



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE
CON FRACTURA DE CÚPULA RADIAL IZQUIERDA,
BASADO EN LA FILOSOFÍA DE LA “DEFINICIÓN DE
ENFERMERÍA” DE VIRGINIA HENDERSON**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

HERNÁNDEZ PEÑA IVÁN SHAI D

No. de cuenta 308265976

ASESOR ACADÉMICO

DR. JOSÉ CRUZ RIVAS HERRERA



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.

DEDICATORIAS

A mi padre, Juan Martín Hernández Valencia

Solo nosotros sabemos el trabajo que ha costado llegar a esta meta. Después de muchos años de dedicación por fin lo logramos. A ti que fuiste padre y madre, que desde pequeños tomaste la mano de mis hermanos y la mía para guiarnos, educarnos, amarnos, dedicar tu vida entera para darnos lo mejor. A ti que eres mi motivación de vida; en ti encuentro el significado de palabras como amor, amistad, lealtad, unión, coraje, esfuerzo, motivación, etc. Porque este logro es de los dos, es por ti y para ti. Gracias a la vida por darme al mejor de todos. Eres mi adoración papá.

A mi abuela, Flora Valencia García

Mi segunda madre. Aquella persona que decidió junto con mi padre el cuidarnos, alimentarnos, darnos lo mejor para ser alguien en la vida es usted. Parte fundamental de la educación que recibimos en casa. Usted significa amor, calidez, humanidad, hermandad, tranquilidad, sabiduría. Gracias abuelita por todo lo que me has dado. Le pido a Dios la mantenga muchos años más a nuestro lado con esa fuerza de voluntad y salud que la caracteriza.

A mi madre, Alma Gabriela Peña Ramírez

Por darme la vida. Mucho de lo que soy ahora es por ti. Superamos adversidades con el pasar de los años y hoy celebramos que este logro también sea tuyo. Te quiero mamá.

A mis hermanos, Ariadna y Michelle

Por estar siempre juntos y afrontar las adversidades como hermanos. Sabemos todo lo que hemos pasado, hemos demostrado que la frase “no se puede” no cabe en nuestros pensamientos. Somos orgullo, somos ejemplo de que cuando se quiere se puede. Con el corazón en la mano les digo que me siento orgulloso de ustedes, de los que somos y seremos. Son parte importante de este logro que hoy me toca compartir y que también es de ustedes. Los amo.

A mis angeles, que aun no llegan pero que sin duda alguna serán mi motivo de existir.

AGRADECIMIENTOS

A la mejor universidad de América Latina, la gloriosa Universidad Nacional Autónoma de México, máxima casa de estudios de nuestro país por aceptarme como su alumno, creer en mí y brindarme los recursos necesarios para llegar a este punto de mi vida profesional.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por abrirme las puertas y arroparme como un segundo hogar, lugar donde he vivido los mejores momentos de mi corta vida, porque gracias a esta escuela encontré las verdaderas amistades que estarán conmigo el resto de mis días. Por poner en este largo camino a los que fueron mis profesores, de los cuales me quedo con lo mejor de cada uno. A ellos les agradezco cada una de sus enseñanzas y experiencias vividas.

A mis mentores el Dr. José Cruz Rivas Herrera y al Lic. Alexis Santillán Reséndiz porque ustedes me enseñaron el significado de la enfermería, la razón de existir de esta hermosa profesión, a defender y amar mi profesión, por guiar mi camino hasta este punto. A ustedes por todas sus enseñanzas y su paciencia.

A cada una de las personas que creyeron en mí desde el primer momento que ingrese a la universidad, por su apoyo incondicional.

A Alberto Gerardo G. V., porque sin su ayuda no habría sido posible desarrollar este proceso de atención de enfermería para la obtención del grado de licenciado, el más grande sueño por el momento de mi vida.

Al Dr. Radamés Gaxiola Cortés por confiar en mí, darme la oportunidad de formar parte de su equipo de trabajo en uno de los clubes deportivos más grandes de nuestro país como lo es el Club Universidad Nacional cumpliendo así, uno de mis más grandes sueños. Por su paciencia y sus enseñanzas.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	vi
2. OBJETIVO GENERAL	viii
2.1. Objetivos Específicos.....	viii
3. JUSTIFICACIÓN	ix
4. MARCO TEÓRICO	11
4.1. La Enfermería	11
4.2. Metaparadigma y su aplicación.....	13
4.3. El cuidado y sus dimensiones	16
4.4. Virginia Henderson.....	20
4.5. Filosofía de la “Definición de enfermería” de Virginia Henderson	22
4.6. Las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson	25
4.6.1. Oxigenación	26
4.6.2. Nutrición e hidratación.....	27
4.6.3. Eliminación de los desechos corporales.....	33
4.6.4. Termorregulación	37
4.6.5. Descanso y sueño.....	39
4.6.6. Evitar peligros	41
4.6.7. Higiene y protección de la piel.....	44
4.6.8. Movilidad y mantener una buena postura.....	47
4.6.9. Vestido	49
4.6.10. Comunicación	50
4.6.11. Sexualidad y reproducción, participar en actividades recreativas	52
4.6.12. Aprendizaje	56
4.6.13. Creencias y valores	58
4.6.14. Trabajo y autorrealización	60

4.7. Proceso de Atención de Enfermería.....	63
4.7.1. Etapas del proceso de atención de enfermería	64
4.7.2. Taxonomía	65
5. METODOLOGÍA	67
6. PRESENTACIÓN DEL PACIENTE.....	68
7. VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES	69
7.1. Jerarquización de las necesidades	78
7.2. Análisis de la información.....	79
8. PRIORIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	81
8.1. Clasificación de los diagnósticos (independiente e interdependiente)	83
9. PLAN DE ATENCIÓN DE LOS CUIDADOS EN ENFERMERÍA	84
10. PLAN DE ALTA	133
11. CONCLUSIONES	135
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	137

1. INTRODUCCIÓN

El presente Proceso de Atención de Enfermería (PAE) presenta el caso de una persona que sufre una fractura de cúpula radial izquierda como consecuencia del abuso de sustancias que alteran el sistema nervioso como lo son el alcohol y las drogas.

Las fracturas que se definen como la pérdida de la continuidad del hueso, ocurren cuando éste se somete a un mayor esfuerzo del que puede soportar ya sea por fuerzas directas (cuando un objeto en movimiento choca directamente con el hueso) o indirectas (cuando un vector potente como la contracción del músculo, tira contra el hueso). Las fracturas suelen deberse a accidentes en vehículos automotores, caídas y otros factores de riesgo como el abuso de sustancias psicoactivas; ocurren en todos los grupos de edad y afectan cualquier parte del sistema esquelético¹. Un alto porcentaje de las fracturas causan restricción de la actividad, o incapacidad para trabajar; menos de la mitad requiere hospitalización. Los sitios más comunes de fracturas son la mano, el pie, las costillas, el raquis y los huesos largos de las extremidades².

Las sustancias psicoactivas distorsionan el funcionamiento del sistema nervioso central produciendo un efecto placentero o de alivio de molestias con rapidez por lo cual se refuerza su uso. La dependencia física a estas sustancias suele caracterizarse por un aumento en la cantidad necesaria para lograr el efecto deseado. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la dependencia física como “un patrón conductual en el que el uso de un fármaco psicoactivo dado recibe una prioridad notablemente superior sobre otras conductas que alguna vez tuvieron un valor significativamente alto”³.

El gasto que ejercen los países sobre el abuso de sustancias nocivas para la salud es alto; podemos agregar como parte de las consecuencias de las adicciones, otro gran problema de salud que involucra al mundo entero y a la mayoría de las personas sexualmente activas son las Infecciones de

¹Luckmann J. Cuidados de enfermería, Saunders. Vol. 2. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000. p. 1529.

²Luckmann J. Op. Cit.; p. 1530.

³Luckmann J. Op. Cit.; p. 1796.

Transmisión Sexual (ITS). El alcohol y las drogas repercuten directamente en la calidad de vida de las personas provocando conductas sociales inadecuadas como son las prácticas sexuales sin protección, además de otras conductas que bien podrían fungir como factores de riesgo altamente desencadenantes para adquirir alguna ITS.

Para el caso de este Proceso de Atención de Enfermería, la importancia radica en la prevención del uso de sustancias psicoactivas como la marihuana, fármacos, alcohol, etc., así como concientizar sobre los efectos secundarios a corto, mediano y largo plazo de las sustancias.

Se realizó una valoración donde se describe a detalle las 14 Necesidades Básicas de la “Definición de Enfermería” de Virginia Henderson. Etapas como la planificación y ejecución de las actividades de enfermería están centradas al cuidado de la fractura y sus secuelas así como los efectos ocasionados por las adicciones a la salud de la persona.

Proporcionar los conocimientos necesarios tanto al paciente como a la familia será una de las tareas más importantes de educación para la salud. Temas como una buena alimentación, mitigación del dolor, la importancia del ejercicio físico, sexualidad plena y segura, planificación familiar, prevención de las infecciones, comunicación familiar, socialización, entre otros, destacan dentro de los temas importantes a analizar a lo largo del trabajo y que llevarán por objetivo concientizar al paciente y a la familia sobre ciertas conductas identificadas y como corregirlas para potencializar su calidad de vida.

2. OBJETIVO GENERAL

Integrar los conocimientos teórico-prácticos adquiridos de todas las materias que conforman la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de le ENEO-UNAM, para realizar un Proceso de Atención de Enfermería a un paciente con fractura de cúpula radial izquierda debido a caída desde su plano de sustentación, secundario a conducirse bajo los efectos de sustancias psicoactivas; con enfoque de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

2.1. Objetivos Específicos

1. Valorar las necesidades alteradas de la persona utilizando un instrumento de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson que incluya una exploración física céfalo-caudal y una entrevista.
2. Establecer diagnósticos de enfermería donde se especifiquen los problemas, los factores relacionados y las formas de manifestación en el paciente que ayuden a planificar cuidados específicos para personas con fractura de cúpula radial izquierda.
3. Planificar cuidados de enfermería basados en la etiqueta NANDA, intervenciones (NIC) y resultados (NOC) que tengan un objetivo específico, donde se lleven a cabo las intervenciones adecuadas a los diagnósticos previamente descritos para llevar así a la satisfacción de las necesidades afectas y la reforzar las no afectadas.
4. Ejecutar las intervenciones de enfermería descritas en cada plan de cuidados en conjunto con el paciente y su familiar/cuidador para lograr una pronta recuperación de su salud.
5. Evaluar el cumplimiento de los objetivos descritos para saber si hay o no mejoría en el estado de salud del paciente. Con esta evaluación podremos determinar si es que el paciente restablecerá su salud que lo llevará a realizar sus actividades de la vida diaria de manera independiente.

3. JUSTIFICACIÓN

Cabe señalar que la causa principal de la fractura en el paciente que se expone en este proceso, fue debido al uso de drogas. De acuerdo a lo anterior se tiene una trascendencia de elaborar un proceso de atención de enfermería en este tipo de pacientes por lo cual no solo debe tratarse el tema de las fracturas sino también fomentar la prevención y la concientización de las repercusiones del uso de sustancias nocivas para la salud de la persona y lo que lo rodea.

El área de la enfermería tiene poca experiencia en el manejo del paciente que utiliza drogas y que sufre de algún tipo de lesión, como es el caso.

El presente proceso de atención de enfermería tiene como propósito la obtención del grado de licenciatura por lo que genera una alta importancia para el alumno, aunado a reforzar los conocimientos aprendidos durante la licenciatura y el servicio social.

En éste sentido las fracturas de la cabeza del radio son las lesiones cuyo trazo se sitúa por encima de la tuberosidad bicipital, representando las fracturas de la cabeza y del cuello del radio entre un 1,7 y un 5,4% (2-6%) de todas las fracturas y un 17 a un 19% (1/5 parte) de los traumatismos del codo, correspondiéndose con entorno al 33% (1/3 parte) de las fracturas de esta articulación. Se caracterizan por presentar una alta frecuencia de lesiones asociadas, de forma que una tercera parte se asocia a otra lesión.

Entre un 15 y un 20% de estas fracturas afectan al cuello, habitualmente en niños en los que la fisis no está aún cerrada, y aproximadamente un 85% de estas fracturas ocurren en personas entre 10 y 60 años de edad con una media de edad de entre 30 y 40 años. Acontecen con mayor frecuencia en mujeres, con una relación aproximada de 2:1, víctimas de accidentes domésticos, pocas veces deportivos o de la vía pública.

En la mayoría de los casos, se trata de un traumatismo indirecto axial, por caída sobre la palma de la mano, siendo lo más frecuente las caídas con el codo en extensión y el antebrazo en pronación. Las consecuencias del traumatismo varían según la posición del codo y la fractura es debida a que

las fuerzas se transmiten de la diáfisis a la epífisis proximal del radio, que acaba por aplastarse contra el tope que supone el cóndilo. Un desplazamiento anterior importante puede afectar al nervio radial (nervio interóseo posterior). La luxación del codo debe desgarrar el músculo Braquial, y este hecho se cree es un factor importante de aparición de miositis osificante.

