



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**APLICADO A UNA MUJER ADULTA CON DETERIORO DE LA  
MOVILIDAD FÍSICA RELACIONADO POR LUMBALGIA MECANICA,  
CON BASE EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

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

**PRESENTA**

**MARÍA ELENA TAPIA GUZMÁN**

**N° DE CUENTA: 081455966**

**ASESORA DEL TRABAJO**

**M.E. AURORA GARCÍA PIÑA**



**OCTUBRE 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.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, por haberme permitido llegar al término de la licenciatura ya que era algo muy anhelado y esperado desde mucho tiempo; además me ha dado la fuerza y la sabiduría para no desistir de este sueño; a pesar de haber encontrado en el camino múltiples obstáculos que fuí librando con paciencia y dedicación.

A mis profesores y compañeros que me brindaron el esfuerzo y el apoyo desinteresado, ya que de manera conjunta se logró el objetivo de culminar este proyecto, así mismo porque me transmitieron sus conocimientos, experiencias durante la etapa académica.

A mi familia, que nunca ceso en su empeño al compartir en todo momento mis desvelos, apuraciones y tristezas; pero también mis alegrías y satisfacciones; ya que están en cada peldaño que escalo para alcanzar mis metas.

También quiero agradecerme a mí, por el entusiasmo de continuar, por incrementar el saber, por el ímpetu de adquirir conocimientos para seguir preparándome y tener los fundamentos para ser un profesional de enfermería con pensamiento crítico-reflexivo con el fin de brindar un cuidado holístico siempre a la persona que lo solicite en el Instituto Nacional de Rehabilitación, la cual considero “mi casa”.

## INDICE

	<b>Pág.</b>
I. INTRODUCCIÓN.....	5
II. JUSTIFICACIÓN.....	7
III. OBJETIVOS.....	9
IV. METODOLOGÍA.....	10
V. MARCO TEÓRICO.....	12
5.1 Antecedentes y perspectivas del cuidado de enfermería.....	12
5.2 Definición del Proceso de Enfermería y sus etapas.....	15
5.3 Conceptos básicos del Modelo de Virginia Henderson.....	21
5.4 Etapa de desarrollo del adulto.....	25
VI. DESARROLLO DEL PROCESO	
6.1 Presentación del caso clínico.....	29
6.2 Valoración de las 14 necesidades.....	34
6.3 Diagnósticos de enfermería.....	41
6.4 Jerarquización de necesidades.....	43
6.5 Plan de cuidados de enfermería.....	44
6.6 Ejecución del Plan de Cuidados.....	56
6.7 Evaluación del Plan de Cuidados.....	56

VII.CONCLUSIONES.....	57
VIII.SUGERENCIAS.....	59
IX. PLAN DE ALTA.....	61
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
XI. ANEXOS.....	65
1. Instrumento metodológico para la recolección de datos.....	66
2. Consentimiento Informado.....	79
3. Higiene de Columna.....	80
4. Ejercicios de Williams.....	81
5. Plan de Alta.....	82

## I. INTRODUCCIÓN

El dolor lumbar es muy frecuente; ocho de cada 10 personas padecen alguna vez al menos, un episodio en su vida este dolor; es la principal causa de invalidez en las personas con edades comprendidas entre los 19 y los 45 años y la segunda causa más frecuente de pérdida de días de trabajo por incapacidad en los adultos menores de 45 años, sin embargo también se hace más frecuente a medida que se envejece, afecta a la mitad de las personas de más de 60 años en algún momento; su incidencia económica es considerable. De este modo, aunque el dolor lumbar rara vez es producido por enfermedades con riesgo mortal, es un problema de salud importante.

En este trabajo se describe un caso clínico aparentemente de baja complejidad en lo que ha cuidado de enfermería se refiere, sin embargo, la utilidad aportada es construir una práctica profesional científicamente respaldada y metodológicamente estructurada. El caso de la usuaria a la que se le realizó el plan de cuidados se presentó en el Instituto Nacional de Rehabilitación (I.N.R.), en el servicio de cirugía de columna.

En la lumbalgia los aspectos preventivos tienen un papel predominante, ya que la sola modificación del estilo de vida ayuda a reducir riesgos, como por ejemplo: la higiene de columna, en el momento de realizar un movimiento.

El proceso de enfermería o método del cuidado, tiene las características de ser sistemático, flexible y dinámico; que puede ser aplicable en distintos campos de acción, retomando los planteamientos de Virginia Henderson como principal exponente de la teoría y filosofía de la misma, su método basado en las 14 necesidades humanas, los cuales son expuestos de manera muy específica en este trabajo.

La valoración de enfermería ofrece información acerca de la persona pero más aún permite llegar a la inferencia de diagnósticos de enfermería que orientan al profesional de enfermería a organizar un plan de cuidados que reintegre a la persona a su medio familiar y social.

Los diagnósticos de enfermería, realizando la jerarquización de requisitos para establecer prioridades en las intervenciones; con esto realizar un plan de cuidados específico para el usuario, con el objetivo de evitar complicaciones y lograr su pronta integración al entorno familiar y social mejorando su calidad de vida.

En la primera etapa del trabajo se presentan los objetivos que se persiguen al integrar y ejecutar el proceso enfermero, se describe también la metodología en forma breve para la selección del caso y la obtención de la información y elaboración del mismo. Se describe un marco teórico, donde se enuncian los antecedentes y perspectivas de la enfermería, también se incluye la definición del proceso enfermero, las etapas que lo conforman, así como, los conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson finalizando con una descripción de la persona en la etapa adulta.

En la segunda etapa, se presenta el desarrollo del proceso, con la presentación del caso clínico y la valoración de las 14 necesidades, posteriormente el plan de cuidados con los diagnósticos de enfermería, intervenciones, acciones de enfermería y la evaluación del mismo.

Finalmente en la última etapa, se encuentran las conclusiones, en donde se hace referencia al cumplimiento de objetivos de este proyecto; también se enuncian las sugerencias factibles para enriquecer este tipo de trabajos académicos. Se enlistan las referencias bibliográficas que se consultaron para la construcción del mismo. Finalmente en los anexos, se tienen los documentos que apoyan la estructura de este proyecto ya sea para la recolección de los datos y para orientar a la persona.

## II. JUSTIFICACIÓN

En el 2011 la Unidad de Vigilancia Epidemiológica en el Instituto Nacional de Rehabilitación reporta un total 21,711 expedientes, de los cuales 2,121 son dorsopatías con un 26.7%, de las cuales un 9.7% corresponde a lumbalgias, el 9.5% a presencia de conducto cervical estrecho, tumores, escoliosis entre otras y el 7.5% corresponde a hernias discales.

En otra vertiente, cabe señalar que durante los cuatro semestres cursados con el plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería del Sistema Universidad Abierta y Educación a Distancia (SUAYED), donde se formó de manera centrada en el cuidado de la salud y bienestar de las personas sanas o enfermas en las diferentes etapas de la vida, estructurada por ciclos académicos y dimensiones de formación profesional las cuales se denominan de la siguiente manera: Fundamentos del Cuidado en Enfermería, Cuidado en el ciclo vital humano y Cuidado en la salud colectiva, que proporcionaron las bases, el pensamiento crítico, y otros conceptos básicos ya establecidos durante la carrera básica para la elaboración de los formatos propuestos para la realización del Proceso Enfermero.

La enfermería ha ido creciendo siglo tras siglo, ya que su práctica ha cambiado pero la parte del ser humano como profesional sigue siendo la misma, como enfermera se debe amar la profesión que se eligió libremente, ser disciplinada, responsable, solidario y autónomo, con compromiso y liderazgo intelectual, ético, profesional y social.

El Licenciado en Enfermería es un profesional de la salud, que a través del proceso de enfermería, promueve la salud e interviene en la solución de problemas del individuo, familia y comunidad, a fin de maximizar sus potencialidades para lograr el bienestar; ya que durante su ejercicio aplica el razonamiento crítico en el desempeño de sus funciones como promotor de la

salud, proveedor de cuidados, educador y gestor de la atención de enfermería, conduciéndose conforme a las bases éticas y sentido humanístico.

Por todo lo anterior se elige este caso porque durante la atención brindada a la persona, fue muy enfática al decir que por la lumbalgia en ese momento se sentía mal, porque no podía realizar sus actividades diarias de forma independiente y el depender de otros le producía cierta frustración por la pérdida hasta cierto punto de su independencia, ya que refiere que siempre ha sido muy independiente en todos los aspectos. El dolor y el déficit para la movilización son factores predominantes en una lumbalgia y en este caso al impedirle ir al trabajo le afectaba mucho ya que ella era la proveedora de su hogar.

Es de vital importancia documentar este tipo de casos clínicos ya que retomando la experiencia clínica en esta unidad hospitalaria, permite documentar la evidencia de los resultados obtenidos brindando un cuidado individualizado; así mismo de contar con un protocolo de atención sobre esta patología, ofrece seguridad al momento de brindar un cuidado enfermero al usuario que lo padezca, además, de que realice las actividades de la vida diaria de forma independiente en el menor tiempo posible y se reintegre nuevamente a su vida social y laboral con las menores secuelas posibles.

### III. OBJETIVOS

#### Objetivo General

Desarrollar un proceso de enfermería a una mujer adulta que presenta deterioro de la movilidad física, secundario a una lumbalgia mecánica; con base en el modelo de Virginia Henderson, en el servicio de cirugía de columna del Instituto Nacional de Rehabilitación.

#### Objetivos específicos

- ✚ Realizar una valoración de enfermería, recolectando información, identificando la dependencia de las necesidades.
- ✚ Elaboración y jerarquización de diagnósticos de enfermería, así como la aplicación de plan de cuidados basado en la taxonomía, North American Nursing Diagnosis Association ( NANDA)
- ✚ Plantear las intervenciones encaminadas a que recupere su independencia
- ✚ Finalmente construir una evidencia científica que permita a las enfermeras documentar los cuidados individualizados a una persona con lumbalgia mecánica; de tal manera que trascienda el trabajo del profesional de Enfermería, en este tipo de cuidados dentro del área clínica.

## IV. METODOLOGÍA

Para la elaboración de este trabajo se llevaron a cabo las siguientes actividades, primeramente, se seleccionó a la persona que se encuentra hospitalizada en el Instituto Nacional de Rehabilitación en el servicio de columna ubicado en el séptimo piso; se trabajó conjuntamente durante aproximadamente una semana.

Se aplicó el instrumento de valoración de las 14 necesidades humanas de Virginia Henderson, (Ver anexo 1), una vez autorizado el (consentimiento informado) (Ver anexo 2), por parte de la persona se llevó a cabo en dos días la valoración de estas necesidades; se utilizó como material; lápiz, pluma, papel, mesa, silla, báscula, cinta métrica, un camión, baumanómetro, estetoscopio, termómetro y reloj de pulso.

Una vez obtenida esta información se lleva a cabo la estructuración de los diagnósticos de enfermería, evaluando la jerarquización de necesidades, para establecer prioridades en intervenciones de enfermería, la cual se realizó en dos días en promedio.

De esta manera se lleva a cabo un plan de cuidados específicos para la persona de acuerdo a sus necesidades y con una revisión bibliográfica para indagar sobre la patología. Durante la ejecución la persona se mostró interesada y cooperadora en el restablecimiento de su salud, esta actitud ayudó para que día tras día se empoderara de su salud, y comprendiera que los cambios en su estilo de vida eran beneficiosos; ya que con los conocimientos adquiridos y reforzándolos durante su estancia hospitalaria se cumple con los objetivos de este proceso enfermero. Cabe señalar que las intervenciones de enfermería independientes e interdependientes; se llevaron a cabo de manera simultánea al momento de realizar la valoración hasta concluir la evaluación.

Al momento de evaluar dichas intervenciones, se observa segura a la persona sin titubeos lleva a cabo lo aprendido sin problemas y lo más importante refiere que quiere prevenir otro episodio de lumbalgia para un futuro.

Finalmente el trabajo se transcribe para su presentación por escrito en aproximadamente un mes.

## V. MARCO TEORICO

En este apartado se revisarán los antecedentes históricos de enfermería que permite conocer lo sucedido en el pasado para darse cuenta del cambio tan significativo que guarda el profesional de enfermería durante el paso del tiempo, ya que ha ido evolucionando en su forma de realizar sus procedimientos pues cada vez están mejor sustentados ya que la investigación es una de las prioridades, y otra es mejorar la metodología utilizada en los mismos día a día, por todo lo anterior se describirá de manera breve los antecedentes históricos de enfermería, modelo y teoría, proceso de enfermería y etapa de adultez, con el fin de que cada uno de estos fundamente el proceso enfermero.

### 5.1 Antecedentes y perspectivas del cuidado de Enfermería

**La etapa doméstica**, se relaciona con la concepción de “la salud como mantenimiento de la vida”. Esta etapa de los cuidados se le denomina doméstica, por ser la mujer en cada hogar la encargada de este aspecto de la vida. El objetivo prioritario de atención de la mujer cuidadora es el mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio. Los cuidados van encaminados a ese mantenimiento de la vida a través de la promoción de la higiene, la adecuada alimentación, el vestido y en general, todas las medidas que hacen la vida más agradable, algunas de las cuales se han dado en llamar en nuestros días cuidados básicos, (García C., 2001).

**Durante la etapa vocacional**, se inicia la creencia de que “la salud tiene un valor religioso”. Durante la etapa vocacional, los conocimientos teóricos requeridos por las enfermeras eran nulos y los procedimientos muy simples. Lo realmente importante eran las actitudes que debían mostrar y mantener las personas

dedicadas al cuidado de los enfermos, menesterosos y necesitados. Naturalmente la práctica enfermera vista desde esta perspectiva, no requería ningún tipo de preparación, a excepción de la formación religiosa. La enfermería de esta época se describe como una actividad ejercida por personas con gran sentido de religiosidad, caridad, sumisión y obediencia. La etapa considerada como vocacional se encuadra en la historia de los cuidados desde el nacimiento del pensamiento cristiano hasta finalizar la edad moderna de la Historia Universal.

