



**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA**

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**“Aplicación Práctica del Proceso de Atención de Enfermería
a una persona con Enfermedad Mental Crónica,
e Infección aguda de Vías Respiratorias Altas”**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTA:

**Olga Bazan Lugo
N. Cta. 409118438**



**Mtra. Angelina Rivera Montiel
T U T O R A**

junio 2013



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.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Señor te doy las gracias por permitirme transitar en este mundo y disfrutar de la belleza inagotable de tu creación, por la salud, el entusiasmo y las ganas de superarme día con día para ser una persona más culta, más humana, más sencilla y entender el sufrimiento físico, mental y espiritual de las personas que están a mi cuidado, de ser capaz de dar y recibir amor, ser mas empática para brindar cuidados humanizados ,te doy las gracias por ayudarme a ser una persona que valora día con día la virtud y los valores morales, sociales y espirituales para ponerlos en práctica en mi vida diaria y con mis pacientes .

A MIS HIJOS

Les agradezco por ser mi máxima motivación y mis deseos de salir adelante, por querer ser ejemplo a seguir y nunca darse por vencidos, por darme la fortaleza y el entusiasmo y el deseo de seguir adelante hacia el logro de mis metas y objetivos. También les pido perdón por los descuidos y la falta de atención a sus necesidades de escucha y expresiones de cariño y amor, perdón por los momentos que quizá me necesitaron y no pude estar con ustedes.

A MI PAREJA

Gracias por estar a mi lado e iniciar este andar juntos, siempre con entusiasmo y los deseos de ser cada día mejores personas, por darme apoyo moral y económico, por estar conmigo siempre en las buenas y en las malas, por tu amor incondicional y por tu gran motivación de seguir adelante y no flaquear en nuestro largo camino profesional, por apoyarnos hombro a hombro y sobre todo por ayudarme a no perder la humildad y la sencillez; que son la esencia de nuestro ser.

A mis profesores que sembraron en mí la semilla del conocimiento y de los valores. Por motivarme día con día en la búsqueda de mis metas. Por su gran paciencia y comprensión.

Contenido

INTRODUCCIÓN	5
I OBJETIVOS	6
1.1 General	6
1.2 Específicos	6
II MARCO DE REFERENCIA	7
2.1 Proceso Atención de Enfermería	7
2.1.1 Propiedades del proceso	7
2.1.2 Objetivos del proceso	8
2.1.3 Habilidades necesarias	8
2.1.4 Fases del proceso de enfermería	9
2.1.5 Fase de valoración	9
2.1.6 Fase de diagnóstico	11
2.1.7 Fase de planificación	17
2.1.8 Fase de ejecución	17
2.1.9 Fase de evaluación	18
2.2 LAS 14 NECESIDADES FUDAMETALES DE VIRGINIA HENDERSON	19
2.2.1 Biografía	19
2.2.2 Sobre la teoría de Virginia Henderson	20
2.2.3 Función propia de la enfermería	20
2.2.4 Tendencia y modelo	20
2.2.5 Método de aplicación del modelo	20
2.2.6 Distintos elementos del metaparadigma de enfermería	21
2.2.7 Necesidades humanas básicas	22
III. METODOLOGÍA	23
3.1 Valoración integral de la salud mental en el individuo	30
3.2 Organización y análisis de la información	34
3.2.1 Clasificación de los datos	34
3.2.2 Identificación de vacíos e incongruencias de los datos en el caso clínico	34
3.2.3 Determinación de patrones	34
3.2.4 Recolección de datos que se consideraron para una valoración integral	35
3.2.5 Instrumentos de valoración utilizados en el caso clínico	38
3.2.6 Necesidad Básica Alteradas	41
3.3 Diagnóstico de Enfermería	43
3.3.1 Diagnósticos de enfermería establecidos en este caso de estudio	43
3.3.2 Diagnósticos de enfermería relacionados con las necesidades fisiológicas del caso clínico.	43
3.3.2.1 Necesidad de respiración/circulación	43

3.3.2.2 Necesidad de comer y bebe de forma adecuada _____	44
3.3.2.3 Necesidad de eliminación _____	45
3.3.2.4 Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada _____	45
3.3.2.5 Necesidad de dormir y descansar _____	46
3.3.2.6 Necesidad de Vestirse y desvestirse _____	47
3.3.2.7 Necesidad de mantener la temperatura corporal _____	47
3.3.2.8 Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel _____	48
3.3.2.9 Necesidad de Seguridad _____	48
3.3.3 Diagnósticos relacionados con aspectos psicológicos de la comunicación y el aprendizaje _____	49
3.3.3.1 Necesidad de comunicación _____	49
3.3.3.2 Necesidad de aprender _____	51
3.3.4 Diagnósticos de enfermería relacionados con el plano moral y espiritual _____	51
3.3.4.1 Necesidad de creencias y Valores _____	51
3.3.5 Diagnósticos de enfermería orientadas sociológicamente al plano ocupacional y recreativo _____	52
3.3.5.1 Necesidad de Autorrealización _____	52
3.3.5.2 Necesidad de ocio y actividades recreativas _____	53
3.4 PLANIFICACION _____	54
3.5 EJECUCION O IMPLEMENTACION DEL PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA _____	57
3.6 EVALUACION _____	59
<i>IV PLAN DE ATENCIÓN _____</i>	<i>60</i>
<i>4.1 Necesidad Fisiológica: Termorregulación _____</i>	<i>60</i>
<i>4.2 Necesidad fisiológica Oxigenación _____</i>	<i>63</i>
<i>4.3 Necesidad de seguridad y protección física del paciente _____</i>	<i>66</i>
<i>Conclusiones _____</i>	<i>70</i>
<i>Anexo 11 _____</i>	<i>81</i>
<i>Fuentes bibliográficas complementarias _____</i>	<i>83</i>

INTRODUCCIÓN

La enfermería es una ciencia reconocida desde mediados del siglo pasado y posee un cuerpo teórico conceptual propio, que sustenta sus principios y objetivos ya que se encuentra en constante renovación a través de la investigación científica y posee además, un método de actuación propio, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que incluye técnicas y procedimientos particulares, dirigidos al cuidado de la salud y la vida de las personas.

La aplicación práctica del PAE, exige a las enfermeras profesionales una serie de conocimientos y habilidades, que le permiten identificar los problemas que afectan la independencia de las personas, para satisfacer por sí solos sus necesidades fundamentales.

En este sentido, y con fines de titulación, es que se realizó el presente estudio de caso, el cual estuvo dirigido a una persona con enfermedad mental crónica, la cual ingreso a la institución psiquiátrica con infección de vías respiratorias altas.

El estudio de caso, tuvo dos ejes, el primero fue de tipo metodológico sustentado en las diferentes etapas que conforman al Proceso Atención de Enfermería y el segundo, fue de tipo conceptual a partir de la propuesta de las 14 Necesidades fundamentales realizada por Virginia Henderson.

El trabajo estará conformado por; primero se refiere a los objetivos que guiaron el estudio de caso, el segundo al marco de referencia que le dio sustento, el tercero a la metodología y cuarto a la aplicación práctica del Proceso de Atención de Enfermería basados en la necesidad de respirar normalmente, mantenimiento adecuado de la temperatura y la necesidad de moverse y mantener una postura adecuada.

Para la realización del presente Proceso de Atención de Enfermería y para los fines académicos, solo se tomaron 3 diagnósticos de enfermería clasificados de acuerdo a las 14 necesidades básicas de la teoría de Virginia Henderson, de los cuales dos son reales y uno de riesgo, estos resultaron ser de mayor prioridad ya que comprometían mas la salud, el bienestar y la vida de la persona.

I OBJETIVOS

1.1 General

A través de la aplicación de la metodología del Proceso Atención de Enfermería, ayudar a la persona a satisfacer las necesidades afectadas.

1.2 Específicos

1. Mediante la valoración, identificar las necesidades afectadas, así como los problemas que afectan la capacidad de la persona para satisfacerlas.
2. A través del análisis de los datos obtenidos en la valoración, inferir los diagnósticos de enfermería presentes.
3. Con base a los diagnósticos identificados, tomar las decisiones relativas a la planificación de los cuidados.
4. Ejecutar las intervenciones planificadas y evaluar los resultados.

II MARCO DE REFERENCIA

2.1 Proceso Atención de Enfermería

El Proceso de Enfermería o Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí misma.

El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso de enfermería trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad.

El proceso de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso de enfermería le da a la profesión la categoría de ciencia.

2.1.1 Propiedades del proceso

- Resuelto, porque va dirigido a un objetivo.
- Sistemático, por utilizar un enfoque organizado para lograr su propósito.
- Dinámico, porque implica un cambio continuo centrado en las respuestas humanas.
- Interactivo, por centrarse en las respuestas cambiantes del paciente, identificadas durante la relación enfermera(o)- paciente.
- Flexible, por ser adaptable a la práctica de enfermería en cualquier situación o área de especialización que se ocupe de individuos o comunidades.
- Posee una base teórica sustentada en una amplia variedad de conocimientos científicos y humanos aplicables a cualquier modelo teórico de enfermería.

- Favorece la flexibilidad necesaria para brindar cuidados de enfermería individualizados.
- Estimula la participación de quien recibe los cuidados.
- Aumenta la satisfacción de los profesionales de enfermería ante la consecución del resultado.
- El sistema, al contar con una etapa de evaluación, permite su retroalimentación y mejora en función del tiempo.

2.1.2 Objetivos del proceso

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, de la familia y de la comunidad. Otros objetivos son:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

2.1.3 Habilidades necesarias

El proceso de enfermería implica habilidades que un profesional de enfermería debe poseer cuando él o ella tengan que comenzar la fase inicial del proceso. Tener estas habilidades contribuye a la mejora de la atención del profesional de enfermería al cuidado de la salud del cliente, incluyendo el nivel de salud del mismo, o su estado de salud.

- *Habilidades cognitivas o intelectuales*, tales como el análisis del problema, resolución de problemas, pensamiento crítico y realizar juicios concernientes a las necesidades del cliente. Incluidas entre estas habilidades están las de identificar y diferenciar los problemas de salud actuales y potenciales a través de la observación y la toma de decisiones, al sintetizar el conocimiento de enfermería previamente adquirido.
- *Habilidades interpersonales*, que incluyen la comunicación terapéutica, la escucha activa, el compartir conocimiento e información, el desarrollo de confianza o la creación de lazos de buena comunicación con el cliente, así como la obtención ética de información necesaria y relevante del cliente la cual será luego empleada en la formulación de problemas de salud y su análisis.

- *Habilidades técnicas*, que incluyen el conocimiento y las habilidades necesarias para manipular y maniobrar con propiedad y seguridad el equipo apropiado necesitado por el cliente al realizar procedimientos médicos o diagnósticos, tales como la valoración de los signos vitales, y la administración de medicamentos.

2.1.4 Fases del proceso de enfermería

Los siguientes son los pasos o fases del proceso de enfermería:

1) *Valoración* de las necesidades del paciente.

- Recogida de datos, valoración organización y registro de dichos datos.

2) *Diagnóstico* de las necesidades humanas que la enfermería puede asistir.

- Puede ser de autonomía (diagnóstico de autonomía) o de independencia (diagnóstico de independencia). No se incluyen en este apartado los problemas de colaboración, ya que éstos se derivan de un análisis de datos desde la perspectiva de un modelo médico.

3) *Planificación* del cuidado del paciente.

- Fijación de objetivos y prioridades

4) *Ejecución* del cuidado.

- Intervención y actividades.

5) *Evaluación* del éxito del cuidado implementado y retroalimentación para procesos futuros.

2.1.5 Fase de valoración

La valoración consiste en recolectar y organizar los datos que conciernen a la persona, familia y entorno con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

El profesional debe llevar a cabo una valoración de enfermería completa y holística de cada una de las necesidades del paciente, sin tener en cuenta la razón del encuentro. Usualmente, se emplea un marco de valoración basado en una teoría de Enfermería o en la escala de Maslow . En dicha valoración se contemplan problemas que pueden ser tanto reales como potenciales (de riesgo).

Modelos para la recolección de datos

Los siguientes modelos de Enfermería son utilizados para reunir la información necesaria y relevante del paciente para brindar efectivamente calidad en el cuidado de enfermería.

- Patrones funcionales de salud de Gordon
- Modelo de adaptación de ROY
- Modelos de sistemas corporales
- Jerarquía de necesidades de Maslow
- Teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson

Tipos de datos significativos

Los datos significativos pueden ser *objetivos* o *subjetivos*, *históricos* o *actuales*.

Fuentes de datos

- *Fuentes primarias*: observación, exploración física, interrogatorio (directo o indirecto), estudios de laboratorio y gabinete.
- *Fuentes secundarias*: expediente clínico, referencias bibliográficas (artículos, revistas, guías de práctica clínica, etc.)

Entrevista

La entrevista es una conversación planificada con el paciente para conocer su historia sanitaria. Por otra parte, es un proceso diseñado para permitir que tanto la enfermera como el paciente den y reciban información; además exige capacidades de comunicación e interacción; va enfocada a la identificación de las respuestas.

Objetivos de la entrevista

- Permite adquirir la información específica necesaria para el diagnóstico.
- Facilita la relación enfermera/paciente creando una oportunidad para el diálogo.
- Permite al paciente recibir información y participar en la identificación de problemas y establecer los objetivos.
- Ayuda a determinar áreas de investigación concretas durante los otros componentes del proceso de valoración.

Fases de la entrevista

A) *Introducción* (orientación): fase en que la enfermera desarrolla una relación terapéutica; su actitud profesional es el factor más significativo; su enfoque debe transmitir respeto por el paciente.

B) *Cuerpo* (trabajo): fase diseñada para reunir información relacionada con el estado de salud del paciente; esto deberá conducirse de forma metódica y lenta; aquí se investiga la enfermería actual y la historia sanitaria de forma sistemática; consta de 7 componentes básicos:

- Información bibliográfica.
- Razones para solicitar.
- Enfermedad actual.
- Historia sanitaria pasada.
- Historia familiar.
- Historia medioambiental.
- Historia psico-social y cultural.

C) *Cierre* (finalización): dar al paciente un indicio de que la entrevista está finalizando; este enfoque ofrece al paciente la oportunidad de formular algunas preguntas.

Tipos de valoraciones

- *Global*: se utiliza una cédula de valoración. Por ejemplo: los 11 patrones funcionales de salud (Marjory Gordon), los 9 patrones de respuesta humana (Callista Roy), etc.
- *Focalizada*: centrada en puntos o cuestiones concretas (dolor, sueño, estado respiratorio).

2.1.6 Fase de diagnóstico

Los diagnósticos de enfermería son parte de un movimiento en enfermería para estandarizar la terminología que incluye descripciones estándar de diagnósticos, intervenciones y resultados. Aquellos que apoyan la terminología estandarizada creen que será de ayuda a la enfermería en tener más rango científico y basado en evidencias. El propósito de esta fase es identificar los problemas de enfermería del paciente. Los diagnósticos de enfermería están siempre referidos a respuestas humanas que originan déficits de autocuidado en la persona y que son responsabilidad de la enfermera, aunque es necesario tener en cuenta que el que la enfermera sea el profesional de referencia en un diagnóstico de enfermería, no

quiere decir que no puedan intervenir otros profesionales de la salud en el proceso. Existen 5 tipos de diagnósticos de enfermería: Reales, de riesgo, posibles, de bienestar y de síndrome.

Antecedentes históricos

Los diagnósticos enfermeros son interpretaciones científicas procedentes de los datos de valoración que se usan para guiar a las enfermeras en la planificación, implementación y evaluación. Solo 6 años después de que yura y wolsh describieran el proceso enfermero en 1967, dos enfermeras de Sant Louis(EE.UU .) Organizaron la primera conferencia sobre diagnósticos enfermeros. Desde entonces la lista de diagnósticos aprobados ha ido creciendo regularmente y se han ido refinando mediante propuestas realizadas por enfermeras basadas en la investigación y con el trabajo de los miembros de la asociación de diagnósticos enfermeros, actualmente conocida como NANDA International (NANDA).Con el término “diagnostico enfermero” se hace evidente que las enfermeras diagnostican. Anteriormente el juicio clínico utilizado en la práctica clínica para decidir el foco de los cuidados enfermero era invisible. Actualmente en las instituciones sanitarias donde las enfermeras no utilizan diagnósticos enfermeros o los usan sin preocuparse por su precisión aun puede persistir la invisibilidad del papel de la enfermera como diagnósticadora.

Con el inicio de esta clasificación formal de los diagnósticos enfermero se acepto ampliamente que las enfermeras eran diagnósticadoras que usaban el razonamiento diagnostico en colaboración con los pacientes para identificar los mejores diagnósticos con el fin de guiar las intervenciones de enfermería para que el paciente alcance resultados positivos

Proceso para determinar los diagnósticos de enfermería en este caso clínico

Se tomaron los siguientes elementos de acuerdo a la teoría de Virginia Henderson

- ② una situación con un paciente
- ② la obtención de datos objetivos y subjetivos
- ② un esquema conceptual de enfermería
- ② un interés o problema de salud existente o potencial
- ② una causa
- ② condición o situación apropiada

- un requerimiento de intervención “dentro del dominio profesional de enfermería”

Para determinar los diagnósticos de enfermería fue necesario la interacción enfermera-paciente, la valoración y una fase de análisis –síntesis para poder identificar los problemas del paciente.