A pesar de tratarse de una lesión aparentemente menor con o sin desplazamiento, en ningún caso debe darse un pronóstico muy optimista, ya que puede conllevar una artrosis postraumática con restricción severa de la rotación.

El tratamiento de las fracturas de la cabeza radial obedece a indicaciones lógicas y actualmente validadas.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. La Enfermería

El actual estado de estructuración de los conocimientos de la enfermería, sin duda viene dado por el hecho de que el cuidado ha sido una actividad que durante siglos ha carecido de sistematización conceptual, de interés en la búsqueda de fenómenos a los que dar explicación propia.

El valor social de los cuidados no tuvo su lógico correlato en el estatus de los cuidadores, sólo puede ser explicado a través de la conceptualización que esta filosofía religiosa impuso, y que se puede resumir en una concepción del cuidar desde una dimensión religiosa-vocacional-caritativa.

Esta característica de vocación religiosa, y por tanto vocacional y caritativa, es la que durante demasiado tiempo ha determinado el hecho de que la enfermería fuera una actividad “agrafa” y “acéfala”, es decir, la actividad de cuidar ha carecido del incentivo necesario para reflexionar sobre lo que hacía, así como para escribir que hacía.

La variedad y heterogeneidad de modelos explicativos enfermeros, resultan del interés de la enfermería por dotarse de un cuerpo de conocimientos que pueda ser ordenado de acuerdo a parámetros organizadores para los resultados de la investigación y de las intervenciones enfermeras.

Los cuidados de enfermería eran considerados como una actividad exclusivamente manual que no requería esfuerzo intelectual. Desde la época clásica griega, la ruptura entre el pensamiento y la acción en enfermería era patente.

Desde la segunda mitad del siglo XVIII pasando por el siglo XIX y primeros años del XX, los esfuerzos por contemplar el racionalismo y el empirismo como formas de explicación científicas sinérgicas y no competitivas dieron sus frutos. El desarrollo científico comenzó a modificar la sociedad, pues ahora el conocimiento especulativo comenzaría a aplicarse con fines prácticos que llegaron a transformar los modos de vida.

En este ámbito científico y social es donde se desarrolla la obra y el pensamiento de Florence Nightingale. La contienda bélica que mantenía Inglaterra en Crimea provocó en el pueblo inglés un interés inusitado, ya que las crónicas del corresponsal William Howard Russell despertaron la indignación pública sobre los cuidados que se estaban proporcionando a los heridos británicos.

Sir Sidney Herbert, Ministro de la guerra, escribió una carta a Florence Nightingale solicitando su ayuda para supervisar y reordenar los hospitales militares allí desplazados.

El concepto de higiene de la obra de Florence Nightingale ha sido considerado de especial relevancia, y como consecuencia de este concepto es tomada como la primera teórica enfermera. Sin embargo, sus inquietudes teológicas prevalecieron sobre las intelectuales y se apoyaba en la teoría de Adolphe Quetelet, un estadístico belga que afirmaba que la explicación al comportamiento podía hallarse en las condiciones pasadas y presentes.

Nightingale aplicó estas ideas a la salud, por lo que si las condiciones que provocaban la enfermedad eran transformadas a través de la ventilación y la buena alimentación se podrían desterrar muchas enfermedades comunes de esa época.

En los libros de Historia de la Enfermería y en los estudios sobre las teorías enfermeras es frecuente hallar referencias a la obra *Notas de Enfermería*, libro donde Nightingale afirmaba que la obligación de las enfermeras es poner al paciente en una posición para que la naturaleza actué sobre él, por lo que es considerado como la primera teórica enfermera que utilizó la corriente higienista.

En su opinión, la sociedad y la contaminación representaban estados de distanciamiento moral de Dios que requerían intervención. De este modo, la enfermera tiene la obligación de favorecer la intervención de la ley natural, como manifestación de la divina, a través de la modificación del entorno, que era según la aplicación de la teoría de Quetelet donde podía residir la causa de la enfermedad, y de este modo cumplir como misioneras sanitarias.

Así que ella consideraba que si cambiaban las condiciones que conducían a la enfermedad, la humanidad solo necesitaría a las enfermeras para promover la salud. Este concepto de la enfermedad impidió que Florence Nightingale tuviera un concepto teórico claro sobre la Enfermería que permitiera sustituir el conocimiento médico que recibían las estudiantes por conocimiento enfermero, si bien el primer objetivo de esta escuela normalizada era el de elevar el nivel hasta el de una profesión.

Las enfermeras Nightingale estuvieron criadas en una atmosfera de obediencia y conformidad, y la segunda y tercera generación sostuvieron tenazmente los principios que las habían elevado, primero al respeto y luego a la admiración.

Conforme crecieron las competencias técnicas en la enfermería, se hizo necesaria una formación mayor, por lo que este incremento de conocimiento puso de relieve la necesidad de delimitar tanto la naturaleza del objeto de estudio de esta disciplina, como su ámbito en la actuación profesional.

Como consecuencia de la necesidad de definir la disciplina enfermera, se determinaron los fenómenos que debían ser investigados. Estos fenómenos que son la persona, el entorno, la salud y el cuidado, forman lo que se ha denominado el Metaparadigma y tratan de proporcionar una perspectiva universal a la disciplina.⁴

4.2. Metaparadigma y su aplicación

Fawcett (1989) define un metaparadigma como: “La perspectiva global de cualquier disciplina que actúa como una estructura que encapsula y al interior de la cual se desarrollan los marcos de referencia conceptuales”.

De esta manera, un metaparadigma es otra palabra que corresponde a visión mundial, a partir del cual emergen muchos modelos.

Durante los decenios de 1970-79 y 1980-89, los autores de la enfermería escribieron de manera extensa sobre la importancia del metaparadigma del cuidado de enfermería, la salud, la persona y el ambiente, para el avance de

⁴Hernández, Conesa. Fundamentos de la enfermería, teoría y método. España: McGraw-Hill Interamericana; 2000. p. 45-52.

la práctica de la enfermería y la ciencia de la enfermería (Fawcett, 2005, Meleis, 2007). Stevens (1979) excluye el ambiente, en tanto Kim (1983) elimina el de la salud.

Cada modelo de enfermería hace referencia a los cuatro elementos esenciales del metaparadigma, puede hacer énfasis en diferentes aspectos y verlos en relaciones diferentes entre sí.

Salud

En los modelos de enfermería la salud se presenta como un nivel de adaptación (King, 196; Roy 1980), un nivel apropiado de independencia (Peplau, 1952; Roper et al; 2000), un estado de totalidad (Rogers, 1980; Orem 1995). Neuman y Young (1972) analizan a la salud como bienestar, en tanto Orlando (1961) delinea la importancia del confort mental y físico.

Cuidado de enfermería

Los modelos cuyo interés se centra en los cuidados psiquiátricos tienden a mirar al cuidado de enfermería como un proceso interpersonal (Peplau, 1952, Orlando; 1961, Travelbee, 1966). King (1968) es una firme abogada de la teoría de la interacción, y considera que el cuidado de enfermería en realidad se refiere del todo a una interacción social.

Otras descripciones del cuidado de enfermería incluyen: Respalda la adaptación de los pacientes (Roy, 1970; Roger, 1980), ayudar al paciente alcanzar el equilibrio (Johnson, 1959), participar de las experiencias de salud del paciente (Parse, 1987), dar asistencia a las personas para utilizar sus propios recursos (Newman, 1979) e intervenir en los niveles primarios, secundario y terciario de prevención (Neuman y Young, 1972).

Persona

La persona constituye la de un individuo con dimensiones biológica, espiritual, emocional, social, y cognitiva. Esta imagen holística tiende a permear la mayor parte de los modelos de enfermería.

Muchos modelos de enfermería perciben a la persona como “Alguien con necesidades que difieren y están cambiando” (Henderson, 1966; Roper et al; 2000). Orem (1995) se enfoca en la persona como un agente que propicia el autocuidado. Parse (1987), Neuman y Young (1972), King (1968) y Johnson (1959) miran a la persona como un sistema abierto, en tanto Rogers (1980) y Newman (1979) la describen como un campo de energía. “Ser que se adapta al estrés” (Roy, 1970), “Organismo Humano en comportamiento” (Orlando, 1961) o simplemente “Individuo irremplazable en la evolución” (Travelbee, 1966). En fecha más reciente, la visión de la persona se amplió para incluir a las familias y las comunidades (McKenna y Slevin, 2008).

Ambiente

Los modelos de enfermería tienden a observar al ambiente no solo por lo que es externo a la persona, sino también por aquello interno (Roy, 1980, Orem, 1995, Neuman y Young, 1972). Otros modelos muestran al ambiente como “El terreno en el cual se desempeña la persona o donde consigue su sustento” (Orlando, 1961; Travelbee, 1966).

Newman (1979) y Rogers (1980) consideran al ambiente como un “Campo de energía” que forma parte del proceso de vida. King (1968), en concordancia con su visión sobre la persona, considera al ambiente un sistema abierto en interacción con los seres humanos. En correspondencia a sus presunciones sobre las relaciones interpersonales, Peplau (1952) describe al ambiente como un “Microcosmos de otros seres significativos con quienes la persona interactúa”. A partir de las descripciones previas puede observarse que si bien todos los modelos de enfermería se refieren al metaparadigma, tienden a examinar sus elementos esenciales desde perspectivas diferentes.⁵

Con el concepto de persona que incluye al individuo, la familia y la comunidad, se identifican al receptor y receptores de los cuidados, con el entorno se identifican circunstancias tanto físicas como sociales o de otra naturaleza, que afectan a la persona; el concepto de salud se refiere al

⁵Cutcliffe J, McKenna H, Hyrka K. Modelos de enfermería, aplicación a la práctica. México: Manual Moderno; 2011. p. 19-22.

estado de bienestar que oscila entre los más altos niveles de salud y de la enfermedad terminal, y el concepto de cuidado es la propia definición de enfermería, es decir, “Las acciones emprendidas por las enfermeras en nombre de los resultados de las acciones enfermeras”. Las acciones enfermeras normalmente son vistas como un proceso sistemático de valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación.

Basándonos en el hecho de que la función de la teoría es definir el qué, el por qué y el para qué, mientras que el método define el cómo. El concepto de cuidado tiene una naturaleza de carácter metodológico, ya que indica el cómo. El método de intervención tan solo puede derivarse de las premisas teóricas de las que se parta.⁶

4.3. El cuidado y sus dimensiones

*Orígenes del cuidado.*⁷

Junto con la alimentación, la aplicación de cuidados es sin duda la práctica más antigua de la historia del mundo. Ya en los animales, reviste un carácter diferente en la hembra, siempre ocupada de su descendencia, prodigándole cuidados corporales y facilitándole el aprendizaje alimentario, mientras que el macho traspasa los límites del territorio para procurar una subsistencia a veces difícil de conseguir, y se muestra como el defensor de la prole.

Cuidar contribuye directamente a asegurar la continuidad de la vida del grupo, de la especie Homo. Es importante considerar de manera individual la práctica de cuidados procedentes de las mujeres y de aquellos que provienen de los hombres, cuya naturaleza es diferente. Las prácticas de las mujeres cuidadoras se identifica con el rol social que ejercen al realizarlas: rol labrado en torno a la fecundidad y a todas las formas simbólicas que engendra, prescrito por las reglas conventuales de la mujer consagrada, nacido de la doble filiación religiosa y médica de la mujer enfermera auxiliar del médico.

⁶Hernández, Conesa. Op.cit.; p. 52-54.

⁷Collière M. Promover la vida. 2ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2009. p. 3-7.

Los cuidados existen desde el comienzo de la vida, ya que es necesario “ocuparse” de la vida para que esta pueda persistir. Los hombres como todos los seres vivos, han tenido siempre necesidad de cuidados, ya que cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo permitir que esta continúe y se desarrolle y, luchar contra la muerte.

Durante millares de años, los cuidados eran los actos de cualquier persona que ayudara a otro a asegurarle todo lo necesario para continuar su vida. La primera orientación era asegurar la continuidad de la vida del grupo y de la especie, teniendo en cuenta todo para asumir las funciones vitales: recursos energéticos (alimentos), protección contra las inclemencias del frío y del calor por medio de la ropa o del refugio, que dará lugar al alojamiento.

Las tareas se organizan alrededor de una serie de necesidades fundamentales: sustentarse, protegerse de la intemperie, defender el territorio y salvaguardar los recursos. Estas tareas dan origen a la división sexual del trabajo. La caza y recolección de frutos era tarea de los hombres; los mujeres ordenar la distribución de los productos vegetales y la de cuidar al resto del grupo. Era necesario cuidar de las mujeres de parto, los niños, los vivos, pero también de los muertos. Cuidar del fuego para que no se apagara, de las plantas, de los instrumentos de caza, de las pieles, más tarde de la cosecha, de los animales domésticos, etc.

Cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación.

Cuidar y vigilar representan un conjunto de actos de vida que tiene por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo.

Dimensiones sociales de los cuidados de enfermería.⁸

Desde siempre los cuidados han tenido una función social. A medida que la historia de las diferentes sociedades humanas ha ido evolucionando, esta

⁸ Collière M. Op.cit.; p. 296-308.

función no sólo se ha modificado considerablemente en cuanto a su finalidad, sino que la propia percepción de esta función social ha podido difuminarse hasta llegar a ser ignorada o incluso borrada en algunas de estas sociedades.

Los cuidados de enfermería sólo tienen sentido si se toma conciencia de que se insertan en un contexto social que ellos imprimen y que les condiciona. Bien sea por las tecnologías utilizadas, por el tipo de jerarquía social que crean, por las formas institucionales que instauran, por la organización de trabajo resultante, o bien por el alcance social del acto de cuidar, los cuidados de enfermería tienen una enorme influencia social, incluso si no se tiene conciencia de esta influencia o aún si apenas se comprende.

- *Influencia social de los cuidados de enfermería.*

Si bien es cierto que las corrientes socioeconómicas influyen en la orientación y en la forma de aplicar los cuidados de enfermería, estos contribuyen recíprocamente a confortar, consolidar o a poner en tela de juicio ciertas corrientes sociales. Todos los elementos fundamentales que constituyen la práctica de cuidados de enfermería y la forma de utilizarlos, participan directamente en la influencia social ejercida por los cuidados de enfermería, tanto con respecto a los que reciben cuidados como a la profesión en sí misma que elabora su propia imagen social a partir de lo que hace.

Si nos referimos a la tecnología, vemos que tiene una influencia directa en la orientación de los cuidados y en el tipo de cuidados que se ofrecen, pero consecuentemente le da una imagen social a la profesión, le da una configuración, haciéndola contribuir a orientar las elecciones de la sociedad. Podemos ver que la tecnología es la base de la imagen profesional que se le transmite al público, desde la bacinica a la jeringa, que sigue siendo la imagen de la enfermera a domicilio para llegar hasta la monitorización. Del mismo modo, la frecuencia con que se utiliza tal o cual tecnología determina la configuración de los espacios dentro de las instituciones sanitarias y el tipo de relaciones entre ellas, las formas de organizar el trabajo, los estratos de la jerarquía profesional, las bases de la valoración económica del trabajo.

La selección de las tecnologías participantes en los cuidados y el conocimiento o el desconocimiento de sus efectos contribuyen directamente en la orientación de los comportamientos, y en la confirmación o el refuerzo de algunas corrientes sociales.

Según la naturaleza de los conocimientos utilizados, su exclusividad o su diversidad, su dogmatismo o su flexibilidad, su rigurosa certeza o su apertura hacia lo incierto, hacia lo nuevo, dan lugar a comportamientos y a conductas sociales, y a veces incitan la inhibición o la liberación de la capacidad de existir.

Las costumbres de la vida cotidiana y las creencias que se establecen a partir de una forma de entender el mundo por medio de conocimientos e instrumentos, alientan ideologías que influyen en los cuidados de enfermería pero, recíprocamente, los cuidados de enfermería las reafirman o las ponen en tela de juicio.

- *Alcance social de los cuidados de enfermería.*

Cuidar no sólo es una defensa ciega de la vida biológica a toda costa sin preguntarse qué es lo que permite vivir, sin ser consciente de que existen tipos de muerte además de la muerte física.

Los cuidados de atención primaria suponen una auténtica mutación ideológica, cultural, social, tecnológica y económica de la función de los cuidados al orientar la finalidad hacia el desarrollo de la persona a partir de su forma y de sus condiciones de vida, y comprometiendo la participación directa y activa de la población.

Dimensión económica de los cuidados de enfermería.

Los cuidados de enfermería, proporcionados tanto en el hospital como en el medio extrahospitalario, tienen un costo económico que no podría ser la única referencia económica de un servicio que no puede dissociarse de sus incidencias socioeconómicas.

- *Costo económico de los cuidados de enfermería.*

En toda sociedad de mercado, preguntarse por el costo económico de un servicio es conocer su valor monetario, valor que no es indicador económico suficiente en una sociedad de consumo que estima el valor de un producto o de un servicio según su valor de mercado. En este caso podríamos distinguir en orden de importancia:

-Los cuidados a los que se les atribuye un alto valor de mercado, es decir los que requieren de un alto nivel de especialización, de alta tecnología, para la investigación o la curación de la enfermedad. Su valor monetario no sólo se aprecia por los aparatos que se utilizan, a veces por todo el equipo pero en cualquier caso las enfermeras se benefician poco de ello.

-Los cuidados que consumen poco tiempo y no requieren demasiada competencia ni por lo conocimientos ni por las técnicas utilizadas. Su rentabilidad se basa en su elevado número y frecuencia, que se buscan sobre todo por su valor en el mercado y hacen de los cuidados un bien de consumo.

-Los cuidados que tienen en cuenta las necesidades vitales más fundamentales: mantener y desarrollar las capacidades de la vida, cuidados que no se realizan de manera independiente. Estos son considerados como cuidados menores que no requieren ninguna competencia, son los menos valorados en la escala económica.

4.4. Virginia Henderson

Virginia Henderson nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos. Originaria de Kansas City, Missouri, paso su infancia en Virginia, ya que su padre ejercía abogacía en Washington D.C.

Durante la primera guerra mundial, despertó en Henderson el interés por la enfermería. Así, en 1918 ingreso en la Escuela de Enfermería del Ejercito en Washington, D.C. En 1921 se graduó y acepto un puesto como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1922 inicio su carrera docente en enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia.

Cinco años más tarde ingreso en el Teachers College de la Universidad de Columbia, donde consiguió los B.S y M.A en la rama de la enfermería. En 1929, Henderson ocupó el cargo de supervisora pedagogía en la clínica Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. Regreso al Teachers College 1930 como miembro del profesorado e impartió cursos sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas hasta 1948.

Henderson vivió una larga trayectoria profesional como autora e investigadora. En los años en que fue profesora del Teachers College reescribió la cuarta edición de textbook of the Principles and practice of Nursing, de Bertha Harmer, publicado en 1939. La quinta edición de este texto apareció en 1955 y contenía la definición de enfermería de la propia Henderson. De 1959 a 1971, Henderson dirigió el proyecto Nursing Studies Index, Subconvencionado por Yale.

En 1960, se publicó su folleto Basic Principles of Nursing Care para el International Council of Nurses, que fue traducido a más de 20 idiomas. Como fruto de la colaboración con Leo Simmons durante cinco años editó una encuesta nacional sobre la investigación en enfermería que se publicó en 1964. En su obra The Nature of Nursing, editada en 1966, se describe su concepto sobre la función única y primigenia de la enfermería. Este libro fue impreso en 1991 por la National League for Nursing. La sexta edición de The Principles and Practice of Nursing, publicado en 1978, fue elaborada por Henderson y Gladys Nite y editada por la primera. A lo largo de la década de 1980, Henderson permaneció en activo como asociada emerita de investigación en Yale.

Sus conclusiones y su influencia en esta profesión la han hecho merecedora de más de nueve títulos doctorales honoríficos y del primer premio Christiane Reimann. También recibió el premio Mary Adelaide Nutting de la National League for Nursing de los Estados Unidos y fue elegida miembro honorario de la American Academy of Nursing, de la Association of Integrated and Degree Courses in Nursing, Londres, y de la Royal Collegue of Nursing de Inglaterra. En 1983, recibió el premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau International por su labor de liderazgo, uno

de los más altos honores de esta sociedad. En la convención de 1988 de la American Nurses Association (ANA), recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y la profesionalidad en la enfermería a lo largo de toda su vida.

Henderson falleció de muerte natural en marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su definición de enfermería es conocida internacionalmente y su trabajo sigue ejerciendo una gran influencia en la práctica, educación e investigación en el campo de la enfermería en todo el mundo.⁹

4.5. Filosofía de la “Definición de enfermería” de Virginia Henderson

Henderson definió a la enfermería en 1955 y afirmó lo siguiente:

“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 realizara sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápidamente posible.”¹⁰

Este modelo concibe a la persona como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas que debe satisfacer para, mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento.

Con el objetivo de lograr la independencia del paciente, los profesionales de la enfermería deben determinar las causas de la dependencia, causas que Henderson agrupa en falta de fuerza, voluntad y/o conocimientos, y actuar como sustitutos en aquellas actividades que no pueden realizar por sí mismos.¹¹

Salud

Comparo la salud con la independencia. Interpretaba la salud como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería.

⁹Marriner T. Ann, Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 4ª ed. España; Elsevier; 1999. p. 99-109.

¹⁰Marriner T. Ann. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. México: Elsevier; 2007. p. 55.

¹¹Hernández, Conesa, op. cit; p. 57-58.

Entorno

Lo define como conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.

Persona (paciente)

Individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila y que el cuerpo y alma son inseparables.

Henderson señala 14 necesidades básicas del paciente que abarcan todos los componentes de la asistencia en enfermería. Estas necesidades son las siguientes:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Evacuar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir la ropa adecuada (para vestirse y desvestirse).
7. Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
8. Mantener la higiene corporal y un buen aspecto y proteger la piel.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás.
10. Comunicarse con los otros expresando las propias emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Actuar con arreglo a la propia fe.
12. Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo.
13. Disfrutar o participar en diversas formas de entretenimiento.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios posibles.

Supuestos principales

Enfermería

- ✓ Una enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos.
- ✓ Una enfermera actúa como miembro de un equipo médico.
- ✓ La enfermera puede y debe diagnosticar y aplicar un tratamiento cuando la situación así lo requiere.
- ✓ Una enfermera debe tener nociones tanto de biología como de sociología.
- ✓ Una enfermera puede valorar las necesidades humanas básicas.
- ✓ Los 14 componentes del cuidado de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería.

Persona (Paciente)

- ✓ Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional.
- ✓ El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar.
- ✓ El paciente requiere ayuda para conseguir la independencia.
- ✓ El paciente y su familia constituyen una unidad.
- ✓ Las necesidades del paciente están incluidas en los 14 componentes de enfermería.

Salud

- ✓ La salud es la calidad de vida
- ✓ La salud es fundamental para el funcionamiento humano.
- ✓ La salud requiere independencia e interdependencia.
- ✓ Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.
- ✓ Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen de estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios.

Entorno

- ✓ Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad.
- ✓ Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad.
- ✓ Las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.

- ✓ Las enfermeras deberán reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipos y mantenimiento.
- ✓ Los médicos se sirven de las observaciones y valoraciones de las enfermeras en las que basa sus prescripciones para aparatos de protección.
- ✓ Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

La relación enfermera-paciente

Se pueden establecer tres niveles en la relación enfermera- paciente que van desde una relación muy dependiente a la práctica independencia:

- 1) La enfermera como sustituta del paciente.
- 2) La enfermera como auxiliar del paciente.
- 3) La enfermera como una compañera del paciente.

La enfermera debe ser capaz de valorar no solamente las necesidades del paciente sino también las condiciones y estados patológicos que la alteran.

Una de las metas de la enfermera debe ser mantener la vida cotidiana del paciente lo más normal posible. Se puede sacar mayor partido de ayudar a una persona a aprender cómo mantener su salud que preparando a los terapeutas más especializados para que le ayuden en los momentos de crisis.¹²

4.6. Las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson¹³

Virginia Henderson afirma que la enfermera es, y debe ser legalmente, una profesión independiente, capaz de hacer juicios independientes. Considera a la enfermera como la mayor autoridad en los cuidados básicos de enfermería. Ubica estos cuidados básicos en 14 componentes, o necesidades básicas del paciente, que abarcan todas las posibles funciones de la enfermera.

¹²Marriner T. Ann, Op. Cit. p. 102-104.

¹³García González, MJ. El proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. México: Ed. Progreso; 2002. p. 13.

4.6.1. Oxigenación¹⁴

Concepto

La respiración es la función por medio de la cual el organismo absorbe del exterior, el oxígeno necesario para el sostenimiento de la vida y elimina del interior los gases nocivos para la misma.

El intercambio de gases en el acto de la respiración se realiza a dos niveles. 1 entre el organismo y el medio ambiente, y 2 al interior del organismo, entre las células de los tejidos y la sangre, (respiración tisular).