**Para la etapa Técnica,** la enfermera técnica centra su atención en el enfermo como sujeto de una enfermedad, por ser el paradigma de esta etapa “la salud como ausencia de enfermedad”. Esta etapa se inició a mediados del siglo XIX con el advenimiento de lo que Colliere denomina “mujer enfermera-auxiliar del médico”, época marcada por la herencia de estadios precedentes profesión de mujeres y, durante siglos, reservada a mujeres consagradas.

La aparición de la enfermera técnica y la separación de los poderes políticos y religioso permitieron el inicio de la enfermera en vías de profesionalización.

Los principios de la profesionalización de la enfermería se atribuyen a Florencia Nightingale, pero verdaderamente la consideración de enfermería como trabajo eminentemente técnico surgió a raíz de los años cincuenta del siglo XX, cuando la red hospitalaria se extiende adquiriendo estos centros otra función diferente a la que venían desempeñando. El paso a esta etapa técnica, desde la etapa vocacional, no ocurrió de una forma brusca. Por el contrario, fue necesario un largo periodo de transición, conocido como Etapa Oscura de la enfermería por las circunstancias que dieron lugar a esta denominación.

**Entonces, en la etapa Profesional,** la concepción de “la salud como equilibrio entre los individuos y su ambiente” cambia la orientación del cuidado enfermero, entendiéndose como el conjunto de actividades enmarcadas en un sistema conceptual y utilizando una metodología de trabajo propia de la disciplina.

La atención a la salud supone la intervención de diferentes profesionales que, integrados en un equipo multidisciplinar, atiendan de forma eficaz y autónoma los diferentes aspectos de la salud individual y colectiva. En consecuencia, las enfermeras han tenido que ampliar el campo de actuación que les era propio al lado de la cama del enfermo. En la actualidad, el cuidado enfermero integra un conjunto de actividades para propiciar mayor bienestar físico y una mejor adaptación de los individuos con su entorno. Paralelamente a este nuevo concepto de salud las enfermeras se preguntan su razón de ser, y tratan de desprenderse de otras disciplinas y surgen enfermeras investigadoras, comienzan a emplearse métodos de trabajo científicos que sustituyen a los empíricos y las enseñanzas se incluyen en la Universidad. En una palabra se inicia la etapa de la enfermera profesional.

### **Perspectivas de Enfermería**

Actualmente, “La Enfermería, es la ciencia y el arte dedicado al mantenimiento y promoción del bienestar humano, esta disciplina ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad con una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover la salud, prevenir las enfermedades, fomentar y educar para el autocuidado de la salud, así como desarrollar proyectos de investigación respecto al cuidado de las personas, por lo tanto; Enfermería es la ciencia del cuidado basado en el diagnóstico de las respuestas humanas, el estado de salud-enfermedad y en la aplicación de intervenciones considerando el contexto cultural en el que se desarrolla”, (PLACES, 2010).

Cuidar, es una actividad indispensable para la supervivencia, y constituye una función primordial para promover el desarrollo de todas aquellas actividades que hacen vivir a las personas y a los grupos, (Marriner, 2002).

Las acciones del cuidado se refieren a aquellas actividades que ejecuta el personal de enfermería, con el fin de ayudar a satisfacer las necesidades físicas,

psicológicas, sociales y espirituales de las personas, familia o comunidad que en continua interacción con su entorno, viven experiencias de salud o enfermedad, (Kérouac, 2001).

La praxis en el ámbito de la enfermería no se concibe sin una clara intencionalidad hacia el objeto de estudio de la profesión, por lo tanto la teoría y la investigación fundamentan el ejercicio profesional de la enfermera, el cual está basado en la herramienta metodológica llamada, Proceso de Enfermería, en este sentido es necesario conceptualizar y definir cada uno de estos elementos, (PLACES 2010).

## **5.2 Definición del Proceso de Enfermería y sus etapas**

El Proceso de Atención de Enfermería es considerado una valiosa herramienta en el desempeño del profesional de enfermería, que permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática para obtener información e identificar los problemas del individuo aparentemente sano, la familia y la comunidad con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería, (Noguera, 2008).

Además permite definir el ejercicio profesional, garantizar y asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención y proporciona bases para el control operativo y el medio para sistematizar e investigar en enfermería.

El proceso de atención de enfermería ha sido concebido a partir del conocimiento científico y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería en los diferentes niveles de atención y servicios, donde enfermería proporcione cuidados al individuo aparentemente sano, familia y comunidad.

Es importante que el proceso de enfermería sea un instrumento en la práctica del profesional, puede asegurar la calidad de los cuidados al individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería ya que asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.

De esta manera el proceso de enfermería proporciona un método lógico y racional para que el profesional de enfermería organice la información de tal manera que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz.

En el contexto actual el proceso de enfermería es considerado como el Método del Cuidado de los profesionales de enfermería, el cuidado tiene fines particulares y una forma propia de proceder, de forma individual para cada persona; con base en sus necesidades y su entorno a fin de favorecer una calidad de vida, (Rosales, 2004).

El proceso de enfermería en la actualidad permite que se adapte a circunstancias específicas del individuo y se sustenta en un marco teórico, que le da una amplia base de conocimientos a la disciplina, favorece el pensamiento crítico, consolida habilidades interpersonales y técnicas, y sobre todo la capacidad para cuidar y el deseo de hacerlo, (Rosales, 2004).

El propósito fundamental es construir una estructura teórica que pueda cubrir las necesidades del usuario y garantizar la calidad en los cuidados y la calidad de vida, (Rosales 2004).

Según, Colliere, (1993), señala que las ventajas son las oportunidades generadas por la aplicación del proceso de enfermería en el campo profesional al utilizar el proceso enfermero y son:

- La satisfacción profesional; planes perfectamente escritos ahorran tiempo y energía.
- Favorece la continuidad de los cuidados, lo que da lugar a un ambiente seguro y terapéutico.
- Proporciona cuidados individualizados por la que la persona participa de forma activa, proporciona datos para la valoración, valida el diagnóstico de enfermería, confirma los resultados y las actuaciones, ayuda en su ejecución y proporciona antecedentes para la evaluación.

- El proceso de enfermería demuestra el alcance de la práctica de enfermería, basándose en su formación y marco de actuación y rol profesional.
- La utilización de un método sistemático para la presentación de cuidados de enfermería mejora también la calidad de los cuidados.

Esta misma autora refiere que las características del proceso de enfermería tiene cualidades esenciales que lo caracterizan son:

- Sistemático: cada una de las etapas con fines didácticos se separan para su comprensión, pero en la implementación cada una de ellas se interrelaciona para el logro del objetivo del proceso de enfermería.
- Dinámico: el ser humano por naturaleza puede cambiar, en un instante; en lo emocional, físico y social por tal motivo cada etapa se adecuará a las necesidades de la persona.
- Interactivo: es fundamental durante la implementación de la metodología del cuidado, donde el profesional de enfermería se relaciona con la persona, lo cual es esencial para la individualización de los cuidados.
- Flexible: sus etapas se pueden dar de manera consecutiva y la enfermera puede utilizar más de una etapa a la vez.
- Sustentarse teóricamente: por las características propias del proceso de enfermería y sus etapas, tiene la cualidad de adaptarse con base en un modelo teórico de la enfermería.

El conocimiento depende por una parte de la filosofía (proceso enfermero) que aplicamos mediante un modelo y por otra parte de la ciencia en sí que aplicamos con un método o forma que está impregnado de esa filosofía de base.

Las etapas son cíclicas, dinámicas e inseparables, estructuradas en secuencia lógica para ser una guía que orientará al profesional de enfermería la forma en que actuará considerando la situación de salud muy particular de cada persona y su entorno.

1. Valoración: observación, recogida de datos.
2. Diagnóstico: qué problema hay.
3. Planificación: tener objetivos realistas.
4. Ejecución: llevar a la práctica los objetivos.
5. Evaluación: analizar si se han cumplido.

La **VALORACIÓN**, debe ser organizada y sistematizada para la recopilación de información sobre la situación de salud de la persona y su entorno mediante diversas fuentes. Consiste en reunir toda la información para obtener una imagen, lo más clara y completa posible de las necesidades de la persona, sus problemas y sus capacidades, (Rosales, 2004).

**EI DIAGNÓSTICO** es un análisis de los datos para identificar problemas de salud real y potencial que constituye las bases del plan de cuidados. En esta etapa formulamos los problemas de colaboración y de diagnósticos enfermeros. Es decir, en primer lugar nos vamos a encontrar con problemas de la enfermedad (diagnóstico médico) y luego un historial del diagnóstico enfermero. El profesional de enfermería será el responsable de diagnosticar y tratar las respuestas humanas a problemas reales y potenciales de salud. La habilidad de la enfermera es identificar aquellas funciones de enfermería que se pueden realizar de forma independiente sin que sea necesaria la colaboración de otros profesionales. Estas funciones pueden incluir: enfoques preventivos o enfoques correctivos.

La **PLANIFICACIÓN** es la determinación de resultados esperados e identificación de intervenciones para lograrlos.

**Para la EJECUCIÓN** es la puesta en práctica del plan para lograr los resultados esperados y obtención de las respuestas iniciales.

- 1) Preparación para la acción, 2) realización de las actividades, 3) registros de la actuación, 4) registro de los resultados.

Finalmente la **EVALUACIÓN**, es la valoración del logro de los resultados y decisión sobre la necesidad de introducir cambios. Recordar que la evaluación está incluida en cada etapa del proceso.

1. Valoración de la situación actual (si ha mejorado o no)
2. Comparación con los objetivos marcados.
3. Mantener, modificar o finalizar, (Rosales, 2004).

Los métodos para la recolección de datos es la obtención de la información referente a las condiciones, desde el punto de vista holístico, de la salud de la persona, familia o comunidad. Debe reunir las siguientes características: ser completa, sistemática y ordenada, para ello debe seguir el modelo teórico (necesidades) bajo el cual se sustenta el proceso enfermero, porque con base en el permitirá tener una secuencia para la obtención de datos, el análisis y facilitando la implementación de las demás fases.

Los medios y técnicas para la recolección de los datos: son los apoyos mediante los cuales podrá obtener información:

- Observación
- Entrevista
- Exploración física

**La observación:** es un proceso deliberado que incluye atención voluntaria y la inteligencia, orientadas por un objetivo, para obtener información. Es un sistema

lógico, se realiza a través los órganos de los sentidos, debe ser selectiva, objetiva, ilustrada y ordenada, pero además son fundamentales el conocimiento y la experiencia de la enfermera para una observación estructurada.

**La entrevista:** es una conversación dirigida entre dos personas, con dos finalidades: dar y obtener información a través de: Recoger información para identificar problemas, iniciar la relación enfermera- paciente, creando un clima de confianza y respeto, disminuir la ansiedad del paciente proporcionando la información necesaria, Motivar al paciente a participar activamente en el proceso del cuidado.

**La exploración física:** es el examen sistemático del paciente para encontrar evidencias físicas de capacidad o incapacidad funcional. Sus objetivos son confirmar los datos obtenidos a través del interrogatorio y detectar nuevos signos y determinar el estado de un problema real o potencial.

La formulación del diagnóstico de enfermería va a depender del tipo de diagnóstico que se haya identificado a partir del análisis realizado. La NANDA plantea tres formas distintas:

1. Diagnóstico real: es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad a problemas de salud reales.
2. De alto riesgo: juicio clínico de enfermería acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, familia o de la comunidad para desarrollar un problema, que otras personas en una situación similar.
3. Bienestar: es un juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar a un nivel más alto de bienestar.

**La exploración física:** para que se dé de manera sistemática y concreta debe seguir métodos y técnicas específicas, estas son esenciales para examinar exhaustivamente a la persona. La inspección para realizarla de manera directa la enfermera hace uso de los sentidos, en específico de la vista e indirectamente utiliza instrumentos como el estetoscopio, otoscopio etc. La palpación es el uso del tacto, se puede realizar de forma superficial o profunda, para determinar las características de la estructura corporal por debajo de la piel, a través de esta técnica se obtienen datos como tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulso, vibración, consistencia y movilidad. La percusión consiste en golpear la superficie del cuerpo con el dedo o con los dedos para provocar sonidos. A través de esta técnica se tienen el tamaño, densidad, límites de un órgano y localización. La medición consiste en obtener datos de los signos vitales (temperatura corporal, pulso/frecuencia cardíaca, respiración y tensión arterial) y la somatometría (estatura, perímetros y segmentos corporales) .Es fundamental valorar en conjunto estos aspectos, ya que reflejan el funcionamiento general del organismo y detectan problemas reales y de riesgo.

### **5.3 Conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson**

**Datos biográficos de Virginia Henderson,** (Marriner, 2007).

- Nació en 1897 en Kansas (Missouri)
- Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente
- Incorporó principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de Enfermería.

**Objetivo:**

- Ayudar al individuo a lograr la independencia en la satisfacción de sus necesidades básicas.

**Supuestos básicos:**

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados

**Proposiciones:**

- La satisfacción de las necesidades depende del poder, saber, y querer
- La persona quiere la independencia y se esfuerza por conseguirla.
- Cuando una necesidad no está satisfecha, la persona no es un todo.
- Filosofía, se basa en el trabajo de Thorndike, (psicólogo estadounidense), su experiencia, en la enfermería de rehabilitación, y el trabajo de Orlando en relación con la conceptualización de la acción propia de la enfermería, (Orlando, 1961).
- La Enfermera tiene una función propia. Cuando la Enfermera asume el papel del médico, abandona su función propia.
- La sociedad espera un servicio de la Enfermera que ningún otro profesional puede darle.