Los diagnósticos que se elaboraron fueron reales y potenciales, la confirmación y el ordenamiento son de acuerdo a los diagnósticos de enfermería de la Nanda, clasificados por las 14 necesidades de Virginia Henderson, están basados en las prioridades básicas del paciente ; para ello se establecieron jerarquías de acuerdo a la 14 necesidades básicas que Henderson identifico y que componen los cuidados de enfermería de donde las 7 primeras están relacionadas con las necesidades fisiológicas; la 8ª y 9ª, con las necesidades de seguridad; la 10ª, con la de estima; la 11ª, con la necesidad de pertenencia; y de la 12ª a la 14ª, con la autorrealización .

El diagnostico de enfermería es igual al Problema o problemas del paciente mas la causa si estas se conocen, con la finalidad de analizar diferentes situaciones que influyen en la salud o enfermedad de la persona.

Proceso para el desarrollo de un diagnostico aprobado por la NANDA

Para ser aceptado para su publicación e inclusión en la taxonomía II de NANDA-1, el diagnostico enfermero propuesto tiene que tener como mínimo una etiqueta, definición, características definitorias o factores de riesgo, factores relacionados (si es un diagnostico real), apoyado por bibliografía y ejemplos de intervenciones y resultados apropiados

Definición oficial del Diagnostico Enfermero

La definición oficial de un diagnostico enfermero es: juicio clínico sobre las respuestas de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales

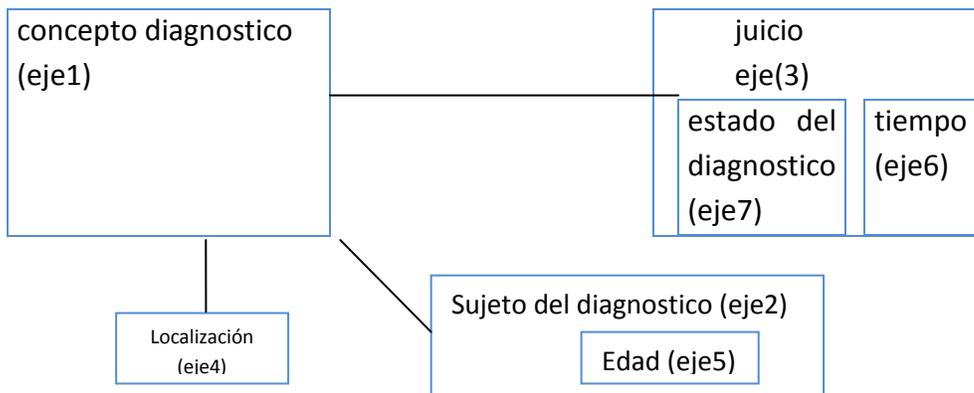
¿Cómo se crea un diagnostico?

Para crear un diagnostico es esencial considerar 7 ejes

1. Eje1: concepto diagnostico

Es el componente principal del diagnóstico, este puede constar de una o más palabras (p. ejemplo, tolerancia a la actividad) cada uno contribuye a dar al conjunto un significado único como si todas fueran un solo término en algunos casos se añade un adjetivo (P: ej., sufrimiento para formar el concepto diagnóstico de sufrimiento espiritual, otros ejemplos de conceptos diagnósticos son: dolor, duelo, esperanza, intolerancia a la actividad, limpieza de las vías aéreas, movilidad, parental etc.

FIGURA 1. Modelo de la NANDA-1
Para un diagnóstico enfermero



Eje 2: Sujeto del Diagnóstico

El sujeto del diagnóstico se define como la persona o personas para las que se formula un diagnóstico. NANDA -I ha identificado los siguientes sujetos a los que se puede formular un diagnóstico.

- ✦ individuo
- ✦ familia(p.ej. ,*interrupción de los procesos familiares*)
- ✦ grupo(hasta este momento no se han identificado diagnósticos para grupos)
- ✦ comunidad (p.eje., *afrontamiento inefectivo de la comunidad*).

Eje 3: Juicio

El juicio es el descriptor o modificador que limita o especifica el significado del concepto diagnóstico.

Ejemplo

Tabla 1. Juicio

Descriptor/modificador	Definición
Alterado	agitado, interrumpido
comprometido	lesionado, vulnerable a una amenaza
Deteriorado	debilitado lesionado
disposición para	en un estado apropiado para una actividad o situación

Eje 4: Localización

La localización describe las partes o regiones corporales y las funciones relacionadas- todos los tejidos, órganos, regiones, o estructuras anatómicas.

Ejemplo

- ✦ cerebral
- ✦ cenestésica
- ✦ oral
- ✦ renal
- ✦ táctil

Eje 5: Edad

La edad se refiere a la edad de la persona sujeta del diagnóstico.

Ejemplo

TABLA 1.1 Edad específica de los sujetos del diagnóstico

Feto	Escolar
Neonato	Adolecente
Escolar	Adulto
Lactante	Anciano
Preescolar	

Eje 6: Tiempo

Describe la duración del concepto diagnóstico. Los parámetros temporales identificados por la NANDA-I incluyen:

- ✦ agudo
- ✦ crónico
- ✦ intermitente
- ✦ continuo

Eje 7: Estado del diagnóstico

El estado de diagnóstico se refiere a la existencia real o potencial del problema o a la categorización del diagnóstico

Ejemplo:

- ✦ Real: existe de hecho o en la realidad, existe en ese momento
- ✦ Promoción de la salud: comportamiento motivado por el deseo de aumentar el bienestar humano. ejemplo de diagnóstico de promoción de la salud es *“disposición para mejorar la esperanza “* .todas las etiquetas de los diagnósticos de promoción de la salud empiezan con *“Disposición para mejorar”*
- ✦ Riesgo: vulnerabilidad especialmente como resultado de la exposición a factores que incrementen la posibilidad de lesión o pérdida
- ✦ Salud: calidad o estado de estar sano. Un diagnóstico de salud describe las respuestas humanas a nivel de bienestar de una persona, familia o comunidad que tiene la disposición para lo, esta definición está apoyada en características definitorias ejemplo de diagnóstico de salud es *“Disposición para mejorar el afrontamiento familia”*. Al igual que los diagnósticos de promoción para la salud todas los diagnósticos de salud empiezan con la frase *“Disposición para mejorar”*

El diagnóstico corresponde a la segunda etapa del proceso de atención de enfermería, se define como un juicio clínico del problema real o potencial de la persona que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) destaca la importancia de los Diagnósticos de Enfermería, mencionando que es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o

potenciales, que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia están capacitadas y autorizadas a tratar, nos explican y describen los estados de salud o una alteración real o potencial en los procesos vitales de una persona como lo fisiológico, psicológico, sociológico, de desarrollo y espiritual. Se utiliza el proceso de enfermería para identificar y sintetizar los datos clínicos y para disponer intervenciones de enfermería que reduzcan, eliminen o prevengan las alteraciones de la salud.

La etapa diagnóstica implica en sí misma un proceso el cual incluye los siguientes pasos:

- 1) identificación y declaración de los problemas reales y potenciales detectados en la valoración,
- 2) formulación de diagnósticos reales y potenciales. Ambos pasos evidencian la necesidad de la aplicación de pensamiento crítico, razonamiento clínico y toma de decisiones por parte del profesional de enfermería

2.1.7 Fase de planificación

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

Consta de cuatro etapas:

1. Establecimiento de prioridades, con base a las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson
2. Elaboración de objetivos.
3. Desarrollo de intervenciones de enfermería.
4. Documentación del plan.

2.1.8 Fase de ejecución

En esta fase se ejecuta el plan de enfermería descrito anteriormente, realizando las intervenciones definidas en el proceso de diagnóstico. Los métodos de implementación deben ser registrados en un formato explícito y tangible de una forma que el paciente pueda entender si deseara leerlo. La claridad es esencial ya

que ayudará a la comunicación entre aquellos que se les asigna llevar a cabo el cuidado de enfermería.

Sistema de clasificación de la práctica de enfermería en urgencias

La clasificación determina una toma de decisiones en cuanto a la asistencia del paciente con relación a su estado de salud, adecuando esa toma de decisiones a las capacidades del servicio y de respuesta material y humana que presenta cada unidad asistencial. La clasificación se hará en función de los síntomas y manifestaciones subjetivas del paciente, o acompañante, en aras de una priorización en la atención médica y de cuidados enfermeros.

En la RAC (sistema hospitalario de recepción, acogida y clasificación de pacientes) se iniciará la prestación de cuidados inmediatos ofreciendo un abordaje integral de la persona en cuanto a manifestaciones físicas, emocionales y cognitivas.

En cuanto a la escala empleada para clasificar asignando una prioridad en la atención, la bibliografía recomienda expresamente que se utilice un sistema con solvencia acreditada, citando como ejemplo el canadiense, australiano o Manchester, desaconsejando la utilización de aquellos que sean desarrollados localmente sin haber sido validados correctamente. La mayoría de estas escalas de clasificación hacen mención de 4 o 5 niveles de prioridad en los que prima la atención médica.

Ejemplo de escala de prioridad:

- Nivel 1.- Resucitación.
- Nivel 2.- Emergencia.
- Nivel 3.- Urgente.
- Nivel 4.- Semiurgente.
- Nivel 5.- No urgente.

2.1.9 Fase de evaluación

El propósito de esta etapa es evaluar el progreso hacia las metas identificadas en los estadios previos. Si el progreso hacia la meta es lento, o si ha ocurrido regresión, el profesional de enfermería deberá cambiar el plan de cuidados de acuerdo a ello. En cambio, si la meta ha sido alcanzada, entonces el cuidado puede cesar. Se pueden identificar nuevos problemas en esta etapa, y así el proceso se reiniciará otra vez. Es parte de esta etapa el que se deba establecer metas mensurables —el fallo al establecer metas mensurables resultará en evaluaciones pobres.

El proceso entero es registrado o documentado en un formato acordado en el plan de cuidados de enfermería para así permitir a todos los miembros del equipo de enfermería llevar a cabo el cuidado acordado y realizar adiciones o cambios donde sea apropiado.

2.2 LAS 14 NECESIDADES FUDAMETALES DE VIRGINIA HENDERSON

2.2.1 Biografía

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas y falleció el 19 de marzo de 1996 a la edad de 98 años. Desarrolló su interés por enfermería a partir de la Primera Guerra Mundial. Es ahí donde se destacó por asistir a sus semejantes. Estudió en ([Washington D. C. en 1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de enfermería del ejército y Se graduó en 1921 y trabajó en Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York como enfermera visitadora. Interesada en la docencia e investigación profesional, realizó un máster y luego la especialización. Recibe nueve títulos doctorales honoríficos de las siguientes Universidades:

- ✦ Universidad católica de América
- ✦ Universidad católica de pace
- ✦ Universidad de Rochester
- ✦ Universidad de otario Occidental
- ✦ Universidad de Yale
- ✦ Universidad de Old Dominio
- ✦ Boston Collage
- ✦ Universidad Thomas Jefferson
- ✦ Universidad de Emery

Libros publicados

- ✦ The Nature of Nursing (1996)
- ✦ The Basics Principles of Nursing (1955, reviso la setae edición)

2.2.2 Sobre la teoría de Virginia Henderson

En 1955 revisó un libro de enfermería escrito por Bertha Harmer que había definido la enfermería en 1922 diciendo que la enfermería estaba para ayudar a la humanidad. Es en este año que Virginia Henderson Formuló una definición propia de la Enfermería. Esta definición fue un punto de partida esencial para que surgiera la enfermería como una Disciplina separada de la medicina. Es decir trabajó en definir la profesión y qué eran los cuidados de enfermería.

2.2.3 Función propia de la enfermería

Para ella la enfermería es: “Ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a su salud, recuperación o a lograr una muerte digna. Actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Hacerle que ayude a lograr su independencia a la mayor brevedad posible”. La prioridad de la Enfermera es ayudar a las personas y sus familiares (que ella consideraba como una unidad). Por lo tanto la enfermera es dueña de la atención. En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del paciente que recibe los cuidados de la enfermera.

2.2.4 Tendencia y modelo

Para Henderson, la enfermería es una profesión independiente cuya función principal es ayudar, pero esa labor no la hace en solitario sino formando parte del equipo sanitario. Es una profesión que precisa y posee conocimientos biológicos y en ciencias sociales. La enfermera también sabe hacer frente a las nuevas necesidades de salud pública y sabe evaluar las necesidades humanas.

2.2.5 Método de aplicación del modelo

- **Valoración:** se determina el grado de dependencia-independencia en la satisfacción de las 14 necesidades; las causas de dificultad en su satisfacción; las interrelaciones de unas necesidades con otras; la definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

Independencia: Consecución de un nivel aceptable de satisfacción de las necesidades de la persona, que adopta, en función de su estado, comportamientos apropiados, o que realiza por si misma algunas acciones sin ayuda ajena.

Dependencia: Incapacidad de la persona para adoptar comportamientos apropiados o para realizar por sí misma, sin ayuda, las acciones que le permitan, en función de su estado, alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades.

- **Planificación:** Se formulan los objetivos de independencia en base a las fuentes de dificultades identificadas, en la elección del modo de intervención (ayuda-suplencia) y en la determinación de las actividades a realizar. Esos criterios guiarán la puesta en marcha del plan de cuidados en la intervención.
- **Evaluación:** Se comparan los criterios de niveles de independencia que se establecieron en el plan de cuidados con el grado de independencia conseguido.

2.2.6 Distintos elementos del metaparadigma de enfermería

- **Salud:** definida a partir de la capacidad del individuo de realizar por sí sólo y sin ayuda las 14 necesidades básicas; la salud es el máximo grado de independencia, teniendo la mejor calidad de vida. La salud por lo tanto es una calidad y cualidad de vida necesaria para el funcionamiento del ser humano ya sea a nivel biológico (satisfacciones) y a nivel fisiológico (emocional). La salud es la independencia.
- **Entorno:** todas las condiciones externas que influían en el equilibrio y buen funcionamiento del ser humano. Es el lugar donde la persona aprende su patrón vital.
- **Persona:** hace dos definiciones:
 1. Es un ser *bio-psico-social*, es decir, la persona además de una estructura biológica, posee una psicológica y también se relaciona; y esto es lo que define a la persona como ser integral.
 2. El paciente es el ser bio-psico-social al que se le ayuda para que logre su independencia; la mente y el cuerpo son inseparables; el paciente y la familia forman una unidad.
- **Enfermería:** Es la asistencia temporal a una persona que carece de la capacidad, fortaleza o conocimientos para realizar alguna de las 14 necesidades básicas, hasta que esa persona pueda volver a realizarlas de manera independiente. Los cuidados de enfermería irían dirigidos a recuperar esa independencia.

2.2.7 Necesidades humanas básicas

Revolucionó el mundo de la enfermería redefiniendo el concepto de la misma y catalogando las 14 necesidades básicas, con las cuales hoy en día aún se trabaja, tratando de cubrir completamente las necesidades del paciente en el modo en que sea posible; necesidades que serían comunes a toda persona, enferma o sana. Las primeras nueve necesidades se refieren al plano fisiológico. La décima y decimocuarta son aspectos psicológicos de la comunicación y el aprendizaje. La undécima necesidad está en el plano moral y espiritual. Finalmente las necesidades duodécima y decimotercera están orientadas sociológicamente al plano ocupacional y recreativo. Para Henderson es básica y fundamental la independencia del paciente en la medida de lo posible, y orienta sus cuidados a que este la consiga del modo más rápido posible. El paciente, según Virginia tiene que ser ayudado en las funciones que él mismo realizaría si tuviera fuerza, voluntad y conocimientos.

Necesidades básicas

1. Oxigenación.
2. Nutrición e hidratación.
3. Eliminación de los productos de desecho del organismo.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Sueño y descanso.
6. Vestirse y desvestirse. Usar prendas de vestir adecuadas.
7. Termorregulación. Ser capaz de mantener el calor corporal modificando las prendas de vestir y el entorno.
8. Mantener la higiene personal.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás.
10. Comunicarse con otras personas siendo capaz de expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. Vivir según sus valores y creencias.
12. Trabajar y sentirse realizado.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.

2.2.8 Definición de la función de enfermería

“Asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación(o a una muerte serena), actividades que realizaría por él mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, Todo esto de manera que le ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible”.

RELACION CON EL PACIENTE EN EL PROCESO DE CUIDAR:

1. Nivel sustitución: la enfermera sustituye totalmente al paciente.
2. 2. nivel de ayuda: la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.
3. Nivel de acompañamiento: la enfermera permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.
4. RELACION DE LA ENFERMERA CON EL EQUIPO DE SALUD:

Será una relación de respeto y nunca de subordinación, puede ocurrir la solapación de las funciones de todos ellos.

EQUIPO DE ATENCION INCLUYE AL PACIENTE Y A SU FAMILIA:

Ambos participan en el proceso de cuidar modificando su participación en función de las condiciones que se den en cada momento concreto. Siempre se tratará de que ambos alcancen el máximo nivel de independencia en el menor tiempo posible.

III. METODOLOGÍA

3.1 Valoración de enfermería

Esta etapa es el fundamento a partir del cual se infieren los diagnósticos de enfermería y se planifican los cuidados; nos permite identificar los problemas que afectan la autonomía de las personas para satisfacer sus necesidades básicas, recuperar la salud cuando se hace presente la enfermedad.