Valoración de signos y síntomas de dependencia o independencia
• Estilo de vida sedentaria o activa.
• Conocimientos del paciente sobre la función respiratoria.
• Signo de fatiga al realizar actividades cotidianas.
• Patrón respiratorio, ritmo, regularidad, profundidad.
• Frecuencia respiratoria en condiciones normales en adultos es de 16 a 20 respiraciones por minuto.
• Antecedentes de enfermedades cardiorrespiratorias.
• Es fumador crónico.
• Respiraciones anormales: Disnea, ortopnea. Respiraciones rápidas y superficiales. Respiraciones muy lentas o profundas (Respiración de Kussmaul).
• Respiración periódica, respiración de Cheyne-Stokes, (Periodos de hiperpnea seguidos, a de periodos de apnea).
• Ruidos respiratorios audibles a distancia (Ronquidos, estridores, sibilancias, murmullos y estertores).
• Movimientos respiratorios que pueden acompañarse de disnea, (retracción esternal o intercostal, contracciones de los músculos respiratorios accesorios).
• Cambios de coloración en piel (palidez, cianosis) peribucal, en las uñas y conjuntivas).
• Pulso rápido y filiforme, palpitaciones.

¹⁴García González, MJ. Op. Cit. p. 55-58.

<ul style="list-style-type: none"> • Tos, sofocación, estornudos, bostezo excesivo.
<ul style="list-style-type: none"> • Secreciones anormales (moco, esputo, hemoptisis).
<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad excesiva, angustia, inquietud, cefalea, confusión, lipotomía y pérdida de la conciencia.

4.6.2. Nutrición e hidratación¹⁵

Nutrición es una cualidad o estado de los seres vivos, es fácil determinar una persona está bien o mal nutrida.

Factores que afectan la nutrición de los pueblos

La disponibilidad de los alimentos que a su vez depende de las características ecológicas del lugar, las condiciones socioeconómicas y la demanda para la producción.

El consumo está determinado por los hábitos alimentarios de la población, los que forman parte de la cultura. Son difíciles de modificar y requieren de una cuidadosa orientación sobre las deficiencias nutricionales que afectan la población.

La utilización de los elementos nutritivos contenidos en los alimentos que ingieren puede ser modificados por: Procesos infecciosos, diarrea, parasitosis u otros estados patológicos que interfieren de alguna forma el proceso de la digestión.

La digestión es el proceso mediante el cual las moléculas de las sustancias nutritivas se convierten en moléculas sencillas, aptas para su absorción. Comprende una fase mecánica y una fase química.

- Fase mecánica: los alimentos se humedecen en la boca por medio de la saliva y mediante la masticación se trituran y muelen para formar el bolo alimenticio que, al pasar por las partes del tubo digestivo, continua siendo agitada y preparada para recibir la acción de los jugos digestivos.

¹⁵García González, MJ. Op. Cit. p. 66-72.

- Fase química: los fermentos digestivos o enzimas, atacan los nutrientes desdoblándolos para convertirlos en moléculas más sencillas, al grado de que se puedan efectuar la absorción en el intestino delgado. Mediante la absorción, los nutrientes pasan desde el intestino delgado al torrente sanguíneo, mediante un complicado mecanismo físico-químico.

Características de una buena dieta

Completa: En sus nutrientes, es decir, que tenga proteínas, grasas, hidratos de carbono, vitaminas, minerales y agua.

Equilibrada: En sus diferentes nutrientes, es decir que contenga las cantidades necesarias de proteínas, grasas, hidratos de carbono, lípidos, minerales y vitaminas.

Suficiente: En su valor calórico, que contengan las cantidades que requiere el organismo para su funcionamiento normal.

Adecuada: Al momento fisiológico en el que vive el individuo.

Pura: Libre de sustancias patógenas.

Factores que afectan las necesidades nutricionales

- Edad: se relaciona estrechamente con el patrón de crecimiento.
- Sexo: los requerimientos de nutrientes son mayores en el hombre que en la mujer, excepto el hierro.
- La actividad física: a mayor actividad física, mayor necesidad de aporte calórico.
- Clima: el clima frío requiere de mayor aporte calórico.
- En el embarazo y lactancia: aumentan las necesidades de nutrientes hasta un 20%.
- Estado de salud: aumentan las necesidades de algunos nutrientes, por ejemplo: en quemaduras.
- La fiebre acelera el metabolismo, el cual aumenta la necesidad de nutrientes.

- El hipertiroidismo eleva el metabolismo. Si la ingesta de nutrientes no es adecuada, el individuo experimentara pérdida de peso, debilidad y fatiga.
- Cuando hay daño renal, en que se pierdan proteínas por la orina, puede haber aumento en la necesidad de ingerir mas proteínas.
- Cuando un paciente está bajo de peso, la ingestión de alimentos y de calorías debe aumentarse.
- Cuando un paciente esta excedido de peso u obeso se debe restringir la ingestión de calorías.

Problemas más comunes de la dieta inadecuada

1. Desnutrición: se clasifica en aguda o crónica, tiempo de inicio y rapidez con la que se manifiestan, y la intensidad de las alteraciones en relación con la pérdida de peso corporal.

- Desnutrición de 1er grado o moderada, si la pérdida de peso es de 15 a 25% del peso normal de la talla. Habrá ligeras alteraciones en la circulación y sistema nervioso, pero la persona puede seguir trabajando aunque con menos eficiencia y mayor fatiga.
- Desnutrición de 2º grado, la pérdida de peso es de 25 a 35% del normal, los adultos presentan alteraciones orgánicas y funcionales que les permiten únicamente un trabajo sedentario de calidad inferior.
- La desnutrición de 3er grado o marasmo, se acompaña de alteraciones orgánicas y funcionales, la pérdida de peso corporal es mayo de 35% del peso normal.

2. Obesidad: es el aumento de peso corporal superior a un 10% del peso teórico normal, según sexo, edad y talla corporal, que produce acumulación y distribución anormal de grasas en el tejido subcutáneo. Está ocasionado en algunos casos por: angustia,

represiones, hábitos familiares, o el placer no controlado frente a los alimentos y golosinas.

Representa para el organismo una sobre carga constante de las funciones circulatorias, hepáticas, pancreáticas, renales y respiratorias que pueden llevar a complicaciones como la aterosclerosis y la diabetes.

Signos que sugieren la existencia de desnutrición

- Cabello: falta de brillo natural; deslustrado y seco, delgado y lacio.
- Cara: falta de pigmentación cutánea, oscurecimiento de la piel en los pómulos y bajo los ojos, descamación de la piel en la nariz o en la boca.
- Ojos: conjuntivas pálidas y congestionadas; hay enrojecimiento y agrietamiento de los ángulos del parpado; resequedad de las membranas oculares, la cornea puede estar opaca y blanca.
- Labios: enrojecimiento e inflamación de la boca o los labios; especialmente de las comisuras bucales.
- Lengua: hay inflamación, el color es rojo escarlata; lengua blanda; úlceras tumefactas; papilas hiperémicas e hipertróficas; papilas atróficas.
- Dientes: pueden faltar o brotar en forma anormal, tiene zonas grises o negras, hay caries.
- Encías: están esponjosas y sangran fácilmente; hay retracción gingival.
- Glándulas: crecimiento de la glándula tiroides; crecimiento de la glándula paratiroides.
- Piel: resequedad, descamación, piel edematosa y oscura, pigmentación rojiza e inflamada en las áreas expuestas, ausencia de grasa subcutánea.
- Uñas: en forma de cuchara; frágiles y arrugadas.
- Sistema musculo esquelético: músculos de aspecto debilitado; huesos craneales del niño son delgados y blandos; no puede ponerse de pie ni caminar bien.

- Órganos internos: taquicardia, cardiomegalia, arritmias, presión arterial elevada.

Hidratación¹⁶

El agua es un componente abundante y necesario en el organismo humano. El cuerpo del recién nacido está constituido de un 80% de agua. En el organismo del adulto este componente está presente del 45 al 60%.

El agua corporal está localizada en los espacios intracelulares, o sea, dentro de las células en la proporción de dos terceras partes y en el espacio extracelular, fuera de las células, en una tercera parte.

En estado normal hay un equilibrio entre la ingestión y la pérdida de agua, este se mantiene mediante una serie de fuerzas que controlan la salida y la entrada de agua entre los diferentes espacios del organismo para conservar así, una cantidad adecuada en cada uno de ellos, entre estas fuerzas se encuentran principalmente, la presión osmótica producida por electrolitos y las proteínas plasmáticas y la presión hidrostática de la sangre impulsada por el corazón.

Formas de entrada y salida de los líquidos al organismo	
Las principales fuentes de líquidos de los organismos humanos son:	
• Agua y otros líquidos	1000 a 1500 ml.
• Alimentos que ingiere	900 a 1000 ml.
• Por oxidación metabólica	200 a 400 ml.
• Total	2100 a 2900 ml.
El cuerpo pierde agua por transpiración cutánea, por el aire expirado, por la orina excretada por el riñón y por heces fecales.	
La pérdida diaria es aproximadamente de:	
• Por la orina	De 1000 a 1500 ml.
• Por las heces fecales	De 100 a 200 ml.
• Por la piel (sudor)	De 600 a 700 ml.

¹⁶García González, MJ. Op. Cit. p. 76-78.

• Por los pulmones	De 400 a 500 ml.
• Total	De 2100 a 2900 ml.

La sed es el deseo conciente de ingerir agua y es el mecanismo regulador del ingreso de líquidos al organismo.

Factores que afectan el equilibrio hídrico	
1.Ingreso insuficiente.	<ul style="list-style-type: none"> • Porque no hay líquidos disponibles. • Hay problemas de deglución. • Por presencia de nausea y vomito.
2.Perdida excesiva de líquidos.	<ul style="list-style-type: none"> • Por vomito y/o diarrea. • Porque se realiza aspiración gástrica. • Por drenaje de una fistula.
3.Sudación excesiva.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando hay fiebre. • La temperatura ambiental es muy alta. • Hay trabajo físico intenso, y temperatura alta.
4.Por presencia de patologías.	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes Insípida. • Enfermedad de Addison. • Diabetes Mellitus. • Daño renal. • Hemorragias. • Quemaduras extensas.

Deshidratación

Es el estado en que se encuentra el organismo cuando no está suficientemente hidratado. Aunque puede presentarse en cualquier edad, la deshidratación es más frecuente en los lactantes y menores de 5 años. Se presenta asociada a enfermedades gastrointestinales, que son una de las enfermedades más frecuentes en esta etapa de la vida.

Valoración de Enfermería (Signos y síntomas de dependencia)
• Conocimientos del paciente sobre el ingreso de líquidos.
• Ingesta de líquidos en 24 horas.
• Medidas que acostumbra para purificar el agua y verduras.
• Si presenta sed excesiva.
• Sequedad de piel y mucosas, disfagia.
• Deficiente turgencia de la piel.
• Pérdida de peso.
• Oliguria con orina concentrada (color café oscuro).
• Fiebre.
• Constipación.
• Debilidad, agotamiento.
• Lengua: hidratación, úlceras, inflamación.
• Labios: color, hidratación, grietas.
• Trastornos mentales como desorientación y somnolencia, que pueden progresar hasta el coma.

Clasificación de la deshidratación. De acuerdo a la intensidad:

1er grado	Cuando se pierde un 5% del peso corporal.
2º grado	Cuando se pierde un 10% del peso corporal.
3er grado	Cuando se pierde un 15% del peso corporal.

4.6.3. Eliminación de los desechos corporales¹⁷

Para conservar su funcionamiento normal, el organismo debe desechar los residuos acumulados durante el catabolismo de los alimentos, así como los gases y otros elementos no utilizables, formados durante el proceso de la digestión.

Al acto de evacuar el intestino se le denomina defecación y a los desechos eliminados de les llama heces fecales.

¹⁷García González MJ. Op. Cit. p. 97-99.

Cada persona tiene un patrón único de eliminación fecal. Al valorar la eliminación fecal de las personas se deben tener en cuenta: edad, dieta, líquidos, ejercicio, factores de estrés psicológico, estilo de vida, medicaciones y patrón de defecación.

Características normales de las heces	
Color de las heces	Son de color marrón, esta dado por la estercobilina y urobilina, derivadas de la bilirrubina, pigmento amarillo de la bilis. Los alimentos y los medicamentos pueden afectar el color de las heces.
Consistencia	Normalmente son blandas y contienen alrededor de 75% de agua y el otro 25% de solidos siempre y cuando tenga una ingesta adecuada.
Configuración y olor	Cuando son normales tienen la configuración del recto, el olor es característico. Un olor pútrido indica un trastorno digestivo.
Constituyentes normales	Pus, moco, parásitos y grasa en considerable cantidad, así como bacterias patógenas, estos elementos solos se pueden identificar por el laboratorio.

Valoración de signos de dependencia.
• Conocimientos del paciente o familia sobre la función.
• Frecuencia con que se elimina heces.
• Ardor o dolor al evacuar.
• Problemas de urgencia, retención, incontinencia.
• Cefalalgia, dolor abdominal.
• Distensión abdominal.
• Debilidad, anorexia.
• Nausea, vómito.
• Flatulencia.
• Diarrea, estreñimiento.