**Contribuciones:** Enfermera, Profesora, Escritora e Investigadora.

Dió lugar a un índice anotado de cuatro volúmenes sobre literatura biográfica, analítica e histórica de enfermería desde 1900 hasta 1959.

## Definición de Enfermería

“The Principales and Practice of Nursing”1955, la función específica de la enfermera, es ayudar a la persona, enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y a hacerlo de tal manera que le ayude a ganarla independencia lo más rápidamente posible, (1966,7). Identificó 14 necesidades básicas en las personas; en las que basa la atención de Enfermería, ver cuadro 1.

**Cuadro 1. Necesidades básicas**

LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS	
<b>FISIOLOGIA</b>	1. Respirar normalmente 2. Comer y beber adecuadamente 3. Eliminar los desechos corporales 4. Moverse y mantener posturas deseables 5. Dormir y descansar 6. Seleccionar ropas adecuadas: vestirse y desvestirse 7. Mantener la temperatura corporal
<b>SEGURIDAD</b>	8. Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel. 9. Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros
<b>AUTOESTIMA</b>	10. Comunicarse con los demás en la expresión de las emociones, necesidades, miedos y opiniones
<b>PERTENENCIA</b>	11. Rendir culto según la propia fe.
<b>AUTO ACTUALIZACIÓN</b>	12. Trabajar de tal manera que haya una sensación de logro 13. Jugar o participar en diversas formas de ocio 14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva el desarrollo y salud normales y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles.

Fuente: Teorías de Carácter Histórico Enfermería Fundamental (2010).  
Manuscrito no publicado. ENEO-UNAM

**Relaciones en Enfermería:** Identificó los tres niveles siguientes de relaciones enfermera-paciente en los que la enfermera actúa como lo siguiente:

- Sustituye a la persona: la enfermera sustituye totalmente al paciente.

- Colabora con la persona: la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.
- Compañera de la persona: 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.

“Favoreció la comprensión empática, y afirmó que la enfermera debe meterse en la piel de cada uno de sus pacientes a fin de conocer que necesitan”, (Henderson, 1964,63).

### **Metaparadigma:**

**PERSONA:** Ser biológico, psicológico y social que tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus 14 necesidades humanas.

**SALUD:** Capacidad de actuar de forma independiente en relación con las 14 necesidades fundamentales.

**ENTORNO:** La naturaleza del entorno es dinámica. El entorno tiene un claro impacto (negativo o positivo). El entorno es modificable y puede ser controlado.

**ENFERMERIA:** “Asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible”.

#### 5.4 Etapa de desarrollo del adulto maduro

Es una etapa mucho más condicionada por factores sociales y culturales que biológicos, el principio y el final no es algo determinado. Se inicia cuando el individuo asume responsabilidades sociales, políticas y económicas y finaliza a partir del momento de la jubilación. Los sucesos evolutivos como el matrimonio, los hijos, el trabajo, el paro, etc., condicionan de forma notable esta etapa, (Rena 2008).

Sus características físicas son: Las funciones están en su máximo funcionamiento, están estables, lo que se traduce en seguridad, poder y dominio, hay fortaleza, energía y resistencia física, es decir un funcionamiento intelectual consolidado.

**Funcionamiento Sensorial y Psicomotor:** Volteando una mirada a nuestro alrededor podremos comprobar que el adulto joven típico es un espécimen físicamente bueno, le caracteriza su fuerza, energía y resistencia. Desde la mitad de los 20 años, cuando la mayor parte del cuerpo está completamente desarrollado (en tamaño) hasta alrededor de los 50, el declive de las capacidades físicas está generalmente tan graduado que se nota difícilmente. La fuerza muscular tiene su punto entre los 25 y los 30 años de edad y luego viene una pérdida gradual de 10% entre las edades de los 30 a los 60. La mayor parte del debilitamiento ocurre en la espalda y en los músculos de las piernas, un poco menos en los músculos de los brazos. La destreza manual es más eficiente en los adultos jóvenes; la agilidad de los dedos y los movimientos de las manos empiezan a disminuir después de la mitad de los 30 años.

Los sentidos están también más agudos durante la vida adulta joven. La agudeza visual es más penetrante alrededor de los 20 años y empieza a declinar alrededor de los 40. Una pérdida gradual de la audición empieza típicamente antes de los 25 años, después de estos, la pérdida llega a ser más real. El gusto, el olfato y la sensibilidad al dolor y a la temperatura generalmente no muestran ninguna disminución hasta cerca de los 45 a los 50 años.

Desarrollo cognitivo: Enfoque deficitario, de influencia biológica: en la edad adulta el desarrollo se estabiliza o comienza a sufrir déficits. El enfoque del ciclo vital: sin negar las posibilidades de cierta decadencia de la inteligencia, insiste fundamentalmente en la plasticidad y crecimiento continuado de la misma, que da lugar a una inteligencia postformal o sabiduría. Modelo de encapsulación: parte de un concepto positivo del desarrollo, del pensamiento y existe un incremento en el conocimiento experto del adulto dentro de áreas específicas.

Por tanto la adultez es la etapa comprendida entre los 25 a los 60 años aproximadamente, aunque como es sabido, su comienzo y su término dependen de muchos factores personales y ambientales. En esta etapa de la vida el individuo normalmente alcanza la plenitud de su desarrollo biológico y psíquico. Su personalidad y su carácter se presentan relativamente firmes y seguros, con todas las diferencias individuales que pueden darse en la realidad. Así, hay adultos de firme y segura personalidad capaces de una conducta eficaz en su desempeño en la vida; hay otros de una personalidad no tan firme ni segura; finalmente existen los que adolecen de una pobre y deficiente manera de ser (personalidad) que los lleva a comportamientos ineficaces y hasta anormales.

El **adulto maduro** se distingue por las siguientes características: Controla adecuadamente su vida emocional, lo que le permite afrontar los problemas con mayor serenidad y seguridad que en las etapas anteriores, también se adapta por completo a la vida social y cultural, forma su propia familia y ejerce plenamente su actividad profesional, cívica y cultural. Es la etapa de mayor rendimiento en la actividad. También es capaz de reconocer y valorar sus propias posibilidades y limitaciones. Esto lo hace sentirse con capacidad para realizar unas cosas e incapaz para otras. Condición básica para una conducta eficaz. Normalmente tiene una percepción correcta de la realidad (objetividad), lo cual lo capacita para comportarse con mayor eficacia y sentido de responsabilidad, (Ávila 2009).

Según Erickson, en la edad adulta, se pasa por las siguientes etapas o momentos: La adquisición de la intimidad frente a la soledad, que supone, o no, la superación del “yo soy” de las etapas anteriores de la niñez y adolescencia, en un “nosotros somos”, que tiene que ver con el establecimiento de relaciones amorosas estables, con el compromiso, etc. Las relaciones de pareja, estarán condicionadas tanto por el atractivo físico, como por el principio de semejanza o afinidad. La felicidad con dicha pareja, dependerá tanto de factores intrapersonales, como interpersonales (madurez emocional, nivel de autoestima, respeto al otro, capacidad de adaptación, capacidad para expresar y recibir afecto, nivel de comunicación, satisfacción en las relaciones sexuales...). En el ámbito laboral, distinguimos las siguientes etapas: exploración del mundo del trabajo, elección de una profesión, acceso a su desempeño, estabilización, consolidación del desempeño profesional, (Rena, 2008).

Además de estos dos aspectos, diversos autores añaden que en algún momento entre los 40 y los 45 existe una crisis que se ha denominado: la crisis de la mitad de la vida. Además, en el caso de que tengan niños, se puede dar otro fenómeno como es el del nido vacío, producido por la dependencia de los hijos.

**Características biológicas:** Las funciones están en su máximo funcionamiento, están estables, lo que se traduce en seguridad, poder y dominio, hay fortaleza, energía y resistencia física. Un funcionamiento intelectual consolidado.

**Características sociales:** Desarrollo social 1: El matrimonio, la paternidad/ maternidad y el trabajo son los ejes fundamentales sobre los que gira la vida adulta. Matrimonio: es una de las relaciones más frecuentes de la vida adulta. En la actualidad existe un aumento de las parejas de hecho, cambio en los roles sexuales tradicionales (androginia) y búsqueda de satisfacciones psicológicas, personales y sexuales e intimidad. Paternidad y maternidad: el hijo incide en las expectativas de los padres y sobre sus proyectos familiares, profesionales y personales. Es de los sucesos que tienen mayor repercusión: se reduce la

actividad social, incremento de los deberes domésticos, aumento de los costes económicos, etc.

Desarrollo Social II: el trabajo proporciona estabilidad e independencia económica y social al adulto y una posición social. La calidad del ajuste entre las expectativas del individuo y el trabajo real, es origen de grandes satisfacciones o frustraciones. Los factores que condicionan la satisfacción laboral son la edad, sexo, formación profesional, personalidad, tarea, desarrollo vocacional.

Desarrollo afectivo: La vida afectiva del adulto está condicionada por el matrimonio, los hijos y el mundo laboral. La separación o divorcio es una situación traumática que se vive emocionalmente con tensión. Significa una reestructuración de la vida. Está demostrada la relación entre ruptura matrimonial y tasa de hospitalización psiquiátrica y enfermedad física. El estrés en el trabajo y paro, el paro significa la ausencia de un rol fundamental en la vida del adulto, ocasiona por tanto un problema emocional grave. Las enfermedades psicosomáticas y alteraciones psicológicas son frecuentes en situaciones de paro.

## VI. DESARROLLO DEL PROCESO

### 6.1 Presentación del caso clínico:

#### I.-FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: T .T.G.	Edad: 49	Talla: 1.50 cm
Fecha de nacimiento: 24-01-1964		Sexo: femenino
Ocupación: Asistente de Dirección.	Escolaridad: Maestría en Liderazgo Organizacional.	Fecha de admisión: 12 marzo 2013
Hora: 16:30	Procedencia: D.F.	Fuente de información: Directa
Fiabilidad: (1-4): 4	Miembro de la familia/ persona significativa: Madre y es la proveedora económica de la familia.	

Se trata de una persona del sexo femenino, de 49 años de edad, originaria del Distrito Federal, divorciada desde hace 10 años, escolaridad: Maestría, trabaja como asistente de Dirección en una empresa particular, pertenece a una familia de cuatro integrantes; en donde desempeña el rol de madre de familia y sostén económico, vive en casa propia y cuenta con todos los servicios domésticos, como antecedente de importancia toda su vida ha sido aparentemente sana sin ninguna patología agregada.

Niega alergias así como cirugías, pues dice que siempre ha sido muy sana.

Se encuentra hospitalizada por presentar dolor y deterioro de la movilidad física en la parte baja de la espalda por un esfuerzo realizado que le impidió volver a caminar con normalidad. Se eligió a esta persona para realizarle el proceso

enfermero porque la patología de la **lumbalgia** es muy frecuente, se presenta generalmente en la etapa de la adultez, en una etapa donde el adulto es cien por ciento productivo, es más frecuente en mujeres y genera gastos estratosféricos a las dependencias de salud, siendo esta una enfermedad previsible al 100% en su mayoría de los casos.

La usuaria refiere que se le ha dificultado la movilidad física por la lumbalgia que padece desde hace varias días, por lo tanto le impiden realizar sus actividades diarias de forma independiente y tiene que pedirle ayuda a las personas que viven con ella para poder movilizarse, bañarse, etc... y no le gusta molestarlos, pues quiere nuevamente realizarlos de forma independiente.

Su molestia inicio de forma repentina al levantar una caja bastante pesada costándole trabajo enderezarse ya que un dolor muy fuerte en la parte baja de la espalda, se lo impidió, y tuvo que solicitar ayuda para incorporarse, posterior a este evento el dolor y la inmovilidad fueron motivo para ausentarse del trabajo. En los días siguientes pensó que se le quitaría la molestia sola, pero no fue así, ya que al enderezarse le costaba mucho trabajo y dolor, por lo que su familiar lo trajo al Instituto Nacional de Rehabilitación para que la valoraran.

Llega al servicio de urgencias deambulando en su propio pie lentamente, pero con claudicación al andar y refiriendo un dolor a nivel lumbar Eva 9/10. Se administra analgésico indicado de forma inmediata.

### **Valoración física inicial**

Examen físico: talla: 1.50 mts. Peso:

### **Constantes vitales:**

Frecuencia cardiaca: 102 latidos por minuto y pulso regular, Frec. Res. 24 x minuto, T/A 130/90mmHg, temperatura: 37.2°C.

## Exploración física:

Se le explica detalladamente a la usuaria de cada uno de los procedimientos que el médico le realizara, ya que son varias pruebas para que corrobore el diagnóstico.

Femenina de edad en relación con la cronológica, alerta con fascies dolorosas a la movilización y deambulación refiriendo dolor un Eva 9/10, con marcha claudicante a expensas del miembro podálico derecho antialgica.

Columna alineada dolorosa a la palpación aumentada en columna lumbar con contractura de paravertebrales, arcos de movilidad limitados por el dolor, miembro pélvico simétricos normotrofos con arcos de movilidad completos no dolorosos, fuerza 5/5 general sensitivo 2/2 rots simétricos, babinski negativo.