Es la más importante del proceso ya que todo el plan se sustenta en la información obtenida, es aplicable a personas, familias y comunidades. La valoración tiene una amplia relación con las etapas del proceso de enfermería ya que existe una estrecha relación entre estas. Se inicia con la valoración, la cual se relaciona con el diagnóstico de enfermería y con la evaluación

3.1.1 Obtención y recolección de datos

Se logro atreves de tres herramientas que son

a) Observación

Habilidad de alto nivel que el personal de enfermería desarrolla desde la etapa de la formación académica. La observación consiste en describir minuciosamente el estado de salud o enfermedad del paciente o el entorno físico o psicodinamico que lo rodea, inicia desde el primer encuentro con el paciente y para esto la enfermera requiere del uso de todos sus sentidos (vista, oído, tacto, gusto, olfato)

b) Interrogatorio o entrevista

Al igual que la observación debe ser continua en la relación Enfermera – Paciente. La entrevista es una técnica o método observacional que permite aprender acerca de las personas a través de una comunicación dirigida hacia un fin que es proporcionar atención personalizada, que el paciente exprese sentimientos, ideas y necesidades inmediatas y a largo plazo. Para este caso se utilizo la entrevista de forma formal e informal.

c) Examen Clínico

El examen clínico (exploración física y exámenes gráficos y químicos) es otra fase de la recolección de datos que nos conduce a una observación más precisa de los problemas que presenta el paciente. El tipo de valoración que se utilizo para el caso fue localizada ya que nuestro paciente se encontraba bajo efectos de sedación medicamentosa y posteriormente se logro hacer una valoración globalizada.

La exploración física se realizo céfalo- caudal utilizando los siguientes medios: inspección, palpación, percusión, auscultación, y medición, esta fase se complemento con los resultados obtenidos de exámenes gráficos y químicos.

3.1.2 Fuentes utilizadas para la información

Como fuente primaria se incluyo al paciente, segundo el expediente clínico, los compañeros de servicio, los registros médicos, registros sociales, registros de enfermería, informes de cambios de turno, cardes, libros y revistas.

3.1.3 Registro de los datos obtenidos

Se considera necesario dejar claro que los registros, son la comunicación escrita en un determinado periodo de tiempo. El personal de enfermería al comunicar sus observaciones y acciones a través de los registros ayudan asegurar tanto calidad como continuidad de atención y además permite que el resto de los integrantes interesados en la evaluación del paciente conozcan con detalle los cambios que este está presentando.

Para este caso los registros clínicos que se utilizaron fueron

- ✚ Hoja de enfermería
- ✚ Reporte diario de enfermería
- ✚ Cardes
- ✚ solicitud de dietas

Para poder realizar la valoración, se retomo la teoría de Virginia Henderson a través de sus aportaciones sobre los procesos de cuidados de enfermería los cuales me permitieron tener visiones amplias sobre como recolectar la información para dar inicio a la primera etapa de este proceso de atención. Se analizaron las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson como referente para conocer a la persona y con esta perspectiva pude hacer la valoración integral para llegar a la construcción de los diagnósticos de enfermería.

La valoración es el paso inicial del proceso de atención de enfermería y el más importante ya que todo el plan de atención se elabora con la información obtenida en esta fase. Este proceso consiste en la realización de tres actividades separadas, pero dependientes entre sí; que son la recolección de datos, organización de los mismos y formulación de diagnósticos; la obtención de datos es el fundamento de los procesos de atención de enfermería ya que una valoración exacta conduce a la identificación del estado de salud del paciente. Aquí el objetivo de la enfermera es considerar al paciente de modo multifocal donde los individuos, las familias y las comunidades tienen múltiples aspectos que están interrelacionados e influye uno del otro, considerando siempre los elementos fisiológicos, biofísicos, espirituales y socioculturales del paciente para asegurar una valoración precisa y comprensiva. La valoración proporciona los datos que permiten identificar la etiqueta diagnóstica, los factores relacionados y las características definitorias. Estos tres elementos, conforman al enunciado diagnóstico. La etiqueta diagnóstica es la descripción concisa del problema, los factores relacionados son aquéllos que pueden causar o contribuir al problema y las características definitorias son el grupo de signos y síntomas frecuentemente asociados a un diagnóstico.

Por lo tanto la valoración es la piedra angular de la que depende que el Proceso de Atención de Enfermería se desarrolle con éxito.

3.1.4 Valoración de una persona con alteraciones biopsicosociales

- **Ficha de identificación**

1. Nombre: G. L. A.
2. Sexo: femenina
3. Edad: 35 años
4. Lugar de origen: México DF.
5. Domicilio actual: calle Amixtli, manzana 384, barrio Talabasteras Chimalhuacán estado de México
6. Religión :cristiana,
7. Escolaridad: primaria,
8. Ocupación: Ninguna

Exploración Física

Femenina de 35 años de edad la cual padece enfermedad mental crónica (trastorno bipolar fase maniaca) con evolución de 18 años. Lleva su octavo día de internamiento en el área de agudos (psiquiatría) Con diagnósticos médicos de dislipidemia y faringoamigdalitis. Se encuentra en reposo, con posición anatómica de libre elección, en decúbito dorsal, en regulares condiciones de higiene y aliño. Cráneo normocéfalo, sin exostosis ni hundimientos, ojos con pupilas isocóricas y normoreflexivas, ojos simétricos con estrabismo de ojo izquierdo, pabellón auricular bien implantado, sin deformidades congénitas, cabello grasoso bien implantado, resequedad en cuero cabelludo; se observa somnolienta con dificultad para hablar (disfonía). Signos vitales: Presión arterial 110/75, frecuencia cardiaca 109 X', frecuencia respiratoria 32X', temperatura 38.5°C, peso 83kg, Talla 1.46 ms. Perímetro abdominal 108 cm., ligera palidez facial, llenado capilar 5 segundos, piel caliente con excesiva diaforesis, presenta ligera cianosis peri bucal, mucosas orales semihidratadas. Aspecto de los dientes y encías: falta de piezas dentales, presencia de caries, higiene bucal deficiente, vías aéreas poco permeables con la presencia de abundantes secreciones faríngeas, presencia de tos con salida de secreciones espesas serohemáticas expulsadas de forma voluntaria. Campos pulmonares con estertores transmitidos de vías respiratorias altas, campos pulmonares con dificultad para la inspiración y espiración.

Abdomen globoso con abundante panículo adiposo, con peristalsis presente normales, función intestinal y vesical con funcionamiento normal aparente.

Tono muscular disminuido, fuerza musculare conservada grado 4, malas posturas anatómicas, mala alineación de segmentos óseos: hombros, cadera, rodilla, tobillos;

miembros superiores con arcos de movilidad limitados, miembros inferiores con presencia de resequeidad y micosis, su fuerza muscular esta disminuida, arcos de movilidad limitada sobre todo de pierna derecha. Se observa acortamiento de 5cm de pierna derecha por lo cual la paciente mantiene una marcha claudicante .Se observa edema distal (XX) miembros inferiores.

Examen mental

Adulta con edad aparente a la cronológica, viste ropas de la institución ,se observa en regulares condiciones de higiene y aliño; Estado de conciencia somnolienta, orientada en persona, lugar, espacio, parcialmente en tiempo, su voz es emitido en tono bajo ,lenguaje difícilmente entendible, se observa rigidez en los músculos faciales, no se puede evaluar el contenido de su pensamiento ya que se observan efectos adversos extra piramidales muy notorios; probablemente secundario al uso de psicofármacos, por lo cual es muy difícil de establecer un dialogo con ella. Al interrogatorio se observa con facies de angustia, tristeza y desesperanza; llegando al llanto. No tiene planes a futuro solo habla de portarse bien cuando salga del hospital, aunque persiste su idea de realizarse como madre. En este momento no presenta alteraciones de la sensopercepción.

Antecedentes personales patológicos

Sufre de trastorno bipolar con evolución de 18 años; Inicio su padecimiento a los 19 años de edad asociados a problemas familiares con síntomas característicos de tristeza y aislamiento. Gaudencia se caracteriza por presentar frecuentemente conductas disóciales como robo, manía, vagabundeo, posicionamiento, errores de juicio y conducta, los cuales le impiden integrarse de manera adecuada dentro de su entorno, familiar, laboral y social. Gaudencia sufrió una caída a los 11 años de edad ocasionándose traumatismo craneocefálico con pérdida de la conciencia durante 20 minutos, tiene tumor óseo en fémur derecho. En el transcurso de su vida ha tenido 4 intentos suicidas y fue atendida en diversas instituciones, ha consumido cocaína, cannabis, alcohol y tiene tabaquismo crónico desde los 17 años. En 1996 la reportan sus familiares con insomnio, irritabilidad, impulsividad, heteroagresividad verbal y física, perseverante y con pobre tolerancia a la frustración y espera, con lenguaje incoherente, su afecto es lábil y expansivo, presentando frecuentemente síntomas psicóticos con ideas de daño, en ocasiones llegando a presentarse alucinaciones auditivas y visuales. A los 26 años presento un intento suicida por ingerir medicamentos permaneciendo en coma 3 días. Hasta la fecha ha tenido 25 internamientos en diferentes instituciones psiquiátricas; con muy poco apego farmacológico y pobre conciencia de enfermedad mental, nula

contención familiar y con intención de la familia de hospitalización crónica por pobre adherencia terapéutica por parte de la paciente y los familiares, a Gaudencia le cuesta mucho trabajo conciliar el sueño y presenta hipersomnia por el día. Refiere no sentirse descansada por la mañana se observa cansada, con diaforesis y con edema de miembros inferiores. Es capaz de elegir las ropas de su preferencia, aunque en su hogar la limitan en su manera de actuar y vestir por sus creencias religiosas; es capaz de realizar las medidas de auto cuidado aunque a veces necesita apoyo de manera parcial y otras de forma total. Es hipertensa desde el 2005, toma los siguientes medicamentos en 24 horas: quetiapina 1200 mg, valproato de magnesio 1800mg, carbonato de litio, 1200 mg, bromazepam tabletas 18 mg haldol tabletas 5 mg, haldol de canoas 50 mg cada 21 días, cefalexina capsulas 1gr, naproxen 500 mg, tab, ambroxol jarabe 30 ml, Salbutamol spray 2 disparos cada 12 horas, bezafibrato 200 mg cada 12 horas Acido Acetil Salicílico 500 mg. De acuerdo a exámenes de laboratorio recientes muestran cifras de Niveles de colesterol: 245.3mg/dl = (alto mayor de 240 mg/dl) y Triglicéridos 269mg/dl = (Triglicéridos marginalmente elevados: 150-199 mg/dL)

Antecedentes Personales no patológicos

Refiere que en su familia no se reúnen todos a comer ya que son muchos y no caben en la cocina. Le gusta bailar, cantar, salir a las calles a vender dulces con su familia y buscar amigos. La familia acostumbra a asistir a los eventos religiosos de dos a tres veces por semana, pero la usuaria prefiere no asistir ya que menciona que se aburre ya que se sabe toda la biblia. No está de acuerdo con la religión que le heredaron sus padres. No tiene apoyo total de sus familiares, se siente rechazada por su enfermedad; no la dejan convivir con los niños ya que la etiquetan como "la enferma mental", "la loca"; "la que huele mal"; los vecinos no le hablan siente que les cae mal y la discriminan por su enfermedad. Le gustaría salir sola pero sus familiares no le tienen confianza ni para salir a vender con ellos, constantemente le dicen, "tu ya estas mal ya te vamos a llevar al hospital", la familia tiene muy poco compromiso con la paciente ya que existe poca contención familiar, con intención de hospitalización crónica. Le gusta convivir y le es fácil relacionarse con las demás personas aunque en su comunidad existen pocos lugares para la recreación y el esparcimiento; abunda la basura en las calles, perros y gatos. Su comunidad cuenta con servicio de luz pública aunque no es suficiente, agua, teléfonos, transporte, recolección de basura de 1 o 2 veces por semana, hospitales, escuelas, mercados, tianguis, fabricas, las calles están pavimentadas aunque hay muchos baches. Se observan problemas sociales de sobrepoblación, contaminación ambiental, ruido,

problemas de drogadicción, alcoholismo, prostitución, robo, secuestro, falta de empleos.

Gaudencia proviene de una familia nuclear en extensión, de nivel económico bajo, padre vivo de 61 años de edad, madre viva de 61 años de edad, son 12 hermanos en total, vivos, donde todos los adultos se dedican al comercio informal. Son de religión cristiana, viven en casa propia cuenta con todos los servicios, agua potable, luz, drenaje, teléfono. La paciente refiere que en su casa constantemente es sujeta de restricciones por su familia ya que ellos son cristianos y no la dejan vestirse y maquillarse como a ella le gusta. Desea tener una pareja y procrear un hijo. En el transcurso de su vida ha llegado a consumir cannabis, alcohol, anfetaminas; actualmente es adicta al tabaco con una frecuencia de 8 a 10 cigarrillos por día; esta adicción le trae muchos problemas tanto familiares como personales ya que presenta insomnio, ansiedad e irritabilidad, en ocasiones llegando a la agresión física con sus familiares y personas con las que convive cuando no consigue cigarrillos. Niega antecedentes de alcoholismo y drogadicción por los demás integrantes de su familia.

Gaudencia puede comer por sí sola, es capaz de elegir los alimentos de acuerdo a sus gustos y preferencias, posee muy pocos estilos de vida saludables es sedentaria, fumadora desde los 17 años de edad. Sus hábitos de alimentación más frecuentes en su hogar son: Desayuno, 1 o 2 platos de guisado, un plato de frijoles, 6 o 7 tortillas, 2 piezas de pan de dulce y 3 tazas de café; Comida: un plato de sopa, un plato de arroz, 2 platos de guisado, un plato de frijoles de 6 a 7 tortillas y 3 vasos de refresco, en la cena acostumbra una torta, café con leche y pan de dulce. Entre comidas le gusta consumir dulces, pan, galletas, frituras, refresco, también le gusta fumar con mucha frecuencia entre de 8 a 10 cigarrillos por día, se agita muy fácilmente ante cualquier esfuerzo físico,

Antecedentes heredofamiliares

Padre vivo de 61 años, hipertenso, madre viva de 61 años de edad, hipertensa. Antecedentes familiares por ambas líneas de diabetes mellitus, son doce hermanos, una hermana menor con esquizofrenia controlada.

Antecedentes perinatales: embarazo no planeado, no deseado, su embarazo fue normo evolutivo, de término, sin complicaciones peri y posnatales,

Desarrollo psicomotor marcha al año de edad, lenguaje a los 12 meses, control de esfínter a los 2 años. Infancia descrita como normal.

3.1 Valoración integral de la salud mental en el individuo

Instrumento de valoración tabla 1

📍 Nombre	Gaudencio Lino Avellaneda
📍 Edad	35 años
📍 Ocupación	Ninguna
📍 Actividades recreativas en las que participa	Convivencias, festivales, canto.
📍 Lugar de origen	México D. F.
📍 Lugar de residencia	San Vicente Chicoloapan Estado de México.
📍 Personas con quienes convive	Papa, mama, hermana, hermano, sobrinos, cuñada.
📍 Religión	Cristiana
2.- Alimentación e higiene	
🌟 Indicador	🌟 Respuesta
📍 Tipo de alimentación que ingiere	Alimentación a base de pan ,tortilla ,huevo ,frijol, chile ,poca carne ,poca fruta y verdura, dulces, refresco, papas fritas ...
📍 ¿Cómo es su higiene personal?	Baño cada tercer día, le gusta verse y sentirse limpia, le gusta usar maquillaje, y accesorios como aretes, anillos, pulseras; sin embargo descuida estos aspectos cuando entra en situación de crisis emocional y necesita que se le apoye de manera parcial.
📍 ¿Cómo son sus patrones de eliminación?	Evacua de 2 a 3 veces por día, de consistencia normal, la eliminación vesical es de 6 a 7 veces por día en cantidad normal, coloración normal. En ocasiones presenta nicturia.
3.- Hábitos de descanso y sueño	
🌟 Indicador	🌟 Respuesta
📍 ¿Realiza alguna actividad recreativa?	Le gusta bailar, cantar, asiste a los eventos sociales del hospital, participa en las terapias grupales.
📍 ¿Cuántas horas duerme en promedio y en que horario?	De 6 a 7 horas, en un horario de 23:00 a 5:30 horas
📍 ¿Es reparador su sueño?	En ocasiones, por lo regular me siento cansada
4.- Vida sexual	
🌟 Indicador	🌟 Respuesta
📍 ¿Se siente satisfecho con su actividad sexual? sí no, por qué?	no, porque no tengo pareja y me gustaría casarme y tener un hijo
📍 ¿Está identificado con su sexualidad según su género?	si
5.- Consumo de sustancias	
🌟 Indicador	🌟 Respuesta
📍 ¿Consume bebidas alcohólicas? ? En caso afirmativo, ¿Con que	sólo cuando ando mal , me salgo a la calle con mis vecinos y amigos; ellos me invitan

frecuencia?	
☉ ¿Fuma? En caso afirmativo, ¿Con que frecuencia?	Si ,fuma de 8 a 10 cigarros por día
6.- Desarrollo emocional	
☼ Indicador	☼ Respuesta
☉ ¿Se siente seguro al desarrollar las actividades diarias? ☉ si, no , ¿por que	No siempre; porque muchas veces me siento mareada por los medicamentos y no puedo caminar, siento que me caigo; también me canso muy rápido.
☉ ¿Puede relacionarse con todas las personas con quien convive y trabaja? ☉ sí no, y por qué?	No porque a veces me irrito con mucha facilidad ,sobre todo cuando no consigo lo que quiero ,siento que por eso algunas personas me tiene miedo.
☉ ¿Puede resolver los problemas que se le presenten?	No siempre
☉ ¿Se permite equivocarse?	Si
☉ ¿Pide ayuda cuando la necesita?	Si
☉ Por lo general, ¿cómo es su estado de ánimo?	Pues en ocasiones estoy muy alegre ,otras estoy triste y otras muy enojada
☉ ¿Se siente querido?	No
☉ ¿Qué piensa de la sociedad en que vive?	Que está llena de riesgos como, las drogas, violencia, la falta de seguridad y desempleo.
7.- Antecedentes psiquiátricos familiares	
☼ Indicador	☼ Respuesta
☉ ¿Tiene familiares con trastornos psiquiátricos? En caso afirmativo, ¿Quién o quiénes?	Sí, mi hermana menor
8.- Valoración de la familia	
☼ Indicador	☼ Respuesta
☉ ¿Quiénes conforman la familia?	Mi mama , mi papa ,mi hermana ,mi hermano, mis dos sobrinos y mi cuñada
☉ ¿Qué rol desarrolla la persona en su familia?	El rol de la hija enferma mental
☉ ¿Tiene la familia un lugar y un tiempo para reunirse?	Casi nunca nos reunimos todos
☉ ¿Asiste la persona a las reuniones familiares?	A veces
☉ Describe la dinámica de esta familia.	El mando lo lleva mi padre y mi hermano, ellos son los que deciden lo que se hace.
☉ ¿Cómo se solucionan los problemas en la familia cuando éstos surgen?	Mi papa y mi hermano son muy agresivos con migo, no me toleran, no me comprenden, no me dejan convivir con mis sobrinos.
☉ ¿Se siente la persona acompañada, escuchada y comprendida por su familia?	No ellos no me quieren me rechazan por mi enfermedad mental, se avergüenzan de mí