Problemas más frecuentes en la eliminación intestinal

- Estreñimiento: Se da este nombre a la expulsión de heces pequeñas y duras, o la retención de heces durante cierto tiempo, situación que se acompaña con dificultad para evacuar.
- Diarrea: Es la producción de heces líquidas y el aumento de la frecuencia de las defecación.

Eliminación por aparato urinario¹⁸

Las vías urinarias están formadas por dos riñones, dos uréteres, la vejiga y la uretra.

Los riñones son dos órganos cuya función es eliminar los productos de desecho del metabolismo corporal y controlar la concentración de los líquidos corporales.

Los uréteres son dos tubos musculares largos y delgados que transportan la orina de los riñones a la vejiga.

La vejiga es un órgano muscular hueco, su capacidad promedio es de 300 a 500ml.

La uretra es el tubo que transporta la orina de la vejiga al exterior del organismo, en las mujeres mide de 3 a 5cm y en los hombres de 18 a 20cm. A la abertura externa de la uretra se le denomina meato.

Al proceso de vaciar la vejiga se le denomina micción. El deseo de vaciar la vejiga ocurre cuando tiene aproximadamente de 250 a 400ml en el adulto. Se considera normal una frecuencia de 5 o más micciones por día. El volumen de orina excretada en 24 horas es variable pero se considera que no debe ser menor de 500ml ni mayor a 3000 ml.

Factores que afectan la eliminación

- Los alimentos ricos en proteínas y sodio retienen los líquidos, por lo tanto disminuyen la formación de orina.
- El café aumenta la formación de la orina.

¹⁸García González MJ. Op. Cit. p. 106-109.

- La cantidad de ingesta de líquidos; a mayor ingesta, mayor formación de orina.
- La actividad física; a mayor actividad, mayor metabolismo corporal y mayor producción de orina.
- Estrés. Cuando la persona sufre ansiedad puede incrementar la frecuencia de la necesidad de eliminar.
- La fiebre y la transpiración abundante disminuyen la producción de orina por la pérdida de líquidos a través de la piel.
- La disponibilidad de servicios sanitarios y tiempo para la satisfacción de esta necesidad.
- Algunos alimentos y medicamentos alteran el color de la orina.

Características normales de la orina
• Es transparente de color paja o ámbar.
• Olor tenue, aromático, (propio).
• El PH es ligeramente ácido.

Problemas más frecuentes en la eliminación urinaria

- Incontinencia: es la incapacidad temporal o permanente de los músculos del esfínter de la vejiga para controlar el flujo de orina.

Incontinencia de esfuerzo	Sucede en los momentos en que aumenta la presión intraabdominal. Causada por proceso patológico.
Incontinencia por urgencia	La necesidad que siente el paciente de llegar al baño es tan urgente que en ocasiones no puede hacerlo y se moja. Causada por infecciones de vías urinarias.

Valoración de signos de dependencia
• Frecuencia y cantidad de eliminación en 24 horas.
• Color y olor de orina.

• Retención e incapacidad para la micción.
• Aumento o disminución en la cantidad de orina que se elimina.
• Dolor o escozor durante la micción.
• Urgencia para la micción.

- Retención urinaria: es la acumulación de orina en la vejiga, ocasionada por incapacidad para vaciarse. La acumulación produce distensión de la vejiga, ya que la orina se sigue formando si hay ingreso de líquidos.

Valoración de signos de dependencia
• Molestia o incomodidad en la zona púbica.
• Incapacidad para la micción.
• Distensión de la vejiga, que puede palparse sobre el pubis.
• Inflamación del meato urinario y tejidos conexos, ocasionados por trauma o infección.
• Cuando el paciente esta inconsciente o no se puede mover.
• Cuando hay posibilidad de daño de la medula espinal.

4.6.4. Termorregulación¹⁹

La temperatura corporal es el grado de calor que mantiene al organismo en un momento dado. La temperatura corporal, es el equilibrio entre el calor producido por el organismo, como resultado de la oxidación de los alimentos; el calor que recibe el medio ambiente y el calor que pierde en la transpiración, la respiración y la excreción; principalmente.

Factores que alteran la temperatura corporal

La edad: en adultos de 36.5 a 37°C; la hora del día, las emociones, el ejercicio, la ingestión de líquidos fríos o calientes, el ambiente, la ropa, las enfermedades como neoplasias y trastornos metabólicos, y algunas drogas como la morfina que la aumentan.

Alteraciones más frecuentes de la temperatura corporal

¹⁹García González MJ. Op. Cit. p. 118-120.

- Fiebre: es la elevación anormal de la temperatura corporal.
- Hipotermia: es la disminución de la temperatura corporal, por debajo de lo normal.

Valoración de datos de dependencia o independencia
• Preguntar al paciente, si se protege convenientemente en los cambios de temperatura ambiente.
• Si tiene sensibilidad extrema a los cambios de temperatura, al frío o al calor.
• Qué valor le da a la ropa, alimentos, en el control de la temperatura.
• Si acostumbra algunas otras medidas físicas.
• Padece escalofríos, con qué frecuencia.
• Si padece bochornos, con qué características y frecuencia.
➤ Signos y síntomas de hipertermia:
• Cifras altas de temperatura (>37.5°C)
• Sudoración profusa.
• Aumento en la frecuencia del pulso.
• Aumento en la frecuencia respiratoria.
• La piel y las mucosas secas.
• Cefalalgia, malestar general, incomodidad.
• Delirio, convulsiones.
• Escalofríos.
• Posibilidad de sufrir una infección.
➤ Signos y síntomas de hipotermia:
• Cifras bajas de la temperatura (menor de 35°C).
• Pulso lento y débil.
• Respiraciones lentas.
• Piel pálida, cianótica, con apariencia moteada.
• Escalofríos, temblor, agotamiento.
• Incomodidad, extremidades adormecidas.
• Disminución o pérdida de la sensibilidad y de la conciencia.

- Agotamiento, desnutrición, edades extremas de la vida.

4.6.5. Descanso y sueño²⁰

El descanso físico y mental son necesidades básicas del ser humano; cada persona necesita cubrir ciertos requerimientos de tiempo y condiciones favorables para satisfacer su necesidad de dormir y descansar, lo cual es muy importante para tener un funcionamiento óptimo de su organismo.

El descanso físico comprende la ausencia de dolor y un ambiente de armonía que favorezca la relajación. El bienestar emocional comprende un estado libre de tensiones, de estrés o de ansiedad.

Sueño

Es un estado de inconsciencia del que se puede sacar a una persona por medio de estímulos apropiados. El sueño se caracteriza por una mínima actividad física; niveles variables de conciencia, cambios en los procesos fisiológicos corporales y disminución de la respuesta a los estímulos externos.

Factores que afectan el reposo y sueño

- Alteración de costumbres o posturas que afectan los patrones de reposo y sueño.
- Estimulación psíquica excesiva, un día lleno de impresiones de todo tipo, dificultara el sueño.
- La falta de alimentos o la ingestión de exceso puede interferir en el sueño.
- El ruido y el dolor pueden despertar a la persona y alterarla de tal modo que ya no pueda conciliar el sueño.
- El ambiente de hospital, la luz, el ruido, los medicamentos que se deben administrar por la noche.

²⁰García González MJ. Op. Cit. p. 128.

Trastornos del sueño²¹

- Insomnio: es la incapacidad para dormir lo suficiente en calidad y cantidad.
- Hipersomnias: es tener sueño excesivo por más de 9 horas durante la noche.
- Parasomnias: sonambulismo (adultos), terrores nocturnos y enuresis (niños).

Valoración de signos de dependencia
• Hábitos de sueño
• ¿Cuántas horas duerme por la noche? ¿Duerme siesta?
• Cambios de comportamiento (confusión, irritabilidad).
• Alteraciones por estados emocionales (tensión o estrés).
• Facilitadores, masaje, relajación, música, lectura.
• Uso de medicamentos, sedantes, alcohol.

Signos clínicos de insatisfacción en el descanso
• Sensación de fatiga, lasitud.
• Irritabilidad, inquietud.
• Incoordinación muscular, mareos.
• Desorientación progresiva, alucinaciones.
• Necesidad de tomar más líquidos.
• Dolor de cabeza, náuseas.
• Párpados inflamados, conjuntivas enrojecidas.
• Periodos de falta de atención.

Dolor²²

Engel (1970) ha definido el dolor como “una sensación molesta referida al cuerpo, que representa el sufrimiento inducido por la percepción psíquica de un daño real o imaginario”.

²¹García González MJ. Op. Cit. p. 130-131.

²²García González MJ. Op. Cit. p. 142-143.

Tipos de dolor

- Punzante: el que produce la sensación de que un cuchillo penetra la piel.
- Urente: similar al que produce una quemadura.
- Lancinante: un dolor profundo.
- Referido: cuando se siente en una zona del cuerpo distante al sitio donde se origina.
- Fantasma: es el dolor que sufre en una parte del cuerpo que ha sido amputada.

Factores que modifican el dolor

La edad, las experiencias anteriores al dolor, los mecanismos usados para superar el dolor, la cultura, las experiencias religiosas, la compañía de personas queridas.

Los signos de dolor
• Aumento o disminución de la frecuencia del pulso.
• Aumento o disminución de la presión arterial.
• Aumento o disminución de la frecuencia respiratoria.
• Náuseas y vómitos.
• Expresión facial de tensión, ojos cerrados, muecas faciales.
• Alteraciones en la temperatura y coloración de la piel.
• Área física de localización del dolor.

4.6.6. Evitar peligros²³

Prevención de accidentes

Los accidentes resultan un grave problema social, económico y de salud. Son causa de un considerable porcentaje de pérdidas humanas, de invalidez y disminución de las horas de trabajo efectivas de personas en edad productiva, lo que afecta a la economía familiar y nacional.

²³García González MJ. Op. Cit. p. 149.

Se puede afirmar que la prevención de accidentes, es parte del quehacer de la enfermera, porque como personal de salud le compete tomar parte en la tarea de dar educación para que haya una mejor salud en las personas y en la sociedad en general.

Los accidentes pueden ocurrir en vía pública, en el hogar, la escuela o el trabajo.

Accidente²⁴

Es cualquier suceso que ocurra inesperadamente y sin intención, cuyas consecuencias son negativas para la salud e integridad de las personas que lo sufren.

Valoración de enfermería sobre dependencia de riesgo de accidente
• Practicas que afectas la seguridad personal: hábitos, drogas, alcohol, tabaco, café, bebidas con cola, nivel de consumo.
• Estado de salud de los sentidos (vista, oído, olfato, gusto y tacto).
• Estado de la marcha y del equilibrio. Estado mental, cansancio, agotamiento. Estado de orientación en tiempo y espacio.
• Practicas de salud: manejo de estrés/ansiedad, practica de técnicas de relajación.
• Peligros para la seguridad: pisos, escaleras, aislamiento.
• Entorno físico del hogar: presencia de peligros ambientales.

Sincope o lipotimia (desmayo): es el estado agudo por lo general transitorio, en que hay pérdida súbita, completa o incompleta de la conciencia y disminución del tono muscular, es causado por anoxia cerebral.

Coma hipoglucémico: el paciente es diabético y tiene antecedentes de no haber tomado una comida o de realizar un mayor desgaste de energías por ejercicio físico intenso.

²⁴García González MJ. Op. Cit. p. 152-155.

Coma hiperglicémico: el paciente es diabético y tiene antecedentes de no haber seguido su tratamiento y no visitar al médico. También puede asociarse a otra enfermedad, fatiga o falta de control en la dieta.

Fractura: es la pérdida de la continuidad de un hueso, generalmente es el resultado de una caída, porque cuando ocurre esta se aplica fuerza de una parte del esqueleto. Esta fuerza se origina fuera del cuerpo y puede ser directa o indirecta.

Luxación: lesión en la que el hueso o huesos se desplazan de su punto normal de articulación.²⁵

Contusiones: también conocidas como equimosis y se producen por golpes directos, causando daño capilar y hemorragias en los tejidos blandos.

Herida: es la pérdida de la continuidad de tejidos blandos, causada por objetos cortantes.

Hemorragia: es la salida de sangre de los vasos sanguíneos y puede ser capilar (heridas superficiales), venosa (sangre roja oscura) o arterial (abundante, roja claro y con impulsos).²⁶

Choque: es un estado de gravedad en el que las funciones del cuerpo se deprimen, especialmente el sistema nervioso y la circulación.

Quemaduras: son lesiones tisulares causadas por agentes térmicos, químicos o electricidad.

Infección: es la invasión del organismo por gérmenes vivos, que proliferan y son causa de enfermedades.²⁷

²⁵García González MJ. Op. Cit. p. 159.

²⁶García González MJ. Op. Cit. p. 162-163.

²⁷García González MJ. Op. Cit. p. 167.