La exploración física se basa en la inspección, palpación, valoración de la movilidad, pruebas de provocación radicular y exploración neurológica, las cuales son:

- Signo de Laségue: Paciente acostado en decúbito dorsal. Se levanta la extremidad comprometida en extensión y se aprecia si se desencadena el dolor lumbociático. (Positivo).
- Signo de Bragard: Mientras se realiza la maniobra anterior se lleva la pierna por debajo de donde el paciente comienza a sentir dolor y se procede a la dorsiflexión del pie; es positivo cuando se reproduce el dolor.
- Signo de Cavazza Interno y Externo: El signo de Cavazza interno se realizó la presión en el primer espacio intermetatarsiano del pie, (lo cual es sugestivo de una radiculopatía L5), salió negativo.
  - El signo de Cavazza externo se realizó la compresión en el cuarto espacio intermetatarsiano, (el cual es sugestivo de una radiculopatía S1), salió negativo.

- Signo de Wassermann: Se sitúa a la paciente en decúbito ventral y se coloca la mano en la región poplíteica y se flexiona la pierna sobre el muslo, y no provocó dolor en la cara anterior del muslo. (Compromiso de raíces L2, L3 y L4) prueba negativa.
- Maniobra de Goldthwait: Se coloca a la paciente en decúbito prono y se levantan simultáneamente ambas piernas con una mano mientras que con la otra se fija la pelvis; si el dolor aparece antes de inmovilizar la pelvis es de la articulación sacroilíaca. El origen del dolor es vertebral si se desencadena al moverse la región lumbar. Negativo.
- Signo de Valleix: Se coloca a la paciente en decúbito prono y se valora el dolor a la palpación del nervio ciático en su trayecto. (Negativo).

**La exploración neurológica** fue difícil que se le realizara por el dolor tan aumentado, pero posteriormente la exploración se ejecutó sin más problemas. Se colocó a la paciente de pie y se le pidió que realizara marcha en talones y en puntillas para valorar la fuerza y sensibilidad de raíces nerviosas (L5) y (S1). No hubo afectación.

**Prueba del clono del pie (del tríceps sural):** Se colocó a la paciente en decúbito supino se sostiene con el antebrazo la pierna del paciente o con una mano el tercio superior del muslo en una posición parcialmente flexionada en la articulación de la cadera y de la rodilla. Con la otra mano se toma el pie por su cara plantar, se dorsiflexiona fuertemente y se mantiene en esta posición. La respuesta consiste en una serie de contracciones rítmicas del músculo tríceps sural, con la que el pie efectúa una serie de movimientos clónicos. Sin alteraciones.

**Signo de Babinski:** La usuaria en decúbito supino y con la rodilla y el tobillo en semiflexión, con un objeto de punta ligeramente roma, como una llave, se

presiona profundamente el borde lateral de la planta del pie haciendo un movimiento uniforme, suave y lento desde el talón, y se cruza la almohadilla metatarsiana en sentido medial (hacia la base del dedo gordo). La respuesta normal es la flexión de los dedos. Babinski negativo.

**Es importante saber las características del dolor**, si la forma de comienzo es: súbito o insidioso, la localización, las características (mecánico: empeora con el movimiento y mejora en reposo; inflamatorio: predominio nocturno y rigidez matutina), existencia de empeoramiento con maniobra de Valsalva y síntomas asociados (incontinencia de esfínteres, impotencia sexual).

## 6.2 Valoración de las 14 Necesidades

### 1-Oxigenación:

Refiere disnea debido al dolor en la región baja de la espalda, con tos productiva pero en mínima cantidad, dicho dolor se asocia con la respiración ya que el dolor en la parte baja de la espalda que se irradia hacia abajo se lo impide.

Es fumadora desde hace 28 años, fumando 2 cigarros diarios aproximadamente, variado la cantidad de cigarros según su estado emocional porque cuando está ansiosa fuma más.

Se observan signos vitales (pulso: 102xmin. T/A: 130/90, resp:24x min., Temp:37.2°C), por el dolor que está presentando, tose en muy breves momentos, se encuentra alerta y cooperadora la coloración de la piel es rosada, lisa, flexible de características normales, los lechos ungueales también son rosadas y peribucal sin anomalías.

### 2- Alimentación e hidratación

Refiere tratar de no consumir alimentos en la calle, en lo posible, y que no contengan grasa (no capeados) y empanizados muy poco, dice que ingiere mucha agua y verduras, realiza tres comidas al día, padece estreñimiento ocasional, ya que cuando esta angustiada por algún problema se presenta esta molestia. Es intolerante a la lactosa y dice no tener problemas de la masticación y deglución.

Expresa no contar con ningún patrón de ejercicio pero trata de caminar lo más posible ya que su trabajo es mantenerse sentada en un escritorio la mayor parte del día.

Se observa la turgencia de la piel normal, saludable, mucosas orales deshidratadas, las uñas y el cabello sin problemas. Por el momento le cuesta trabajo la movilización dentro y fuera de cama ya que el dolor en la parte baja de la espalda es muy persistente. Tiene su dentadura completa, ausencia de muela inferior de lado derecho, se observa sin cicatrices.

### **3- Eliminación**

Refiere evacuar una vez al día las heces son de consistencia blanda, en cantidad moderada y color café, la orina es transparente y sin olor. Menstruación cada 28 días durando 4 días de cantidad el primero y segundo días abundante sangrado y el 3ero y 4to poca cantidad. Usa laxantes pero no de forma habitual solo cuando tiene dificultad para evacuar. Dice que las emociones alteran sus patrones de eliminación de una forma moderada ya que una emoción negativa por ejemplo le provoca estreñimiento ocasional.

Se observa abdomen distendido, al tacto blando, depresible e indoloro, se escucha una reducción de los borborigmos que está indicando la presencia de estreñimiento; vejiga sin alteraciones y se palpa vacía.

### **4- Termorregulación**

Refiere tener adaptabilidad a los cambios de temperatura porque no se enferma, cuando hay cambios bruscos de temperatura es tolerante a los mismos. No realiza algún ejercicio definido, pero trata de realizarlo cuando tiene tiempo por ejemplo caminar por tiempo prolongado, y dice que le agrada mucho el clima templado.

Se observa las características de la piel sin laceraciones, transpira poco sin mal olor, ni penetrante. El entorno se muestra incómodo ya que por el dolor no

toleraba estar sentada ni de pie; ni en ninguna posición porque en todas el dolor persistía.

## **5- Moverse y mantener una buena postura**

Refiere no poder realizar todas sus actividades de la vida diaria de forma independiente sino que necesita ayuda para realizarlas en todo momento.

No podía tener actividades en su tiempo libre ya que el dolor era constante y no le permitía poner atención en las mismas ni en las profesionales; ninguna postura le permitía el descanso permanente solo cuando se colocaba una almohada entre las piernas sentía cierto alivio. Sus hábitos de trabajo no los podía realizar porque el dolor se lo impedía así como el desplazarse de un lado a otro de forma continua.

Se observa el sistema musculoesquelético con poca fuerza en las extremidades pélvicas, la flexión y la extensión de las mismas alteradas pues los arcos de movilidad son visiblemente disminuidos, la resistencia era mínima y la flexibilidad se encontraba nula. La postura con la que sentía más descanso era lateral con un cojín entre las piernas.

La ayuda para la deambulacion era total porque otra persona le tenía que ayudar a desplazarse al baño y realizar cualquier actividad con mucha dificultad, el dolor se acrecentaba con cualquier movimiento impidiendo realizarlo de forma normal, hay presencia de temblores solo cuando tenía que flexionar y extender las piernas al momento de quererse sentar o levantar. Su estado de conciencia siempre fue alerta y su estado emocional preocupada, angustiada, triste, temerosa, porque no sabía que le sucedía en ese momento y que le iban hacer, porque no podía moverse normalmente y el dolor cual era la causa. Tuvo miedo de perder el equilibrio porque sentía con el dolor la opresión y los temblores, le dio miedo de caerse y no poder sostenerse y que al caer lastimarse aún más.

## **6-Descanso y sueño**

Refiere haber tenido problemas para dormir, no dormir bien y solo dormir por ratos, durmió unas 3 horas debido a que el dolor no cedía totalmente y estar cansada de estar en una sola posición en cama por temor a la movilización y que el dolor aumentara, así que al levantarse no estaba descansada sino desgastada, y débil sin apetito ni ganas de nada.

Se observa débil con adinamia, astenia, pero preocupada por su estado, el querer saber porque el dolor no se quitaba totalmente y persistía, con ojeras muy marcadas, bostezaba con frecuencia e irritable por momentos, mostraba apatía a su alrededor, respondiendo a estímulos externos, en ocasiones ponía poca atención al equipo de salud, pero concentrada. En todo momento se mostró cooperadora para cuando los médicos (ortopedista, internista, urólogo etc...) la auscultaban y contestaba todas las preguntas que se le hacían.

## **7- Usar prendas de vestir adecuadas**

Refiere que su estado de ánimo y su autoestima influye para la selección de sus prendas de vestir que sus creencias no le impiden vestirse como le gusta y que necesita de ayuda para seleccionar que ropa ponerse.

Se observa que viste de acuerdo a su edad, no tiene en este momento la capacidad para realizarlo sola necesita ayuda de su familiar.

## **8- Higiene y protección de la piel**

Refiere que se baña diariamente con dificultad, por la mañana es mejor para ella, los dientes son lavados varias veces al día, se lava las manos antes de comer y después de ir al baño si esta alguien con ella sino no.

Se observa su aspecto general limpio, pero un poco desaliñada por estar en todo momento en cama porque no puede levantarse porque se lo impide el dolor y la dificultad para moverse, su olor corporal es agradable halitosis esporádica, el cuero cabelludo es limpio pero reseco bien implantado todavía, brillante y sedoso.

## **9- Evitar peligros**

Refiere que la familia la conforma por tres hijos (dos varones 1 mujer) y la madre. Ante alguna situación de urgencia, trata de que en su familia sean organizados con indicaciones previas a un evento incidental, para actuar inmediatamente al evento. En el lugar donde trabaja le imparten algunos cursos relacionado con la prevención de accidentes, les informan cómo prevenirlos con la información fundamentada la cual se la transmite a su familia en casa. Realiza controles periódicos de salud como el control periódico de la mujer (Papanicolaou, colposcopia, mastografía etc. Las situaciones de tensión en su vida las canalizan con la ayuda de un terapeuta, y se los comunica a los demás integrantes de su familia para que estén enterados y conozcan cómo actuar en un momento determinado.

Se observa sin deformidades congénitas, las condiciones del ambiente en su hogar es tranquilo y en su trabajo en ocasiones el ambiente puede ser tranquilo y en otras es un poco tenso por el exceso de trabajo que existe en la empresa.

## **10- Comunicarse**

Su estado civil es divorciada, duró con su pareja más de 20 años casada, vive con dos hijos varones pues la hija ya se casó, su preocupación es su padecimiento actual. Cuenta con sus hijos para ayudarla pero ella es la proveedora principal de la familia, le comunica a su familia su estado de salud y la apoyan con su

comprensión, pasa sola la mayor parte del tiempo porque sus hijos trabajan y no pueden verla, solo su hija pero tiene un bebe y también lo tiene que atender.

Se observa que habla claro, se entiende y su comunicación con la familia es buena así como con el equipo de salud.

### **11- Vivir según sus creencias y valores**

Refiere que cree en Dios y no le genera conflictos personales, sus principales valores en la familia son: respeto, comunicación, lealtad, confianza, amor, seguridad, sus principales valores personales los mismos. Es coherente en sus respuestas, es respetuosa con los demás y es correcta en su forma de hablar, aunque en forma tranquila y pausada. Es una persona con valores bien fundamentados, ya que los pone en práctica con sus compañeras de sección en el hospital, y con el personal multidisciplinario del Instituto que le brinda su cuidado.

Se observa hábitos religiosos los mencionados por ella, permite el contacto físico sin problemas, hay una cruz en su cabecera y menciona tener fe dentro de su persona para que le dé fortaleza en esos momentos tan difíciles.

### **12- Trabajar y realizarse**

Refiere trabajar actualmente en una oficina y los riesgos son los normales cuando se trabaja en una empresa donde se maneja dinero, le dedica más de 8 horas diarias, está muy satisfecha con su trabajo y su sueldo cubre sus necesidades básicas y las de su familia así como dice estar satisfecha con el rol que juega en su familia.

Se observa que su estado emocional es calmado, pero irritable por momentos y también intranquila por su estado de salud.

### **13- Jugar y participar en actividades recreativas**

Refiere que en su tiempo libre le gusta leer libros de desarrollo humano (Carl Rollers) y libros de retos personales y que las situaciones de estrés influyen en esta necesidad, existen recursos en su comunidad para leer. Pero no participa mucho en actividades recreativas por falta de tiempo libre.

Se observa dificultad para realizar sus actividades de la vida diaria de forma independiente por el dolor su columna lumbar le impide la movilización adecuada, es participativa pero se encuentra desganada para realizar alguna actividad recreativa por el momento.

### **14- Aprendizaje**

Refiere estar terminando su maestría en liderazgo organizacional, no tiene problemas de aprendizaje ni limitaciones cognitivas, prefiere leer, utiliza en su comunidad las fuentes de apoyo para el aprendizaje, muestra interés en su problema de salud ya que realiza preguntas con frecuencia sobre su estado.

Se observa tranquila congruente con sus respuestas sus órganos de los sentidos están en buenas condiciones, su estado emocional muestra un poco de ansiedad, pues el dolor aún no se quita totalmente pero ha cedido. No tiene problemas de memoria ya que recuerda al 100% lo actual y lo pasado.

