEMPO: 8 DE JUNIO AL 13 DE JUNIO.

LUGAR: HOSPITAL PRIVADO

ESPACIO: SEXTO PISO HOSPITALIZACIÓN

UNIDAD DE OBSERVACIÓN: PACIENTE ADULTO HOSPITALIZADO, SEXO FEMENINO DE 50 AÑOS.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

Formato de Virginia Hendersón

Expediente Médico

Estudios de diagnóstico

Estudios de gabinete

MARCO TEÓRICO

Enfermería como Profesión disciplinar

El cuidado que se brinda por parte de enfermería hacia los pacientes, surge tiempo atrás, como pionera tenemos que reconocer a Florencia Nightingale, quien reconoce una relación entre la naturaleza y el medio ambiente con la salud influyendo en el proceso de cuidar.

La enfermería comprende juicios y actos dirigidos a la conservación, promoción y restablecimiento del equilibrio en los sistemas humanos, ya que se considera como arte, ciencia y profesión.¹

El objetivo del cuidado es conservar a todo individuo la salud, entonces enfermera es la profesional responsable de la atención de enfermería que promueve, conserva o restablece la salud del individuo familia y comunidad.

La historia de los cuidados vividos y transmitidos por las mujeres hace que los cuidados tanto en el medio hospitalario como en los ambulatorios, se identifiquen hoy con la denominación de cuidados de enfermería².

Cuidar es, ante todo un acto de vida lo cual representa una infinita variedad de actividades dirigidos a conservar y mantener la vida y permitir que esta se continúe y se reproduzca.³

¹ Colliere, Francois M. Promover la vida. editorial interamericana. Mc. Graw-Hill. Madrid España 1993. Pag. 233.

² Marie Francurse Colliere. Promover la vida. Interamericana. Mc Graw-Hill. España 1993 Pag. Prologo XV.

Existen 2 tipos de cuidados:

CARE: son cuidados de costumbre y habituales relacionados con las funciones de conservación de continuidad de la vida. Estos representan todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienes como única función mantener la vida, basados en todo tipo de hábitos, costumbres y creencias. Ejemplo: beber, comer, mover, evacuar, lavar desplazarse.

CURE: cuidados de curación; relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza a la vida. Garantizan la continuidad de la vida encuentra obstáculos o trabas. Ejemplo: hambre; falta de recursos en energía alimentaria para mantener la función vital.

Los cuidados de enfermería tiene la finalidad de cuidar a los individuos respetando la vida, de una forma integral teniendo como objetivo el servicio de la población, obteniendo responsabilidades donde identificará, planeará, participará y colaborará hacia el bienestar del paciente.

El cuidado conlleva a una visión holística de mantener o lograr la armonía, la paz interna a fin de que la persona esté libre de temores y disfrute de la libertad basada en el equilibrio, lo que permite explicar la disciplina de enfermería que se caracteriza por el avance en el cuerpo de conocimientos comprendiendo todas las técnicas que se utilizan obteniendo así un juicio clínico para el profesional de enfermería.

³ Colliere, Franacois M.Promover la vida.editorial interamericana.Mc. Graw-Hill. Madrid España 1993.Pag. 233.

La enfermería como disciplina profesional tiene por objeto desarrollar conocimiento que sirven para definir y guiar la práctica de cuidado, con el fin de precisar las características de la disciplina⁴.

Existen 4 etapas encaminadas a la profesionalización de enfermería.

Etapas doméstica: en ésta surge el cuidado en el interés de la existencia y la preservación de la especie.

Etapas vocacional: surge la necesidad del cuidado, tarea encomendada a religiosas (caridad, sumisión y obediencia).

Etapas técnica: surge en el concepto mujer enfermera, auxiliar del médico. Desarrollo científico y tecnológico.

Etapas Profesional: surgen modelos y teorías inicia el trabajo científico como enfermería.

La profesión de enfermería, es una esencia pura; el proporcionar asistencia en un sentido humanístico, técnico, científico y espiritual, con vocación de servicio en un intento de ser, resolver la problemática de salud-enfermedad con principios éticos y humanísticos que guíen y orienten el quehacer profesional en defensa de la vida y la integridad de la persona; del respeto como ser humano desde su concepción en sus diferentes etapas de la vida, hasta su recuperación o en el momento de su muerte tomando en cuenta las posibilidades técnico-científico del riesgo y

⁴ Susana Rosales Barrera. Fundamentos de Enfermería. Manual Moderno. 3ra Edición. 2004. Pág. 3.

beneficios para mejorar la calidad de vida, lo que nos lleva a mantener el respeto a los principios máximos.

Si bien cabe mencionar, que el sujeto es un ser necesitado y vulnerable, que se manifiesta a través de las necesidades humanas a las que el enfermo intenta dar respuesta. Se trata de una respuesta científica, técnica y humana capaz de sostener esa vulnerabilidad y procurar un alivio, confort y bienestar.

Con esto entendemos que la enfermería juega un importante papel interdisciplinario en el área del cuidado; por ende, nosotros como profesionales de la salud llevemos a cabo una planeación y valoración de todas nuestras acciones, encaminadas al buen ejercicio dando por hecho el destacar ante todo nuestro trabajo.

Todo esto con el fin enseñar y exhortar al paciente satisfaciendo sus necesidades para su autocuidado.

TEORÍA DE ENFERMERÍA

Para que el profesional de enfermería proporcione cuidado integral del individuo, familia o comunidad a través del proceso de enfermería, necesita del estudio de paradigmas (diagrama conceptual que permite ver o comprender el mundo), modelos y teorías que han guiado esta profesión.⁵

Un modelo de enfermería representa de una realidad que podemos nombrar como un hecho enfermero y que no es más que la manera de llevar a cabo el proceso de cuidar de enfermería.

Los modelos, nos muestran qué es la enfermería y a la vez nos permiten llegar a desarrollar, aumentar y/o modificar su contenido disciplinar.

La prueba de un modelo en la práctica y el análisis de sus resultados permiten llegar a desarrollar una **TEORIA DE ENFERMERÍA** que se refiere a un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyecta una visión sistemática de los fenómenos, estableciendo para ello las relaciones específicas entre los conceptos a fin de describir, explicar, predecir y/o controlar los fenómenos⁶. Sirven de guía para el profesional de enfermería en su quehacer cotidiano.

⁵ Susana Rosales Barrera. Fundamentos de Enfermería. Manual Moderno. 3ra Edición. 2004. Pág. 226.

⁶ Anna Marriener, Tomen PhD. Modelos y Teorías de enfermería. Ed. Elsevier 7ma Edición 2007. España. Pág. 13

TEORÍA DE ENFERMERÍA DE VIRGINIA HENDERSON

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

En 1930 realizó la labor como profesora en Nueva York en el Teacher Collage, donde trabajó en los cursos sobre el proceso enfermero analítico y la práctica clínica, hasta 1948.

Virginia Henderson obtuvo una gran carrera como autora e investigadora. Ya que desde 1959 hasta 1971, dirigió el proyecto de la Nursing Studies Índex que realizó la Universidad de Yale.

En 1966 realizó un libro llamado The Nature of Nursing, ahí describe la función única y primaria de enfermería que en términos generales lo define como que: Cada individuo lucha por mantener la salud o por recuperarla, y desea ser independiente en cuestiones de salud. Un estado saludable es aquel en que se experimenta una sensación de bienestar y comodidad, de la cual nos hacemos más conscientes cuando perdemos la salud, es entonces cuando buscamos los medios para recuperarla lo más rápido posible.

La jerarquía que las necesidades fundaméntales de Abraham Maslow ubica las necesidades biológicas en un primer plano y afirma que el individuo debe satisfacerlas para poder acceder a las demás áreas, base en la que Henderson sustentó su teoría.

Así mismo, Henderson señalaba que la única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que

contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible⁷.

Características del individuo que contribuyan a su bienestar

Fuerza: La dependencia proviene de que le individuo carezca de fuerza moral, para tomar decisiones y comprometerse en las acciones necesarias para conservar o recuperar la salud.

Voluntad: Se ve disminuida por los problemas de salud, frecuentemente este estado está relacionado con la capacidad intelectual lo cual se ve limitado por la falta de recursos económicos o factores socioculturales.

Conocimiento: Hay desconocimientos de los mecanismos de acción del desarrollo de enfermedades, de los recursos de salud, de los cuidados que se deben tener cuando se presenta la enfermedad para evitar su desarrollo, el general lo que se refiere a prevención, curación y rehabilitación.

En 1978 ya con su sexta edición del libro *The Principles and Practice of Nursing*, no se imaginaba que muchas escuelas de enfermería lo utilizarían para elaborar planes de estudio, lo cual lo han traducido en más de 25 idiomas.

Fue nombrada en más de nueve ocasiones Doctora Honoris Causa, y consiguió su primer premio *Cristhiane Reimann*, lo cual obtuvo puestos honoríficos en la

⁷ TOMEY. ANN. MARRINER, Modelos y teorías de enfermería 5ta Edición 2003, El siviér scienie. Pag.99

América Academy of Nursing, como la que tuvo en 1988 por América Nurses Association ANA, ya que sus contribuciones tanto en la investigación, educación y la profesionalización en enfermera fueron muy notables.

En 1996 a la edad de 98 años Virginia Henderson falleció.

Todo los trabajos de enseñanza e investigación han sido reconocido y aplicados en el área de enfermería para su práctica profesional, gracias a ella su modelo de enfermería lo utilizan muchas universidades.

Fuentes teóricas

Hendersón reconoció muchas teóricas, de las cuales aprendió durante sus primeros años al estar estudiando enfermería.

A continuación de forma breve mencionare las fuentes teóricas en la cuales se inspiro Henderson.