4.6.7. Higiene y protección de la piel²⁸

La higiene corporal es una de las formas más sencillas de conservar la salud física y proporcionar bienestar.

La piel esta formada por tres capas: la epidermis, la dermis y el tejido subcutáneo o hipodermis. La epidermis esta compuesta por cinco capas; las más externa o estrato corneo, continuamente se está descamando, más abajo y por su orden están: el estrato lucido, el granuloso, el espinoso y el germinativo. La dermis está constituida por tejido conjuntivo que contiene vasos sanguíneos, linfáticos y nervios que perciben el prurito, el dolor, la temperatura y son sensibles al tacto. Nervios motores, glándulas sebáceas y sudoríparas. La hipodermis o tejido subcutáneo se encuentra bajo la dermis y está constituida por tejido conjuntivo que almacena grasa y funciona como un cojín.

Funciones de la piel

- Barrera eficaz contra las agresiones del ambiente.
- Protege contra el frio intenso y en altas temperaturas impide la perdida excesiva de líquidos por evaporación.
- Las capas conjuntivas protegen de los golpes al constituir un colchón en las articulaciones y prominencias óseas.
- El tejido elástico favorece la cicatrización de pequeñas heridas.
- La sensibilidad al dolor, es útil como aviso para evitar lesiones mayores o bien para detectar patologías internas.
- La piel intacta, no permite la entrada de microorganismo.

Factores que afectan el buen funcionamiento de la piel

La desnutrición proteica, la falta de circulación correcta, la hidratación no suficiente y adecuada, la deficiente higiene de piel y sus anexos, la exposición prolongada a los rayos solares, el manejo sin protección adecuada de sustancias irritantes, el manejo de desechos sin la protección adecuada, la humedad prolongada de partes del cuerpo, la falta de

²⁸García González MJ. Op. Cit. p. 175-178.

movilidad o cambio de postura, la deshidratación, la disminución de la sensibilidad, la presencia de secreciones.

Lesiones primarias

- Macula: es un área plana que cambia de coloración, generalmente es roja.
- Pápula: es una pequeña elevación esférica que puede tener color.
- Nódulo: es similar a la pápula, pero de mayor tamaño.
- Vesícula: es una pequeña ampolla que contiene exudado seroso.
- Pústula: es una pequeña elevación que contiene exudado purulento.

Valoración de signos y síntomas de dependencia o independencia
• Hábitos higiénicos diarios que quiere mantener.
• Aseo de dientes, manos, baño, con qué frecuencia.
• Rasurado de la barba, con qué frecuencia.
• Uso de algún producto específico, colonia, crema, etc.
• Higiene femenina, arreglo personal.
• Revisión de piel: pigmentación y temperatura anormal, textura y turgencia.
• Aumento de la sensibilidad o dolor.
• Roturas traumáticas, abrasiones, laceraciones, etc.
• Lesiones, contusiones, hemorragias, cicatrices.
• Manchas, prurito, edema.
• Mucosa oral, deshidratada, hidratada.
• Callosidades, descamación.
• Alteraciones de color, sobre todo en partes expuestas.
• Pérdida de la piel, por ejemplo: quemaduras o descamación.
• Alopecia.
• Uñas anormales.

Hábitos higiénicos²⁹

El baño diario que ayudara a la conservación de la salud, una actitud vital positiva así como facilita la transpiraciones del cuerpo, abre los poros y limpia los exudados; el cuidado de las manos cada vez que se manipulen alimentos, así como antes y después de ir al baño; cuidado de la boca y dientes cada mañana y después de cada alimento acompañado por un antiséptico bucal con el fin de evitar enfermedades originados por los microorganismos de las caries en el torrente sanguíneo, recordar la importancia de una visita anual al dentista para prevenir enfermedades; cuidados de la nariz para una mejor oxigenación del organismo; y el cuidado del cabello tan frecuente como sea posible.

Prevención de úlceras por decúbito³⁰

Son ulceraciones de la piel que se forman cuando hay disminución de la irrigación sanguínea a los tejidos, en un área donde existe presión prolongada. Los sitios más comunes son: prominencias óseas como coxis, cadera, rodilla, tobillo, codos, talones, parte posterior de la cabeza y espalda.

Etapas en la formación de las úlceras
• Enrojecimiento de la piel que no desaparece aunque se de masaje y se elimine la presión.
• Rotura de la piel.
• Ulceración de la dermis que puede afectar al tejido celular subcutáneo produciendo secreción serosanguinolenta.
• Ulceración de las estructuras profundas con invasión de tejidos; aponeurosis, tejido conectivo, músculos y huesos.

Dentro de las personas de riesgo se encuentran los ancianos., personas obesas o desnutridas, las que tienen limitaciones de movimiento, las personas inconscientes o sedadas, y los enfermos con incontinencia.

²⁹García González MJ. Op. Cit. p. 177-178.

³⁰García González MJ. Op. Cit. p. 186.

Los factores contribuyentes son la exposición continua de la piel a la humedad, los trastornos circulatorios, las heridas en la piel, la desnutrición, la falta de tejido adiposo y la sensibilidad disminuida o perdida.

4.6.8. Movilidad y mantener una buena postura³¹

El corazón es el órgano situado al centro del sistema circulatorio, es la bomba que hace circular la sangre por todo el organismo.

El sistema circulatorio está formado por una red de vasos sanguíneos, arterias y venas, que transportan sangre desde el corazón a los tejidos del cuerpo y en forma inversa de los tejidos al corazón.

Las arterias son los vasos más grandes, se dividen en vasos de mediano y pequeño calibre, reciben el nombre de arteriolas y capilares (vasos microscópicos). A través de las paredes de los capilares se efectúa el intercambio de sustancias entre la sangre y los tejidos. En forma inversa los capilares se unen y forman pequeñas venas, las que a su vez se unen y forman conductos de mayor calibre, estos llevan la sangre al corazón.

El ejercicio físico ayuda a mantener un corazón saludable porque hace que aumente la circulación coronaria y las fibras del miocardio se contraen con mayor fuerza para aumentar el gasto cardíaco.

Medidas para conservar la función del aparato musculoesquelético³²

Cuando el cuerpo está sano y bien alineado, los músculos están en un estado de ligera tensión. La buena alineación necesita una fuerza muscular mínima y mantiene un apoyo adecuado para la estructura y órganos internos del cuerpo.

Con el término mecanismos corporales nos referimos a los movimientos corporales eficaces utilizados por las personas para mover otras o para mover objetos. Utilizamos los mecanismos corporales cuando estamos en estado de reposo o de actividad; estando de pie, sentados o acostados.

³¹García González MJ. Op. Cit. p. 191-193.

³²García González MJ. Op. Cit. p. 198-200.

Principios de mecánica corporal
<ul style="list-style-type: none"> • Los músculos grandes se fatigan con mayor rapidez que los pequeños.
<ul style="list-style-type: none"> • El grado de esfuerzo necesario para mover un cuerpo depende de su resistencia y de la fuerza de gravedad.
<ul style="list-style-type: none"> • Los cambios de actividad y posición ayudan a conservar el tono muscular y evitan la fatiga.
<ul style="list-style-type: none"> • La fricción entre un objeto y la superficie en que se mueven influyen en la cantidad de trabajo necesario para moverlo.
<ul style="list-style-type: none"> • Tirar o deslizar un objeto, requiere menor esfuerzo que levantarlo, porque aquí interviene la fuerza de gravedad.

Factores que afectan la buena postura corporal

El desarrollo y crecimiento físico, fatiga, actitudes y valores, y el trabajo.

Valoración de la dependencia o independencia.
<ul style="list-style-type: none"> • Patrones de actividad: ejercicio en casa, trabajo o en el tiempo libre.
<ul style="list-style-type: none"> • Medidas higiénicas para moverse y tener una buena postura.
<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios activos y pasivos para mejorar tono muscular.
<ul style="list-style-type: none"> • Uso de mobiliario y calzado adecuados.
<ul style="list-style-type: none"> • Limitaciones de deambulación.
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor de articulaciones.
<ul style="list-style-type: none"> • Postura habitual en el trabajo.
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor: muscular, óseo, articular.
<ul style="list-style-type: none"> • Tumefacción: rigidez, contractura, calambres.
<ul style="list-style-type: none"> • Defectos óseos, utilización de aparatos.
<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad funcional, mano dominante, utilización de brazos, piernas y manos; fuerza, presión, marcha.

4.6.9. Vestido³³

La forma de vestir y de acicalarse es parte importante de la personalidad de un individuo, es un rasgo particular que le hace ser diferente a los demás.

La forma de vestir es parte de la cultura en que vivimos y nos hemos desarrollado. Los rasgos culturales son más firmes en las personas que viven en el campo y en las etnias, las cuales no cambian su forma de vestir en ninguna circunstancia. Mientras que su arreglo personal es sencillo y vistoso.

Las personas de la ciudad sobre todo las de niveles económicos más altos, visten según las normas sociales y cambian según las estaciones del año y la moda. Respecto al arreglo personal es más completo y complicado.

En la mayoría de los hospitales privados y de gobiernos no se permite a los pacientes que usen su ropa personal, esta debe ser sustituida por la ropa del hospital, desde el ingreso hasta que el paciente sea dado de alta.

Entre los artículos de uso personal que se sugiere lleven al hospital están los siguientes: toalla, pasta dental y cepillo; peine y cepillo para cabello, desodorante, cremas, cosméticos y sandalias para baño.

Dificultades para vestirse y acicalarse

Las personas ancianas o impedidas temporalmente por fracturas u otro tipo de lesiones, se ven impedidas para vestirse y desvestirse y acicalarse y esperan que la enfermera o sus familiares les ayuden con esta actividad.

Los pacientes inconscientes o con limitaciones para moverse necesitan que la enfermera les ayude en todo lo que se refiere a las medidas de higiene y arreglo personal.

³³García González MJ. Op. Cit. p. 207-208.

Valoración, signos de dependencia e independencia
• Observe la edad del paciente, su peso y estatura.
• La apariencia personal, ¿es ropa limpia?
• ¿Se siente bien con su forma de vestir y de arreglarse?
• ¿Distingue la relación entre higiene personal y salud?
• ¿Qué hábitos tiene sobre la higiene personal y del vestido?
• ¿Necesita ayuda para vestirse y desvestirse?
• ¿Tiene los recursos económicos necesarios para vestir ropa adecuada a la temperatura y a la ocasión?

4.6.10. Comunicación³⁴

El verbo comunicar viene de la palabra latina “comunicare” que significa poner en común. En su aceptación más general, comunicación significa la acción y efecto de hacer a otro participe de lo que uno tiene, descubrir, manifestar o hacer saber a uno alguna cosa, consultar, conferir con otros un asunto, tomando su parecer (Sergio Flores de Gortari, 1991).

La comunicación es un proceso a través del cual, se transmiten y reciben ideas, emociones e informaciones entre personas y grupos de personas. Comprende todos los mecanismos por medio de los cuales una persona se relaciona con otras personas.

El poder comunicarse positivamente con las demás personas y recibir información de los demás, es de suma importancia para la conservación de la salud, en todas las etapas de la vida porque la comunicación es un medio para satisfacer las necesidades básicas.

El medio o canal para recibir información del ambiente externo son los sentidos corporales. En el campo de la enfermería la comunicación es el medio por el cual, la enfermera puede mantener una relación terapéutica con el paciente.

³⁴García González MJ. Op. Cit. p. 212-213.

Elementos del proceso de la comunicación

Para que haya comunicación es necesario que exista un emisor, que envía un mensaje y un receptor, que responde a dicho mensaje. Otros elementos importantes son:

- Forma. Son los medios que se utilizan para la comunicación.
- Contenido. Es el objeto de la comunicación, o el material que se transmite.
- Ruido. Son las interferencias que impiden que la comunicación llegue a su destino.

Emisor. También se le denomina fuente de codificación porque la persona que emite el mensaje debe tener una idea o razón para comunicarse. Codificar implica la selección de unos signos específicos, medios (palabras, tono de voz, gestos, etc.) para comunicar el mensaje.

Mensaje o contenido. Lo que se quiere decir o transmitir. El medio debe ser apropiado a lo que se transmite, para que el mensaje se reciba y haya una respuesta positiva.

Receptor. Es el que debe escuchar y poner atención. También se llama descodificador, debe percibir lo que el emisor envía, analizarlo e interpretar el significado del mensaje. Si su interpretación es igual al sentido que el emisor tiene al enviar el mensaje y hay una respuesta positiva, la comunicación es efectiva.

Respuesta. Es el mensaje que el receptor regresa al emisor. Se le llama retroalimentación. Esta puede ser positiva o negativa.

Tipos de comunicación

- Con la divinidad. Por medio de oraciones.
- Interna. Reflexiones y confrontaciones.
- Externa. Con familiares, amigos, laboral.