### 6.3. Conclusión diagnóstica de enfermería

Necesidad		Grado de dependencia *		Diagnóstico de enfermería	Fuentes de Dificultad **	
1	Oxigenación	I	X		V	
		PD			F	
		D			C	
2	Nutrición Hidratación	I	X		V	
		PD			F	
		D			C	
3	Eliminación	I		Estreñimiento r/ c actividad física insuficiente, cambios ambientales recientes, estrés emocional, m/ p distensión abdominal e incapacidad para eliminar las heces.	V	
		PD			F	
		D	X		C	X
4	Moverse y mantener una buena postura	I		Deterioro de la movilidad física r/c dolor m/p incapacidad para realizar las actividades de autocuidado o AVD. Deterioro de la deambulaci3n r/c dolor lumbar m/p incapacidad para caminar ,subir escaleras y trasladarse al WC ,a la ducha y de la cama a la silla	V	
		PD			F	X
		D	X		C	
5	Descanso y sueño	I		Deterioro del patr3n de sueño r/c dolor y factores ambientales del entorno (hospital) m/p bostezos e irritabilidad. Ansiedad relacionada con el evento de salud manifestado por expresi3n de preocupaci3n e inquietud.	V	X
		PD			F	
		D	X		C	
6	Usar prendas de vestir adecuadas	I		Déficit autocuidado: vestido/acicalamiento r/c deterioro perceptual m/p incapacidad para mantener el aspecto a nivel satisfactorio.	V	
		PD			F	X
		D	X		C	
7	Termorregulaci3n	I	X		V	
		PD			F	
		D			C	
8	Higiene y protecci3n de la piel	I		Déficit de autocuidado: baño /higiene r/c deterioro perceptual o cognitivo m/p incapacidad para lavar total o parcial el cuerpo.	V	
		PD			F	X
		D	X		C	

				Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con deterioro de la movilidad física		
9	Evitar peligros	I		Dolor agudo r/c lesión en región lumbar m/p verbalización del paciente y facies de dolor. Riesgo de caídas r/c dificultad para la deambulacion.	V	
		PD			F	X
		D	X		C	
10	Comunicarse	I	X		V	
		PD			F	
		D			C	
11	Vivir según sus creencias y valores	I	X		V	
		PD			F	
		D			C	
12	Trabajar y realizarse	I	X		V	
		PD			F	
		D			C	
13	Jugar, participar en actividades recreativas	I	X		V	
		PD			F	
		D			C	
14	Aprendizaje	I	X		V	
		PD			F	
		D			C	
*(I) Independiente (PD) Parcialmente dependiente (D) Dependiente						
** (V) Voluntad, (F) Fuerza y (C) Conocimiento						

#### 6.4. Jerarquización de Necesidades

Prioridad	Necesidad	Diagnóstico de Enfermería
1	Moverse y mantener una buena postura:	Deterioro de la movilidad física r/c dolor m/p incapacidad para realizar las actividades de autocuidado o AVD. Deterioro de la deambulacion r/c dolor lumbar m/p incapacidad para caminar, subir escaleras y trasladarse al WC, a la ducha y de la cama a la silla.
2	Evitar peligros:	Dolor agudo r/c lesión en región lumbar m/p verbalización del paciente y fascies de dolor. Riesgo de caídas r/c dificultad para la deambulacion.
3	Descanso y sueño:	Deterioro del patrón de sueño r/c dolor y factores ambientales del entorno (hospital) m/p bostezos e irritabilidad. Ansiedad relacionada con el evento de salud manifestado por expresión de preocupación e inquietud.
4	Eliminación:	Estreñimiento r/ c actividad física insuficiente, cambios ambientales recientes, estrés emocional, m/ p distención abdominal e incapacidad para eliminar las heces.
5	Higiene y protección de la piel:	Déficit de autocuidado: baño /higiene r/c deterioro perceptual o cognitivo m/p incapacidad para lavar total o parcial el cuerpo. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con deterioro de la movilidad física por malestar, dolor.

# PLAN DE CUIDADOS

## 6.5. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Nombre del paciente: T.T.G. Edad: 49 años N: 012289 Servicio: columna No de cama 703

Fecha de ingreso: 12-03-13 Dx. De ingreso: Lumbalgia.

**1.- Necesidad afectada: Moverse y mantener una buena postura.**

DX ENF	FUNDAMENTACION	OBJETIVO	INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Deterioro de la movilidad física r/c dolor m/p incapacidad para realizar las actividades de autocuidado o AVD.	El aumentar o restablecer la capacidad corporal de un individuo o de cualquiera de sus partes para realizar actividades funcionales, mejorar su aspecto físico, evitar o disminuir desequilibrios fisiopsicosociales y favorecer su independencia hasta donde sea posible.	Realizar sus Actividades de la Vida Diaria, la deambulaci3n y la traslaci3n de forma independiente, lo m3s pronto posible.	<p>-Ayuda con los autocuidados: alimentaci3n.</p> <p>- Ayuda con los autocuidados: aseo/ Eliminaci3n.</p> <p>-Ayuda con los autocuidados: ba3o/higiene.</p> <p>-Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal.</p> <p>-Terapia de ejercicios: deambulaci3n.</p> <p>-Ense3anza actividad / ejercicio prescrito:</p> <p>-Informar al paciente del prop3sito y los beneficios de la actividad / ejercicio prescrito.</p> <p>-Ense3ar al paciente la actividad / ejercicio prescrito.</p> <p>-Ense3ar a la persona: -Higiene de columna (anexo 3) -Ejercicios de Williams (anexo 4)</p> <p>-Ayudar al persona a incorporar la actividad / ejercicio en la rutina diaria/ estilo de vida.</p> <p>-Reforzar la informaci3n proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, seg3n corresponda. Incluir a la familia / ser querido, si resulta</p>	<p>Ayudar a la persona a realizar la higiene personal.</p> <p>Preparar a la persona para que consiga y / o mantenga el nivel de actividad prescrito.</p> <p>Higiene de columna son:</p> <p>Todas las medidas que se toman para conservar y/o mejorar la salud de la columna, y el principal objetivo es la prevenci3n.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Educar-Informar</li> <li>✓ Restablecimiento de la funci3n</li> <li>✓ Mejorar la capacidad propioceptiva</li> <li>✓ Reeducar</li> <li>✓ Entrenamiento.</li> <li>✓ Ejercicios de Williams:</li> </ul> <p>Se proponen reducir el dolor en la parte inferior del dorso estirando los m3sculos que flexionan la columna lumbo-sacra y estirar los</p>	<p>En la movilidad f3sica, se observa una mejor3a que ha sido gradual con el paso de los d3as.</p> <p>Con la deambulaci3n sucedi3 lo mismo pero le cost3 un poco m3s de trabajo ya que todav3a persist3a la posici3n antialgica al inicio de la marcha y todav3a la realizaba con ayuda, hasta su egreso.</p> <p>Durante los traslados los realizaba lentos con ayuda pero poco a poco, solo solicitaba el apoyo cuando era sumamente necesario.</p>

<p>Deterioro de la deambulación r/c dolor lumbar m/p incapacidad para caminar, subir escaleras y trasladarse al WC, a la ducha y de la cama a la silla.</p>	<p>Un Plan de atención para la recuperación funcional del paciente tiende a considerar sus necesidades de independencia, movilización, traslado con o sin utilización de implementos de apoyo, comunicación, recreación y trabajo.</p>		<p>necesario.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Terapia de ejercicios: deambulación</li> <li>-Aconsejar a la persona que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones.</li> <li>-Ayudar al persona a sentarse en un lado de la cama para facilitar los ajustes posturales.</li> <li>-Enseñar al persona a colocarse en la posición correcta en el proceso de traslado.</li> <li>-Ayudar al persona en el traslado, cuando sea necesario.</li> <li>-Aplicar / proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o silla de ruedas, etc.) para la deambulación si el paciente no camina bien.</li> <li>-Ayudar a la persona con la deambulación inicial, si es necesario.</li> <li>-Instruir a la persona / cuidador acerca del traslado y deambulación seguras.</li> <li>-Vigilar la utilización por parte de la persona de muletas u otros dispositivos de ayuda para andar.</li> <li>-Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de la seguridad.</li> </ul>	<p>extensores del dorso.</p> <p>Van a fortalecer la musculatura abdominal y glútea que en estos casos suele encontrarse atrofiada, y elongar la musculatura paravertebral lumbar (además de isquiotibiales y los flexores de cadera) que se suele encontrar contracturada y retraída.</p> <p>Brindar estímulo y asistencia en la deambulación para mantener o restablecer las funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento y recuperación de la lesión.</p>	
---	--	--	--	--	--

## 6.5. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Nombre del paciente: T.T.G. Edad: 49 años N: 012289 Servicio: columna No de cama 703

Fecha de ingreso: 12-03-13 Dx. De ingreso: Lumbalgia.

**2.- Necesidad afectada: Evitar peligros.**

DX ENF	FUNDAMENTACION	OBJETIVO	INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Dolor agudo r/c lesión en región lumbar m/p verbalización del paciente y fascies de dolor.	El dolor se refiere a la sensación desagradable sui generis que se percibe, se sufre y se acompaña de respuestas reflejas vegetativas y conductuales. Es un estado de alerta, un indicador de lesión o peligro en el organismo; es un síntoma común que da sentido a la existencia humana; es una manifestación con función protectora frente a agentes nocivos que permite su localización y, por consiguiente facilita su diagnóstico. (3)	Conseguir aliviar el dolor el mayor tiempo posible.	<p><b>Manejo del dolor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición / duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad.</li> <li>- Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.</li> <li>- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.</li> <li>-Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.</li> <li>-Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito actividad función cognitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles).</li> <li>-Utilizar un método de valoración adecuado que permita el seguimiento de los cambios en el dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales (hoja de informe y llevar un diario).</li> <li>- Proporcionar información acerca del dolor, tales como causas del dolor, tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La escala visual analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente.</li> <li>2. La aplicación de calor alivia el dolor y tensión muscular y en situaciones de inflamación.</li> <li>3. Las alteraciones en la postura o mala posición y el movimiento son la base de muchos síndromes de dolor neuromusculoesquelético.</li> </ol> <p>La posición incorrecta puede producir contractura de los músculos y dolor intenso.</p>	Durante el turno expresa alivio y mejora del dolor después de administrarle un analgésico, también refiere que duerme ininterrumpidamente durante tres a cuatro horas por la noche.

			<ul style="list-style-type: none"> <li>-Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos).</li> <li>-Animar a la persona a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia.</li> <li>-Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (relajación, distracción, terapia de juegos, aplicación de calor / frío, etc.) antes, después y durante la actividad dolorosa, si fuera posible.</li>   <li>-Colaborar con la persona seres queridos y demás cuidadores para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas de alivio del dolor.</li> <li>-Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.</li> <li>-Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta de la persona.</li> <li>-Fomentar periodos de descanso / sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.</li> <li>- Informar a otros cuidadores / miembros de la familia sobre las estrategias no farmacológicas utilizadas por la persona para fomentar actitudes preventivas en el manejo del dolor.</li> <li>-Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de las dosis iniciales, se debe observar también si hay señales y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas y vómitos, sequedad de boca y estreñimiento).</li> </ul>	
--	--	--	--	--

<p>Riesgo de caídas r/c dificultad para la deambulaci3n.</p>	<p>Con oportunidad se realiz3 una valoraci3n previa sobre el riesgo de caídas al ingresar al Instituto.</p>	<p>Evitar que la persona hospitalizada pueda sufrir caídas.</p> <p>Estandarizar acciones de prevenci3n, confiables y aplicables a las condiciones de las personas atendidas con el fin de lograr que no sufran riesgos innecesarios de caídas durante su estancia en todas las áreas y servicios del Instituto Nacional de Rehabilitaci3n</p>	<p><b>Prevenci3n de caídas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Asegurar que la persona lleve zapatos que se ajusten correctamente, firmemente atados y con suelas antideslizantes.</li> <li>Ayudar a la deambulaci3n a personas inestables.</li> <li>-Proporcionar dispositivos de ayuda (bastones, andador) para conseguir una deambulaci3n m3s estable.</li> <li>-Enseñar a la persona a utilizar un bast3n o andador.</li> <li>-Colocar los objetos personales al alcance de la persona sin que tenga que realizar esfuerzos.</li> <li>-Instruir a la persona para que pida ayuda al moverse.</li> <li>-Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama.</li> <li>-Colocar la cama a nivel m3s bajo.</li> <li>-Proporcionar a la persona dependiente medios de solicitud de ayuda (timbre).</li> </ul> <p><b>Vigilancia: seguridad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Proporcionar el nivel adecuado de supervisi3n/ vigilancia para vigilar al paciente y permitir las acciones terapéuticas, si es necesario.</li> <li>-vigilar el ambiente si hay peligro potencial para su seguridad.</li> </ul> <p><b>Manejo ambiental : Seguridad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Elimina los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible.</li> <li>-Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.</li> <li>-Utilizar dispositivos de protecci3n (restricci3n f3sica, puertas cerradas) para limitar f3sicamente la movilidad o acceder a situaciones peligrosas.</li> </ul>	<p>La prevenci3n de caídas en las personas hospitalizadas se hace desde una consideraci3n holística de la persona, siendo esta y su familia el centro de atenci3n de los cuidados. Estos han de adaptarse a su cultura, recursos, capacidad de recuperaci3n y preferencias.</p> <p>La prevenci3n de caídas se refiere a los cuidados de enfermer3a que deben ser prestados para mantener cubierta la necesidad de seguridad de la persona y su entorno, mientras esté hospitalizada.</p>	<p>Al seguir al pie de la letra todas las indicaciones que se le dieron durante la estancia hospitalaria y supervisando en todo momento, se logró reducir al m3ximo el riesgo de caídas.</p>
--	---	---	--	--	--

## 6.5. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Nombre del paciente: T.T.G. Edad: 49 años N: 012289 Servicio: Cirugía de columna N: de cama: 703

Fecha de ingreso: 12-03-13 Dx. De ingreso: Lumbalgia.