<p>☉ ¿Existen problemas económicos en la familia?</p>	<p>Sí ,lo que mi papa gana no alcanza para todos los gastos ,a veces recibe ayuda de mis hermanos que están en Estados Unidos</p>
<p>9.- Comunidad y entorno social</p>	
<p>☼ Indicador</p>	<p>☼ Respuesta</p>
<p>☉ ¿Le agrada a la persona el lugar en donde vive?</p>	<p>No</p>
<p>☉ ¿Existen lugares para la recreación familiar?</p>	<p>Pocos</p>
<p>☉ ¿Existen adicciones en la comunidad donde vive?</p>	<p>Si hay drogadicción ,alcoholismo y prostitución</p>
<p>☉ ¿Existe violencia en la comunidad (física, psicológica, económica, sexual)?</p>	<p>Si hay asaltos, robo, secuestro, trafico de drogas Desempleo, violencia sexual</p>
<p>☉ ¿Es seguro el lugar en donde vive?</p>	<p>No</p>
<p>☉ ¿Existen escuelas y fuentes de trabajo?</p>	<p>Pocas escuelas, si hay fuentes de trabajo pero son insuficientes para la población</p>
<p>☉ ¿En caso de una urgencia médica, sabe la persona a dónde dirigirse?</p>	<p>Si</p>
<p>10.- Datos generales de observación</p>	
<p>☼ Indicador</p>	<p>☼ Respuesta</p>
<p>☉ Describe su aspecto</p>	<p>Paciente con sobrepeso en regulares condiciones de higiene y aliño, sudoración facial, fatiga, facies de tristeza y angustia, con disfonía y disartria.</p>
<p>☉ Describe su postura</p>	<p>De pie, marcha atáxica, claudicante, mala alineación de segmentos de hombros, cadera, rodillas y pies</p>
<p>☉ Describe su marcha</p>	<p>Marcha inestable , lenta claudicante de la pierna derecha</p>
<p>☉ Describe su vestimenta</p>	<p>La ropa que porta es de la institución limpia pero no de acuerdo a su talla; está muy ajustada.</p>
<p>☉ Describe sus joyas, maquillaje (en su caso)</p>	<p>Porta aretes, una pulsera de oro, su maquillaje es un poco exagerado.</p>
<p>☉ Describe su expresión facial</p>	<p>Se observa con tristeza, angustia ,sudoración facial.</p>
<p>☉ Describe su conducta</p>	<p>Se observa somnolienta, responde al llamado, su voz es en tono muy bajo, con disfonía, acepta indicaciones en ocasiones, le gusta interrelacionarse con sus compañeras pero a veces se confronta con ellas por conseguir cigarrillos u objetos de su interés como son ropa, cosméticos, etc. Su actitud hacia el personal de salud es demandante de atención, en ocasiones se torna irritable al manejo de límites y tiende a la agresividad física y verbal, expresa emociones de tristeza y llanto.</p>
<p>☉ Describe su actividad motora</p>	<p>Su marcha es lenta, inestable por ratos, claudica de la</p>

	pierna derecha, realiza sus actividades Básicas de la Vida Diaria con lentitud, se observa falta de coordinación y equilibrio.
📍 Describe su contacto ocular	Mantienen la mirada fija, se observa estrabismo de ojo izquierdo.
📍 Describe sus acciones dirigidas a un objeto o propósito	Se observa con ansiedad por el consumo de nicotina, siempre está consiguiendo dinero para comprar cigarros, expresa constantemente que ya se quiere ir a su casa que ya está bien.
Describe su comunicación verbal (ritmo, velocidad, flujo de discurso)	Se observa disartria , su volumen es muy bajo pero es congruente.
Describe su comunicación no verbal (postura corporal, gestos, tono de voz)	Se observa con hipersomnia, con aburrimiento, acostada en un sillón escuchando la radio y contesta al saludo en tono de voz suave.
📍 ¿Existe claridad en su comunicación?	No
📍 ¿Existe expresión y comunicación de sus sentimientos?	Si
📍 ¿Se comunica con los miembros de la familia?	Poco, solo cuando la van a visitar

Instrumento de valoración tabla 2

Lesiones anteriores	No
Traumatismos o lesiones causales	Si
Mecanismo de la lesión	Traumatismo cráneo-cefálico, fractura de metatarsiana
Limitaciones funcionales como consecuencia del problema actual	problemas de coordinación, alteraciones en la marcha
Hospitalizaciones	Si
Intervenciones quirúrgicas	Si
Lesiones o accidentes	Caídas frecuentes de la cama y de su propia altura
Enfermedades cardiovasculares	Si

inmunizaciones	Si
Alergias y hábitos	Malos hábitos alimenticios de sueño y descanso, tabaquismo crónico
Problemas de espalda	Si
Articulaciones dolorosas	Si
curvaturas de la columna	Si

Observaciones:

Presenta obesidad grado2, tumor en fémur izquierdo, deformidades en región metatarsiana de pie izquierdo secundario a traumatismo antiguo, mala alineación de segmentos óseos, disminución de la fuerza muscular, condición física limitada y asimetría de miembros inferiores.

3.2 Organización y análisis de la información

Una vez que la enfermera (o) ha recopilado los datos acerca del paciente estos deben organizarse y analizarse para interpretarlos y darles un significado de tal manera que nos permita tomar decisiones que aseguren el cuidado individualizado de enfermería y por consiguiente culminar el diagnostico de enfermería.

3.2.1 Clasificación de los datos

El primer paso para el análisis de los datos consiste en organizarlos, agruparlos o seleccionarlos de forma lógica y sistematizada.

Para la clasificación de los datos se utilizo el modelo de las 14 necesidades básicas del individuo; la teórica Virginia Henderson.

3.2.2 Identificación de vacíos e incongruencias de los datos en el caso clínico

Se identificaron vacíos e incongruencias en este caso clínico para ello fue necesario recurrir nuevamente a una revalorización utilizando los métodos de: observación, la entrevista con el paciente, compañeros y registros clínicos.

3.2.3 Determinación de patrones

Los datos subjetivos y objetivos fueron examinados para ir en la búsqueda de signos y síntomas que podasen determinar si la conducta del paciente es un incidente aislado o indica un patrón a seguir.

3.2.4 Recolección de datos que se consideraron para una valoración integral

Datos subjetivos

Femenina de edad aparente a la cronológica, estado de conciencia somnolienta, orientada en persona, lugar, espacio, parcialmente en tiempo. Refiere malestar general, dolor de pecho, garganta, dice tener fiebre, y que le cuesta mucho trabajo respirar, reconoce que la trajeron a este hospital por agredir de forma verbal y física a su papá, el cual reacciono con enojo y la contuvo agarrándole fuertemente las manos, la paciente se pone a llorar cuando habla de esto, menciona que se salió por la noche y se fue a cantar a Garibaldi regresando hasta el otro día, ahí conoció a un chico con el cual mantuvo relaciones sexuales, se muestra muy esperanzada de un posible embarazo pero preocupada por qué no se entere su papa. Expresa inconformidad hacia sus familiares refiere que no la dejan salir sola a la calle, tampoco la dejan acompañarlos a vender.

Participa poco en las actividades de hogar, realiza algunas tareas como ir a la tiendita y a la tortillería de la esquina. Reconoce que está mal física y emocionalmente y que por exponerse al frío y mojarse se enfermo, ya que se salió a la calle y anduvo vagabundeando, por eso la trajeron al hospital.

Reconoce ser adicta a la nicotina y esto le trae muchos problemas ya que se pone muy ansiosa e irritable cuando no consigue cigarros, acostumbra a fumarse de 8 a 10 cigarros al día, pero con frecuencia pide uno antes de acostarse para poder dormir bien; aun que no siempre le resulta.

Es cristiana y reconoce que su religión le trae conflictos con ella misma y con su familia ya que constantemente es sujeta de restricciones en la forma de vestirse, maquillarse; para cantar, bailar; a ella le gustaría tener novio y desea tener un hijo. Es consciente de su enfermedad pero reconoce que cada vez está peor que ha tenido muchas recaídas y que eso la entristece mucho, es por eso que llora y se enoja. Se baña de dos a tres veces por semana, le gusta ponerse ropa muy ajustada y maquillarse mucho, le gustan las joyas y los zapatos de tacón aunque le cansan y no puede caminar bien con ellos. Acostumbra a llevar una dieta a base de tortilla, pan, carne, huevo, refresco, dulces, chocolates y frituras, casi no le gusta la fruta ni las verduras, no respeta horarios de comida ya que le da mucha hambre y todo el tiempo quiere estar comiendo. Le gusta bailar, cantar, platicar con sus compañeras y el personal del hospital. No le gusta el lugar donde vive ya que es muy inseguro, hay muy pocos parques y espacios para jugar y hacer ejercicio. Cuando realiza ejercicios

refiere que se cansa muy rápido por eso prefiere cantar, oír música o ver la televisión. No tiene hábitos de sueño y descanso, le cuesta mucho trabajo conciliar el sueño y por las mañanas no se siente descansada, se irrita constantemente y es muy impulsiva llegando a veces a la agresividad física con sus compañera y personal de enfermería ,esto le ocasiona después sentimientos de culpa y arrepentimiento llegando a pedir perdón.

Sus hábitos de eliminación son de una a dos evacuaciones diarias de contenido normal, dice tener hemorroides y que son muy dolorosas, utiliza una pomada rectal; orina de 6 a 7 veces en el día no tiene ardor ni dolor al orinar, a veces no puede controlar su vejiga y se orina en los pantalones pero es más frecuente cuando duerme.

Se siente muy maridada por los medicamentos, pero es consciente que los necesita para el control de su enfermedad por eso siempre se los toma, aunque en su casa se le olvida tomarlos a sus horas.

Cuando está bien le gusta dedicarse a vender por catalogo, le gusta leer libros y revistas.

Datos objetivos

Femenina de 35 año de edad, aparente a la cronológica, viste ropas de la institución, no apropiadas a su talla, en posición decúbito dorsal, se observa en malas condiciones de higiene y aliño, con presencia de resequedad en manos ,uñas amarillentas y largas; callosidades y micosis en ambos pies, se observa somnolienta, responde en tono muy bajo al llamado, con disfonía, expresiones faciales de dolor, tristeza y angustia, se lleva la mano a la garganta y expresa facies de dolor y malestar.

Cabeza con características anatómicas normales, resequedad en cuero cabelludo, no pediculosis; ojos asimétricos con estrabismo de ojo izquierdo. Mucosas orales sucias, semihidratadas, vías aéreas poco permeables, con salida de abundantes secreciones faríngeas espesas, amígdalas hiperémicas, hipertróficas con presencia de secreciones blanquecinas, refiere dolor a la auscultación; salida de abundantes secreciones faríngeas de narinas y boca, cuello aumentado en tamaño presencia de panículo adiposo.

Campos pulmonares con estertores transmitidos de vías respiratorias altas, campos pulmonares con dificultad para la inspiración y espiraciones, tos productiva expulsadas de forma voluntaria, ligera cianosis peri bucal, llenado capilar de 5 segundos.

Signos vitales: Presión arterial 110/70, dentro de parámetros normales, Frecuencia Cardíaca 109 X', por encima de las cifras normales, Frecuencia respiratoria: 32X' cifras por encima de los parámetros respiratorios normales, temperatura 38.5°C, por encima de los parámetros normales. Peso 83kg, Talla 1.46 ms. Paciente con obesidad tipo 2; Perímetro abdominal 108 cm. Indicador de riesgo del síndrome metabólico.

Piel y tegumentos, semihidratados, palidez central calor corporal generalizado, diaforesis excesiva de predominio cefálico.

Abdomen globoso con abundante panículo adiposo, depresible a la palpación, no doloroso, perístasis presentes y normales, eliminación intestinal y vesical presentes de consistencia y características normales.

Valoración musculo esquelético: marcha sin fases, atáxica con problemas para la coordinación y el equilibrio. Tono muscular normal, fuerza muscular conservada grado 4, malas posturas anatómicas, mala alineación de segmentos óseos: hombros, cadera, rodillas, tobillos, su fuerza muscular esta disminuida, arcos de movilidad limitados sobre todo de pierna derecha, deformidad metatarsiana de pie izquierdo. Se observa acortamiento de 5cm de pierna derecha por lo cual la paciente mantiene una marcha claudicante, condición física limitada. Se observa edema distal (++) miembros inferiores.

En la exploración física se hizo énfasis en la necesidad de moverse y mantener una buena postura esto implico la revisión conjunta del sistema musculo esquelético por medio de inspección, palpación, movilidad, fuerza muscular y algunas pruebas concretas.

3.2.5 Instrumentos de valoración utilizados en el caso clínico

EVALUACIÓN DE LA MARCHA DE TINETTI*

Instrucciones: El paciente permanece de pie con el examinador, luego camina por el pasillo o por la habitación (unos 8 metros) a «paso normal», luego regresa a «paso rápido pero seguro».

1.Inicio de la marcha (inmediatamente después de decir que ande)	
Algunas vacilaciones o múltiples intentos para empezar	1
No vacila.	1
2.Longitud y altura de paso	
a) Movimiento del pie derecho:	
No sobrepasa al pie izquierdo con el paso	1
Sobrepasa al pie izquierdo	0
El pie derecho no se separa completamente del suelo con el peso	1
El pie derecho se separa completamente del suelo.	1
b) Movimiento del pie izquierdo	
No sobrepasa al pie derecho con el paso	1
Sobrepasa al pie derecho.	1
El pie izquierdo no se separa completamente del suelo con el paso	1
El pie izquierdo se separa completamente del suelo.	1
3. Simetría del paso	
La longitud de los pasos con los pies izquierdo y derecho no es igual	0
La longitud parece igual.	0
4. Fluidez del paso	
Paradas entre los pasos	0
Los pasos parecen continuos	1
5. Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 metros)	
Desviación grave de la trayectoria	0
Leve/moderada desviación o usa ayudas para mantener la trayectoria	1
sin desviación o ayudas	0
6.tronco	
Balanceo marcado o usa ayudas	0
No balancea pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar	1
No se balancea, no reflexiona, ni otras ayudas.	1
7.Postura al caminar	
Talones separados	1
Talones casi juntos al caminar	1

Total: 15: Una puntuación total entre 25 a 28 puntos supone un riesgo mínimo de caídas, mientras que una puntuación total menor o igual a 18 puntos implica un **alto riesgo de caídas*** Rubenstein LZ. Instrumentos de evaluación. En: Abrams WB, Berkow R. El Manual Merck de Geriátría (Ed Esp). Barcelona: Ed Doyma; 1992. p. 1251-63 (en dicho libro se hace constar que esta versión es una modificación adaptada de Tinetti et al, en: J Am Geriatr Soc 1986; 34: 119).

EVALUACIÓN DEL EQUILIBRIO DE TINETTI**

1. Equilibrio sentado	
Se inclina o se desliza en la silla	1
Se mantiene seguro	1
2. Levantarse	
Imposible sin ayuda	2
Capaz pero usa los brazos sin apoyarse	1
capaz sin usar los brazos	0
3. Intentos de levantarse	
Incapaz sin ayuda	0
Capaz, pero necesita más de un intento	1
Capaz de levantarse con sólo un intento	1
4. Equilibrio en bipedestación inmediata [los primeros 5 segundos]	
Inestable (se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco)	1
Estable pero usa el andador, bastón o se agarra a otro objeto para mantenerse	0
Estable sin andador, bastón u otros soportes	1
5. Equilibrio en bipedestación	
Inestable	1
Estable, pero con apoyo amplio (talones separados más de 10 cm) o usa bastón u otro soporte...	1
Apoyo estrecho sin soporte	1
6. Empujar	
Empieza a caerse	1
Se tambalea, se agarra, pero se mantiene	0

Estable	0
7.Ojos cerrados (en posición de 6)	
Inestable	
Estable	
8.Vuelta de 360°	
Pasos discontinuos	0
Pasos continuos	0
Inestable(se tambalea se agarra)	1
Estable	0
9.Sentarse	
Inseguro (calcula mal la distancia, cae en la silla)	0
Usa los brazos o el movimiento es brusco	1
Seguro, movimiento suave	0
PUNTUACIÓN DEL EQUILIBRIO...../15	
PUNTUACIÓN TOTAL...../33	
Con 16 puntos se alcanza el equilibrio	

Rubenstein LZ. Instrumentos de evaluación. En: Abrams WB, Berkow R. El Manual Merck de Geriátría (Ed Esp). Barcelona: Ed Doyma; 1992. p. 1251-63 (en dicho libro se hace constar que esta versión es una modificación adaptada de Tinetti et al, en: J Am Geriatr Soc 1986; 34: 119).