Valoración de la dependencia o independencia
• Facilidad para expresar sentimientos y pensamientos.
• Como son sus relaciones con la familia y otras personas.
• Utilización de mecanismos de defensa (negación, evasión, proyección y racionalización).
• Limitaciones físicas que interfieren en su comunicación.
• Nivel de conciencia y de orientación.
• Sus contactos sociales son frecuentes y satisfactorios.
• Facilitadores de la relación: confianza, receptividad, disponibilidad, empatía.

4.6.11. Sexualidad y reproducción, participar en actividades recreativas³⁵

Los aspectos (biológicos, psicológicos, sociales y espirituales) que se refieren a la sexualidad del ser humano, en cualquier etapa de la vida son importantes porque su total comprensión, aceptación y respeto por sus exigencias contribuye al mantenimiento o la pérdida de la salud.

Con el termino sexualidad entendemos todos los aspectos del ser humano que se refiere específicamente con el ser hombre o mujer. Refleja nuestro carácter humano y no solo nuestra naturaleza genital.

La identidad de la persona y la conducta están marcadas por la sexualidad y son las características que dan la femineidad o masculinidad.

Identidad sexual. Es un sentir individual de ser hombre o mujer. Su desarrollo está basado en el sexo biológico y el reforzamiento sociocultural que inicia en el nacimiento con la identificación del bebé como hombre o mujer.

Sexo biológico. Relativo al ser humano, genéticamente determinado en su anatomía y fisiología.

³⁵García González MJ. Op. Cit. p. 222-227.

Rol sexual. Implica conductas que reflejan el sentido individual aprendido, de masculinidad o femineidad, la conducta sexual, las relaciones sexuales y el dimorfismo sexual. Se basa en la percepción de la conducta.

Concepto de salud sexual. Según el programa de la OMS sobre la enseñanza de la sexualidad humana, para trabajadores de la salud, se basa en tres elementos:

- I. La capacidad de gozar y controlar la propia conducta sexual y reproductiva de acuerdo con una ética personal y social.
- II. La superación de miedo, la vergüenza y el sentimiento de culpa, y de otros factores psicológicos que inhiben la respuesta sexual y que deterioran las relaciones sexuales.
- III. La ausencia de desórdenes orgánicos, de enfermedades y disfunciones que dificultan las funciones sexuales y reproductivas.

Otras características saludables son:
• Conocimientos básicos sobre sexualidad.
• Capacidad para mantener relaciones interpersonales con ambos sexos.
• Conciencia de los propios sentimientos sexuales, del ser hombre o ser mujer.
• Expresar y mantener una imagen corporal positiva.

Métodos naturales de regulación de la natalidad

- Método de ovulación de Billings o del moco cervical. determina las características del moco cervical como cantidad, elasticidad y transparencia dependiendo del ciclo menstrual.
- De la temperatura basal. Depende de la temperatura basal del cuerpo y del día de ciclo menstrual que se ubique.
- Del sintotérmico. Combina la temperatura basal, el moco cervical, los cálculos de Ogino y los llamados signos adicionales de fertilidad como son: dolor en las fosas iliacas, síntomas en senos como

aumento de sensibilidad y malestar, volumen; retención de líquidos, aumento de excitabilidad, dolores de cabeza, depresión y sofocos.

- Del calendario o de Ogginio-Knaus. Exige que sean ciclos regulares y como la supervivencia de los espermatozoides es máximo de 4 días y la de los oocitos de dos; la etapa fértil corresponde a cuatro o cinco días previos y cuatro o cinco días posteriores a la ovulación.

Métodos artificiales de regulación de la fertilidad

- De barrera como el condón masculino y femenino, diafragma, capuchón cervical.
- Espermicidas en óvulos vaginales.
- Esterilizantes como la ligadura de las trompas de Falopio o vasectomía en hombres.
- Hormonales como píldoras de esteroides que alteran el ciclo así como las píldoras de emergencia y el dispositivo intrauterino.

Necesidad de participar en actividades recreativas³⁶

La recreación es una necesidad básica para todo ser humano, en cualquier etapa de su vida. Para que sea verdaderamente beneficiosa es necesario distinguir entre pasatiempo, recreación y ocio

- Pasatiempo. Es la actividad que entretiene pero no favorece el descanso ni el crecimiento personal.
- Recreación. La definición del diccionario es: distracción, entretenimiento, placer,
- Ocio. El diccionario nos da el siguiente significado: descanso, entretenimiento, obras de ingenio formadas en los ratos libres que dejan otras tareas.

Como se puede comprender este último es el significado más amplio para las actividades recreativas, podemos decir que el ocio pertenece a las obras de arte: pintura, dibujo, escultura, tallado en madera, pirograbado y todas las actividades manuales.

³⁶García González MJ. Op. Cit. p. 273-274.

Se dice que los adultos hemos perdido la capacidad de asombro y la curiosidad, presente en los niños pequeños. La capacidad de asombro y la curiosidad se relacionan íntimamente con la creatividad y la conciencia de sí mismo y del propio valer.

Para clasificar de alguna manera las diferentes actividades que pueden realizar los enfermos: crónicos, en rehabilitación o ancianos, las agrupamos en terapia recreativa y terapia ocupacional.

Terapia recreativa
<ul style="list-style-type: none"> • Juegos de mesa: domino, damas chinas, lotería, serpientes y escaleras, oca, turista mundial, ajedrez, memoramas.
<ul style="list-style-type: none"> • Escuchar música instrumental, cantar, bailar.
<ul style="list-style-type: none"> • Gimnasia, aerobics, yoga.
<ul style="list-style-type: none"> • Visitas a museos, ferias, espectáculos, alamedas.
<ul style="list-style-type: none"> • Excursiones: balnearios, sierra, mar.
<ul style="list-style-type: none"> • Funciones: teatro, conferencias, conciertos, ballet.

Terapia ocupacional
<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades del pensamiento. Crucigramas, sopas de letras, autodefinidos, rompecabezas, acertijos. Talleres de lectura, escritura, cuentos, biografías, etc.
<ul style="list-style-type: none"> • Manualidades. Tejido, bordado, pintura, tarjetería, marquetería, pirograbado, macramé, cerámica, raffia, papel maché, decoración.

Valoración de la dependencia o independencia
<ul style="list-style-type: none"> • Intereses, pasatiempos y en general, actividades recreativas que desarrolla en su tiempo libre.
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuándo fue la última vez que participo en actividades de ese tipo?
<ul style="list-style-type: none"> • El uso de su tiempo libre le proporciona satisfacción o algún otro tipo de sensación, ¿Cómo cuál?

<ul style="list-style-type: none"> • ¿Dispone de recursos para dedicarse a cosas que le interesan?
<ul style="list-style-type: none"> • ¿En la distribución de su tiempo, hay un lugar para la recreación?
<ul style="list-style-type: none"> • ¿La distribución de su tiempo es equilibrada entre el trabajo y la recreación?

4.6.12. Aprendizaje³⁷

Un estado saludable es indispensable para alcanzar una vida plena en todos los aspectos que conforman a la persona como son: los físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Cuando se conocen las medidas para promover la salud y proteger al organismo de enfermedades y se ponen en práctica durante toda la vida, los resultados son una existencia gozosa y productiva.

En cambio, el desconocimiento sobre el cuidado de la salud, solo conduce al descuido y a la enfermedad.

Concepto de salud de Virginia Henderson

La salud es un estado o situación que presenta un organismo humano en un momento dado; este estado es variable y puede ser afectado por múltiples factores de orden físico, biológico, psíquico, social y espiritual. Estos factores se pueden controlar, cuando el individuo recibe los requerimientos que necesita para cada una de sus necesidades y la protección específica contra las enfermedades, de tal modo que pueda ser independiente o saludable.

Salud

Según la OMS es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad.

Un punto de vista ecológico considera la salud como: el equilibrio entre el agente, huésped y el ambiente.

³⁷García González MJ. Op. Cit. p. 231-234.

Educación para la salud

Es un proceso dinámico y permanente, de acciones intencionales capaces de influir favorablemente en: los conocimientos, conductas y hábitos de las personas, estimulando su participación activa, consciente y responsable para el autocuidado de su salud, de su familia y de la comunidad.

Objetivo de la educación para la salud

“Es fomentar en el individuo, la familia y la comunidad; actitudes y conductas que le permitan prevenir las enfermedades, de manera individual y colectiva, así como protegerse de los riesgos que ponen en peligro su salud”. (Art. 12 Ley General de Salud).

Otro objetivo muy importante es: capacitar a la población para que haga uso adecuado y oportuno de los servicios de atención integral a la salud que ofrecen las instituciones del Sector Salud.

Sector salud

Se llama así a la integración de los recursos humanos, materiales y financieros con que cuenta la nación para dirigir sus acciones de prevención, curación y rehabilitación, con el objeto de mantener y recuperar la salud y así colaborar en elevar el nivel de vida del pueblo mexicano.

Modelo de atención

1. Para la población abierta (SSA, DIF, otras).
2. Población con seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, otras).
3. Atención privada.

Niveles de atención	
Primer nivel	Llamada también contacto primario y realiza acciones de tipo preventivo (inmunizaciones), de tipo curativo simplificado y consulta médica. Representa el 85% de la atención total para la salud.

Segundo nivel	Desarrolla acciones de tipo preventivo, atiende a la población Materno Infantil y pediátrica, así como a la que requiere atención de especialidades básicas, realiza también acciones de rehabilitación. Representa el 12% de la atención total para la salud.
Tercer nivel	Comprende acciones curativas y rehabilitadoras de alta especialidad. Representa el 3% de la atención total para la salud.

4.6.13. Creencias y valores³⁸

Por la historia conocemos que el hombre, por la sola razón natural, reconoce la necesidad de creer en un Ser Superior. Sin embargo, para que las relaciones del hombre con Dios sean satisfactorias, necesita el hombre tener una idea precisa de la divinidad y de cuál debe ser su actitud ante el Ser Superior.

Religión

Este término significa las relaciones que el hombre tiene con su creador, el culto que se tributa a la Divinidad.

Cada religión tiene sus formas de relacionarse con la Divinidad. Históricamente se puede comprobar, así como en la vida personal podemos observar que en circunstancias adversas, sentimos una necesidad más apremiante de orar y comunicarnos con Dios.

Los valores³⁹

Valor es aquello que conviene a la persona humana. Los valores se encuentran depositados en los seres o cosas y se nos presentan como cualidades de las mismas.

Generalmente elegimos un bien, porque creemos que es bueno para nosotros y se nos presenta en forma apetecible y agradable.

³⁸García González MJ. Op. Cit. p. 280.

³⁹García González MJ. Op. Cit. p. 282-283.

Toda persona que puede decidir sobre sus actos, tiene una escala de valores, generalmente elige un bien, aunque no siempre elige “bien” es decir no elige lo que perfecciona su ser.

Es importante tener una correcta jerarquía de valores, porque ella nos puede proporcionar una eficaz orientación de nuestra vida. Quien no tiene clara su jerarquía de valores puede tomar decisiones equivocadas y sentirse mal por no saber elegir.

El valor religioso

Es la realización plena de la persona humana, su valor proviene de su condición y facultades propias. Si consideramos que la persona de mayor dignidad es Dios, entonces veremos que el aprecio por el valor religioso será el máximo valor que perfeccionará el hombre.

Los valores morales

Son la expresión de la personalidad de cada individuo en lo más íntimo de su ser. Residen tanto en los actos que la persona elige como en los resultados de dichos actos. Pueden existir únicamente en un ser libre y en actos voluntarios. Son universales, se justifican a sí mismos y son independientes de otros valores, tienen precedencia sobre los demás e implican obligación. Como ejemplos tenemos: el amor, la verdad, la justicia, la lealtad, la amistad, la honestidad, la libertad y la solidaridad. Podemos enumerar también otros valores muy importantes como:

- El valor vital. Aprecio por la salud y la vida.
- El valor intelectual. Aprecio por el saber.
- Al valor estético. Percepción por la belleza.
- El valor económico. Aprecio por el uso correcto de dinero.
- El valor social. Vivir integrados a la sociedad, sentir con los miembros del grupo y de otros grupos.

Valoración de la enfermera
• ¿Valores que han integrado en su estilo de vida?
• ¿En qué medida estos valores se han alterado por su situación actual de salud?
• ¿Se siente en paz consigo mismo y con los demás?
• ¿Ritos que debe practicar de acuerdo a su religión?
• ¿Creencias religiosas significativas en este momento?

4.6.14. Trabajo y autorrealización⁴⁰

Trabajar es una necesidad básica del ser humano, es una forma de autoexpresión importante a través de la cual la persona puede manifestar su capacidad creadora. Esta necesidad pide como requerimiento fundamental para su satisfacción, el hecho de que la tarea se realiza esté de acuerdo con: la vocación, capacidad, aptitudes, intereses y carácter de la persona que lo realiza, de lo contrario se convierte en algo desagradable que la persona trata de evitar.