TEÓRICA	ESCUELA	APRENDIZAJE
Annie W. Goodrich	Army of Nursing	Organización del cuidado del paciente por la idea era que la enfermera estaba subordinada a la medicina.
Carolina Stackpole	Theachers Collage Universidad de Columbia	Importancia del equilibrio psicológico.
Bertha Harmer	Realizó el libro Textbook of the Principles and Practice of Nursing	La enfermería tiene sus creencias y raíces en las necesidades de la Humanidad.
Edgard Thorndike	Theachers Collage Universidad de Colombia	Aprendió que la enfermedad es más que un estado de alteración de la salud, ya que en los hospitales las necesidades básicas no se satisfacían.
George Deaver	Institute for the Cripple and Disabled	Los esfuerzos de la rehabilitación del paciente deben de llegar al objetivo de la independencia.
Ida Jean Orlando		Se dio cuenta que la enfermera interpreta mal las necesidades si no lo hace con el paciente.
Jean Broadhurst	Theachers Collage Universidad de Colombia	Beneficios e importancia de la asepsia y la higiene.

Cuadro I⁸

⁸
ibidem. Pag.99

Gracias al principio de Claude descubrieron que el equilibrio emocional es inseparable del equilibrio fisiológico, para los pacientes.

Las 14 necesidades de Henderson van de las necesidades físicas, hasta las psicológicas las cuales son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Mover y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el entorno.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y usar los recursos disponibles.

PRINCIPALES SUPUESTOS

Conceptos principales y definiciones

Cada uno de los autores conceptualiza el metaparadigma de acuerdo a la teoría o modelo conforme a las escuelas con las que se basaron, ya para Henderson lo conforma de la siguiente manera:

ENFERMERÍA

La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la relación de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación, de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible.

- § Su función es ayudar a sanos y enfermos.
- § Forma un equipo de salud.
- § Puede diagnosticar y tratar al individuo si la situación lo requiere, ya que la enfermera es independiente del médico.
- § La enfermera debe actualizar sus conocimientos teóricos y prácticos.
- § Evaluar las necesidades humanas.

SALUD

Es más importante la calidad de la salud que la vida en si misma, ese margen de energía mental-física que permite trabajar del modo más eficaz y alcanzar el nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.⁹

- § Es calidad de vida.
- § Esencial para el funcionamiento humano.
- § Precisa independencia e interdependencia.

⁹ Ibidem. Pag.101

- § Es más importante que el cuidado del enfermo.
- § Los individuos logran mantenerse sanos si tienen el conocimiento necesario.

ENTORNO

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

- § La enfermedad puede afectar la capacidad de controlar el entorno.
- § La seguridad debe ser una enseñanza para la enfermera.
- § Proteger a los pacientes de las lesiones mecánicas.
- § Comentar a los pacientes sobre productos e instrumentos que puedan afectar su salud.

PERSONA

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.

La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.¹⁰

La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Requiere de fuerza, voluntad y conocimientos para realizar las actividades indispensables para una vida sana.

¹⁰ Ibidem., Pag.101

AFIRMACIONES TEÓRICAS

La relación entre enfermera y paciente

Existen muchas relaciones entre la enfermera y el paciente; para que pueda adquirir su independencia y poder recuperar su salud.

Henderson identificó tres niveles de relación entre la enfermera y el paciente:

- la enfermera como sustituto del paciente
- la enfermera como ayuda del paciente
- la enfermera como compañera y orientadora del paciente

Henderson menciona que la enfermera debe ponerse en su lugar de todos sus pacientes para poder saber cuáles son sus necesidades.¹¹

Hay que tomar en cuenta que todos los miembros de una unidad hospitalaria o equipo sanitario, deben formar equipos de trabajo, sin exigir el trabajo del otro para poder respetar y así llevar a cabo un programa completo del cuidado.

La enfermera debe crecer y aprender en cuanto va avanzando su profesión.

Henderson utilizó el razonamiento lógico para desarrollar la definición de enfermería, y las 14 necesidades a partir de principios fisiológicos y psicológicos.

Con ayuda de Dorothy Johnson, identifican los supuestos y los valores, el objetivo de la enfermería, el paciente, el papel de la enfermera, el origen de las

¹¹ *ibidem*. Pag.103

dificultades, la intervención y las consecuencias deseadas desde la perspectiva de Henderson.¹²

¹² *ibidem.* Pag.105

PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

ANTECEDENTE

Johnson (1959), Orlando (1961), y Wiedenbach (1963), desarrollaron un proceso en tres fases diferentes, que contenían elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual.

En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto que descubrieron un proceso de cuatro fases: valoración planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los 70, Blach (1974), Roy, (1975), Mundiger (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases.¹³

Para la Asociación Americana de Enfermería (A.N.A), el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión.

El proceso de Enfermería que es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería.¹⁴

El proceso de atención de enfermería (P.A.E.) exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir,

¹³ RODRIGUEZ S. BERTHA. Proceso Enfermero. I.M.S.S. Guadalajara. Pág.31

¹⁴ Ibidem. Pág.31

realizar, evaluar e interactuar con otros. Así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento.

Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, a través de la aplicación del proceso de enfermería, a alcanzar su potencial máximo de salud.

El PAE requiere una actividad especial y continua con el sujeto de atención porque trata de mejorar la respuesta humana.

La importancia del proceso de enfermería como instrumento en la práctica del profesional puede asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención:

- ∇ Individuo
- ∇ Familia
- ∇ Comunidad

Por lo tanto proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería.

Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.

Ventajas de su utilización:

- ∇ Permite participar en su propio cuidado.
- ∇ Garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales
- ∇ Ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas.
- ∇ Facilita la comunicación concede flexibilidad en el cuidado

- ∇ Genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo
- ∇ Permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención
- ∇ Propicia el crecimiento profesional
- ∇ Permite asignar los sujetos de atención en forma racional y le proporciona información para investigación.¹⁵

Actualmente se considera que está formado por 5 etapas:

1. **Valoración:** es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
2. **Diagnóstico de Enfermería.** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
3. **Planificación.** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud.
4. **Ejecución.** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
5. **Evaluación.** Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos¹⁶.

¹⁵ Rosales B. Susana. Fundamentos de Enfermería. Manual Moderno. 3ra Edición. 2004. Pág. 239.

¹⁶ RODRIGUEZ S. BERTHA. Proceso Enfermero. I.M.S.S. Guadalajara. Pág.31

A continuación describiré cada una de las etapas.

VALORACIÓN:

Proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes:

- ∇ Paciente como fuente primaria
- ∇ Expediente clínico
- ∇ Familia
- ∇ Persona que dé atención al paciente.

Fuentes secundarias:

- ∇ Revistas profesionales
- ∇ Textos de referencia

Existen criterios sugeridos para llevar a cabo la Valoración los cuales son:

- "céfalo-caudal": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el

funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde buscamos:

-Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.

-Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

Debemos de tomar en cuenta que los datos obtenidos sean, confirmados, tengan un análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente, la continuidad del plan de cuidados establecido, obteniendo nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

Métodos para obtener datos:

A) Entrevista Clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal.

La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados¹⁷.

¹⁷ Ibidem. Pág.31

La entrevista tiene cuatro finalidades, las cuales son:

1. Obtener información específica, y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
2. Facilitar relación enfermera/paciente.
3. Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y el planteamiento de sus objetivos.
4. Ayuda a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

Para la obtención de datos, el interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos, favorecen la reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.

Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:

- § Expresiones faciales
- § La forma de estar y la posición corporal
- § Los gestos
- § El contacto físico
- § La forma de hablar

B) La observación:

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

La observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables.

La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

VALIDACIÓN DE DATOS:

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos),

Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc.

Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

CLASIFICACIÓN DE LOS DATOS:

La recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987).

Una vez que ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información.

Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnósticas y los tratamientos prescritos.
- Valoración física
- Patrones funcionales de salud.

La valoración mediante patrones funcionales se realiza en términos mensurables y no abstractos, en este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración, aunque no por ello hay que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de necesidades; antes al contrario, se complementan, (Tomás Vidal 1994).

DOCUMENTACIÓN Y REGISTRO DE LA VALORACIÓN:

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad.

- Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- Prueba de carácter legal
- Permite la investigación en enfermería
- Permite la formación pre-grado y postgrado.¹⁸

Iyer (1989), establece las normas para la correcta anotación de registros en la documentación son:

- ∇ Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- ∇ Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- ∇ Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, «normal," «regular",etc.
- ∇ Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, etc.
- ∇ La anotación debe ser clara y concisa.
- ∇ Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.

¹⁸ *ibidem*. Pág.31

- ∇ Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de enfermería es una conclusión o enunciado definitivo, claro o conciso del estado de salud, los problemas y necesidades del paciente, que pueden modificarse por la intervención del personal de enfermería para resolverlos o disminuirlos.¹⁹

El diagnóstico de enfermería se basa en las necesidades y problemas del paciente, es individualizado y específico, está sujeto a modificaciones según el estado de salud o enfermedad, describe los efectos de los síntomas y estados patológicos en relación con las actividades y forma de vida del paciente.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, la que en 1990 se aceptaron 90 categorías diagnósticas.

- 1.- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
- 2.- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.

¹⁹ Rosales B. Susana. Fundamentos de Enfermería. Manual Moderno. 3ra Edición. 2004. Pág. 243..

3 .- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.

4 .- Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.

5 .- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema.²⁰

Otra forma de elaborar un diagnóstico de enfermería es el formato PES. Que para el caso de diagnósticos reales se recomienda elaborarlos de la siguiente manera.

P: problema

E: etiología.

S: signos y síntomas

Se debe de unir el problema real con su etiología usando las palabras “relacionado con”, añadiendo “manifestado por” y escribir los signos y síntomas mayores que validen la existencia de ese diagnóstico.²¹

²⁰ Ibidem. 2004. Pág. 244.

²¹ Ibidem. Pág. 245.

La formulación de los diagnósticos de enfermería de riesgo se describen en dos partes:

P: Identificación o expresión del problema potencial.

E: Agregado de “relacionado con” para unir el problema y los factores contribuyentes.²²

Tipos de Diagnósticos

- ∇ **Real:** situación que existe en el momento actual.
- ∇ **Riesgo:** son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. Problema potencial que refiere una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.
- ∇ **Salud:** juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces.

PLANEACIÓN

Esta fase del proceso de enfermería es el acto de determinar que puede hacerse para apoyar al paciente en el restablecimiento, conservación o el fomento a la salud; ayudara a solucionar, disminuir o reducir el efecto de sus problemas.²³

²² ibidem. Pág. 246.