### 3.- Necesidad afectada: Descanso y sueño

DX ENF	FUNDAMENTACION	OBJETIVO	INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Deterioro del patrón de sueño r/c dolor y factores ambientales del entorno (hospital) m/p bostezos e irritabilidad.	La duración del sueño para reponer la energía perdida durante el día y mantener un funcionamiento físico y mental en condiciones óptimas depende de la edad, características fisiopatológicas y ambientales.	Se tratara de mantener a la persona en una posición cómoda para que pueda tener un sueño reparador.	<p>1.-Valorar la calidad del sueño.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Teniendo conocimiento de la patología de la persona.</li> <li>- Respetar en sueño en lo posible, no aplicando medicamentos durante la noche si se encuentra dormido.</li> </ul> <p>2.- Implementar técnicas de relajación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Usar ropa cómoda para dormir.</li> <li>- Habitación bien ventilada</li> <li>- Leerle un libro si es posible</li> <li>- Escuchar música suave y relajante con sus audífonos.</li> </ul> <p>3.-Crear un ambiente confortable y seguro:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Disminuir la luz y el ruido</li> <li>- Brindar comodidad con una buena posición, temperatura ambiental.</li> </ul> <p>4.- Alivio del dolor con la aplicación de analgésicos en horario establecido.</p> <p>5.-Proponer ingesta de líquidos tibios (té, leche</p> <p>6.-Evitar actividades estimulantes antes de acostarse.</p>	<p>1.-La sincronización de aspectos racionales, lógicos y deductivos con los intuitivos, artísticos y espirituales en cada una de las actividades, conlleva a adquirir mejores hábitos personales y en consiguiente un estilo de vida saludable.</p> <p>2.-La hostilidad, tedio, monotonía, fatiga, lentitud irritabilidad, bajo rendimiento y esclavitud de sí mismo, son manifestaciones por falta de descanso.</p> <p>3.-La relajación por cualquiera de sus métodos origina sensaciones de bienestar que proporcionan el descanso y el sueño</p> <p>4.- El dolor y la fatiga por exceso de actividades físicas o mentales, desencadena alteraciones en el ciclo vigilia-sueño.</p> <p>5.-El agua tibia produce vaso dilatación y relajación con lo que se induce el sueño de la usuaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La leche contiene triptófano (proteína) precursor de la serotonina que se cree produce y mantiene el sueño.</li> </ul> <p>6.-La actividad física estimulante antes de acostarse tiende a interferir con el sueño.</p>	La persona logró conciliar el sueño por periodos más largos aunque el dolor no se quitó totalmente, y el ambiente de hospital le incomodaba todavía un poco.

<p>Ansiedad relacionada con el evento de salud manifestado por expresión de preocupación e inquietud.</p>	<p>La comunicación terapéutica del profesional de enfermería, proporciona bienestar y seguridad, y amortigua el sentimiento de soledad y ansiedad en el individuo.</p>	<p>La comunicación terapéutica del profesional de enfermería, proporciona bienestar y seguridad, y amortigua el sentimiento de soledad y ansiedad en el individuo.</p>	<p>1.-Proporcionar información respecto a los cambios en el estilo de vida.  2- Escucha activa:  -favorecer la expresión de sentimientos  -mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones.  - mostrar interés en la persona.  3.Apoyo emocional:  -ayudar a la persona a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.  -escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.  4.-Disminución de la ansiedad:  -administrar masajes en la espalda, cuello, si procede.  -instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.  5.-Orientar sobre una correcta postura.  - higiene de la columna  - mecánica corporal.  6.-Incluir al paciente a que participe en reuniones de planificación de cuidados.  - enseñando a movilizar y realizar ejercicios.  7.-Evitar actitudes autoritarias, por parte del personal.  8.-Identificar estrategias para mantener la motivación.  9.-Implementar técnicas de terapia ocupacional.  - música, juego de dados.  - leer, crucigramas, pasatiempo, T.V.</p>	<p>1.-La persona posee información que puede utilizar para esclarecer aspectos de su permanencia en el hospital.  2 y 3.- el sujeto puede utilizar su energía para participar en actividades y situaciones de máxima importancia para él.  4.-El masaje es un método terapéutico manual o instrumental con fines estimulantes o resolutivos.  Algunos de los efectos del masaje son:  -relajamiento muscular  -incremento sanguíneo o linfático en la región tratada.  5.-la columna vertebral soporta el peso corporal, protege la medula espinal y facilita la rotación.  6.- la participación de la persona y familia es la base para el éxito de todo programa de ejercicios, movilización y transferencia.  8.-el estado mental o emocional del individuo influye en su comportamiento.  9.-La Terapia Ocupacional ve al individuo en forma integral con todas las dificultades que pudiese presentar en su desempeño y autonomía, siendo su objetivo principal la mayor independencia y reinserción en todos los ámbitos.</p>	<p>La persona logra disminuir su ansiedad y existe una buena relación con el personal de salud, apoya en su tratamiento.</p>
---	--	--	---	---	--

## 6.5. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Nombre del paciente: T.T.G. Edad: 49 años N: 012289 Servicio Cirugía de columna N. de cama: 703

Fecha de ingreso: 12-03-13 Dx. De ingreso: Lumbalgia.

### 4.- Necesidad afectada: eliminación

DX ENF	FUNDAMENTACION	OBJETIVO	INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Estreñimiento r/ c actividad física insuficiente, cambios ambientales recientes, estrés emocional, m/ p distensión abdominal e incapacidad para eliminar las heces.	Cuando se sufre de estrés se alteran los movimientos peristálticos del intestino como consecuencia de una reducción del aporte sanguíneo al tracto intestinal. Entonces, los movimientos del intestino grueso se enlentecen y causa estreñimiento.	Mantener una evacuación habitual con heces blandas.	<p><b>Manejo intestinal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tomar nota de la fecha del último movimiento intestinal.</li> <li>-Controlar los movimientos intestinales, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si procede.</li> <li>-Observar si hay sonidos intestinales.</li> </ul> <p>Informar acerca de cualquier aumento de frecuencia y/ o sonidos intestinales agudos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Informar si hay disminución de sonidos intestinales.</li> <li>-Observar si hay signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación.</li> </ul> <p><b>Entrenamiento intestinal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Planificar un programa intestinal con el paciente y demás personas relacionadas.</li> <li>-Consultar al médico y al paciente respecto del uso de supositorios.</li> <li>-Enseñar a la persona/ familia los principios de la educación intestinal.</li> <li>-Instruir a la persona acerca de alimentos con alto contenido en fibra.</li> </ul>	<p>Establecer y mantener una evacuación intestinal de esquema regular.</p> <p>Ayuda a la persona en la educación del intestino para que evacue a intervalos determinados.</p>	<p>Con todas estas intervenciones la persona evacuó con más frecuencia y las heces eran más blandas y suaves.</p> <p>La terapia de relajación favorita de la usuaria fue la musicoterapia.</p>

		<p>-Proporcionar alimentos ricos en fibras y/ o que hayan sido identificados por la persona como medio de ayuda.</p> <p><b>Manejo del estreñimiento / impactación:</b></p> <p>-Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.</p> <p>-Instruir a la persona/ familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento/ impactación.</p> <p><b>Terapia de relajación simple:</b></p> <p>-Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (terapia musical, meditación y relajación muscular progresiva).</p> <p>-Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible.</p> <p>-Enseñar a la persona a adoptar una posición cómoda sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados.</p>	<p>Prevención y alivio del estreñimiento/impactación.</p> <p>Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular y ansiedad.</p>	
--	--	---	--	--

## 6.5. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Nombre del paciente: T.T.G. Edad: 49 años N: 012289 Servicio Cirugía de columna N. de cama: 703

Fecha de ingreso: 12-03-13 Dx. De ingreso: Lumbalgia.

### 5.- Necesidad afectada: Higiene y protección de la piel:

DX ENF	FUNDAMENTACION	OBJETIVO	INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Déficit de autocuidado: baño /higiene r/c deterioro perceptual o cognitivo m/p incapacidad para lavar total o parcial el cuerpo.	Autocuidado; se refiere al cuidado de sí mismo, al acto de mantener la vida con prácticas que llevan el desarrollo armónico, al bienestar del individuo.	Lograr que la persona realice su autocuidado en su vida cotidiana. su vida cotidiana	<p>1-Administrar analgesia antes de que la persona realice actividades de autocuidado</p> <p>2.-Baño asistido (higiene y arreglo personal)</p> <p>3.-Proporcionar intimidad y un ambiente propicio para la realización de cada una de las actividades.</p> <p>4.-Aseo de cavidades en forma céfalo caudal</p> <p>5.-Asistir a la persona en cuanto su arreglo personal y vestido (Uso del orinal o cómodo)</p> <p>6.-Asistir a la persona en cuanto a sus necesidades fisiológicas</p> <p>7.-Posición semifowler o sentado</p> <p>8.-Asistir a la persona durante la alimentación.</p> <p>9.-Fomentar a la persona y al familiar a participar.</p>	<p>1- El dolor continuo puede dificultar el autocuidado.</p> <p>2.- Las medidas higiénicas contribuyen a que las personas se sientan cómodos y descansados.</p> <p>3.- Un ambiente agradable y seguro puede reducir la ansiedad y aumentar las capacidades de autocuidado.</p> <p>4 y 5.-La sensación de frescura y limpieza contribuyen a percibir positivamente un ambiente agradable en el paciente.</p> <p>6.- el cuerpo humano requiere que se mantengan ciertas actividades fisiológicas para que el organismo pueda funcionar normalmente.</p> <p>7.-Ayuda a mejorar la función respiratoria y permite al paciente una posición más relajada.</p> <p>8.-La enfermedad es un factor que aumenta las necesidades de aporte energético debido al incremento de metabolismo basal.</p>	Se le brindo educación para su autocuidado lo cual acepto de buen agrado conforme fue disminuyendo el dolor con el paso de los días así como a su familiar esperando le sea de utilidad en su pronta recuperación e integración a sus actividades de la vida diaria.

<p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con deterioro de la movilidad física por malestar, dolor.</p>	<p>La ausencia o deficiencia de movilización, alineación incorrecta de segmentos corporales, deficiencia en la aplicación de ejercicios y movilización son factores de riesgo para lesiones mecánicas y de la piel.</p>	<p>Mantener la piel integra y limpia durante su estancia en el hospital</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Valorar los tejidos cutáneos en todo el cuerpo.</li> <li>2.-Actuacion ante el dolor.</li> <li>3.-Se realizara cambios de posición cada 2 horas a tolerancia.</li> <li>4.-Mantener ropa limpia y sin arrugas</li> <li>5.-Mantener piel limpia, seca, lubricada y sin irritantes,</li> <li>6.-Evitar fricciones de la piel</li> <li>7.- Utilizar colchones de presiones alternas.</li> <li>9.-Proteger prominencias óseas</li> <li>10.- Alinear los segmentos óseos.</li> </ol>	<p>9.- La participación de la familia es la base principal para el éxito de todo programa de ejercicios, motivación y apoyo a la persona.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Una piel seca, lubricada e integra es barrera protectora para la proliferación de microorganismos.</li> <li>2.-El uso adecuado de material estéril, barreras de protección previenen la propagación de microorganismos.</li> <li>3.- La alineación correcta del sistema evita contracturas musculo esqueléticas.</li> <li>4.- El uso de ropa de cama seca y sin arrugas previene las lesiones en la piel.</li> <li>5.- La piel es una barrera protectora contra la entrada de microorganismos.</li> <li>6-7.-Cualquier alteración en las defensas naturales del cuerpo aumenta la probabilidad de que ocurra una infección.</li> <li>8.- Aditamento de apoyo para distribuir la presión de la cama.</li> <li>9.- La presión localizada por tiempo prolongado en una prominencia ósea, causa hipoxia celular y necrosis del tejido.</li> <li>10.- Evitando deformidades y complicaciones.</li> </ol>	<p>La piel permanece sin lesiones, integra y limpia, durante la estancia hospitalaria y a su egreso.</p>
---	---	---	---	--	--

## **6.6 Ejecución del Plan**

Durante esta etapa se le enseña a la persona, la forma correcta de utilizar los aditamentos para iniciar la marcha, cuidando siempre su higiene postural y siempre bajo la vigilancia del profesional de enfermería, también incentivándola para que los realice. Haciendo énfasis de que la movilización fuera de cama debe ser de forma gradual evitando siempre que presente una hipotensión ortostática. También se brindó seguridad, previniendo caídas manteniendo libre los accesos por donde deambuló la paciente.

Al principio la movilización se inició con silla de ruedas, posterior a esto el uso de la andadera, finalizando con el bastón de cuatro puntos; también la educación fue para el cuidador primario que en todo momento se mantuvo con la paciente.

## **6.7 Evaluación del Plan**

El plan de cuidados que se le realizó a la persona cumplió sus objetivos ya que las diversas intervenciones realizadas se fueron efectuando con el consentimiento de la paciente y en todo momento se mostró cooperadora, participativa y su actitud siempre fue positiva, aunque a veces por el dolor le costaba trabajo realizarlas. Algunas intervenciones, como la relajación para controlar su estrés se llevaron a cabo aunque se necesitó más tiempo para evaluar su eficacia al cien por ciento.

## VI. CONCLUSIONES

La utilización del proceso de Enfermería ha sido de gran utilidad, ya que siendo un método científico formado por varias etapas y que tienen una secuencia lógica; para poder recolectar información de las necesidades humanas, se logró realizar un plan de cuidados individualizado a una mujer con alteración en la movilidad física relacionado por lumbalgia mecánica.