3.2.6 Necesidad Básica Alteradas

1.-Identificación y declaración de los problemas reales y potenciales detectados en la valoración.

NECESIDADES BÁSCAS HUMANAS	MANIFESTACIONES O DATOS DE DEPENDENCIA
Oxigenación	Presenta ligera cianosis peri bucal, taquicardia, vías aéreas semipermeables con presencia de secreciones espesas. Campos pulmonares con estertores transmitidos de vías respiratorias altas, con dificultad para la inspiración y espiración, fatiga, tos, llenado capilar de 5 segundos.
Eliminación	A veces no puede controlar su vejiga y orina su ropa; es más frecuente cuando duerme, edema (++) miembros inferiores.
Termorregulación	presenta hipertermia de 38.5°C, diaforesis y palidez facial
Nutrición e hidratación	Peso 83kg, Talla 1.46 m. perímetro abdominal 108 cm, malos hábitos alimenticios, mucosas orales semihidratadas, colesterol: 245.3mg/dl, Triglicéridos 198mg/dl.
Higiene y protección de la piel	Higiene personal deficiente, temperatura elevada, piel húmeda, boca sucia, manos sucias y húmedas, uñas largas amarillentas y sucias, pies sucios con resequedad, micosis en uñas y callosidades.
Descanso y sueño	Se observa somnolienta, presenta frecuentemente problemas para dormir, por la mañana se observa con hipersomnia y refiere no sentirse descansada al día siguiente.
Movilización y postura	Marcha atáxica, claudica de la pierna izquierda, mala alineación de segmentos óseos y malas posturas anatómicas, pérdida de fuerza y tono muscular, arcos de movilidad disminuido. Condición física disminuida
Usar prendas de vestir adecuadas	porta ropa muy justa ,no de acurdo a su talla ,calzado inadecuado no de acurdo a número

NECESIDADES BÁSICAS HUMANAS	MANIFESTACIONES O DATOS DE DEPENDENCIA
Evitar los peligros	Dificultad para la coordinación y el equilibrio, marcha claudicante, con somnolencia, uso inadecuado de calzado, pisos resbalosos, falta de barandales en el hogar y hospital.
Comunicación	Se observa con disfonía, tono de voz muy bajo, lleva malas relaciones de comunicación con su familia, pasa mucho tiempo internada en el hospital, pobre tolerancia a la frustración e irritabilidad.
Vivir según sus creencias y valores	Es cristiana pero su religión le genera conflictos personales y familiares, en su familia no hay respeto ni tolerancia para con ella, le gusta tener amigos aunque frecuentemente riñe con ellos. No está conforme con la religión que ejerce. Cree en la amistad y en el respeto, aunque no es muy congruente su forma de pensar con su forma de vivir.
Trabajar y realizarse	No tiene ninguna ocupación laboral, sólo ayuda en las actividades del hogar, y cuando está bien le gusta vender por catalogo. En el hospital realiza solo actividades básicas de la vida diaria; como tendido de camas y algunas medidas de auto cuidado. No está satisfecha con el rol de familia que juega, No tiene una pareja sexual, le gustaría tener un hijo. Cuando habla de esto expresa emociones de tristeza, ansiedad y angustia.
Jugar y participar en actividades recreativas	Constantemente tiene recaídas, el estrés y los cambios del estado de ánimo influyen mucho en la satisfacción de esta necesidad, en su casa no la dejan salir sola, en su comunidad no hay muchos lugares para la recreación y el esparcimiento. Su condición física la limitan para la realización de actividades físicas ya que se observa con fatiga.
Aprendizaje	Limitaciones cognitivas: Atención, memoria, Cálculo mental, escritura, razonamiento. Se observa con facies de tristeza y angustia su memoria reciente esta conservada, alteraciones neurológicas como temblor distal y somnolencia.

3.3 Diagnóstico de Enfermería

3.3.1 Diagnósticos de enfermería establecidos en este caso de estudio

El diagnóstico de mayor prioridad que se considero para este caso clínico es el que compromete más la salud, bienestar o vida de la persona. El criterio que se tomo para priorizar o jerarquizar los diagnósticos es atendiendo en primer instancia aquellos diagnósticos que ponga en peligro las funciones vitales de la persona, pero de no estar involucradas estas funciones, entonces se considerará como prioritarios aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad en consenso con la enfermera/o.

Establecimiento de prioridades

Los cuales se tomaron en cuenta de acuerdo a las 14 necesidades básicas fundamentales de la teoría de Virginia Henderson

Las primeras nueve necesidades se refieren al plano fisiológico, la décima y decimocuarta son aspectos psicológicos de la comunicación y el aprendizaje, la undécima necesidad está en el plano moral y espiritual. Finalmente las necesidades duodécima y decimotercera están orientadas sociológicamente al plano ocupacional y recreativo.

Para Henderson es básica y fundamental la independencia del paciente en la medida de lo posible, y orienta sus cuidados a que este la consiga del modo más rápido posible. Donde el paciente, tiene que ser ayudado en las funciones que él mismo realizaría si tuviera fuerza, voluntad y conocimientos.

3.3.2 Diagnósticos de enfermería relacionados con las necesidades fisiológicas del caso clínico.

3.3.2.1 Necesidad de respiración/circulación

- ☉ Justificación. La función respiratoria es esencial para el desarrollo de la vida.
- ☉ Pretende conocer la función respiratoria de la persona.
- ☉ Incluye:
 - Valoración del patrón respiratorio.
 - Conocimientos de la persona sobre cómo respirar bien
 - Aspectos ambientales con influencia en la respiración

Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031)

Dominio: 11 Seguridad/protección

Clase: 2 Lesión física

- ☼ *Diagnostico: Limpieza ineficaz de vías aéreas R/C secreciones bronquiales M / P sonidos respiratorio adventicios , Cambios en la frecuencia respiratoria, Cambios en el ritmo respiratorio, Cianosis, disnea y dificultad para vocalizar*

3.3.2.2 Necesidad de comer y bebe de forma adecuada

- ☉ Justificación. El organismo precisa de líquidos y nutrientes para sobrevivir.
- ☉ Pretende conocer la idoneidad de la nutrición e hidratación de la persona, teniendo en cuenta sus requerimientos nutricionales según edad, sexo y estado de salud.
- ☉ Incluye:
 - Patrón individual de consumo de alimentos y líquidos (hábitos alimenticios).
 - Medidas antropométricas.
 - Aspectos psicológicos de la alimentación

Desequilibrio nutricional: Ingesta superior a las necesidades (00001)

Dominio: 2 nutriciones

Clase: 1 Ingestión

- ☼ *Diagnostico: desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades R/C aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas, M/P sedentarismo, peso corporal superior a un 20% al ideal según la talla y constitución corporal , ansiedad.*

3.3.2.3 Necesidad de eliminación

- ☉ Justificación. El organismo precisa eliminar los desechos que genera para su correcto funcionamiento.
- ☉ Pretende conocer la efectividad de la función excretora de la persona.
- ☉ Incluye:
 - Patrón de eliminación fecal.
 - Patrón de eliminación urinaria.
 - Patrón de eliminación a través de la piel (sudor, transpiración).
 - Patrón de eliminación pulmonar.
 - Menstruación

Deterioro de la eliminación urinaria (00016)

Dominio: 3 Eliminación e intercambio

Clase1: Función urinaria

- ☼ deterioro de la eliminación urinaria R/C multicasualidad M/P incontinencia, urgencia, nicturia

3.3.2.4 Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada

- ☉ Justificación. La mecánica del organismo determina en gran medida la independencia de las personas para las actividades de la vida diaria, provocando la inmovilidad importantes alteraciones del cuerpo humano a todos los niveles.
- ☉ Pretende conocer las características de la actividad y ejercicio habitual de la persona.
- ☉ Incluye:
 - Actividades de la vida diaria.
 - Actividad física (ejercicio y deporte).
 - Limitaciones y deformidades corporales

6.-Deterioro de la inmovilidad Física

Dominio 4: Actividad /reposo

Clase 2: Actividad/ejercicio

- ☼ Diagnostico: deterioro de la movilidad física

Limitación del movimiento físico independiente intencionado del cuerpo o de una o más extremidades **R/C** intolerancia a la actividad, índice de masa corporal por encima del percentil 75 para la edad, deterioro del estado físico, disminución y rigidez articular ,sedentarismo ,medicamentos **M/P** cambios en la marcha limitación de la capacidad para las habilidades motoras gruesas y finas,

limitación de la amplitud de movimientos, Inestabilidad postural ,enlentecimiento del movimiento y Movimientos descoordinados

Riesgo de caída (00155)

Dominio: 11

Clase: 2 lesión física

☀ Riego de caída R/C falta de pisos antideslizantes , tranquilizantes, ansiolíticos ,dificultad en la marcha, deterioro en el equilibrio, deterioro en la movilidad física

9.-Intolerancia a la actividad (00092)

Dominio: 4 Actividad /Reposo

Clase: 4: Respuesta cardiovascular /pulmonar

☀ intolerancia a la actividad R/C obesidad y sedentarismo M/P disnea de esfuerzo ,informes verbales de fatiga ,informes verbales de debilidad

3.3.2.5 Necesidad de dormir y descansar

- Ⓜ Justificación. El sueño y el descanso son necesidades básicas e imprescindibles de la persona por las importantes funciones reparadoras que ejercen en el organismo, contribuyendo a la salud física y psicológica del mismo.
- Ⓜ Pretende conocer la efectividad del sueño y reposo habitual de la persona.
- Ⓜ Incluye:
 - Hábitos de sueño y reposo.
 - Problemas para conciliar el sueño.
 - Dificultades para el reposo.

Insomnio (00095)

Dominio4: actividad /reposo

Clase1: sueño/reposo

☀ Diagnostico: Insomnio
Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento **R/C** ansiedad, depresión, siestas frecuentes durante el día, higiene del sueño inadecuadas, toma de estimulantes **M/P** observación de cambios de la emotividad, observación de cambios de energía, el paciente informa la dificultad para conciliar el sueño, somnolencia.

3.3.2.6 Necesidad de Vestirse y desvestirse

- ⊗ Justificación. Además de constituir un elemento representativo de la personalidad del paciente, la ropa es un medio de protección fundamental de la persona contra el frío y el calor.
- ⊗ Pretende conocer la idoneidad del tipo y la calidad de la ropa utilizada por la persona, considerando esta necesidad de forma especial en los niños como adiestramiento social, y en inválidos e incapacitados como parte de la rehabilitación e independencia.
- ⊗ Incluye:
 - Capacidad física para vestirse.
 - Limpieza de la ropa.
 - La elección personal de las prendas

Déficit de autocuidado: vestido (00109)

Dominio 4: Actividad/reposo

clase5: autocuidado

- ☀ Diagnostico :déficit de autocuidado vestido R/C deterioro cognitivo, disminución de la motivación M/P incapacidad para elegir la ropa y el calzado adecuada

3.3.2.7 Necesidad de mantener la temperatura corporal

- ⊗ Justificación. La temperatura del cuerpo necesita mantenerse dentro de un determinado rango para asegurar su correcto funcionamiento, para lo que dispone de una serie de mecanismos de pérdida y ganancia de calor para regularla (termorregulación).La temperatura normal del cuerpo ronda los 36.5-37°C, aunque puede variar dependiendo de la hora del día, de la ingesta de líquidos y alimentos, de la actividad reciente o del ciclo menstrual en las mujeres.
- ⊗ Pretende conocer la idoneidad de la temperatura corporal.
- ⊗ Incluye:
 - Temperatura corporal.
 - Condiciones ambientales

1.- Hipertermia (00007)

Dominio 11: seguridad/protección

Clase: 6 Termorregulación

- ☀ Diagnostico: Hipertermia de 38.5°C R/C enfermedad de vías respiratorias altas M/P aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal

3.3.2.8 Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

- ☉ Justificación. El grado de higiene corporal de la persona es un signo externo del estado de salud que presenta, por lo que esta necesidad tiene un valor tanto fisiológico como psicológico.
- ☉ Pretende conocer la idoneidad de la higiene de la persona.
- ☉ Incluye:
 - Hábitos higiénicos: frecuencia, medios utilizados, duración, etc.
 - Capacidad física para la higiene

Deterioro de la integridad cutánea (00046)

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 2: Lesión física

- ☼ Diagnostico: Alteración de la epidermis Y/O la dermis R/C hipertermia, humedad, hidratación y factores mecánicos M/P invasión de las estructuras , alteración de las capas de la piel

3.3.2.9 Necesidad de Seguridad

- ☉ **Justificación.** Un correcto aprendizaje y desarrollo de los mecanismos y conocimientos para la prevención de peligros externos y de la protección de sí mismos y de las personas que nos rodean evitaría numerosos accidentes que ponen en compromiso la salud de las personas.
- ☉ Pretende conocer las habilidades y conocimientos de la persona sobre prevención de accidentes, caídas, quemaduras....
- ☉ Incluye:
 - Conocimientos sobre medidas de prevención.
 - Desarrollo de medidas de prevención.
 - Ejecución de actuaciones de riesgo.
- ☉

Descuido personal (00193)

Dominio1: promoción de la salud

Clase2: Gestión de la salud

Definición: Constelación de conductas culturalmente enmarcadas que implican una o más actividades de autocuidado en la que hay un fracaso para mantener estándares de salud y bienestar socialmente

- ☼ Diagnostico: descuido personal adaptable **R/C** deterioro cognoscitivo, trastorno esquizoide y de la personalidad **M/P** higiene personal inadecuada, no adherencia a las actividades relacionadas con la salud.

Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar (00080)

Dominio 1: promoción de la salud

Clase 2: Gestión de la salud

- ✦ Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar **R/C** complejidad del sistema de cuidados de la salud, complejidad del régimen terapéutico, conflicto de decisiones, dificultades económicas, demandas excesivas, conflicto familiar **M/p** aceleración de los síntomas de enfermedad de un miembro, fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo, actividades familiares inapropiadas para alcanzar objetivos de salud, verbaliza dificultades con el régimen prescrito.

3.3.3 Diagnósticos relacionados con aspectos psicológicos de la comunicación y el aprendizaje

3.3.3.1 Necesidad de comunicación

- Ⓜ Justificación. Para el ser humano es fundamental expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones, interactuando con el resto de personas y con su entorno. Las emociones están íntimamente ligadas a las alteraciones de salud tanto física como psicológicamente. La enfermería promueve el bienestar del paciente, fomentando las relaciones y la aceptación de la propia persona. En este sentido el personal enfermero debe valorar el equilibrio entre la soledad-interacción social, estado de los órganos de los sentidos, capacidad de expresión, relaciones con familia, amigos y pareja.
- Ⓜ Pretende conocer la efectividad de la interacción social de la persona.
- Ⓜ Incluye:
 - Relaciones sociales.
 - Relaciones familiares y de pareja.
 - Equilibrio soledad - interacción social.
 - Estado de los órganos de los sentidos.
 - Capacidad de expresión

Procesos familiares disfuncionales (00063)

Dominio 7: Rol/relaciones

Clase 2: Relaciones familiares

- ✦ Procesos familiares disfuncionales M/P antecedentes familiares de resistencia al tratamiento abuso a sustancias adictivas M/P agitación, mantenimiento de las promesas, deterioro de la comunicación ,manifestación inadecuada de la cólera ,falta de afrontamiento de los conflictos ,abuso del la nicotina ,sentimientos de ser distinto a los demás,sentimientos de no ser querido, resentimiento prolongado, emociones reprimidas, trastorno de la dinámica familiar

Interrupción de los procesos familiares (00060)

Dominio: 7 Rol/relaciones

Clase2: Relaciones familiares

- ✦ Interrupción de los procesos familiares R/C cambio en el estado de salud M/P cambio en la disponibilidad para el apoyo emocional, cambios en los patrones de comunicación, en la expresión de conflictos dentro de la familia, cambios en la participación en la solución de problemas ,cambios en la participación en la toma de decisiones

Desempeño ineficaz del rol (00055)

Dominio 7: Rol/relaciones

Clase 3: Desempeño del rol

- ✦ Desempeño ineficaz del rol R/C trastorno mental M/P discriminación, violencia domestica ,hostigamiento, incertidumbre ,impotencia

1.-Deterioro de la interacción social (00052)

Dominio 7: Rol/relaciones

Clase 3: Desempeño del rol

- ✦ Deterioro de la interacción social R/C alteración en los procesos del pensamiento barreras ambientales, limitación de la movilidad física, aislamiento terapéutico M/P interacción disfuncional con los demás, informes familiares de cambios en la interacción, incapacidad para recibir una sensación satisfactoria de implicación social, uso de conductas de interacción social infructuosas.

3.3.3.2 Necesidad de aprender

- Ⓢ Justificación. Las personas empeoran su situación de salud o enferman por conocimientos insuficientes o inadecuados, por lo que la educación se considera como una parte fundamental de los cuidados básicos de la persona.
- Ⓢ Pretende conocer las habilidades y conocimientos de la persona sobre las actividades beneficiosas para la salud.
- Ⓢ Incluye:
 - Conocimientos de la persona.
 - Capacidades de la persona.
 - Limitaciones de aprendizaje

Diagnostico de enfermería: Mantenimiento Ineficaz de la salud (00099)

Dominio 1: Promoción de la salud

Clase 2: Gestión de la salud.