Pasos para realizar la planeación:

- § **Establecer prioridades:** realizar acciones inmediatas, jerarquizando las necesidades.
- § **Elaborar objetivos:** permiten el éxito de un plan determinado.
- § **Determinar acciones de enfermería:** determinar estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a cumplir sus objetivos.²⁴
- § **Documentar el plan de cuidados:** registrar en formatos, que permitan guiar las intervenciones de enfermería y registrar los resultados alcanzados.²⁵

Para un Diagnóstico de Enfermería real la planeación debe estar dirigida a reducir o eliminar los factores concurrentes o el diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de riesgo, la planeación orienta las intervenciones para reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema y/o monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería de salud las intervenciones, recopilan los datos adicionales para descartar o confirmar el diagnóstico, tratan de monitorizar los cambios de situación para los problemas interdisciplinarios, deben ser tendientes a controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

²³ Ibidem. Pág. 248.

²⁴ RODRIGUEZ S. BERTHA. Proceso Enfermero. I.M.S.S. Guadalajara. Pág.82

²⁵ Ibidem. Pág.82

EJECUCIÓN

Es la realización, puesta en práctica de los cuidados programados.

Incluye 5 elementos:

1.- Validación del plan: en la validación de todo plan de cuidados de enfermería, independientemente de la preparación y experiencia del personal que lo haya realizado, deberá intervenir el personal de la misma disciplina, para asegurar mayor éxito en su realización.

2.- Fundamentación científica: es la base para implementar las acciones, describe y explica los cuidados, basado en teorías y modelos. Para fundamentar científicamente las acciones de enfermería se siguieren 3 elementos:

Tópico: orden de enfermería como nutrición, higiene personal, ejercicio, comunicación.

Estrategia: Especifica los métodos a través de los cuales realiza la implementación.

Individualidad: refleja la forma de vida como aspectos de desarrollo sociocultural, biofísico y psicológico.

3.- Brindar cuidados de enfermería: Se procederá a su ejecución una vez validando el plan de cuidados de enfermería y la fundamentación científica.

4.- Continuidad del cuidado: Facilita la identificación de la metas y los objetivos a corto y largo plazo logrados.

5.- Registro de los cuidados: Es un requisito legal, quedan plasmadas las evidencias de los diagnósticos, evaluación, tratamiento y cambios entrados en los problemas reales y de riesgo. Deberán ser claros y precisos y completos para asegurar la continuidad y calidad de enfermería en los diferentes turnos.²⁶

Permanentemente debemos de:

- § Continuar con la recogida y valoración de datos.
- § Realizar las actividades de enfermería.
- § Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- § Dar los informes verbales de enfermería,
- § Mantener el plan de cuidados actualizado.

Se realizan:

- § Intervenciones de enfermería dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes)
- § Necesidades asistenciales de cada persona tratada

²⁶ Rosales B. Susana. Fundamentos de Enfermería. Manual Moderno. 3ra Edición. 2004. Pág. 254.

EVALUACIÓN

Evaluar: es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

En esta etapa vamos a comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos, para comprobar y sistematizar la salud del paciente y así obtener los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente.

En la evaluación de los cuidados enfermeros, deberán ser interpretados, con la finalidad de establecer conclusiones, que nos sirvan para lograr los objetivos planteados, resultados esperados y su se encuentran en el proceso de lograr la evaluación.

En esta última etapa se verá reflejado el esfuerzo durante todo el proceso de atención de enfermería, y es para el beneficio del paciente.

Proceso continuo que le permite al paciente llevar un seguimiento para su autocuidado por medio del plan de alta que se realiza por el personal de enfermería en domicilio.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente Beatriz C.L. del sexo femenino, de 50 años de edad, antes de su ingreso se desempeñaba como ama de casa, en donde cuenta con todos los servicios, alcoholismo y tabaquismo negados, esquema de vacunación completo, alimentación adecuada para su edad y requerimientos alimenticios 3 veces al día,

No presenta ninguna enfermedad crónica degenerativa como diabetes o hipertensión arterial.

Procedimiento Actual:

Fecha de ingreso: 27 de Mayo de 2010.

El día 31 de Mayo se realiza una Resonancia Magnética de control en donde se observan datos de crecimiento tumoral (meningioma) así como edema peritumoral importante, motivo por el cual se realiza Craneotomía parietooccipital derecha con resección tumoral para descompresión cerebral, sin complicaciones, con un sangrado transquirúrgico aproximado de 500 ml. Se decide su ingreso a piso para cuidados especiales post-quirúrgicos y vigilancia neurológica.

Diagnostico posterior: hemiplejia izquierda.

Exploración Física:

FC: 74 T/A: 105/62 FR: 25 SpO2: 100% TEM: 36°C

Cardiovascular:

Precordio rítmico, no soplos, no ingurgitación yugular, pulsos periféricos normales y sincrónicos entre si en sitios habituales. Llenado capilar 2 segundos, sitios de punción Catéter Venoso Central.

Respiratorio:

Ventilación espontanea, saturando al 100%, tórax simétrico normoexpansible. Amplexión y amplexación adecuadas, no estertores y sibilancias, no cianosis.

Metabólico-Renal:

Estado hídrico, tanto en mucosas orales, como en piel y tegumentos. Uresis en 24hrs 1740ml.

Laboratorios: Glu. 95, Cr: 0.62, Bun: 10.7, Urea: 23.0, CA: 8.0, K: 4.47, Na:137, Cl:105, GLOB 2.1, DHL: 164.

Infeccioso: Afebril.

Cultivos de orina E. Coli mas de 100.000 UI/ml.

Esquema antimicrobiano: Ceftaxídima

Hemato-inmunológico

Sin datos de sangrado activo.

Hb:11.4, Hto:33.5 Plaquetas: 333

Leucocitos totales: 12.9 Neutrofilos totales: 86 Linfocitos totales:7

Abdomen y digestivo

Blando depresible, no doloroso a la percusión no datos de irritación.

Neurológico

Glasgow 15, consiente alerta, orientada en tres planos, lenguaje que emite, comprende y repite, coherente, congruente, funciones mentales conservadas.

Nervios craneales sin alteraciones.

VALORACIÓN

Ficha de identificación:

Nombre: Beatriz C.L.

Edad: 50 años

Sexo: Femenino

Fecha de Nacimiento: 16 Noviembre de 1953

Escolaridad: Preparatoria

Ocupación: Ama de Casa

Estado Civil: Casada

Lugar de residencia: Estado de Chiapas

1. Necesidad de Oxigenación:

¿Padece de algún problema relacionado con la respiración? NO ¿Cuál? Ninguna

¿Cuál es su opinión en relación con el acto de fumar? No deja nada bueno

¿Usted fuma? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No

¿Qué cantidad de cigarrillos fuma al día? ninguno ¿Cómo influye su estado emocional en el acto de fumar? no

¿Considera usted que el lugar donde vive, estudia o trabaja puede afectar su oxigenación? no

¿En qué forma? ninguno

¿Qué medidas toma para prevenir daños en su oxigenación? ninguno

Fármacos específicos: ninguno

Otros: negados

Exploración Física Pulmonar

(inspección, auscultación, palpación, percusión)

Ventilación espontánea 31X', saturando al 100%, torax simétrico normoexpansible, amplexión y emplexación adecuadas, no existen estertores ni sibilancias no cianosis.

Exploración Física cardiovascular

(inspección, auscultación, palpación, percusión)

Precordio rítmico, no soplos, no ingurgitación yugular, pulsos periféricos homocrotos y sincronicos, llenado capilar 2 segundos, sitios de punción CVC.

2. Necesidad de Nutrición e Hidratación:

¿Qué alimentos consume regularmente? Carne, pollo, verduras, frutas.

¿Cuántas veces se alimenta al día? 3 veces al día ¿Qué alimentos prefiere? Frutas y verduras de temporada

¿Qué alimentos le desagradan? Pescado frito o empanizado

¿Tiene problemas para masticar o deglutir? Mascar de lado izquierdo

¿Cuáles? Después del la ultima cirugía, daño la parte izquierda psicomotriz del cuerpo, dando como consecuencia hemiplejía de lado izquierda.

¿Ha presentado trastornos digestivos posteriores a la ingestión de alimentos? no

¿Cuáles? Ninguno

¿ Utiliza suplementos vitamínicos en su alimentación? Ninguno ¿Cuáles? Ninguno

¿Cómo influye su estado de ánimo en la ingestión de líquidos? Favorable

¿Influyen sus creencias religiosas en la forma como se alimenta? No ¿De qué manera?

Ninguna

¿Conoce el valor nutritivo de los alimentos? Si _____

¿Qué porcentaje económico destina para su alimentación? El suficiente para comer bien

¿Utiliza sustancias para reducir el apetito? no ¿Cuáles? Ninguno

Fármacos: ninguno

Otros: ninguno

Exploración Física Gastrointestinal

(Inspección, auscultación, palpación. percusión)

Peso 55kg. Talla 1.63 cm Índice de masa corporal

Abdomen blando a la palpación, con peristaltismo sin problemas, no doloroso, se le hace difícil, llevar los alimentos a la boca, no tiene sensibilidad a las cosas calientes, y es lenta para mascar por la alteración psicomotriz.

3. Necesidad de Eliminación:

Cuántas veces evacua al día? 2 veces en domicilio, en el hospital le cuesta mucho trabajo evacuar, ya que no camina lo suficiente para estimular la evacuación.

¿Qué características tiene sus heces? Color café.

¿Cuántas veces micciona al día? 4 veces al día. ¿Qué características tiene su orina? color amarillo, tiene un buen volumen, no fétida.

¿Qué características tiene su menstruación? Ya no menstrua

¿Utiliza laxantes o sustancias que favorezcan la evacuación o la micción? Si en ocasiones

¿Cuáles? Agiolax sobre vía oral

¿Padece de algún problema relacionado con la evacuación o la micción? Si

¿Cuál? No quiero utilizar el comodo

¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia o trabaja en la satisfacción de su eliminación, intestinal y urinaria? No influye nada

¿Cómo influye su estado emocional en su eliminación intestinal, urinaria o menstrual? No influye

Fármacos: agiolax sobre hasta efecto, rehusa.