Cabe indicar que sintomatología que presentaba la persona, fue difícil involucrarla para realizar sus actividades de la vida diaria de forma independiente, ya que por el deterioro en la movilización y el dolor no podía llevarlas a cabo, al paso de los días fue adquiriendo mayor seguridad y con menos dolor realizaba su deambulacion aun con apoyo, pero sus actividades de la vida diaria las realiza con poca ayuda; ella comentaba que se sentía cada día más independiente ya que entendía que no podía depender siempre de algo o alguien ya que trabajaba, en una palabra se empoderó de su propia salud; la enfermera y el terapeuta físico le explicaron la importancia de llevar sus cuidados a cabo uno de ellos son los ejercicios de Williams e higiene de columna en casa para prevenir nuevamente otra crisis de lumbalgia.

Egresó a su domicilio en compañía de su familiar y se observa con marcha lenta, pero con seguridad, con dolor en la escala de EVA 2/10, pero sonriente de que regresaba a su entorno sin un problema grave y con mucha sabiduría sobre lo que haría en adelante para mejorar su salud, y adquirir un estilo de vida más saludable.

Se elaboró y explicó el plan de alta (Ver anexo 5), del servicio de Cirugía de columna para que siguiera en su domicilio los cuidados enfermeros establecidos para su recuperación e incorporación nuevamente a su vida diaria, adquiriendo su independencia para la realización de sus actividades de la vida diaria.

Brindándole un cuidado holístico, en el momento del ingreso, durante su estancia y al egreso del Instituto Nacional de Rehabilitación.

Todo lo anterior, permitió en este proyecto valorar las catorce necesidades de Virginia Henderson, se estructuraron los diagnósticos de enfermería con base en la NANDA, así mismo las intervenciones propuestas en el plan mismas que se ejecutaron y evaluaron en los tiempos correspondientes; es decir se cumplieron en un 95% los objetivos planteados para este trabajo, el 5% restante no se llevó a cabo en cuidados de enfermería por la situación de alta de la persona en el servicio.

El objetivo específico acerca de contar con una evidencia científica para documentar la atención individualizada a personas con lumbalgia mecánica, trasciende en una atención holística al utilizar un modelo humanista que permite ver a las personas en su totalidad en sus dimensiones psicológica, social, espiritual y física; en esta última se corre el riesgo si se ve a la persona bajo un modelo dominante médico solo de atender los signos y síntomas del dolor con esquemas de analgésicos a dosis respuesta, por ello es de vital importancia que las enfermeras rescaten el método del proceso para brindar un cuidado individualizado.

Finalmente podría decirse que la experiencia clínica en este servicio me dice que no es posible prevenir una lumbalgia o bien que se evite el desgaste natural de la columna vertebral la cual sucede con el paso de los años; sin embargo, hay cuidados básicos que podemos hacer para disminuir el impacto de problemas lumbares, por ejemplo tener un estilo de vida saludable es un buen comienzo, haciendo ejercicio por lo menos cinco veces a la semana, comiendo balanceadamente, evitar tiempos prolongados de sedentarismo; entre otros.

## VII. SUGERENCIAS

La lumbalgia es un síndrome doloroso que padece un alto porcentaje de la población a nivel mundial, los costos para el sector salud para atenderla son muy altos, y la prevención es la clave, fomentando estilos de vida saludables en toda la población de riesgo, que es de 25 a 45 años.

El profesional de enfermería puede y debe realizar diversos procesos enfermeros dependiendo de la patología a tratar, ya que cuenta con los conocimientos y la metodología para realizarlos y llevarlos a cabo sin ningún problema, basados en el modelo de Virginia Henderson ya que se basa en las 14 necesidades básicas humanas brindando así un cuidado holístico a la persona.

Es importante que durante la formación académica de los licenciados en Enfermería se documente el proceso enfermero, de manera similar para que el egresado cuente con herramientas para desarrollar un proyecto con fines de titulación; es decir que se habilite al estudiante en cada una de las etapas del proceso y se consolide el modelo teórico que se elija para encaminar el cuidado profesional de tal manera que se conozca a profundidad la utilidad de los modelos de enfermería encaminados a situaciones de urgencia o transición de la situación de salud de las personas.

Considero que también se debe actualizar a los trabajadores de las Instituciones de Salud acerca de la utilidad del proceso, el uso de los modelos y teorías de enfermería con la finalidad de cambiar de paradigma en los servicios es decir que no siga dominando el modelo biomédico que “fractura” a las personas, familias o colectivos.

Es importante mencionar que con este trabajo se pretende también sensibilizar al equipo multidisciplinario de salud para que a las personas con esta sintomatología o cualquier otro padecimiento se les proporcione una atención humana en cualquier institución de salud.

Así mismo se desarrollen programas educativos donde se brinde cuidado donde se incluya desde la primera consulta al Instituto Nacional de Rehabilitación, el tratamiento y seguimiento domiciliario ya que son personas recurrentes buscando una solución para su problema de salud.

## VIII. PLAN DE ALTA

En el anexo 5, el formato utilizado en el Instituto Nacional de rehabilitación se anota las indicaciones llevadas a cabo por la paciente en su domicilio recordándole que la higiene de columna o postural debe llevarla a cabo en la realización de todas sus actividades de la vida diaria, los ejercicios de Williams debe realizarlos diariamente para el fortalecimiento de los músculos accesorios de la columna vertebral, también llevan el teléfono y la extensión para que llamen si tienen alguna duda o presente dolor nuevamente. Fomentar estilos de vida saludables en la población es fundamental para que este síndrome no se presente con la frecuencia que lo hace y afecte a tanta población,

### **Algunas sugerencias son:**

Para evitar dolores musculares mientras estamos de pie, hay que intentar mantener el cuerpo recto y con un pie algo adelantado respecto al otro, y con las rodillas ligeramente dobladas. Es fácil que aparezca dolor de espalda si se pasa mucho tiempo de pie con el tronco inclinado hacia delante.

**Cuando levantas, empujas o coges un objeto:** El movimiento ideal para agacharse a recoger algo sin que repercuta en dolor de espalda es, doblar las rodillas manteniendo la espalda recta y levantarte estirando las piernas, cogiendo impulso hacia delante. Es importante que evites girar la espalda mientras levantas peso, puedes tenerlo en cuenta cuando vas a hacer la compra, o coges en brazos a un niño. Si es necesario levantar mucho peso, pide ayuda alguien y no lo intentes tú sólo porque con este tipo de acciones puedes propiciar la aparición de hernias discales.

Para empujar un objeto que pesa mucho, sin que la espalda se resienta, lo mejor es que te ayudes de las piernas para hacer fuerza. Nunca empujes algo muy pesado directamente con la espalda. Tampoco es recomendable forzar la espalda para alcanzar objetos que estén muy lejos.

**Cuando estas sentado:** La mejor postura para evitar dolor de espalda si pasas muchas horas sentado es, permanecer con la espalda recta y la cabeza erguida, con las rodillas ligeramente más elevadas que las caderas. Muchas veces nuestro propio cuerpo se encorva hacia delante, cuando notes esto tienes que estirar la espalda y echar los hombros hacia atrás.

**Cuando transportas algo:** Intenta acercar al cuerpo los artículos que estés transportando y recuerda que siempre es mejor repartir el peso en dos bolsas pequeñas que llevar una muy grande con todo el peso. Es mejor para la espalda y más fácil de manejar.

**Cuando duermes:** Tu cuerpo sabe cuál es la mejor posición para dormir, no intentes dormir en posturas en las que la espalda esté tensa o no descansarás bien. Para indagar más sobre el tema te recomendamos este artículo sobre Dormir y la salud de la columna.

**Hábitos saludables para la espalda:** Realizar ejercicio y llevar una dieta sana. El exceso de peso ejerce una presión innecesaria sobre la columna vertebral, y la mejor manera para reducir peso es, llevar una dieta equilibrada y realizar ejercicio regularmente. Dejar de fumar. Los fumadores tienen más dolor de espalda que los no fumadores, y también cuesta más la rehabilitación de la espalda debido a las sustancias químicas presentes en el humo del tabaco que restringen el flujo de sangre a los tejidos que están alrededor de la columna vertebral.

***“Comer bien no basta para tener salud, además, hay que hacer ejercicio, cuyos efectos también deben conocerse. La combinación de ambos factores constituye un régimen. Si hay alguna deficiencia en la alimentación o en el ejercicio, el cuerpo enfermará”.***

***Hipócrates***

## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ávila M. J.E. (2009) El comportamiento en las etapas del desarrollo humano disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos16/comportamiento-humano/comportamiento-humano.shtml> Consultado el 02 de septiembre del 2013

Comisión Interinstitucional de Enfermería. Lineamientos Generales para la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería (PLACES) 2010.

Colliere F. M. (1993) "promover la vida" Interamericana. España.

García C. C., Martínez M. M.L. (2001) Historia de la Enfermería 6ta edición Ediciones Harcourt Madrid España.

Kérouac, S. (2001) El pensamiento enfermero, Ed. Masson, España.

Marriner A, Raile M. (2002) Modelos y teorías en enfermería. 3. ed. Madrid: Elsevier Science.

Marriner, A. y Raile, M. (2007). Modelos y teorías en enfermería. 6ª edición Madrid: Elsevier Mosby.

McCloskey D, J., Bulechek G.M., (2009) Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 5ª Edición, Editorial Elsevier-Mosby, Madrid España.

NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2010. Editorial Elsevier. Madrid España 2010.

Noguera, O. (2008). Proceso de Atención de Enfermería: una herramienta para la garantía del cuidado. *Actual. Enferm.* 2008; 11(4):31-35. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermvol110408/Procesosdeatenciondeenfermeria.htm>. Consultada el 14 de octubre de 2013.

Rena (2008) Desarrollo de la edad adulta. Disponible en:  
<http://www.rena.edu.ve/cuartaEtapa/psicologia/Tema7.html#top>

Consultada el 12 de agosto del 2013

Rosales. B. S, Eva R. G. (2004) Fundamentos de Enfermería. México, 3ra edición Manual Moderno.

Sandoval A. L., García P. M. A., López R. C. M. (2010) Teorías de Carácter Histórico Enfermería fundamental. SUA ENEO. Manuscrito no publicado. ENEO-UNAM.

Salinas G. T. (2003) Nociones de Psicología, Ed Adunk SRL, Lima (Perú)

Pouramini S. (2011) Consejos evitar dolor de espalda. Cuidados de la columna. Disponible en:

<http://yanomeduelelaespalda.es/todos-post/cuidados-de-la-columna/dolor-de-espalda-consejos-quiropRACTICA/#.Uk4fiFOYi2s>. Consultado el 11 de septiembre 2013.

# **XI. ANEXOS**

## Anexo 1. Instrumento metodológico

### I.-FICHA DE IDENTIFICACIÓN

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

### II.- VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

#### 1.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

**Oxigenación, nutrición e hidratación, Eliminación y termorregulación.**

#### NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

*Datos Subjetivos:*

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

*Datos Objetivos:*

Registro de signos vitales y características:	
Tos productiva /seca:	Estado de conciencia:
Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal:	
Circulación del retorno venoso:	
Otros:	

**NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION**

*Datos subjetivos*

Dieta habitual ( tipo)
Número de comidas diarias
Trastornos digestivos
Intolerancia alimentarias/ Alergias
Problemas de la masticación y deglución
Patrón de ejercicio

*Datos Objetivos:*

Turgencia de la piel:
Membranas mucosas hidratadas/ secas:

Características de uñas/cabello:
Funcionamiento neuromuscular y esquelético:
Aspecto de los dientes y encías:
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización:
Otros:

### NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

*Datos Subjetivos:*

Hábitos intestinales:	
características de las heces/orina/ menstruación:	
Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros:	
Uso de laxantes:	Hemorroides:
Dolor al defecar/menstruar/orinar:	
Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación:	

*Datos Objetivos:*

Abdomen, características:
---------------------------

Ruidos intestinales:
Palpación de la vejiga urinaria:
Otros:

### NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

*Datos Subjetivos:*

Adaptabilidad a los cambios de temperatura:
Ejercicio, tipo y frecuencia:
Temperatura ambiental que le es agradable:

*Datos Objetivos:*

Características de la piel:
Transpiración:
Condiciones del entorno físico:
Otros:

**2.- NECESIDADES BÁSICAS DE:**

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

## NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

### *Datos Subjetivos:*

Capacidad física cotidiana:
Actividades en el tiempo libre:
Hábitos de descanso:
Hábitos de trabajo:

### *Datos Objetivos:*

Estado del sistema músculo esquelético, fuerza:	
Capacidad muscular, tono/resistencia/flexibilidad:	
Posturas:	
Necesidad de ayuda para la deambulaci3n:	
Dolor con el movimiento:	Presencia de temblores:
Estado de conciencia:	Estado emocional:
Otros:	

## NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

### *Datos Subjetivos:*

---

Horario de descanso:	Horario de sueño:
Horas de descanso:	Horas de sueño:
Siesta:	Ayudas:
Insomnio:	Debido a:
Descansado al levantarse::	

*Datos Objetivos:*

Estado mental. ansiedad / estrés / lenguaje:	
Ojeras:	Atención:
Bostezos:	Concentración:
Apatía:	Cefaleas:
Respuesta a estímulos:	
Otros:	

**NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS**

*Datos Subjetivos:*

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir:
Su autoestima es determinante en su modo de vestir:
Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría:
Necesita ayuda para la selección de su vestuario:

*Datos Objetivos:*

Viste de acuerdo a su edad:	
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse:	
Vestido incompleto:	Sucio:
Inadecuado:	
Otros:	

**NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL**

*Datos Subjetivos:*

Frecuencia del baño:
Momento preferido para el baño:
Cuántas veces se lava los dientes al día:
Aseo de manos antes y después de comer:
Después de eliminar:
Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos:

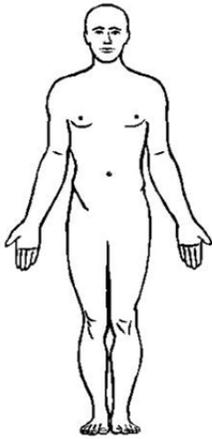
*Datos Objetivos:*

Aspecto general:	
Olor corporal	Halitosis:
Estado del cuero cabelludo	
Lesiones dérmicas Tipo (Anote la ubicación en el diagrama):	

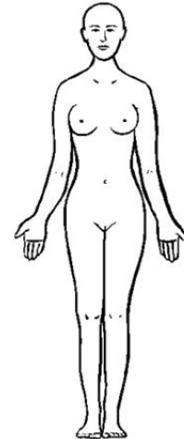
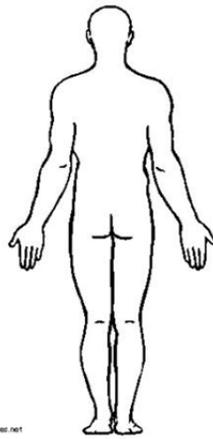
Otros:

Masculino:

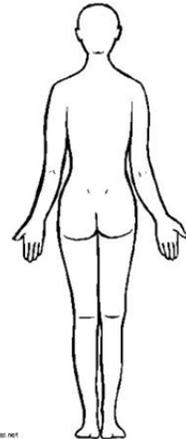
Femenino:



[www.men-usbispeques.net](http://www.men-usbispeques.net)



[www.men-usbispeques.net](http://www.men-usbispeques.net)



## NECESIDAD DE DE EVITAR PELIGROS

### *Datos Subjetivos:*

Que miembros componen la familia de pertenencia:	
Como reacciona ante situación de urgencia:	
Conoce las medidas de prevención de accidentes:	
Hogar:	Trabajo:
Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona:	
familiares:	
Como canaliza las situaciones de tensión en su vida:	

### *Datos Objetivos:*

Deformidades congénitas
Condiciones del ambiente en su hogar
Trabajo
Otros

### **3.- NECESIDADES BÁSICAS DE:**

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

## NECESIDAD DE COMUNICARSE

### *Datos Subjetivos:*

Estado civil:	Años de relación:
Viven con:	Preocupaciones / estrés:
Familiar:	
Otras personas que pueden ayudar:	
Rol en estructura familiar:	
Comunica problemas debidos a la enfermedad / estado:	
Cuanto tiempo pasa sola:	
Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo:	

### *Datos Objetivos:*

Habla claro	Confuso
Dificultad. visión	Audición
Comunicación verbal / no verbal /con la familia / con otras personas significativas	
Otros	

## NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES

### *Datos Subjetivos:*

Creencia religiosa:
Su creencia religiosa le genera conflictos personales:
Principales valores en la familia:
Principales valores personales:
Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir:

### *Datos Objetivos:*

Hábitos específicos de vestido.( grupo social religioso):
Permite el contacto físico:
Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias:
Otros:

## NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

### *Datos Subjetivos:*

Trabaja actualmente:	Tipo de trabajo:
Riesgos:	Cuánto tiempo le dedica al trabajo:

Esta satisfecho con su trabajo:
Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia:
Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega:

*Datos Objetivos:*

Estado emocional./calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico:
Otros:

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

*Datos Subjetivos:*

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre:
Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad:
Recursos en su comunidad para la recreación:
Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa:

*Datos Objetivos:*

Integridad del sistema neuromuscular
Rechazo a las actividades recreativas
Estado de ánimo. Apático/aburrido/participativo
Otros

## NECESIDAD DE APRENDIZAJE

### *Datos Subjetivos:*

Nivel de educación	
Problemas de aprendizaje	
Limitaciones cognitivas	tipo
Preferencias. leer/escribir	
Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad	
Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo	
Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud	
Otros	

### *Datos Objetivos:*

Estado del sistema nervioso:
Órganos de los sentidos:
Estado emocional ansiedad, dolor:
Memoria reciente:
Memoria remota:
Otras manifestaciones:

## Anexo 2 Consentimiento Informado



### INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION ADMISION HOSPITALARIA CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION INGRESO HOSPITALARIO

Fecha y hora de elaboración: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ :\_\_\_\_\_:

Fecha de internamiento: _____	No. De Expediente: _____
Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento: _____
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Edad: _____ Especialidad: _____

POR MEDIO DEL PRESENTE AUTORIZO AL PERSONAL MEDICO Y PARAMEDICO DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION PARA QUE SE ME REALICEN LOS TRATAMIENTOS MEDICOS, QUIRURGICOS Y DE REHABILITACION, ASI COMO LA PRESCRIPCION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS, LOS PROCEDIMIENTOS ANESTESICOS, ESTUDIOS DE LABORATORIO, GABINETE Y TRANSFUSIONES DE SANGRE Y SUS DERIVADOS QUE SEAN NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO DE MI PADECIMIENTO, EN EL ENTENDIDO DE QUE NO DESCONOZCO LOS RIESGOS A QUE ESTOY SUJETO POR LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS, ANESTESICOS E HIPERSENSIBILIDAD A LOS MEDICAMENTOS.

MI MÉDICO ME HA MANIFESTADO QUE SE ESPERA TENER BUENOS RESULTADOS, PERO PUEDEN PRESENTARSE COMPLICACIONES INESPERADAS QUE NO SE PUEDEN ANTICIPAR NI GARANTIZAR LOS RESULTADOS DE LA CIRUGIA O CURA. EXPLICANDOME LAS COMPLICACIONES MAS PROBABLES, Y YO HE ENTENDIDO ESTAS. ASI COMO LAS MENOS PROBABLES LAS CUALES INCLUSO PUEDEN SER RARAS, PERO QUE PUEDEN OCURRIR.

ME HACE VER QUE DURANTE LA OPERACION, CONDICIONES IMPREDECIBLES PUEDEN REQUERIR PROCEDIMIENTOS ADICIONALES O DIFERENTES A LAS MENCIONADAS ANTERIORMENTE, TAMBIEN HA CONTESTADO MIS PREGUNTAS SATISFACTORIAMENTE, POR LO QUE AUTORIZO Y SOLICITO SE LLEVEN A CABO.

ME EXPLICO QUE SE ME SOMETERA A UN PROCEDIMIENTO ANESTESICO PARA EVITAR EL DOLOR, EXPLICANDOME LOS BENEFICIOS, RIESGOS Y COMPLICACIONES; QUE SERA ADMINISTRADA POR UN MEDICO ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA DE LA UNIDAD, QUIEN ELIGIRA EL PROCEDIMIENTO MAS ADECUADO PARA MI CASO.

AUTORIZO AL HOSPITAL LA CONSERVACION DE TEJIDOS, PARTES U ORGANOS RESULTADO DE LOS PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS ANTERIORMENTE; PARA PROPOSITOS CIENTIFICOS, DE ENSEÑANZA U OTRA DISPOSICION. ASI TAMBIEN AUTORIZO EL ESTUDIO POST MORTEM EN CASO DE QUE SEA NECESARIO.

TAMBIEN CONSIENTO LA TOMA DE FOTOGRAFIAS, PELICULA, TELEVISION O AYUDAS AUDIOVOSUALES EN EL CURSO DE MI TRATAMIENTO, PARA PROPOSITOS DE CONOCIMIENTO UTILIZADO EN LA ENSEÑANZA, LECTURA Y/O PUBLICACIONES ANONIMAS DE TIPO MEDICO.

Paciente

Persona legalmente

Admisión Hospitalaria

Responsable

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

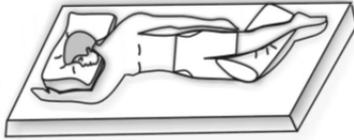
\_\_\_\_\_

Nombre y Firma

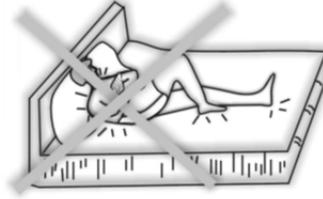
Nombre y Firma

Nombre y Firma

### ANEXO 3 Higiene postural de columna lumbar



**Duerma en cama dura, de lado con las rodillas y la cadera semiflexionadas y con una almohada entre las piernas que abarque de las rodillas a los tobillos. Otra almohada baja para la cabeza**



**No lea ni vea televisión en la cama**



**En dolor intenso, dormir boca arriba, con las rodillas dobladas y separadas sobre dos almohadas, durante media hora o toda la noche**



**Al dormir boca arriba, no utilice almohada**



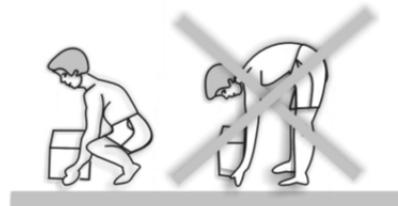
**Mantenga la espalda derecha, apretando el abdomen. Apoye los pies. Mantenga la cadera al nivel de las rodillas**



**Evite posturas incorrectas**



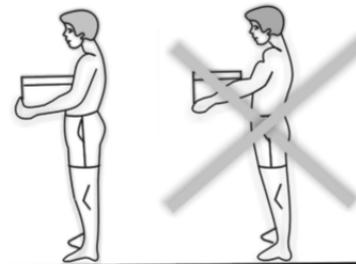
**Al manejar, mantenga las rodillas flexionadas y póngase el cinturón de seguridad**



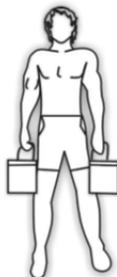
**Para levantar objetos pesados o agacharse, hágalo en cuclillas abrazando el objeto**



**En caso de dolor intenso, acostarse boca abajo con una almohada en el abdomen y ponerse una bolsa con agua caliente en la región lumbar, durante por lo menos 20 minutos**



**Sostenga el objeto pegado al cuerpo manteniendo los glúteos y el abdomen apretados. Al transportarlo, mantenga la misma postura**

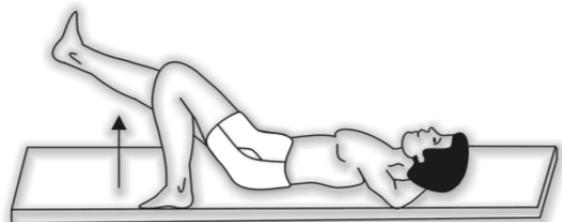
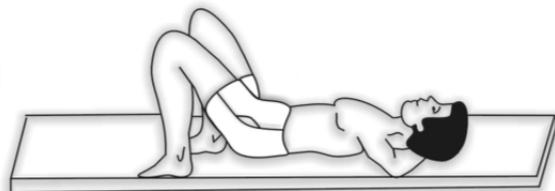
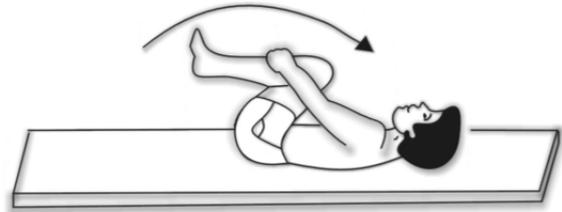
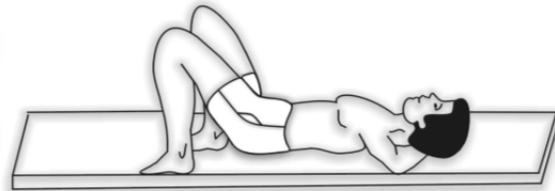


**Cargar peso en forma equilibrada**

## ANEXO 4 Ejercicios de flexión (ejercicios de Williams) para el tratamiento del síndrome doloroso lumbar pélvico.

1- Acostado boca arriba con las rodillas dobladas y separadas y los pies apoyados, levantar la cadera.

2- Levantar las rodillas, sujetarlas con las manos y jalarlas hacia los hombros. Sostener contando hasta tres y regresar a la posición inicial



3- Apretar el abdomen y los glúteos al mismo tiempo, de manera que la columna se pegue a la colchoneta.

4- Con la pierna izquierda doblada y la derecha extendida, levantar la pierna derecha sin doblar la rodilla y con el pie a 90 grados.

## Anexo 5 Plan De Alta



INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN  
DIRECCIÓN QUIRÚRGICA  
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

SERVICIO: \_\_\_\_\_

### PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: _____ Fecha Nac.: _____ Edad: _____ Registro: _____ Fecha de Egreso: _____ Dx: _____ P.O. de _____
<b>CUIDADOS PROPIOS DE LA CIRUGIA</b>
1. Dieta: _____ 2. Ingesta abundante de líquidos cantidad _____ 3. Mantener herida quirúrgica limpia y seca con cambio de gasas diario y curación en seco, no aplicar pomadas, antisépticos o cualquier otra cosa en el sitio de la herida 4.
<b>ACUDIR INMEDIATAMENTE EN CASO DE:</b>
1. Salida de cualquier tipo de secreción de la herida quirúrgica 2. Presentar fiebre, enrojecimiento de la herida 3. Dolor intenso en la herida quirúrgica que no se quite con analgésicos
EN CASO DE DUDA O ACLARACIÓN COMUNICARSE AL TELEF : 59991000 EXT. _____
ENFERMERA QUE ENTREGA Y EXPLICA NOMBRE Y FIRMA: _____  TURNO: _____

**NOTA:** Los cuidados y otras indicaciones son específicos en cada especialidad de atención médica.