Definición: Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud

- ✨ Mantenimiento Ineficaz de la salud R/C deterioro cognitivo, disminución de las habilidades motoras finas y gruesas , habilidades para la comunicación deficientes, incapacidad para realizar juicios apropiados, afrontamiento familiar ineficaz, sufrimiento espiritual, capacidad para llevar a cabo las practicas básicas de salud.

3.3.4 Diagnósticos de enfermería relacionados con el plano moral y espiritual

3.3.4.1 Necesidad de creencias y Valores

- Ⓢ Justificación. La persona piensan, actúan y toman decisiones en función de sus propios valores, creencias y fe.
- Ⓢ Pretende conocer los hábitos del paciente en cuanto a creencias, valores y cultura para valorar su posible influencia en la salud.
- Ⓢ Incluye:
 - Sentido de su vida.
 - Actitud ante la muerte.
 - Conflicto con los valores/creencias.

Sufrimiento espiritual (00066)

Dominio10: Principios vitales

Clase 3: Valores/creencias/congruencia de la acción

Definición: Deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza, o un poder superior.

- ✦ Sufrimiento espiritual R/C enfermedad mental crónica, soledad y de privación sociocultural M/P cólera, expresión de falta de aceptación, expresión de falta de esperanza, expresión de falta de amor.

3.3.5 Diagnósticos de enfermería orientadas sociológicamente al plano ocupacional y recreativo

3.3.5.1 Necesidad de Autorrealización

- ☉ Justificación. Las personas se sienten realizadas y satisfechas cuando tienen una productividad, cuando consiguen con su trabajo el resultado propuesto. En la sociedad la inactividad suele ser sinónimo de inutilidad.
- ☉ Pretende conocer la efectividad del desarrollo de la actividad laboral de la persona.
- ☉ Incluye:
 - La autoestima y autoimagen de la persona.
 - La posición de la persona dentro de su grupo.
 - Rol laboral que desempeña.
 - Problemas/conflictos laborales

Desesperanza (00124)

Dominio 6: autopersepcion

Clase 1: autoconcepto

- ✦ Desesperanza R/C abandono ,estrés de larga duración ,prolongada restricción de la actividad que crea aislamiento M/P Falta de implicación en los cuidados, falta de iniciativa ,pesimista, llanto ,expresiones verbales “no puedo”

Riesgo de soledad (00054)

Dominio 6: autopercepcion

Clase 1: autoconcepto

- ✦ riesgo de soledad R/C aislamiento social

Patrón sexual Ineficaz (00065)

Dominio 8: Sexualidad

Clase 2: Función sexual

Definición: Expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad

- ✦ Patrón sexual ineficaz R/C falta de intimidad, falta de una persona significativa M/P Informe de cambios de la conducta sexual, informe de dificultades en las conductas sexuales, informe de limitaciones en las conductas sexuales

Baja autoestima crónica (00119)

dominio6: Autopercepción

Clase2: Autoestima

- ✦ baja autoestima crónica R/C trastorno psiquiátrico M/P evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar los acontecimientos, expresión de culpa.

Trastorno de la identidad personal (00121)

Dominio 6: Autopercepcion

Clase 1: autoconcepto

- ✦ trastornos de la identidad personal R/C discriminación o prejuicios, procesos familiares disfuncionales, baja autoestima, trastornos psiquiátricos M/P rasgos personales contradictorios, trastornos de las relaciones, sentimientos de vacío ,desempeño ineficaz del rol ,incertidumbre sobre los valores ideológicos

3.3.5.2 Necesidad de ocio y actividades recreativas

- Ⓢ Justificación. Las actividades lúdicas contribuyen a la salud física y mental de las personas.
- Ⓢ Pretende conocer las aficiones y actividades de entretenimiento de la persona.
- Ⓢ Incluye:
 - Tipo de actividades recreativas.
 - Tiempo dedicado a actividades recreativas.

Déficit de actividades recreativas (00097)

Dominio 4: Actividad/ reposo

Definición: Disminución de la estimulación(o interés o participación en actividades recreativas o de ocio)

- ✦ Déficit de actividades recreativas R/C Entornos desprovistos de actividades recreativas, los pasatiempos habituales no pueden realizarse en el hospital M/P Afirmaciones del paciente que se aburre,(desea tener algo que hacer, que leer)

3.4 PLANIFICACION

Es la tercera etapa del proceso de atención de enfermería y está relacionada con la ejecución, la valoración y la evaluación

Esta fase del proceso de atención de enfermería es el acto de determinar qué puedo hacer para apoyar a mi paciente en el restablecimiento, la conservación o el fomento a la salud. Esta fase comprende tres pasos que son: establecimiento de

Prioridades, identificación de objetivos y la planeación de las acciones de enfermería

**planeación = establecimiento de prioridades + identificación de objetivos +
Planeación de enfermería**

Establecimiento de prioridades

Inicia con la lista de diagnósticos de enfermería, y es el paso en el cual el personal de enfermería y el paciente determinan el orden en que los problemas de este deben resolverse.

La clasificación de prioridades es el proceso para establecer un orden de preferencia a los problemas más importantes en la distribución de los cuidados de enfermería. Este establecimiento no significa que un problema debe resolverse completamente antes de poder considerar otro ya que los problemas suelen tratarse de manera simultánea.

Para el establecimiento de prioridades de este caso clínico se tomo en base a la teoría de Virginia Henderson y las 14 necesidades básicas fundamentales; Las primeras nueve necesidades se refieren al plano fisiológico. La décima y decimocuarta son aspectos psicológicos de la comunicación y el aprendizaje. La undécima necesidad está en el plano moral y espiritual. Finalmente las necesidades duodécima y decimotercera están orientadas sociológicamente al plano ocupacional y recreativo.

Identificación de objetivos

Una vez que se determino y se jerarquizaron las prioridades, se establecieron los objetivos que dieron la pauta a seguir y abordar el o los problemas o diagnósticos del paciente.

Para trazar un objetivo es necesario, en primer lugar y para permitir conocer específicamente lo que deseamos lograr. Un objetivo describe un resultado futuro

de una acción en particular, que permiten identificar el que, como, cuando y quien del actuar de la enfermera y el paciente

Robert Mager anuncia tres razones aplicables al desarrollo de objetivos de enfermería.

- ✦ Primero: los objetivos dan dirección para seleccionar estrategias y el orden
- ✦ Segundo: el objetivo definido en forma apropiada implica el contenido de las estrategias
- ✦ Tercero: los objetivos proporcionan los medios para que la enfermera y el paciente organicen sus esfuerzos.

Los objetivos son instrumentos útiles en el diseño, implementación y evaluación del cuidado del paciente.

Para la elaboración de los objetivos del presente estudio se incluyeron las tres áreas de acción: la cognoscitiva, la afectiva y la psicomotriz que permitió tanto a la enfermera como al paciente comprender hacia qué dirección está enfocada la atención en la resolución del problema real, potencial o de riesgo.

Requisito y lineamientos que se tomaron en cuenta para la elaboración de los objetivos en este caso clínico

- ✦ Los objetivos están centrados en el paciente y reflejan la reciprocidad o empatía con las personas que apoyan el cuidado del paciente
- ✦ son realistas y reflejan las capacidades y limitaciones del pacientes
- ✦ son realistas de acuerdo a grado de habilidad y experiencia de la enfermera
- ✦ son congruentes y dan apoyo a otras terapias que el paciente este recibiendo
- ✦ se inician a corto plazo
- ✦ son observables y medibles
- ✦ se describen en forma de resultados o logros a alcanzar y no como acciones de enfermería

El plan de atención de enfermería comienza con enunciado diagnóstico de enfermería y avanza hacia la meta y objetivos, una vez identificados los diagnósticos se seleccionan las acciones únicas u órdenes de enfermería para ayudar al paciente a alcanzar las metas y objetivos. Los planes de cuidados de enfermería no son órdenes médicas delegadas, aunque las enfermeras todavía intervienen en la implementación de estas funciones u órdenes, las órdenes de enfermería son separadas y es en forma explícita una acción de enfermería.

La disposición u orden de enfermería complementa el mandato medico con actividades conexas como la enseñanza, la discusión, la demostración o los métodos para prevenir la enfermedad y conservar o fomentar la salud. Un plan bien redactado proporciona dirección, guía y significado al cuidado de enfermería. Es una fuente central de información para todos que intervienen en la atención de un paciente. Es el medio primario de comunicación, sincronización y organización de todas las acciones de todo el personal de enfermería.

Para la elaboración del plan de enfermería en este caso de estudio se tomaron los siguientes lineamientos y requisitos;

- ✦ Los planes se basaron en los conocimientos acerca de la información que posee la enfermera del paciente y sus familiares
- ✦ En base a las capacidades y destrezas de la enfermera
- ✦ El plan está fechado y tiene la firma de la enfermera responsable
- ✦ Las estrategias de implementación y las órdenes de enfermería son apropiadas a sus objetivos respectivos
- ✦ Los planes están redactados en términos del paciente y las acciones de enfermería son suficientes para el logro de las metas y objetivos
- ✦ Está establecido en términos específicos dando dirección a la conducta de la enfermera y del paciente
- ✦ El plan incluye aspectos preventivos, de fomento y rehabilitación
- ✦ Incluye la colaboración y la coordinación de actividades
- ✦ Los planes están ordenados en una secuencia apropiada basada en la prioridad
- ✦ se utilizaron distintas variables en la situación del paciente

Ejemplo:

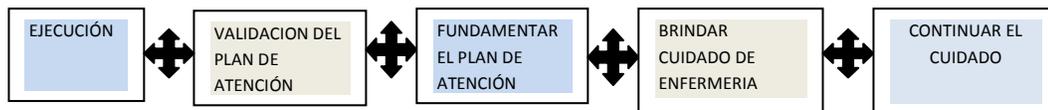
1. ¿Cuál es en general la actitud del paciente hacia el cuidado de su salud?
2. ¿Hasta qué grado conoce el paciente su condición física de obesidad?
3. ¿existen actitudes étnicas o culturales que influyan en los hábitos alimenticios del paciente?

La filosofía de la enfermería acerca del individuo, la salud, la sociedad y la enfermería influyen directamente en los planes, sus creencias afectan la elección de los enfoques teóricos. Estar consciente de estas creencias facilita la selección de cuidados de las proporciones y planes más apropiados para atender al paciente

Finalmente y para ayudar al paciente a lograr sus objetivos se incluyeron los siguientes lineamientos:

- ✦ mostrar seguridad ante el paciente
- ✦ ser realistas y congruentes con otros tratamientos
- ✦ desarrollar una serie de acciones para el logro de cada objetivo
- ✦ se eligieron acciones específicas de enfermería para lograr la conducta descrita en el objetivo
- ✦ las acciones deberán de ser importantes para el paciente y compatibles con los objetivos y valores del mismo
- ✦ se eligieron acciones de enfermería, basadas en la evidencia y experiencias previas
- ✦ se listaron en secuencia lógica las acciones de enfermería y con base en la jerarquización de prioridades

3.5 EJECUCION O IMPLEMENTACION DEL PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA



La implementación es la ejecución del plan de atención de enfermería. En esta etapa la enfermera considera tres fases principales cuando implementa la orden de enfermería, estas son:

- La preparación
- La implementación misma
- La pos implantación

En la preparación la enfermera está enterada de las órdenes de enfermería, es decir tiene los conocimientos para implementarla, esta consiente de complicaciones, así como las destrezas técnicas y los recursos que son necesarios

Tanto el paciente como la familia participan en la planeación del cuidado. La comunicación terapéutica es primordial ya que ayuda al paciente a identificar sus problemas, explorar las posibles soluciones y resolverlos.

El personal de enfermería da información al paciente y ayuda a desarrollar habilidades necesarias para saber ejecutar el plan de cuidados.

Para la ejecución del plan de enfermería del caso clínico se retomó las siguientes medidas y estrategias

- ✦ Se colocó al paciente en un ambiente adecuado, tranquilo, y libre de distracciones.
- ✦ Se procuró la comodidad física y psicológica del paciente
- ✦ El plan se ejecutó bajo las siguientes normas éticas como; la excelencia, seguridad y competencias.
- ✦ Durante la fase de pos implementación del plan fueron comunicadas las acciones de enfermería y las reacciones del paciente a otros miembros del personal mediante el registro clínico de enfermería.
- ✦ Se dejó al paciente en un ambiente confortable y seguro.

Fundamentación científica de las órdenes de enfermería

Se dice que el conocimiento es la base para implementar las acciones de enfermería, la fundamentación científica describe y explica la base de esos cuidados, el fundamento está basado en teorías, modelos, esquemas y principios científicos de las ciencias naturales, de la conducta y de las humanidades.

Para el razonamiento o fundamento científico de este caso clínico se tomaron los siguientes puntos referentes.

- 1) El razonamiento o fundamento científico está dirigido al tópico o estrategia identificada y a la individualidad del paciente y la familia
 - el tópico se refiere al contenido del plan u orden de enfermería como nutrición, higiene personal ejercicio, comunicación etc.
 - la estrategia es aquella que especifica los métodos a través de los cuales se realiza la implementación
 - la individualidad refleja la forma de vida y los aspectos del desarrollo sociocultural, biofísico, espiritual y psicológico del paciente
- 2) El razonamiento científico está basado en los hallazgos experimentales apropiados y en la literatura actual

Una vez fundamentado el plan de atención de enfermería es tiempo de dar la atención como se planeó, sin embargo es necesario decir que en ocasiones se

pueden presentar situaciones que interfieran con la ejecuciones en tal caso el personal de enfermería debe estar alerta para hacer las modificaciones pertinentes sin que esto conlleve a alterar la atención del paciente.

3.6 EVALUACION

La evaluación es una comparación sistemática y planeada, del estado de salud del paciente con objetivos y metas definidos, es una actividad deliberada, progresiva, que comprende al paciente, la enfermera y otros miembros del equipo de salud, la evaluación tiene el propósito de determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas establecidas y juzgar la eficacia de los planes, las estrategias y cuidados de enfermería.

Evaluación	=	Evaluación del logro	+	Revaloración del plan de
atención		de los objetivos		

La evaluación es un proceso continuo y parte integral de cada uno de los componentes del proceso de atención enfermería, que comienza con la implementación, en donde el personal de enfermería observa la respuesta del paciente a los cuidados de enfermería y decide si los planes están ayudando o no al progreso del paciente.

IV PLAN DE ATENCIÓN

Para la realización del presente Proceso de Atención de Enfermería y para los fines académico, solo se tomaron 3 diagnósticos de enfermería, de los cuales dos son reales y uno de riesgo, estos resultaron ser de mayor prioridad ya que comprometían mas la salud ,el bienestar y la vida de la persona.

4.1 Necesidad Fisiológica: Termorregulación

Código:00007	Diagnostico: Hipertermia de 38.5°C R/C enfermedad de vías respiratorias altas M/P aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal
Definición:	Elevación de la temperatura corporal por encima del rango normal
Dominio:11 (seguridad y protección)	Clase 6:Termorregulación

Objetivos: bajar la temperatura a un nivel dentro de lo normal

NIC	FUNDAMENTOS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACION
Retirarle el exceso de ropa y cubrirlo con una sábana (I)	La ropa en el cuerpo favorece el aumento de la temperatura corporal	Después de retirar el exceso de ropa observar si desciende un poco la temperatura.	A los 35 minutos, posteriores a las intervenciones se logro bajar la temperatura a 38°C, pulso 98 por minuto Respiración 28 por minuto.
Aplicación de medios físicos como: compresas de agua fría en cabeza ,estomago y pies, Aplicar bolsas de hielo cubiertas con una toalla en cuello, ingle y axilas, baño terapéutico con agua a una temperatura de 30 a 38°C 30' (I)	El cuerpo pierde calor a través de los mecanismos de conducción a una sustancia más fría los medios físicos que se aplican a una zona del cuerpo del individuo, producen un cambio local o sistémico de la temperatura tisular La vasoconstricción reduce el flujo	Valorar cada 10 minutos la temperatura del paciente, así como la presencia de dolor, molestias, entumecimiento, sensación de quemadura o estremecimientos, observar la piel del área enfriada identificando palidez o cianosis intensa o coloración grisácea. En cualquiera de los	a los 90 minutos se registra temperatura corporal de 37.7°C, pulso 88 y respiraciones 25 por minuto

	sanguíneo a la zona afectada y por lo tanto, el aporte de oxígeno y de metabolitos; disminuye la eliminación de productos de desecho y produce palidez o coloración azulada de la piel, y frialdad	casos, se debe retirar la bolsa o cualquier otro medio físico	
Administrar medicación antipiréticos, ácido acetil salicílico 500mg cada 6 horas (D)	Los Antipiréticos son medicamentos que previenen o reducen la fiebre mediante la reducción de la temperatura corporal por encima del normal. La fiebre se produce por alteraciones de la termorregulación en el hipotálamo; esta zona del cerebro es la encargada de controlar la temperatura corporal, y es donde los antipiréticos actúan, logrando que el cuerpo comience a trabajar para bajar la temperatura; su uso se establecen junto con los medios físicos	Medir la temperatura a los 30,90 y 120 minutos para observar y registrar su descenso	A los 120 minutos se logra bajar la temperatura a 36°C, pulso 80 por minuto y respiración de 20 por minuto.
Fomentar el aumento de líquidos orales o parenterales(ID)	El cuerpo utiliza una cantidad significativa de agua en forma de sudor para enfriarse. Beber líquidos es aconsejable en los estados febriles.	Observar las mucosas orales y tegumentos posterior a la administración de líquidos para verificar el estado de hidratación.	Posterior a la implementación de líquidos orales se observan mucosas orales hidratadas así como los tegumentos.
Tomar la temperatura lo más frecuente posible (I)	Cuando una persona está presentando hipertermia es importante estar chequeando la temperatura constantemente con el fin de mantenerla controlada	Posterior a la toma de temperatura llevar un registro o una grafica para mayor control de la temperatura corporal.	Posterior a los registros de temperatura se tomaron decisiones en las intervenciones para la regulación de la temperatura corporal.