Otros: ninguno

Exploración Física en la Eliminación

(Inspección, auscultación, palpación, percusión)

Se presento globo vesical doloroso en el segundo día de estancia, ya que no quería el comodo, doloroso a la palpación, y el abdomen distendido. Necesita ayuda para llegar al wc.

Nota: para valorar las necesidades de nutrición e hidratación y de eliminación, la exploración se hará en un solo momento.

4. Necesidad de Movilidad y Postura:

¿Cómo es su actividad física cotidiana? Activa, por las mañanas salgo a correr, y en ocasiones salgo por las tardes a caminar tranquilamente en un parque cerca de mi domicilio

¿Realiza ejercicio? si ¿Qué tipo de ejercicio? Correr, caminata, y en casa nado.

¿Cómo es su tolerancia física cuando realiza ejercicio? Muy buena

¿Cómo influye el ejercicio en su estado emocional? Me relaja demasiado, me hace sentir activa todo el día, y por las noches puedo dormir perfectamente.

¿Padece de algún problema relacionado con la movilidad y postura? Si, ahora después de la operación de daño toda la parte izquierda de mi cuerpo y no tengo equilibrio ¿Cuál ? no tengo fuerza en mis manos y pies, se me dificulta ponerme de pie, y me estreso mucho, y no puedo realizar mis cosas personales en especial de lado izquierdo.

¿Utiliza algún dispositivo para favorecer su movilidad y postura? Ahora si ¿De qué tipo? Una andadera.

¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia o trabaja en la satisfacción de su movilidad y postura?
¿Cómo influye su estado de ánimo para la realización de ejercicio? Demasiado me pone triste, estoy preocupada por no poderme sostener como es debido, me enoja no poder realizar mis cosas al no tener equilibrio y estar pidiendo ayuda me irrita demasiado.

Fármacos específicos: Welbutrin 1 tableta v.o. c/ 24 hrs

Otros: ninguno

Exploración Física

(Inspección, palpación)

No tiene equilibrio en miembros superiores, y en cuanto a la piernas no existe tomo muscular, en ambos no existe fuerza.

5. Necesidad de Descanso y Sueño:

¿Cuánto tiempo destina para descansar? 1 hora a medio día, antes de la enfermedad, ahora no puedo descansar ¿Cuántas horas duerme? En casa dormía 7 horas, ahora se me dificulta mucho.

¿Se duerme fácilmente? Antes si, ahora no ¿Cree tener alteraciones del sueño? Si ¿A qué considera que se deban estas alteraciones? A la herida que tengo en la cabeza de lado derecho y el dolor que me ocasiona, y el catéter que tengo en el cuello, con el suero que me están administrando.

¿Ronca ruidosamente? No ¿Usted cree que el roncar es un problema de salud? si

¿Qué ha hecho para solucionarlo? No ronco

¿Cómo influye su estado emocional en su descanso y sueño? me preocupa mucho, que se vaya a abrir la herida, o que sangre y el dolor que tengo en la herida y se va hacia toda la cabeza ¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia o trabaja para su descanso y sueño? Ahora no influye

¿De qué manera equilibra el ejercicio con el descanso y sueño? De mucho ya que el ejercicio me ayudaba a descansar y me satisfacía mucho, ahora no puedo, por la herida y el catéter.

Fármacos o sustancias específicas: Rivotril 3 gotas por la mañana y 7 gotas por la noche. Supradol 30mg sublingual, c/8 hrs en caso de dolor.

Exploración física

(Inspección, facies, expresión corporal, escala de dolor)

Tiene expresión de enojo, molesta, refiere incomodidad y sentirse desesperada y refiere escala ce E.V.A. de 10

6. Necesidad de usar Prendas de Vestir adecuadas:

¿Necesita de ayuda para vestirse y desvestirse? Ahora si. ¿En qué medida? En mucha ya que no tengo equilibrio, y fuerza para poderme mantener de pie.

¿Elige su vestuario en forma independiente? No ¿Por qué? Ahora no me interesa.

¿Cómo influye su estado de ánimo en la selección de sus prendas de vestir? No influye

¿Cómo influye el clima en la selección de su prendas de vestir? En ninguna manera influye

¿Cómo influye la moda en la selección de sus prendas de vestir? No influye pero me gusta verme muy bien y sentirme cómoda

¿Qué opinión tiene sobre el pudor y la vergüenza hacia la forma de vestir? Uno mientras se sienta cómoda con la ropa esta bien, aunque a la demás gente no le parezca bien la forma de vestir de uno.

Exploración física

(Inspección)

No se puede colocar la bata del hospital, y se desespera mucho, en ocasiones se pone triste por no poderse vestir.

7. Necesidad de Termorregulación:

¿Cómo influyen las emociones en su temperatura corporal? Hasta el momento no influyen en nada.

¿Regularmente qué temperatura tiene el lugar donde usted vive, estudia o trabaja? Es muy caluroso el clima, y por las tardes es muy cálido

¿Cómo se adapta a los cambios de temperatura diurna y nocturna? Me adapto muy bien no tengo problema alguno con esto.

¿Qué medidas emplea para mantener su temperatura corporal? En la ropa que uso

¿Padece de algún problema relacionado con su temperatura corporal? No ¿Cuál? Ninguno

Fármacos: ninguno

Otros: no

Exploración Física

(Inspección, palpación) *tomar temperatura corporal

Temperatura: 36°C, no tiene ningún dato alterado y no refiere nada que complique su temperatura.

8. Necesidad de Higiene y Protección de la Piel:

¿Con qué frecuencia se realiza baño y aseo de cavidades? Todos los días, y después de realizar el ejercicio

¿A qué hora del día prefiere bañarse? En las mañanas

¿Cuántas veces se lava los dientes al día? 3 veces al día ¿Cómo se lava los dientes? Las muelas de forma circular, y los dientes a lo contrario en los que se encuentra

¿En qué casos se lava sus manos? Después de ir al baño y antes de comer.

¿Con qué frecuencia se realiza el corte de uñas? Cada semana ¿Cómo lo hace? Voy a la estética

¿Qué aspectos de la higiene considera más importante? Todo es importante, ahora me enfoco más en aprender cómo cuidar la herida para que no se me llegue a infectar.

¿Qué significa para usted la higiene? Es lo más importante que existe en todas las personas y en especial en una mujer, para prevenir infecciones en la piel de cualquier tipo.

Fármacos o sustancias: Ciproflox 500mg. I.V. c/12 hrs. Alin 4mg c/8 hrs.

Otros: ninguno

Exploración Física

(Inspección, palpación)

Se observo un poco de resequedad en miembros inferiores, y poca descamación, en cuanto a la herida, no se observaron datos de infección.

9. Necesidad de Evitar Peligros:

¿Cuenta con su esquema de vacunación completo? Si ¿Qué vacunas no se le han aplicado? Las que corresponden en la niñez, embarazo y las estacionales.

¿Qué tipo de autoexploración física realiza para evitar daños en su salud? El de autoexploración de mamas.

¿Con qué frecuencia se realiza autoexploración física? Cada mes

¿Tiene vida sexual activa? Si ¿Qué preferencia sexual tiene? Heterosexual

¿Utiliza algún método de protección? Si ¿Cuál? Condón

¿Ha padecido algún tipo de enfermedad de transmisión sexual? No ¿Cuál? Ninguna

¿Toma bebidas alcohólicas? No ¿Desde cuándo y con qué frecuencia? Ninguna

¿Qué opinión tiene usted sobre la ingestión de bebidas alcohólicas? Alargo plazo y abusando de la cantidad hace mucho daño, tanto a la persona que las ingiere como a las personas que están alrededor.

¿Consumes drogas? No ¿De qué tipo? Ninguna

¿Desde cuándo y con qué frecuencia consume drogas? No consumo

¿Qué opinión tiene usted sobre el consumo de drogas? Es una enfermedad que ya esta rebasando edades, no solamente los jóvenes las consumen, sino ya personas que están buscando salida fácil al realizar sus cosas.

¿Ha tomado fármacos o "remedios" sin prescripción médica? No ¿Qué fármacos o "remedios" ha tomado sin prescripción médica? Ninguno

¿Durante este año, ha presentado algún problema de salud relacionado con ojos, nariz, garganta, sensibilidad o movimiento? Si ¿Cuál? Dificultad psicomotriz

¿En el lugar donde usted vive, estudia o trabaja; existen peligros que le pudieran provocar daños en su salud? Si ¿Cómo cuáles? En casa no tiene los aditamentos necesarios para evitar una caída.

¿Cómo reaccionaría usted ante una situación de urgencia? Desesperación y preocupación

¿Qué medidas preventivas conoce para evitar accidentes? Ninguna

¿Cómo maneja una situación de estrés? No la puedo controlar

Otros: muestra interés por aprender cómo evitar peligros tanto en el hospital, como en casa.

Exploración Física

(Inspección, determinar discapacidad auditiva, visual, sensorial o motriz) *además, ver entorno

Muestra debilidad en miembros superiores para poderse sostener perfectamente, y no existe equilibrio total, no tiene fuerza en piernas, y se observa flacidez

10. Necesidad de Comunicarse:

¿Con quién vive? Con mi familia

¿Cómo se relaciona con sus familiares, amigos y vecinos? Llevamos una buena relación

¿Pertenece a algún grupo social? No ¿A qué grupo social pertenece? A ninguno

¿Durante cuánto tiempo está sólo? Máximo 1 hora, siempre estoy acompañada por amigos y amigas o familia en general.

¿Tiene pareja? Si ¿Cómo considera que es la comunicación sexual con su pareja? Muy buena

¿Padece de algún problema relacionado con la comunicación? No ¿Cuál? Ninguna

¿Utiliza algún aditamento para comunicarse con los demás? No ¿De qué tipo? Ninguna

¿Considera usted que existen factores en su hogar, escuela o área de trabajo; que le limiten la comunicación con los demás? No ¿Cuáles? Ninguna

Fármacos: no

Otros: no

Exploración física

(Inspección *retomar exploración de la necesidad de evitar peligros) además, ver entorno

No tiene ningún problema con alguna persona, ni con ningún miembro de su familia, se siente bien ya que tiene mucha gente a su alrededor que la quiere demasiado.

11. Necesidad de Creencias y Valores:

¿Tiene alguna creencia religiosa? Si ¿Cuáles? Católica

¿Cómo relaciona la fe, la religión y la espiritualidad? Es algo que te hace sacar fuerzas y sentirse mas segura ante una circunstancia.

¿Con qué frecuencia acude a su centro religioso? Los domingos

¿Tiene algún problema que le impida o limite, asistir a su centro religioso? No ¿De qué tipo? Ninguna

¿Sus creencias religiosas pudieran intervenir en su salud? No ¿Por qué? No se mezclan

¿Sus creencias religiosas le generan conflictos personales? No ¿Por qué? Son cosas de seguridad

¿Qué significa para usted un valor? La esencia que tiene una familia y la forma en que uno va educando a sus hijos.

¿Considera que es congruente su forma de pensar con su manera de vivir? Si ¿Por qué? Porque uno actúa conforme piensa bien las cosas.

¿Qué significa para usted la vida y la muerte? Son dos extremos de la vida que una persona sana o enferma tiene que pasar.

Otros: no

Exploración Física

(Inspección) * Además, ver si cuenta con imágenes religiosas

Cuenta con imágenes de santos, y una biblia en su buro, tiene mucha fe y le da fuerza para poder sentirse bien todos los días.

12. Necesidad de Trabajo y Realización:

¿Cuál es su rol familiar? Ama de casa ¿Está satisfecho con el rol que desempeña? Si

¿Por qué? He educado muy bien a mis hijos, y me siento satisfecha con haber realizado a mis hijos con buenos valores.

¿Qué significado tiene para usted participar en el ingreso económico familiar? No tiene significado ya que mi esposo, gracias a dios tiene un buen trabajo y nos ha ido muy bien.

¿Sus ingresos económicos le permiten satisfacer sus necesidades básicas? Si

¿Cómo percibe sus expectativas en relación con su situación social? Son muy buenas

¿Cómo participa en las actividades propias del hogar? Me gusta hacer la comida para mi familia

¿Realiza alguna actividad altruista? No ¿De qué tipo? Ninguna

¿Está satisfecho con su manera de pensar y actuar? Por su puesto estoy muy satisfecha

Exploración Física

(Inspección)

Se pone triste al pensar que no podrá realizar la comida para su familia, a ella le aría sentir mejor hacerla.

13. Necesidad de Jugar y participar en actividades Recreativas:

¿Su condición física le permite jugar y participar en actividades recreativas? Por el momento no
¿Por qué? Por la dificultad que tengo para poder equilibrarme, y no puedo hacer las cosas yo sola.

¿En qué forma influye su estado de ánimo para jugar y realizar actividades recreativas? En mucho, me desespero y estoy aburrída.

¿Qué juegos y actividades recreativas realiza? Domino

¿Con qué frecuencia? En las noches

¿Se integra con su familia y otras personas en la realización de actividades recreativas? Si

¿Por qué? Es bueno convivir con toda la familia y reunirse

¿Cómo se siente después de jugar y realizar actividades recreativas? Muy bien

Fármacos: no

Otros: no

Exploración Física

(Inspección) * e identificar áreas destinadas para satisfacer ésta necesidad

Existe una mesa redonda en la habitación, y al comentarle que podía jugar domino en la habitación con su familia se alegro demasiado.

14. Necesidad de Aprendizaje:

¿Padece de algún problema que interfiera en su aprendizaje? Si ¿De qué tipo? Se me olvidan las cosas.

¿Qué significado tiene para usted la escuela? Es la parte fundamental para realizarse como persona.

¿A qué tipo de escuela asiste? A ninguna

¿Cómo ha sido su rendimiento escolar en éste último trimestre? No

¿A qué cree usted que se deba ese rendimiento? No

¿Cómo influye la relación que usted tiene con sus padres, hermanos, docentes y compañeros en su aprendizaje? Es muy buena me gusta escuchar temas de interés

¿Con qué fuentes de apoyo para el aprendizaje cuenta su comunidad? Con todo

¿Sabe cómo utilizar esas fuentes de apoyo? Si

Identifique fuentes de apoyo para el aprendizaje en la comunidad *

Existe una biblioteca a 15 minutos de su domicilio, un café internet en la esquina de la casa.

PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES

Nº	NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS
1	Movilidad y postura	Dificultad para mantenerse de pie desequilibrio. Enojo Debilidad en miembros inferiores No tiene fuerza en miembros superiores No tiene tono muscular No tiene equilibrio ni coordinación Irritabilidad Requiere ayuda para trasladarse en andadera	Desesperación Estress Enfado Miedo
2	Evitar peligros	No tiene los aditamentos necesarios en domicilio para evitar una caída. Urgencia para poder ir al baño.	Preocupación. Desesperación
3	Nutrición e hidratación	No puede coger los utensilios para comer No tiene motivación No fuerza	Enojo
4	Eliminación	No tiene actividad física suficiente	No quiere usar medicamentos para evacuar
5	Descanso y sueño	Dolor No puede tomar posturas para dormir	Dificultad para conciliar el sueño
6	Higiene y protección de la piel	No puede bañarse adecuadamente Deterioro neuromuscular, Piel no lubricada	Desesperación Comezón en piel
7	Prendas de vestir adecuadas	No puede colocarse la bata del hospital por si sola	Desesperación Molestia Enojo

8	Trabajar y realizarse	No puede realizar sus cosas por si misma	Molestia
9	Necesidad de aprendizaje	Interés por saber más de su enfermedad Quiere conocer más acerca de cómo cuidar la herida quirúrgica	Participación Interés
10	Participar en actividades recreativas	No alterada	No alterada
11	Termorregulador	No alterada	No alterada
12	Necesidad de comunicarse	Ninguna alterada	Ninguna alterada
13	Vivir creencias y valores	Ninguna alterada	Ninguna alterada
14	Oxigenación	Ninguna alterada	Ninguno alterada

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Nº	NECESIDAD	DIAGNÓSTICOS
1	Movilidad y postura	<p>Deterioro de la movilidad física, R/C deterioro neuromuscular y disminución de la fuerza M/P movimientos incordinados al desequilibrio durante la ejecución de las actividades de la vida diaria e irritabilidad</p> <p>Temor R/C falta de apoyo físico m/p reducción de la seguridad en uno mismo e identificación del objeto del miedo.</p>
2	Evitar peligros	Riesgo de caída R/C deterioro de la movilidad física
3	Nutrición e hidratación	Déficit de autocuidado en la alimentación , R/C deterioro neuromuscular y falta de motivación, M/P dificultad para coger los alimentos con los utensilios, llevarlos a la boca.
4	Eliminación	<p>Déficit de autocuidado: uso del W/C R/C deterioro de la movilidad M/P incapacidad para llegar y sentarse y levantarse del WC.</p> <p>Riesgo de estreñimiento R/C actividad física insuficiente</p>
5	Descanso y sueño	Trastorno del patrón del sueño R/C dolor en la herida quirúrgica y catéter central M/P molestias para conciliar el sueño.
6	Higiene y protección de la piel	<p>Déficit de autocuidado: baño e higiene R/C deterioro neuromuscular M/P. incapacidad para lavar parcialmente el cuerpo.</p> <p>Riesgo de la integridad cutánea R/C falta de movilidad y equilibrio psicomotriz</p> <p>Riesgo de infección R/C por herida quirúrgica e inserción por catéter central</p>

7	Prendas de vestir adecuadas	Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento R/C deterioro neuromuscular M/P deterioro de la capacidad para ponerse o quitarse la ropa.
8	Trabajar y realizarse	Baja autoestima situacional R/C deterioro funcional de la actividad física M/P expresiones de inutilidad como tristeza
9	Necesidad de aprendizaje	Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico M/P deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de las secuelas R/C interés por saber su tratamiento.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la movilidad física, R/C deterioro neuromuscular, disminución de la fuerza M/P. movimientos incoordinados al desequilibrio durante la ejecución de las actividades de la vida diaria e irritabilidad.

OBJETIVO: asistir a la señora Beatriz en sus movimientos y procurarle mayor movilidad, para que sus movimientos sean coordinados y así pueda establecer un equilibrio y pueda realizar algunas de las actividades de la vida diaria y disminuir la irritabilidad.

Área de dependencia: conocimiento y fuerza

Enfermera: sustituta y orientadora

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
Identificar el grado de movilidad, para realizar los tipos de ejercicios como flexión y extensión, abducción-aducción y rotación y supinación. Y así poder realizar la terapia física.	<p>El ejercicio es imprescindible para mantenernos sanos, contrarresta los efectos de la vida sedentaria y disminuye el estrés.</p> <p>Los ejercicios ayudan a tener menos lesiones, mantener y manejar una buena postura, y tonificar los músculos.</p> <p>Al movernos la sangre transporta mayor cantidad de oxígeno a los músculos aumentando así su capacidad de trabajo.</p> <p>FLEXIÓN: A partir de la posición de firme se doblan las extremidades hacia adelante o hacia atrás.</p> <p>EXTENSIÓN: A partir de la posición de firme las extremidades se dirigen, sin doblarse hacia adelante o hacia atrás.</p> <p>ABDUCCIÓN: Desde la línea media del cuerpo, ambas extremidades se mueven lateralmente y se aleja del cuerpo.</p> <p>ADUCCIÓN: Las extremidades pasan de la abducción a la posición de firme y se acercan al cuerpo.</p>

<p>Hacer terapia física 1 vez por turno, con ejercicios ya mencionados.</p> <p>Motivar a la señora Beatriz para que haga la terapia física.</p>	<p>ROTACION: Combina los movimientos de Flexión, Abducción, Extensión y Aducción y resulta un movimiento circular de las extremidades.</p> <p>SUPINACIÓN: Se da en la palma de la mano cuando se coloca hacia adelante, entonces los huesos Radio y Cúbito se orientan en forma paralela al eje de la extremidad superior.</p> <p>PRONACIÓN; Se da cuando la palma de la mano se lleva hacia atrás. En este movimiento el hueso Radio cruza por delante del Cúbito.</p> <p>Favorece mayor coordinación.</p> <p>La terapia física, también conocida como rehabilitación funcional, es un programa diseñado para ayudar al paciente a mejorar o mantener sus capacidades funcionales (por ejemplo, actividades de la vida diaria). La terapia física incluye el desarrollo de la fuerza, flexibilidad y resistencia, así como el aprendizaje de la biomecánica apropiada (por ejemplo, la postura) para lograr la estabilidad de la columna y prevenir las lesiones.</p> <p>La motivación son estímulos que mueven a las personas a realizar determinadas acciones, y persistir en ellas para su culminación.</p>
---	--

Evaluación

Al identificar el grado de movilidad se percibió, el gusto por algunos ejercicios durante la terapia física, como la flexión y extensión, el manejo de pelotas la caminata, por ende tuvo una excelente motivación, para su recuperación, y progresivamente durante 5 días se observó gradualmente que poco a poco fue teniendo más seguridad y tono muscular, y mejora la coordinación no se vio ninguna alteración con respecto a las zonas afectadas. Y así pudo lograr pintarse por sí misma su cara, y la irritabilidad disminuyó.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Temor R/C falta de apoyo físico m/p reducción de la seguridad en uno mismo e identificación del objeto del miedo.