Comprobar el pulso y la respiración del paciente .(I)	con el aumento de la temperatura se presenta taquicardia ,taquipnea, es muy importante mantener los signos vitales del la persona estables	una vez controlada la temperatura verificar que la presión arterial ,el pulso y la respiración se normalicen	Los registros del pulso y la respiración me permitieron evaluar la efectividad de las intervenciones de enfermería
Vigilar por si hubiera actividad de ataques.(I)	Una fiebre muy alta debe atajarse rápidamente porque si sube mucho pueden aparecer convulsiones.	observar signos y síntomas de crisis convulsivas en el paciente con hipertermia	El control de la temperatura por medios físicos y químicos fueron brindados de manera oportuna y en constante vigilancia y no hubo presencia de eventos convulsivos en el paciente

Enfermera que elabora el plan de intervenciones: Olga Bazán Lugo
Unidad 4 psiquiatría agudos
Diciembre 2013 Hora: 22:00

4.2 Necesidad fisiológica Oxigenación

Código:00031	Diagnostico: Limpieza ineficaz de vías aéreas R/C secreciones bronquiales M / P sonidos respiratorio adventicios , Cambios en la frecuencia respiratoria, Cambios en el ritmo respiratorio, Cianosis, disnea y dificultad para vocalizar
Definición	Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables
Dominio:11(seguridad y protección)	Clase:1 infección

Objetivos: despejar las vías aéreas para permitir el proceso fisiológico de inspiración y espiración adecuada

NIC	FUNDAMENTOS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Drenaje postura Se hace percusión o vibración en el frente, la espalda y los lados del tórax de la persona, seguidos de respiraciones profundas y tos.(I) Se recomienda realizar estas técnicas antes de las comidas o una y media a dos horas después de comer, (I)</p>	<p>El drenaje postural usa la gravedad y la percusión para aflojar el moco espeso y pegajoso localizado en los pulmones, de forma que puedan eliminarse por medio de la tos. Favorece la salida de secreciones, promueve bienestar fisiológico y psicológico y riesgo de bronco aspiración. Es recomendable hacerlo antes de las comidas y de una y media a dos horas después de comer para minimizar la probabilidad de vomitar</p>	<p>A los 20 minutos posterior a las intervenciones se espera lograr de manera parcial la expulsión de secreciones bronquiales ,mejorar el bienestar fisiológico ,psicológico y evitar el riesgo de aspiración</p>	<p>A los 40 minutos se observan vías aéreas (boca nariz)semipermeables, inhalaciones poco profundas que continúan Dificultando la expectoración de secreciones. frecuencia respiratoria de 27 por minuto ,pulso 88 por minuto persiste una ligera cianosis peri bucal</p>
Oxigenoterapia	La oxigenoterapia aumentar el aporte de	A los 20 minutos se espera una FIO2	A los 30 minutos se observa al paciente

Administración de oxígeno con la máscara simple de 5 a 6 l/min. (D)	oxígeno a los tejidos utilizando al máximo la capacidad de transporte de la sangre arterial.	constante y definida ,el control de la temperatura, humedad y concentración de oxígeno una frecuencia respiratorio de 23 por minuto y una frecuencia cardiaca de 80 por minuto a si como mejor oxigenación tisular	con una saturación de oxígeno de 90 % ,control térmico humedad , frecuencia cardiaca de 80 pulsaciones por minuto y respiraciones 20 por minuto y una mejor coloración de tegumentos El paciente recupera su bienestar fisiológico y psicológico ,puede comunicarse de forma verbal con mayor claridad
Aspiración de vías aéreas mediante la inserción de un catéter de aspiración en la boca Y/O tráquea del paciente de 10 a 15 minutos (ID)	La aspiración de secreciones mantiene la vía aérea permeable ,favorece la oxigenación pulmonar ; previene complicaciones y <i>atelectacia</i> (disminución del volumen pulmonar) ocasionadas por el acumulo de secreciones	A los 20 minutos posteriores a la técnica de aspiración de secreciones se espera mejorar la permeabilidad de las vías aéreas y la oxigenación pulmonar	Se logro el objetivo a los 30 minutos. M mejoro la permeabilidad de las vías aéreas , el paciente es capaz de toser eficazmente y expulsar las secreciones y una mejor oxigenación tisular
Mantener una hidratación adecuada (I)	La hidratación adecuada reduce la viscosidad de las secreciones y facilita su expulsión	Se espera que posterior al inicio de la hidratación se facilite la expulsión de las secreciones bronquiales	El aumento en la ingesta de líquidos logro reducir la viscosidad de las secreciones favoreciendo su salida

<p>Inhalo terapia Administrar o ayudar con los medicamentos en aerosoles, mediante nebulizador (salbutamos 2,5 mg) (D)</p>	<p>La inhaloterapia, consiste en la administración de medicamentos, oxígeno y humedad por la vía respiratoria. En comparación con la vía sistémica, la inhalada se encuentra asociada con un comienzo de acción más rápido y con menos efectos secundarios.</p>	<p>En 20 minutos se espera que el paciente mejore la permeabilidad de las vías respiratorias para realizar el intercambio gaseoso ,prevenga complicaciones</p>	<p>A los 30 minutos el paciente se observa con vías aéreas permeables y el equilibrio del intercambio gaseoso, mejoro su coloración de tegumentos Mejoro el bienestar fisiológico psicológico y se evito riesgo de broncoaspiración.</p>
	<p>El objetivo principal de la administración de fármacos por vía inhalada es aliviar o prevenir la triada sintomática que se presenta en los pacientes con patología respiratoria y que corresponde a: broncoespasmo, edema de la mucosa y retención de secreciones.</p>		

Enfermera que elabora el plan de atención: Olga Bazán Lugo
Unidad 4 psiquiatría agudos
Noviembre 2013
Hora: 21:30

4.3 Necesidad de seguridad y protección física del paciente

Código:00155	Diagnostico: Riesgo de caída relacionado con ansiolíticos , anti psicóticos, historia de caídas, pisos resbalosos y mojados, falta de barandales, dificultad en la marcha, problemas en los pies, deterioro en el equilibrio y la movilidad física. Tumor aseo de fémur derecho
Definición	Aumento de la susceptibilidad a las caídas que puedan causar daño físico
Dominio:11(seguridad y protección)	<i>Clase:2 lesión física</i>

NIC	FUNDAMENTOS	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
<p>Proporcionar seguridad y protección dentro del entorno terapéutico (I)</p> <p>Observar las actividades de los pacientes para detectar déficit en la movilidad y el desplazamiento (I)</p> <p>Uso de aditamentos de seguridad para pacientes hospitalizados. (Barandales, antideslizantes, iluminación, bancos de altura etc.) (I)</p> <p>Colocar una silla en el área de baños de</p>	<p>Un entorno terapéutico seguro y confortable brinda seguridad física y psicológica a los pacientes</p> <p>Es necesario contar con un protocolo para evaluar el riesgo de caída a todos los pacientes desde su ingreso y durante su hospitalización,</p>	<p>Se espera que el paciente y el familiar demuestren una conducta de seguridad dentro del entorno hospitalario y emprendan acciones para disminuir al mínimo los factores de riesgo que pudieran precipitar las caídas en el entorno.</p> <p>Se espera que el paciente adquiera los conocimientos sobre prevención de caídas.</p>	<p>La utilización de los protocolos para la evaluación de riesgo de caídas en el entorno hospitalario ha favorecido en la reducción de accidentes en los últimos dos meses</p> <p>El paciente y la familia son capaces de evitar las lesiones físicas provocadas por las caídas e identifican los riesgos que aumentan las tendencias</p>

<p>pacientes para su uso durante el baño de regadera. (I)</p> <p>Acercar los aditamentos de ayuda para la movilización del paciente (caminadora, bastón, tripie, silla de ruedas, entre otros) y cerciorarse que: las llantas estén libres de cualquier elemento que impida su libre rodamiento; que el sistema de frenos funcione correctamente y que las piezas estén íntegras y firmes. (I)</p> <p>Colocar el banco de altura a una distancia que le permita al paciente su uso inmediato o mantenerlo debajo de la cama, en tanto no sea requerido. (I)</p> <p>Reportar las fallas, descomposturas o falta de equipo o material dispuesto para la seguridad del paciente al jefe inmediato o a quien corresponda de acuerdo al protocolo establecido en la</p>	<p>Las enfermeras son responsables de proteger a las personas que por alguna circunstancia presentan riesgo de presentar caídas, como es el caso de las personas enfermas que se encuentran en peligro de caer ya sea por pérdida del equilibrio o bien por problemas para mantener el movimiento corporal coordinado</p> <p>Las caídas dentro del ámbito hospitalario son una de las tres principales causas asociadas con el aumento en las estancias hospitalarias ,aumento en los costos hospitalarios ,causal de quejas o inconformidades ante la CONAMED o</p>	<p>Se espera que con estas medidas se reduzca el nmero de incidencias en los pacientes hospitalizados ,disminuyan el tiempo de hospitalización , los costos hospitalarios y la satisfacción de los pacientes en cuanto a la presentación de cuidados de enfermería en un lapso no mayor a dos meses</p> <p>se espera la participación activa de los pacientes ,familiares y visitantes en la prevención de riesgos de caídas dentro del ámbito hospitalario</p>	<p>La seguridad y protección que ofrece el entorno terapéutico es uno de los factores más importantes en la atención de la salud mental</p> <p>Los pacientes con conductas agresivas reciben protección contra sí mismos y se ponen límites a sus acciones. Los entornos terapéuticos hospitalarios proporcionan orden y organización a través de las rutinas diarias y un conjunto de reglas , horarios , y actividades</p> <p>Existe un espacio abierto en los centros psiquiátricos el cual permite observar las actividades de los pacientes y retirar objetos potencialmente lesivos.</p> <p>Las instalaciones eléctricas ,puertas y otros</p>
--	--	---	---

<p>institución o unidad.</p> <p>Colocar el timbre de llamado y el interruptor de luz en un sitio que evite su caída o desplazamiento y al alcance del paciente. (I)</p> <p>Levantar los barandales de protección de la cama por uno o ambos lados, si fuera necesario, y a la altura requerida para rebasar el borde del colchón. (I)</p> <p>Recorridos frecuentes para verificar las condiciones del paciente y atención oportuna a su llamado. (I)</p> <p>Movilización y deambulación asistida por la enfermera y/o el familiar u otro miembro del equipo de salud. (ID)</p>	<p>demandas con responsabilidades</p>		<p>equipamientos están diseñados para promover la seguridad física del paciente</p> <p>La participación activa de la enfermera (O) en la movilización y de ambulación, brinda confianza y seguridad del paciente y disminuye el riesgo de caída</p>
--	---------------------------------------	--	---

NIC

- ⊗ Higiene supervisada o asistida por la enfermera o familiar. (I)
- ⊗ Sujeción en caso necesario informando suficientemente al paciente, familiar o visitante los motivos que determinaron esta sujeción y los cuidados y vigilancia que deben tener a fin de evitar complicaciones en las zonas comprometidas (se sugiere solicitar consentimiento informado del familiar). (ID)
- ⊗ Apoyo durante el inicio progresivo de la deambulaci3n (I)
- ⊗ Informar al paciente, familiares o visitantes sobre el sistema empleado en la identificaci3n del paciente con riesgo. (I)
- ⊗ Evaluaci3n y orientaci3n al paciente, familiares o visitantes sobre la importancia de acatar las medidas de seguridad adoptadas. (I)
- ⊗ Colocaci3n de objetos de uso personal o institucional al alcance del paciente, (timbre, c3modo, orinal, lentes, bast3n. etc) (I)
- ⊗ Explicarles al paciente y al familiar las causas del riesgo y las medidas de seguridad que se adoptar3n. (I)
- ⊗ Involucrar a la familia y solicitarle su apoyo para proporcionar cuidados seguros .(I)
- ⊗ Valorar el estado f3sico y emocional del paciente en cada cambio de turno o cuantas veces sea necesario. (I)
- ⊗ Identificar cambios importantes en la evoluci3n del paciente, en especial en caso de agravamiento en su estado de salud. (I)
- ⊗ Comentar con el paciente y familiar las condiciones existentes al momento de la revaloraci3n y las medidas de seguridad modificadas o que deban continuar. (I)
- ⊗ Verificar las condiciones de los miembros tor3cicos, p3lvicos o el sitio anatómico que haya sido motivo de sujeción. (I)
- ⊗ Registrar en la hoja de enfermer3a el nivel de riesgo determinado, las acciones emprendidas y la respuesta obtenida con el plan establecido y ejecutado. (I)

Enfermera que elabora el plan de cuidados:

Olga Baz3n Lugo

Unidad 4 psiquiatr3a agudos

Noviembre 2012 06.30 A.M

Conclusiones

Las personas con enfermedad mental crónica llámese esquizofrenia, trastorno bipolar, demencia, depresión, etc. Presentan alteraciones en las respuestas fisiológicas como: Alteración del apetito, hiperactividad, alteración de los patrones de sueño, estreñimiento debido a factores dietéticos, falta de ejercicio, fatiga etc. También presentan alteraciones cognitivas como :Indecisión, disminución de la concentración y de la amplitud de la atención, preocupación, y tienden a presentar respuestas emocionales como: tristeza y desanimo, cólera, agitación, resentimiento, culpa y sensación de inutilidad, desesperanza e indefensión ,apatía así como respuestas conductuales tales como : Poca higiene personal, enlentecimiento psicomotor, disminución de la motivación, anhedonia, frecuentes quejas y exigencias, falta de espontaneidad; esto provoca un grave deterioro físico ,psicológico y social, es por ello la importancia de la utilización del método enfermero para implementar planes de cuidados en busca de estrategias que mejoren las condiciones de salud de estas personas.

El proceso de atención es ideal ya que con él se pueden detectar las necesidades fisiológicas, de seguridad, sociales y de autoestima; pero para ello es indispensable la interrelación con el paciente y la capacidad de la enfermera para ganarse la empatía y el respeto de este, favorece la planeación de los cuidados. Cabe reconocer que para la elaboración del proceso de atención de enfermería intervienen aspectos cognitivos, afectivos, actitudinales que la enfermera desplegara para el logro de los objetivos

Las personas con sufrimiento emocional tienden a perder el interés en su persona , pierden la capacidad y la autonomía para la realización de su auto cuidado, ya que la mayoría de ellas manifiestan abandono de su higiene personal; e aquí la importancia de aplicar el método enfermero a las personas con alteración física, psíquica, emocional y espiritual que se encuentran hospitalizados en las instituciones psiquiátricas; y como el PAE es fundamental para la detección de las 14 necesidades fundamentales básicas humanas.

Para llevar a cabo el presente Proceso de Atención de Enfermera se necesito del apoyo de la teoría de Virginia Henderson y las 14 necesidades básicas fundamentales de los seres humanos, Las primeras nueve necesidades se refieren al plano fisiológico. La décima y decimocuarta son aspectos psicológicos de la comunicación y el aprendizaje. La undécima necesidad está en el plano moral y espiritual. Finalmente las necesidades duodécima y decimotercera están orientadas sociológicamente al plano ocupacional y recreativo. Para Henderson es básica y fundamental la independencia del paciente en la medida de lo posible, y orienta sus cuidados a que este la consiga del modo más rápido posible.

La aplicación del método enfermero es una herramienta indispensable para organizar las acciones en la realización de atención de salud de una persona con Enfermedad Mental e Infección Aguda de Vías Respiratorias Altas; el proceso está basado en reglas y principios científicos durante la planeación y la ejecución de la atención de enfermería a sus necesidades y problemas reales, potenciales de salud y de riesgo.

El método de intervención de enfermería consistió en recoger datos (valorar), analizar los datos (diagnosticar), planificar, ejecutar y evaluar el grado en que los objetivos del cliente se han logrado.

ANEXOS

Anexo 1

Enfermedad mental

La enfermedad mental es aquella que causa cambios en la personalidad del individuo, ocasionando alteraciones en el pensamiento, sentimiento y conducta de la persona. Para Latorre, J.M. (1995), la enfermedad es algo más que un acontecimiento explicable física o bioquímicamente, y las emociones, los valores culturales referidos a la enfermedad, la propia imagen del paciente y sus necesidades concretas, han de ser tenidos en cuenta al programar la asistencia psicosocial

Trastorno afectivo

El término afectivo se refiere al estado de ánimo y los trastornos afectivos se refieren a cambios del estado de ánimo que ocurren durante un episodio marcado por extrema tristeza (depresión) o intensa actividad física y mental (manía)

La manía describe periodos de intensa actividad mental y física, en los que la persona presenta desorden en sus actividades y una conducta diferente a lo usual.

Los síntomas de manía más comunes son: poca necesidad de dormir, desorden alimenticio, alteraciones en el juicio y la conducta, alto nivel de energía y de actividad diaria, irritabilidad, elevada autoestima, pensamiento y habla acelerados, alteración en el estímulo sexual y en las relaciones con otras personas.