OBJETIVO: lograr que la señora Beatriz pierda el temor hacia la andadera, y pueda tener más fuerza.

Área de dependencia: conocimiento y fuerza

Enfermera: sustituta y orientadora

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>Se realizaron ejercicios de sentadillas para que así tuviera más confianza y firmeza en las manos y pudiera sostenerse.</p> <p>Se le informo acerca de las ventajas y desventajas del uso de la andadera.</p> <p>Se le brindo apoyo emocional y terapia afectiva para lograr tener la confianza necesaria.</p> <p>Se pidió apoyo a los camilleros, como mover en bloque a la paciente, de ambulación asistida y sentir más seguridad a la señora Beatriz para obtener un mayor Avance y poder lograr cambios.</p>	<p>Es importante alcanzar seguridad en uno mismo es un ejercicio que debe realizarse a diario potenciando aquello que nos da energía positiva y relativizando aquello que puede herirnos.</p> <p>La andadera es un aditamento de ayuda que proporciona varios beneficios como estabilidad, fuerza y confianza hacia las personas que la utilizan. Está hecha de acero inoxidable y tiene gomas en las cuatro patas para evitar deslices, unas ya vienes con frenos y más modernas.</p> <p>La falta de seguridad puede derivarse en primer lugar en no identificar y no saber expresar las propias necesidades, los sentimientos, las emociones. Una vez identificado que es lo que se quiere, se trata de saber expresarlo adecuadamente. Esto no es sencillo si se tiene una personalidad que tiende más hacia la introspección que hacia la extraversión, no obstante existen una serie de técnicas que pueden facilitar este tipo de tarea.</p> <p>Es importante solicitar ayuda del personal del hospital así como del demás equipo de enfermería para poder dar seguimiento a los planes estructurados para la satisfacción de las necesidades del paciente en observación y obtener los resultados esperados.</p>

Evaluación La señora Beatriz logro perder el temor que tenia hacia la andadera, se sintió más segura, y con ayuda de los ejercicios de sentadillas pudo lograr sostenerse y mantener la fuerza poco a poco.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de caída R/C deterioro de la movilidad

OBJETIVO: Evitar caídas a la señora Beatriz.

Área de dependencia: conocimiento y fuerza

Enfermera: sustituta y orientadora

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
Se explica el protocolo de caídas que nos dice: Mantener los barandales arriba de la cama. Mantener la cama al nivel más bajo del piso. Ya que la cama puede subir y no alcanzarla el paciente. No dejar solo al paciente, si el familiar quiere salir se debe avisar a la enfermera. Dejar sus cosas personales cerca de ella y el teléfono, agua, etc. Dejar el timbre de llamado cerca de ella. Acompañarla mientras aprende a caminar con la andadera.	El protocolo de caídas es un documento que lleva la ficha de identificación del paciente, el diagnóstico, proporcionado por el hospital y así disminuir las caídas en las áreas de hospitalización. Se informa a los familiares este protocolo, y ya informados tendrá que firmar un familiar de enterado, y la enfermera responsable del paciente. Todos estos puntos ayudan a la prevención de caídas en el área hospitalaria.

Evaluación

No existió caída y accidentes en el paciente que nos lleve a una lesión más grave para ella, al estar informados los familiares sobre el protocolo de caídas que se lleva dentro de este piso, y el paciente, se sintieron con más responsabilidad, y así se evito una caída.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit de autocuidado en la alimentación, R/C deterioro neuromuscular y falta de motivación, M/P dificultad para coger los alimentos con los utensilios y llevarlos a la boca

OBJETIVO: asistir a la Señora Beatriz durante su alimentación, para así evitar una descompensación nutricional y motivarla para que tome los alimentos que si puede sostener, como trozos de fruta, pan, etc.

Área de dependencia: conocimiento y fuerza

Enfermera: sustituta y orientadora.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>Verificar personalmente la dieta, tomando en cuenta alimentos de su agrado, tamaño, ya que tiene dieta a complacencia blanda y puede comer lo que ella pida.</p>	<p>En la preparación culinaria de los alimento es necesario destacar ciertas normas que permitirán que el deguste sea agradable cada una de las preparaciones que consume, esto se lograra si la persona que prepara los alimentos proporcione las cantidades requeridas de cada ingrediente a utilizar, situación que permitirá tener un sabor especial en cada alimento procesado.</p>
<p>Verificar la temperatura de la comida sea la adecuada ya que en ocasiones no tiene la percepción de caliente o frio.</p>	<p>La dieta blanda es valiosa opción nutricional para pacientes con enfermedades gastrointestinales, en etapa de recuperación de una cirugía o para quienes tienen dificultad para masticar y deglutir, ya que evita condimentos, grasas y alimentos de difícil digestión.</p>
<p>Colocar babero para evitar derrames y lesiones en la piel.</p>	<p>Los alimentos calientes son más blandos y ayudan a la digestión y los que son asados. El mantenerlos en una temperatura agradable, facilita la ingesta y en ocasiones la incomodidad en el paciente.</p>
<p>Exhortar a la señora</p>	<p>El implementar aditamentos para comer como baberos , toallas, hacen sentir al paciente más segura en la hora de ingerir o llevar los alimentos a la boca.</p>
<p></p>	<p>Los alimentos redondos, grandes o largos son más fácil de tomarlos aun en personas que tienen movimientos</p>

<p>Beatriz a coger alimentos que si pueda llevarse a la boca.</p>	<p>involuntarios.</p>
<p>Ayudarle solamente a cortar los alimentos que no pueda.</p>	<p>Existen alimentos que son difíciles de cortar por su estado de preparación, o cocción.</p>
<p>Dar posición semifowler al paciente para su alimentación.</p>	<p>Facilita la alimentación y reduce el riesgo de broncoaspiraciones.</p>

Evaluación

Se logro alimentar a la Señora Beatriz adecuadamente, y se evito la descompensación nutricional, al ver la dieta que contenía alimentos que podía tomar por si misma tuvo más motivación y el gusto por ingerir alimentos con la temperatura exacta fue de su agrado, logrando por completo el objetivo planteado.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit de autocuidado: uso del W/C R/C
deterioro de la movilidad M/P incapacidad para llegar y sentarse y levantarse del WC

OBJETIVO: que la señora Beatriz sea capaz de que por si sola pueda hacer uso del W.C

Área de dependencia: conocimiento y fuerza
Enfermera: sustituta y orientadora.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
Se pidió ayuda de los camilleros para trasladarla al sanitario.	Los camilleros son la parte fundamental en la unidad hospitalaria, ha que se hace equipos con todas las personas en el área de salud. Saben como mover a los pacientes con distintas patologías, y usan su fuerza física para evitar lesiones a los pacientes.
Se proporciono una silleta para la señora Beatriz.	La silleta que se proporciono tiene un orificio en el área genital y se acomoda perfectamente a nivel del baño, es mas practica, ya que tiene ruedas y es fácil de trasladarla al sanitario.
Realizar aseo de genitales cada vez que ingresaba al baño.	El área genital se considera sucia, por ende existen sanitarios que tienen el aditamento del teléfono, para lavar el área genital, dejando a los pacientes cómodos, tranquilos y sin ningún residuo que los llegue a incomodar.

Evaluación

Sola no pudo llegar al sanitario, siempre pidió ayuda con la enfermera y camillero pero logramos mayor seguridad en ella y poco a poco fue sujetándose por si misma y no se llevo a la necesidad del uso del pañal, y así se evitaron lesiones en la piel, refirió la señora Beatriz sentirse muy ajusto al llevarla al sanitario y no usar el cómodo.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de estreñimiento R/C actividad física insuficiente

OBJETIVO: la señora Beatriz lograra aumentar su actividad física y no estar en reposo para que se mantenga sin estreñimiento y así evitar el uso de medicamentos para poder evacuar.

Área de dependencia: conocimiento y fuerza
Enfermera: sustituta

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
Explicarle la importancia de realizar ejercicio y no estar en reposo.	El reposo prolongado en cama ocasiona rigidez articular, atrofia muscular, problemas cardiovasculares, estreñimiento, alteraciones relativas al descanso y sueño complicaciones tromboticas, infecciones hipostáticas en pulmones o vías urinarias y úlceras por presión. Al explicar la importancia de hacer ejercicio es mucho más fácil contar con su colaboración para realizarlos e incluso la paciente puede aprender una rutina sencilla de ejercicios.
Masajes abdominales y enseñar a realizarlos.	El masaje en el abdomen favorece la motilidad intestinal, por medio del simula mentó del los movimientos normales del intestino (perístasis).
Apoyarla en la realización de ejercicios.	El apoyo hacia la paciente hace que se sienta más segura de las actividades a realizar, se sentirá apoyada y lograra su realización sin problemas.

Evaluación

No existió estreñimiento durante su estancia hospitalaria, ya que con las intervenciones que se realizaron y la motivación que tuvo para realizar los ejercicios, fue satisfactoria su evolución. Y no requirió de medicamentos para poder evacuar, con el apoyo de la andadera pudo caminar 10 minutos por turno y no obtuvo ninguna complicación.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Trastorno del patrón del sueño R/C dolor en la herida quirúrgica y catéter central M/P molestias para conciliar el sueño.

OBJETIVO: la señora Beatriz durante el tiempo de estancia en el hospital podrá relajarse y descansar sin tener ningún motivo de preocupación, y no tomar medicamentos para conciliar el sueño.

Área de dependencia: conocimiento y fuerza

Enfermera: sustituta

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>Dar al paciente diferentes tipos de posición como semifowler, decúbito lateral y de sims, en sus horas de sueño, acomodando la cabeza con una almohada mediana y blanda.</p> <p>Se realizo un cronograma de actividades, para beneficio de la paciente y así poder conciliar el sueño.</p> <p>Terapia física por la mañana, tarde, y noche.</p>	<p>Tipos de posición Ayuda a la relajación muscular evitando mala posición sobre su herida.</p> <p>Semifowler: paciente sentado en la cama con elevación de la cabeza a 30° y ligera flexión de extremidades inferiores.</p> <p>Decúbito lateral: paciente acostada sobre el lado derecho o izquierdo, extremidades superiores en ligera flexión y la inferior del lado opuesto ligeramente flexionada sobre la otra, ya que favorece a la relajación muscular.</p> <p>De sims: paciente en decúbito lateral izquierdo con extremidades superiores ligeramente flexionadas, extremidad inferior izquierda ligeramente flexionada y la derecha flexionada hasta el abdomen, con beneficio a la relajación muscular.</p> <p>En un cronograma se describen en forma progresiva las actividades a realizar en el tiempo, para asegurar el cumplimiento de las metas u objetivos.</p>

<p>Cena a las 7 pm</p> <p>Juego familiar 8:30 pm</p> <p>Baño a las 9:30</p> <p>Vigilar EVA</p>	<p>La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.</p>
<p>Administración de analgésicos en caso de EVA mayor a 5, supradol 30mg sublingual. C/8hrs 6-14-22.</p>	<p>Los analgésicos no narcóticos se utilizan en caso de dolor, no provocan somnolencia, sedación ni euforia y que por lo tanto no causan adicción.</p> <p>Supradol: es un agente antiinflamatorio no esteroideo, que posee gran actividad analgésica y antiinflamatoria, se coloca debajo de la lengua y hace efecto en 15 minutos.</p>
<p>Aplicar la regla de oro de enfermería.</p>	<p>Regla de oro: es un sistema que se utiliza a nivel de enfermería para la aplicación de medicamentos el cual nos indica:</p> <p>Paciente, vía, dosis, fármaco, hora y registro correcto de los medicamentos a administrar.</p>

Evaluación

El paciente si está preocupado es muy difícil que se induzca el sueño y descanse bien.

El cronograma de actividades nos facilito ayudar a la paciente a no tener preocupación para que pudiera conciliar el sueño.

La paciente mostro descanso en el segundo día de estancia, sin tener alguna alteración de dolor ya que estaba cubierta con el horario de los analgésicos

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit de autocuidado: baño e higiene R/C deterioro neuromuscular M/P. incapacidad para lavar parcialmente el cuerpo.

OBJETIVO: Mantener el estado de higiene y confort en la señora Beatriz.

Área de dependencia: conocimiento y fuerza

Enfermera: sustituta

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
Proporcionar intimidad durante el baño.	El guardar su intimidad hacia los pacientes proporciona seguridad y comodidad, ya que al estar dentro del hospital se sienten incómodos al ser despojados por sus pertenencias.
Mantener la temperatura adecuada y agradable para proporcionar confort.	La enfermera debe preguntar el agrado del agua, ya que las personas que tienen alteraciones neurológicas, pueden llegar a manifestar que pierden sensibilidad a la temperatura.
Asistir a la señora Beatriz en el baño y alcance las cosas personales acostumbradas a utilizar.	Al mantener y utilizar las cosas personales de los pacientes a su alcance fomentamos a la participación, dejando tranquilidad hacia ello.

Evaluación

Participó durante el aseo, sintiéndose útil y segura, no se realizo baño de esponja para que la señora sintiera más confort y disfrutara el baño, con la ayuda de la silleta de plástico. Los familiares notaron un cambio en el estado de ánimo de la señora Beatriz y por lo que decidieron participar durante el aseo todos los días.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de la integridad cutánea R/C falta de movilidad y equilibrio psicomotriz

OBJETIVO: evitar resequedad en la piel, manteniendo la integridad cutánea.

Área de dependencia: conocimiento y fuerza

Enfermera: orientadora

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
Utilizar jabón neutro.	Los jabones neutros, tienen un pH similar al de la piel (entre 5 y 7). Si bien es cierto que existen distintos tipos de pieles y que en algunas hay una mayor sequedad y otras una mayor grasitud y que para cada una de ellas el efecto recomendado es distinto, en el caso de los jabones neutros se minimiza la sobreexposición a estos efectos, y sobre todo el exceso de aroma, color, consistencia o espuma que dejan de lado la importancia primordial de sus propiedades terapéuticas en la acción diaria.
Mantener la piel limpia, lubricada y libre de irritantes	La piel tiende a secarse o a descamarse si no se lubrica diariamente, lo que puede convertirse en una vía de entrada de microorganismos. En ocasiones se recomienda crema líquida para piel reseca para tener un mejor resultado en especial la que es hipoalergénica, para evitar complicaciones.

Evaluación

Gracias a los jabones neutros y la crema no existió resequedad en la piel de la señora Beatriz, ya que se mantuvo íntegra, hidratada y con buena coloración.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de infección R/C por herida quirúrgica e inserción por catéter central

OBJETIVO: evitar infección en la herida quirúrgica y que la señora Beatriz identifique los signos de infección y en donde se encuentra el catéter central.

Área de dependencia: conocimiento y fuerza

Enfermera: orientadora

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
Lavar herida quirúrgica con agua y jabón, secarla perfectamente, aplicar yodo y cubrirla con gasa estéril.	<p>Jabones que no contengan aromas ni colores artificiales benefician al cuidado de la herida.</p> <p>El agua en la herida quirúrgica es una fuente de microorganismos para infectar a la herida.</p> <p>Para la curación de herida debe de hacerse con técnica estéril, y con los principios de asepsia y antisepsia como son: del centro a la periferia, de lo limpio a la sucio, de arriba hacia abajo, de lo distal a lo proximal.</p>
El cuidado del catéter consiste en:	La curación de catéter es la eliminación de las células muertas, producto de la regeneración y los gérmenes potencialmente patógenos del sitio de inserción.
Lavado de manos	
Curación cada 3 días o por razón necesaria	Se realiza la misma técnica de los principios de asepsia y antisepsia.
Cubrir el catéter durante el baño	La valoración de necesidades reales y potenciales del paciente permitirá la elección del catéter adecuado no sin olvidar el riesgo de producir infección es muy elevado.
Lavar el catéter después de la administración de medicamentos	Dentro de este marco el personal de enfermería comparte la responsabilidad con el personal médico de la aplicación y cumplimiento de medidas aséptica durante su colocación y manejo incluyendo la toma de muestras y hemo-cultivo. La trascendencia del papel de enfermería en relación con las infecciones intrahospitalarias relacionadas a catéter radica en su directa responsabilidad en el cuidado de los mismos los resultados serán óptimos se dispone de personal que conozca y cumpla con el protocolo de colocación y manejo de colocación de catéteres venosos central de su unidad hospitalaria con un código de ética inalterable.
Asepsia de los sitios de punción	

<p>Manejo adecuado de antisépticos</p>	<p>El aseo periódico del área que circunda el catéter servirá para disminuir la colonización bacteriana, la limpieza debe llevarse a cabo de forma suave pero firme para eliminar detritus y residuos de adhesivo. El catéter debe limpiarse en su totalidad, esto implica efectuar movimientos de manera que la parte distal al sitio de inserción este limpia completamente. La yodo povidona es un antiséptico que hace su efecto por contacto, eliminarlo por completo inhabilita su función, pero si se deja sobre cualquier material de curación absorbente (gasa) por varias horas puede favorecer a la proliferación de hongos.</p>
<p>Circuito cerrado en la administración de soluciones y medicamentos</p>	
<p>Enseñarle a la señora Beatriz identificar los datos de infección en herida quirúrgica.</p>	<p>Datos de infección en la herida quirúrgica son: identificación de enrojecimiento, mal olor, salida de secreción, dolor muy intenso y calor en la zona.</p> <p>Al sentirse parte del cuidado el paciente, obtenemos mejores resultados, ya que los datos subjetivos que refieren los pacientes son importantes para prevenir cualquier complicación.</p>

Evaluación

Al explicarle a la señora Beatriz como cuidar la herida, y a identificar los datos de infección se sintió segura de hacerlo, en cuanto al catéter se retiro al cuarto día de estar internada y al mandar la punta a laboratorio no salió con datos de fibrina ni microorganismos, tuvo buen beneficio al tenerlo.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Baja autoestima situacional R/C deterioro funcional de la actividad física M/P expresiones de inutilidad como tristeza.

OBJETIVO: la señora Beatriz mejorara su autoestima mediante el dialogo terapéutico y actividades.

Área de dependencia: conocimiento y fuerza

Enfermera: sustituta

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
Reconocer con la señora Beatriz sus habilidades y virtudes.	Es de suma importancia que el paciente reconozca sus habilidades y virtudes pues por medio de estas elevara su autoestima y se apoyara en estas para sentirse mejor.
Contacto físico afectivo	El contacto físico ayuda a que el paciente se sienta querido y aceptado por la gente que le rodea, además de que al exigir este el paciente se motiva y su estado de ánimo mejora
Permitirle que exprese lo que siente y piensa.	Si al paciente se le permite expresarse sabremos lo que piensa y el por qué de su baja autoestima y con ello saber donde trabajar para mejorarla.
Escucharla y motivarla	El escuchar a las personas es una terapia en donde no se juzga si no al expresarse ayuda para el mejoramiento de la salud.
Recordarle que es un ser humano valioso.	Toda persona es un ser humano que comete errores, y por ende tiende a mejorar su vida, somos los únicos seres vivos que tenemos sentimientos y por ello somos valiosos ante cualquier persona y circunstancia.