Trastorno bipolar

Es una afección en la cual las personas alternan entre períodos de un estado de ánimo muy bueno o irritable y depresión. Las "fluctuaciones en el estado de ánimo" entre manía y depresión pueden ser muy rápidas

El trastorno bipolar afecta por igual a hombres y mujeres, y generalmente comienza entre los 15 y 25 años. La causa exacta se desconoce, pero se presenta con mayor frecuencia en parientes de personas que padecen dicho trastorno.

Actualmente, la depresión es la enfermedad que ocupa el segundo lugar a nivel mundial, después de las enfermedades cardiovasculares. En México se estima una prevalencia de 12 a 20% de la población adulta afectada por algún trastorno afectivo. La falta de información, la poca o nula atención, la incidencia y el impacto que causa en la sociedad generan un problema de salud pública. Muchos casos, desafortunadamente, pasan inadvertidos y quedan sin tratamiento. Los tipos más comunes de trastornos emocionales son:

- ② Depresión mayor o unipolar
- ② Trastorno Bipolar o psicosis maníaco-depresiva
- ② Ciclotimia
- ② Distimia

Anexo 2

Sub tipos del Trastorno Bipolar

Trastorno bipolar tipo I

Se caracterizan por la presencia de episodios maníacos agudos de diversos grados de severidad, en donde pueden presentarse síntomas psicóticos y se alterna con episodios depresivos mayores. La severidad y agudeza de los síntomas, hace frecuente la intervención urgente y la hospitalización del paciente.

Trastorno bipolar tipo II

Puede ser el más común pero el menos diagnosticado de los Trastornos Bipolares. Inicialmente puede confundirse con un trastorno de depresión mayor. Se diferencia del TBP I por la ausencia de episodios maniacos; su curso es la presencia de hipomanía y episodios de depresión mayor.

Ciclotimia

Es una forma menos severa del TBP. Con episodios de depresión leve (subsindromal) e hipomanía, pero alto riesgo suicida, altas tasas de depresión personal y familiar, tiene menos respuesta al tratamiento médico. Es una condición difícil de valorar si a veces la irritabilidad es el único síntoma presente.

Sufrimiento Psíquico

Algunos segmentos de profesionales del área de la salud mental prefieren utilizar el término sufrimiento psíquico para denominar manifestaciones que determinan compromiso de la función cerebral. Para estos, el sufrimiento psíquico comprende diferentes grados de alteración neurológica, psicológica y motora, así como también cuadros psicopatológicos manifestados a través de brotes agudos o episodios más leves, todos ellos igualmente penosos para los pacientes que viven estas experiencias humanas.

Anexo 3

Intervenciones psicosociales en los pacientes que presentan sufrimiento psíquico en las alteraciones de la personalidad

Aceptación del paciente: Cada paciente necesita sentirse aprobado y aceptado por quienes lo cuidan. Muchos de ellos son muy sensibles ante cualquier prueba de irritación, impaciencia, indiferencia u hostilidad. Aprender a aceptar la conducta de cada paciente puede exigir esfuerzo de su parte.

Mostrar interés y atención: Cuando usted cuida a un paciente, debe dispensarle toda su atención; llámelo por su nombre, escuche lo que quiera decirle, respóndale de manera adecuada y muéstrese dispuesto a obrar de acuerdo con sus pedidos. En muchas situaciones, la rutina de hospital exige que las cosas se hagan en cierto momento; a menudo, una explicación le ganara la colaboración del paciente.

Escuchar y observar: El paciente que tiene temores e inquietudes puede beneficiarse al hablar de ellos. Sin embargo, por lo general, los enfermos no se extrovierten fácilmente. Muéstrese sensible a las insinuaciones veladas de que algo molesta íntimamente a su paciente.

Reconocimiento de una conducta significativa: Una conducta que no se manifiesta con palabras, a menudo revela al observador los sentimientos del que la manifiesta. Los movimientos "nerviosos", la impaciencia y la resistencia a participar en la conversación, todos estos y muchos otros índices de conducta que expresan sentimientos íntimos, deben hacerle comprender que ese enfermo requiere una atención especial.

Manejo de la información confidencial: Demás está decir que la ética de la profesión exige que usted guarde reserva sobre cualquier información que le confía su paciente.

Mostrar sensibilidad: Una conducta desagradable se debe, por lo general, a un estado emocional negativo, a ignorancia o a actitudes desfavorables. Pocas personas son "malvadas" en el sentido de que les proporcione satisfacción el uso de una conducta incorrecta

Esforzarse por identificar las necesidades del paciente: Toda conducta que señale estados emocionales negativos debe indicar al equipo asistencial que el paciente necesita comprensión. Con mucha frecuencia, semejante conducta hace simplemente que el paciente sea calificado de "difícil", y que se lo rehúya todo lo posible. La verdadera obligación en las profesiones sanitarias radica en identificar necesidades de los pacientes que puedan satisfacerse mediante relaciones interpersonales eficaces

Dispuesta a atender a los pacientes:

"No dé jamás la impresión de que esta apurada. Esto hace pensar a algunos pacientes que deben pedirle algo antes de que usted se vaya."

Anexos 4

Psicofármacos

Actualmente se utiliza una gran variedad de fármacos para el trastorno bipolar. La base del tratamiento médico son los estabilizadores del ánimo (litio, carbamazepina y ácido valproico). Su médico puede recetar otros medicamentos, dependiendo de los síntomas que presente: depresión, ansiedad, insomnio o síntomas psicóticos.

Carbonato de litio tabletas de 300 mg.

El litio, cuyo efecto antimaníaco se conoce desde 1949, ha sido considerado como el tratamiento farmacológico primario de los trastornos bipolares

Es un estabilizador del estado de ánimo con propiedades antimaníacas, antipsicóticas y antidepresivas, indicado para el tratamiento y profilaxis de la recurrencia de los episodios agudos de manía e hipomanía y del trastorno afectivo bipolar tipo I y II.

Valproato de magnesio tabletas 200 mg.

Es un medicamento que se utiliza en la rama de la neurología y la psiquiatría, como anticonvulsivante y como estabilizador del estado del ánimo; tiene varios efectos secundarios, entre los más comunes son el aumento del apetito y el peso, náusea, vómito y somnolencia.

Quetiapina tabletas 300 mg.

La quetiapina es un antipsicótico atípico que interactúa con una gran variedad de receptores de neurotransmisores. Está indicada para el tratamiento de la esquizofrenia.

Haloperidol tabletas 5 mg

Es un fármaco antipsicótico convencional, neuroléptico, que forma parte de las butirofenonas. Se trata de uno de los primeros medicamentos que se usaron en el siglo XX para el tratamiento de la enfermedad mental. Se utiliza para tratar la esquizofrenia, estados psicóticos agudos, algunos estados de agitación psicomotriz, estados maniacos, trastorno de pánico, tartamudez y ansiedad.

Bromazepam tabletas 3 mg

Ansiolítico en dosis bajas para el tratamiento de las afecciones y síndromes psicossomáticos; neurosis fóbicas de ansiedad y manifestaciones hipochondriacas.

Anexo 5.

Los Factores Protectores

Son aquellos elementos de los que se valen las personas para sobrellevar el estrés y enfrentar situaciones problemáticas que se les presentan. Dichos elementos ayudan a la persona salir de las situaciones difíciles ya que contribuyen a bajar los niveles de estrés, así como a reducir el riesgo de enfermedad mental.

Cuadro I: Factores Protectores

INDIVIDUAL	FAMILIAR	ESCOLAR	SOCIAL	EVENTUAL
Autoestima	Armonía familiar	Pertenencia a un grupo social	Seguridad social	Relaciones cercanas
Experiencias positivas y estables	Ambiente familiar que brinde seguridad y confianza	Ambiente escolar efectivo	Relación estrecha con compañeros	Seguridad económica
Capacidad intelectual normal	Conservar la intimidad de la pareja, aún cuando haya hijos	Apoyo de los maestros y padres	Seguridad económica	Buena salud
Negociar, ser flexible, ser solidario	familia pequeña	Responsabilidades	Buena salud	
Establecer lazos afectivos con el entorno	Apoyo de los padres y adultos de la familia	Reconocimiento y éxito	Vivienda digna	
Tener modelos de vida (padres y amigos) Satisfactorios.	comunicación efectiva	Medidas escolares contra la violencia		

Anexo 6.

Los factores de riesgo

Son aquellas condiciones que pueden propiciar el inicio y desarrollo de una enfermedad mental y que tienden a poner en riesgo el estado físico, emocional y social.

Cuadro II: Factores de riesgo en diferentes niveles: individuales, Familiares, escolares y sociales.

INDIVIDUAL	FAMILIAR	ESCOLAR	SOCIAL	EVENTUAL
Baja autoestima	Adicción en los padres	Fracaso escolar	Discriminación de raza, edad, sexo, profesión	Desempleo
Problemas de adicción	Violencia	Deserción escolar	Tener pocas o escasas amistades	Abuso físico
Discapacidad intelectual y física	Disfunción familiar	Problemas de socialización	Carencia de servicios básicos, como: agua, luz, electricidad	Enfermedad física y mental
Relaciones parentales deficientes	Falta de comunicación	Falta de expectativas	Falta de servicios médicos	Discapacidad temporal
Temperamento difícil	Falta de armonía	Violencia escolar (bullying)	Pobreza	No contar con una vivienda
Enfermedad física	Problemas mentales en los padres	Enfermedad física o mental	Alto riesgo en la zona en la que vive	Catástrofes naturales
	Poco apoyo de los padres	Conductas de riesgo social	Sobrepoblación	Guerras Conflictos sociales
	Padres exigentes	Adicción al alcohol y drogas	Competitividad	
			Carencia de servicios de salud	Inseguridad
			Desempleo	
			Migración	

Anexo 7

Cuadro III: Factores protectores de la comunidad

❖ Recibir educación
❖ Vivienda digna
❖ Servicios de salud
❖ Trabajo
❖ Centros recreativos
❖ Redes sociales de apoyo
❖ Personas con quien convivir: familia, amigos
❖ Autoestima
❖ Desarrollo personal
❖ Tener acceso a la información
❖ Integración de la comunidad

Fuente: <http://www.cajbiobio.cl/Docs/Editor/4/Documentos/FACTORES%20PROTECTORES%20SA>

Cuadro IV: Factores de riesgo en la comunidad

❖ Estrés
❖ Ansiedad
❖ Depresión
❖ Desmoralización
❖ Drogadicción
❖ Violencia intrafamiliar, social, escolar (bullying) y laboral
❖ Descomposición familiar
❖ Aislamiento social
❖ Intento suicida
❖ Pobreza
❖ Contaminación
❖ Sobrepoblación

<http://trastornobipolar.org.mx/images/descargas/Folleto-TBP.pdf>

Anexo 9

La clasificación de la valoración nutricional antropométrica se debe realizar con el Índice de Masa Corporal (IMC). En ese sentido, los valores obtenidos de la toma de peso y medición de la talla serán utilizados para calcular el IMC a través de la siguiente fórmula: **IMC = Peso (kg)/ (talla (m))²**.

La determinación del Perímetro Abdominal (PAB) se utiliza para identificar el riesgo de enfermar, por ejemplo de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, entre otras.

ÍNDICE DE MASA CORPORAL	CATEGORÍA
Por debajo de 18.5	Por debajo del peso
18.5 a 24.9	Saludable
25.0 a 29.9	Con sobrepeso
30.0 a 39.9	Obeso
Más de 40	Obesidad extrema o de alto riesgo

VALORES NORMALES DE TRIGLICERIDOS Y COLESTEROL EN SAGRE	
Colesterol total	Hasta 200 mg/dl
Colesterol LDL o malo	Hasta 130mg/dl,tanto en hombres como mujeres
Colesterol HDL	Un valor mayor a 45mg/dl en mujeres Un valor mayor a 35mg/dl en hombres
Triglicéridos	Hasta 150mg/dl

<http://www.abaiarcolesterol.com/cuales-son-los-niveles-de-trigliceridos-normales/>

Anexo 10

MINI-TAMIZAJE DE NUTRICIÓN EN LA COMUNIDAD (CUESTIONARIO DE LA NUTRITION SCREENING INITIATIVE) Tamizaje	Puntaje
Tiene enfermedad o condición que le hace cambiar la clase de comida o la cantidad de alimento que come.	6
Come menos de dos comidas al día.	4
Come pocas frutas, vegetales o productos de leche.	3
Toma tres o más bebidas de cerveza, licores o vino casi todos los días.	0
Tiene problemas con los dientes o la boca que le dificultan el comer.	1
No siempre tiene suficiente dinero para comprar los alimentos que necesita.	5
Come solo la mayor parte de las veces.	2
Toma al día tres o más medicinas diferentes, recetadas o sin recetas.	6
Ha perdido o ganado, sin querer, 5 Kg, en los seis últimos meses.	5
Físicamente no puede ir de compras, cocinar o alimentarse.	4
TOTAL	
Si la puntuación total es: - 0 a 2= Bueno. - 3 a 5= La persona está en riesgo nutricional moderado. Asesore a la persona de cómo puede mejorar su estado nutricional y vuelva a evaluarlo en 3 meses. - 6 o más= La persona está en riesgo nutricional alto. Requiere examen de su estado nutricional.	
Fuente: Reimpreso con permiso de la Iniciativa de Tamizaje Nutricional, un proyecto de la Academia Estadounidense de Medicina Familiar y la Asociación Dietética Estadounidense, financiado parcialmente mediante una subvención de Ross Products Division, Abbott Laboratories, Inc.	

Anexo 11

*** Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol 1993; 28: 32-40. Versión original: Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: Barthel index. Md State Med J 1965; 14: 61-5.

Actividades básicas de la vida diaria Índice de Barthel

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Comer	Totalmente independiente. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona	5
Necesita ayuda para cortar carne, el pan, pero es capaz de comer solo		5
Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona		5
Lavarse	Independiente: entra y sale solo del baño	5
Dependiente		0
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos sin ayuda	5
Necesita ayuda. Realiza sólo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable		5
Dependiente.		0
Arreglarse	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona. Puede lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	0
Dependiente. Necesita alguna ayuda		0
Deposiciones (valórese la semana previa)	Continencia normal. Ningun episodio de incontinencia	0
Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas		0
Incontinencia		0
Micción (valórese la semana previa)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta.	5
Accidente ocasional. Máximo un episodio diario como máximo de incontinencia, incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas u otros dispositivos		5

Incontinencia		0
Usar el retrete	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda de otra persona para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	0
Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo		5
Dependiente. Incapaz de manejarse sin una ayuda mayor		5
Trasladarse	Independiente para ir del sillón a la cama, buena actividad en la transferencia, no necesita ayuda	5
Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física		5
Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo, necesita la ayuda de una persona entrenada		5

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

Fuentes bibliográficas complementarias

- ✓ Lescaille, M. (2006). Relación de la ética del cuidar y los modelos de enfermería con la persona y su dignidad. Revista Cubana de Enfermería, 22(1). Consultado el 22 de febrero de 2013 de http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_1_06/enf08106.htm
- ✓ Ortega, A. Et al. (2006) Técnicas básicas de Enfermería, Ed. Altamar, España.
- ✓ Leslie, D Atkinson. Proceso de atención de enfermería: Importancia del proceso de atención de enfermería. El manual moderno S.A.C:U México D:F 1985 pág. 4 introduccion,capitulo 1 valoración pág. 1-13
- ✓ M.F.Colliere promover la vida: Los cuidados de las mujeres identificadas por su rol: Disquisiciones sobre la naturaleza de los cuidados, para comprender la naturaleza de los cuidados de enfermería. Madrid. Interamericana - McGraw-Hill pág. (3-17 ,233-240)
- ✓ CarpenitoL.J.(1995).Diagnóstico de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica, Interamericana Mc Graw-Hill, Madrid.
- ✓ NANDA (2009-2010).Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. Elsevier. Madrid.
- ✓ Marjon, Gordon: Diagnostico de enfermería, proceso de atención de enfermería, Mosby, Doxman, 1996 (pág. 234- 241. 253-255)

- Leslie D, Atkinson.Proceso de atención enfermero. El manual moderno S.A C. U México D: F: 1985
- ✓ Margaret L.RN, PhD.Razonamiento diagnostico y precisión del diagnostico de las respuestas humanas (pág. 23-36)
- ✓ Linda J, Carpentino.Diagnostico de enfermería: Aplicación a la práctica clínica tercera edición Interamericana MCGRAW HILL. pág. 2,3)

- ✓ Taxonomía Diagnostica nanda.(pág. 3-10,41-50)
- ✓ Margot Phaneuf.La planificación de los cuidados enfermeros un sistema integrado y personalizado. México: interamericana; 2005. (pag10-27)
- ✓ Harcourt B, fundamentos de enfermería en salud mental.M.Mosby
- ✓ Pérez A. Técnicas de sujeción En Enfermería Psiquiátrica. México. Trillas 1997. pa. 149
- ✓ Fornés, J. y Carballal, M.C. III. 6. Plan de cuidados para el paciente agresivo. 2001
- ✓ CONAMED. (2010). Recomendaciones específicas para enfermería relacionadas con la prevención de caídas de pacientes durante la hospitalización. Recuperado 22 de marzo del 2013 en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/download_rec2.php.
- ✓ Delisle, I. y Haughian, R. (1997).1. Conocimiento de las personas enfermas y sus necesidades. 1. El estrés de la enfermedad. En *Visitas y cuidados para los enfermos*. México: Trillas.