Evaluación Se le motivo y convenció a cerca del ser humano valioso que es, reconociendo y reforzando sus habilidades. La señora Beatriz mostró un gran avance en cuanto a mejorar su autoestima, pues permitió el contacto físico y realizo diversas actividades

CONCLUSIONES

Para concluir este trabajo no olvidemos que la esencia de la Enfermería es el cuidado integral del ser humano, siendo el núcleo de actuación las Necesidades Humanas Básicas y las metas de nuestros cuidados la autonomía y el bienestar, considerando a un individuo autónomo cuando está capacitado para su autocuidado, siempre a través de los diagnósticos de enfermería y sus respectivos planes de cuidados.

Logramos que la señora Beatriz contribuyera en los beneficios del plan de cuidados de enfermería, se cumplió los objetivos mencionados con anterioridad, se pudo observar la tolerancia con la que manejaba su enfermedad, y disminuyó su enojo, tristeza, molestias, que tenía cada vez que no podía concluir alguna actividad que quería realizar.

Se logró interés por la terapia física, y el manejo de la andadera se aclararon todas las dudas con respecto a los cuidados que se realizaban y obtuvimos mayor tranquilidad en ella.

También concluí que un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud /procesos vitales reales o potenciales y que los diagnósticos de enfermería proporcionan la base para seleccionar las intervenciones de enfermería destinadas a conseguir resultados de los que es responsable el personal de enfermería.

Hay que tener siempre en cuenta que las 14 necesidades pueden estar presentes en un mismo paciente aunque ella no lo manifieste hay factores que determinan una o varias necesidades que se deben priorizar y atender con sentido de urgencia y responsabilidad en medida de lo posible.

Es importante conservar siempre un sentido de respeto ante cualquier persona sabiendo que no a todas se les puede tratar de la misma manera y tratar de buscar como prefiere que se le llame, básicamente tratar de adaptar los cuidados posibles de acuerdo a sus costumbres o hábitos.

Y exhortar a todo el personal de enfermería a que lo lleven a cabo en su área laboral, para mejorar su profesionalización y en beneficio del paciente

BIBLIOGRAFÍA

- 1) ALFARO-LEFEVRE. Rosa Linda. Aplicación del Proceso Enfermero: España 2002. Editorial Masson S.S. Pág. 580

- 2) BAILY. ELLEN. Manual de la Enfermería. Océano Cenrum. Pág. 1168

- 3) GRABOWSKI. TORTORA. Anatomía y Fisiología. Novena Edición. Oxford. Pág. 1175

- 4) GUYTON. ARTHUR C. Tratado de Fisiología Médica. Séptima edición. Interamericana. Mc Graw-Hill. 1051

- 5) KOZIER B. Enfermería Fundamental. 129 edición España 1999. Pag.2580

- 6) MOSBY Interactivo visitado el día 22 de JUNIO de 2010

- 7) NETTER. FRANK. Medicina interna, Masson 2005. Pág. 1026, 1028

- 8) RODRIGUEZ BERTHA. Proceso Enfermero. I.M.S.S. Guadalajara. Pág. 29, 31, 32.

- 9) ROSALES. B. SUSANA. Fundamentos de Enfermería. Editorial Manual Moderno. 3ra Edición. 2004. Pág. 636

- 10) T. HEATHER HERDMAN. NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros. Definición y Clasificación. 2009-2011. Elsevier.

- 11) TOMEY. ANN. MARRINER, Modelos y teorías de enfermería 5ta Edición 2007, España. Elsevier. Pág. 828

ANEXOS

Meningioma

Un **Meningioma** es un tumor cerebral usualmente benigno. Se presenta en el tejido aracnoideo de las meninges y se adhiere a la duramadre, es de crecimiento lento. Es el tumor del tipo primario más común del sistema nervioso central.

Rraramente pueden aparecer en los ventrículos, posiblemente a partir de células aracnoideas que han migrado con los plexos coroideos. Los meningiomas de diámetro <2 cm son los tumores más comunes encontrados en autopsias, son los únicos tumores más frecuentes en mujeres que en hombres. Suelen aparecer entre los 40 y 60 años de edad, aunque también pueden darse en niños. Pueden ser múltiples y transformarse en malignos, especialmente el hemangiopericitoma meníngeo. Se han descrito múltiples tipos histopatológicos, pero todos presentan un curso clínico similar.

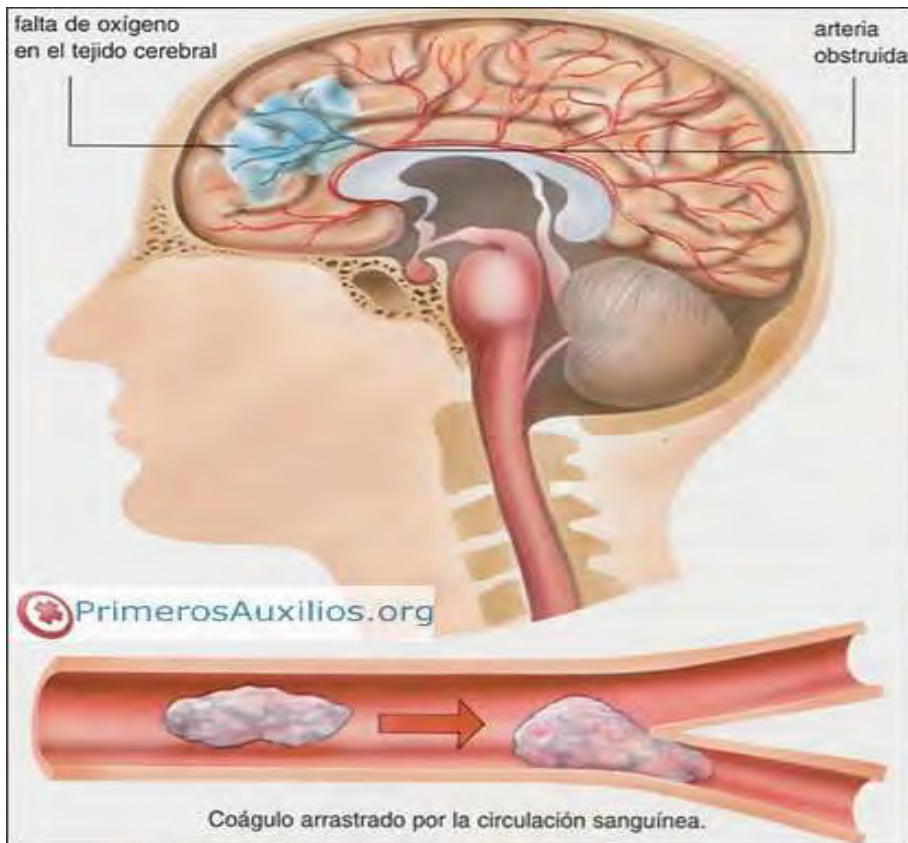
Los meningiomas producen varios síntomas dependiendo de su localización. El meningioma es uno de los pocos tumores que producen cambios óseos característicos, en ocasiones visibles en las placas simples de cráneo. La mayoría de los meningiomas pueden observarse en la RM, pero la TAC permite detectar tanto el tumor como las alteraciones óseas subyacentes.

Hemiplejia

La hemiplejia es un trastorno motor, donde la mitad del cuerpo queda paralizada. Generalmente este problema es resultado de un accidente cerebro-vascular, pero también puede estar ocasionado por patologías en los hemisferios cerebrales o en la espina dorsal.

Según la parte del cerebro que sea afectada, las lesiones anulan el movimiento y la sensibilidad de la mitad opuesta del cuerpo. Dependiendo del hemisferio cerebral afectado, además de la parálisis, se ven disminuidas otras funciones, como la audición, visión, el habla y también la capacidad de razonamiento. Esta enfermedad puede afectar a personas de ambos sexos, a cualquier edad, pero es más frecuente en los ancianos.

La causa más común es el accidente cerebro-vascular (trombosis arterial, o hemorragia cerebral), que interrumpe el flujo sanguíneo en una región del cerebro, lo cual produce la necrosis o muerte del tejido cerebral correspondiente a la zona afectada.



Una hemiplejía cuyo desarrollo es paulatino, puede indicar la presencia de un tumor cerebral, pues ejerce una presión gradual en el hemisferio cerebral donde se desarrolla, impidiendo su función. Esta lesión puede ser ocasionada por meningitis, convulsiones graves, que provoquen dificultades respiratorias, o por traumatismo de cráneo.

Tratamiento de la hemiplejía:

La sintomatología comprende una parálisis muscular, ocasionada por la incapacidad de controlar ciertos músculos, de la zona destruida del cerebro, aunque no estén dañados, se vuelven rígidos y pueden atrofiarse por la falta de uso. Esto es lo que ocasiona la rigidez característica, llamada espasticidad. La

enfermedad afecta principalmente a los músculos voluntarios que a los involuntarios.

En esta enfermedad se distinguen tres fases en su evolución:

-Fase de ictus: o apoplético.

-Fase de estabilización: sucede a la fase de ictus, el paciente presenta confusión mental, temporal y espacial, y puede presentar afasia, sobre todo si la lesión es en el hemisferio izquierdo del encéfalo (en personas que son diestras, pues los zurdos tienen los hemisferios invertidos).

La duración de las dos primeras fases, oscila entre 7 y 15 días.

-Fase de recuperación: es aquella en la que el paciente progresa hacia una mejoría relativa, de acuerdo al causante de la hemiplejia.

Las fases de estabilización y recuperación de la enfermedad son similares:

-Estadío de ictus o coma.

-Estadío de hemiplejia flácida.

-Estadío de hemiplejia espástica.

Los primeros cuidados de los hemipléjicos incluyen cambios en la postura que el enfermo adopta. Deben evitarse rigideces articulares y retracciones musculares. Es recomendable un acama dura y postura horizontal durante el mayor tiempo posible, para evitar flexiones indeseadas. Es necesario realizar movilizaciones pasivas de todas las articulaciones afectadas dos veces al día.

Apenas es posible, se coloca al enfermo en posición sentado, para evitar pérdida del sentido del equilibrio.

Posteriormente se procede a ponerlo de pie e intentar recuperar los movimientos de la marcha