El trabajo es también un medio ordinario de conseguir el sustento diario. Unido a esto el salario es la retribución o pago por el tiempo, esfuerzo y dedicación empleado en el desarrollo de este.

Autorrealización

Maslow lo entendía como el logro y expresión plenos y completos de las capacidades de las personas:

- La autoaceptación y capacidad de percibir la realidad sin deformaciones o puntos ciegos.
- La espontaneidad en el pensamiento y la conducta, sentido del humor, creatividad.
- El constante interés por el bien de la especie humana.
- Gran aprecio por las experiencias esenciales de la vida, la capacidad de establecer relaciones profundas y satisfactorias con unas cuantas personas.

⁴⁰García González MJ. Op. Cit. p. 295-297.

Abraham Maslow al describir los rasgos de las personas autoactualizadas, esto es, de quienes han madurado al convertir en acto sus potencialidades para el crecimiento personal, menciona lo que ya A. Adler denominaba el sentimiento social.

Características de la persona no realizada en el trabajo
• El hastío, desgano e indiferencia para los asuntos de su profesión.
• Le da más importancia a actividades de tipo social o artístico, en las que sobresale.
• Con frecuencia llega tarde a su trabajo o falta.

Valoración de la dependencia o independencia
• Historia laboral, tipo de trabajo, duración.
• El trabajo le provoca satisfacción o conflicto.
• La enfermedad, que tipo de problemas le ha traído.
• Autoconcepto negativo/positivo de sí mismo.
• Capacidad para decidir y para resolver problemas.
• Su sueldo le permite cubrir sus necesidades básicas.

Autoconocimiento⁴¹

Avanzar en el conocimiento personal, implica tomar conciencia del yo consciente y trabajar con las partes desconocidas o inconscientes del mismo, para tratar de conocerse más y mejor. Norris describe el autoconocimiento como “el proceso de mirarse a uno mismo, los pensamientos, sentimientos, creencias, valores, habilidades y conductas en el pasado, presente y futuro, en un camino abierto u honesto”.

Para avanzar hay que procurar darse tiempo para la reflexión y preguntarse: ¿Cómo me siento?, tratar de darle el nombre correcto a lo que se siente (enojo, ira, tristeza, alegría). Buscar las causas del comportamiento primero en uno mismo y después en los demás. Preguntar a los demás que piensan de uno mismo y comparar las respuestas.

⁴¹García González MJ. Op. Cit. p. 214-215.

Describir y analizar las interacciones con la familia, amigos, compañeros, pacientes así como los progresos que se van dando. La autoexploración no es una meta de sí mismo, es un medio para conocerse, integrarse y motivarse para lograr cambios necesarios.

Autoconcepto

Es una serie de creencias de sí mismo, que se manifiestan en la conducta. Si alguien se cree tonto, actuará como tonto y en caso contrario, si se cree apto, actuara como tal.

Autoaceptación

Consiste en admitir todas las partes de sí mismo como un todo: la forma de ser y sentir, la historia personal, el ambiente socioeconómico, los valores, limitaciones, errores y aciertos. El que se acepta así mismo es capaz de aceptar a los demás como son.

La autoaceptación comprende todas la áreas de la persona: física, psicológica, social, trascendente (creencias, valores).

Autorrespeto

Consiste en atender y satisfacer las propias necesidades, comprender el proceso de desarrollo personal sin presionarlo, aceptar sentimientos y emociones sin hacerse daño ni culparse. Buscar todo aquello que ayuda a valorarse según la dignidad humana y cristiana.

Autoestima

Es la síntesis de todas las anteriores, si una persona esta consciente de sus cambios, crea su propia escala de valores y desarrolla sus capacidades; si se acepta y respeta, tendrá autoestima.

4.7. Proceso de Atención de Enfermería

Con frecuencia, se aplicaban cuidados independientes del médico guiados por la intuición y no por un método científico.

El termino PAE (Proceso de Atención de enfermería), es relativamente nuevo, ya que fue Hall su creadora en el año de 1955. Desde entonces, varias enfermeras han descrito el proceso de diferentes modos. Para Wiedenbach (1963) el proceso consta de tres fases: Observación, prestación de ayuda y validación. En 1965 Virginia Henderson, planteo que el proceso de enfermería era el mismo que el de las etapas del método científico. Más tarde Knowles (1967), sugirió que eran necesarias cinco fases para la práctica de enfermería: descubrir, investigar, decidir, hacer, y distinguir.

En 1967, la Western Interstate Commission on Higher Education (WICHE), describió cinco fases: percepción, comunicación, interpretación, actuación y evaluación. La WICHE definió el proceso como la interrelación entre un cliente y una enfermera en un momento dado, que incorpora la conducta del paciente y de la enfermera y la interacción resultante. También en 1967, la Facultad de Enfermería de la Catholic University of America propuso cuatro componentes del PAE: valoración, planificación, ejecución y evaluación.

En 1973, la American Nurses Association (ANA) Se refirió a cinco etapas del proceso: apreciación, diagnóstico, planificación, intervención, y evaluación.

El concepto de diagnóstico en enfermería, desarrollado entre los años 1950 y 1960, se aplico a la identificación de los problemas o necesidades del cliente.

En 1980, la ANA declaro que “La enfermería es el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas ante los problemas de salud actuales y potenciales”.

4.7.1. Etapas del proceso de atención de enfermería

Un proceso es una serie de actuaciones planificadas u operaciones dirigidas hacia un resultado en particular.

El proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático y racional de planificar y dar cuidados de enfermería. Su objetivo es identificar las necesidades de salud actuales y potenciales del cliente, establecer planes para resolver las necesidades identificadas y actuar de forma específica para resolverlos.

El proceso consta de cinco fases:

1. La **valoración** consiste en recopilar, verificar y organizar los datos del nivel de salud del cliente. Para realizar este primer paso del proceso, son esenciales las técnicas de observación, comunicación y de entrevista.
2. **Diagnosticar** constituye una relación de las alteraciones actuales o potenciales, del nivel de salud del cliente. Un problema de salud actual es aquel que existe en ese momento. Un problema de salud potencial consiste en la presencia de factores de riesgo que predisponen a que las personas o las familiar tengan alteraciones en su salud.
3. La **planificación** implica una serie de fases, las cuales la enfermera establece las prioridades, anota los objetivos o las respuestas esperadas, y escribe las actividades de enfermería seleccionados, para solucionar los problemas identificados, y para coordinar el cuidado prestado por todos los miembros del equipo de salud.
4. La **ejecución** consiste en llevar a cabo el plan de cuidados. Para validar el plan, la enfermera determina: (a) si el plan de cuidados es realista y ayuda al cliente a lograr las respuestas o metas deseadas, (b) si se han considerado las prioridades del cliente, (c) si el plan esta individualizado para cubrir las necesidades particulares de este.

5. Durante la **evaluación** se valora la respuesta del cliente a las actuaciones de enfermería y después, se compara esta respuesta a los estándares fijados con anterioridad. Con frecuencia, estos estándares se refieren, a criterios de respuesta o criterios de evaluación.

El éxito del proceso de enfermería depende de una comunicación abierta e intencionada y del desarrollo de una relación entre el cliente y la enfermera.⁴²

4.7.2. Taxonomía

En la década de los setenta los cuidados específicos que proporcionaban los profesionales no podían ser identificados con autonomía. Ante esta situación, las reuniones científicas para la resolución de este problema culminaron en 1982 de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Tras ordenar los primeros Diagnósticos de Enfermería por orden alfabético por la clasificación de los mismos en nueve categorías “Patrones de respuesta humana”.

Todos los Patrones de Respuesta Humana “Representan las manifestaciones de las interacciones de la persona y su entorno y, en su conjunto, abarcan la totalidad de los patrones de un individuo en integración con su entorno”. Estos patrones son: intercambio, comunicación, relaciones, valores, elección, movimiento, percepción, conocimiento y sentimientos / sensaciones; que deben reflejar situaciones enfermeras que cualquier profesional de la Enfermería debe poder describir, explicar, predecir y controlar para que estas situaciones puedan ser considerados fenómenos propios.

La ausencia de una definición precisa del objeto de estudio enfermero es la causa de la identificación de etiquetas diagnósticas que responden a un criterio de naturaleza delegada, junto con otras que responden a un criterio de naturaleza independiente.

⁴²Kozier B, Erb G, Olivieri R. Enfermería fundamental, conceptos, procesos y práctica. 4ª ed. Madrid: Mc Graw-Hill-Interamericana; 1993. p. 181-186.

De acuerdo con las premisas metodológicas que la propia NANDA ha marcado, los objetivos de un plan de cuidados deben extraerse de las etiquetas diagnósticas, mientras que las actividades deben de estar relacionadas con los agentes causales que han desencadenado dicha situación.

La Enfermería puede considerarse, de acuerdo con la clasificación de las ciencias realizadas por Aristóteles, como un saber técnico, es decir, que posee una disposición racional productiva, que tiene por objeto intervenir en las cosas que pueden ser de otra manera Considero al saber técnico como “Un conocimiento teórico (logos) y universal, que puede aplicarse a casos particulares”, pues “Sabe más quien sabe no solo que algo es, si no también el por qué y las causas de lo que es”.⁴³

⁴³Hernández, Conesa. Op.cit.; 2000. p. 62-67.

5. METODOLOGÍA

El presente trabajo fue realizado al paciente Alberto Gerardo G. V. que ingresó al servicio de Urgencias del Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”. Una vez atendido en dicho servicio, fue trasladado al servicio de “Artroscopia, reemplazos articulares y medicina del deporte” (5º piso de la torre de Ortopedia), cama 519, cubículo 5. Donde se le realizó una valoración el 14 de febrero del 2015. Los datos se obtuvieron a través de una entrevista y una exploración física céfalo-caudal basada en la filosofía de la “Definición de Enfermería” y de las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson, así como del expediente clínico previamente bajo el consentimiento informado del paciente y su familiar.

Los diagnósticos de enfermería se realizaron el 15 de febrero del 2015 una vez analizada la información obtenida en la valoración. Se procedió a elaborar una jerarquización de las necesidades afectadas de acuerdo a las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson. Posteriormente se definieron los diagnósticos de enfermería de acuerdo a la etiqueta NANDA.

La planeación se realizó del 16 al 20 de febrero del 2015. Se elaboró considerando intervenciones de enfermería (NIC) y resultados esperados (NOC), previamente realizados los diagnósticos de enfermería y especificando los objetivos de cada plan de cuidados de enfermería, para así documentar cada una de las intervenciones de enfermería requeridas para la recuperación de la salud y la independencia del paciente. Ésta planeación llevó por objetivo ayudar al paciente a satisfacer sus necesidades afectadas.

La ejecución se realizó de manera directa y alternando roles y actividades con el paciente y su familiar tratando de alcanzar los objetivos establecidos en cada plan de cuidados con la finalidad de mejorar la salud del paciente.

La evaluación se llevó a cabo analizando el cumplimiento de los objetivos trazados en cada plan de cuidados. Algunos se cumplieron y algunos no, sin embargo el paciente recibió su alta médica habiendo una mejora de salud a causa de la fractura cerciorándose de que pudiese llevar en cierta medida una vida independiente.

6. PRESENTACIÓN DEL PACIENTE

Datos de identificación:

Paciente de nombre Alberto Gerardo G. V. de 27 años de edad del sexo masculino, con fecha de nacimiento el 10 de julio de 1987. Escolaridad máxima: secundaria. Actualmente es estilista profesional. Estado civil: casado. Lugar de residencia: Colonia Lomas de Tarango en la delegación Álvaro Obregón, D.F.

Antecedentes heredofamiliares:

Padre: Soplo cardíaco diagnosticado hace 10 años; controlado.

Madre: Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) controlada y bajo tratamiento.

Antecedentes no patológicos:

-Vive con su esposa, dos de sus hijos (uno de 4 años y el otro de 1 año 8 meses) y sus padres. La casa es de sus padres y cuenta con todos los servicios públicos como agua, electricidad, drenaje y calles pavimentadas.

-Toxicomanías: consume cocaína, metanfetaminas, marihuana (sintéticas y naturales) diariamente desde los 22 años.

-Alcoholismo desde los 12 años, 1 vez al mes.

-Tabaquismo negado.

Antecedentes patológicos:

Cirugías previas: rinoplastia + resección de bolsas de Bichard + liposucción en 2009, sin complicaciones. Circuncisión en el 2007, sin complicaciones.

Trastornos del sistema digestivo como colitis y gastritis bajo tratamiento médico. Dermatitis diagnosticada bajo control medicamentoso.

Padecimiento actual:

Inicia el 14 de febrero de 2015 posterior a caída de su plano de sustentación con contusión directa de codo izquierdo, refiere posterior al mismo presentar dolor en región posterior de codo con EVA 10/10, edema e impotencia funcional por lo que acude a urgencias del Instituto Nacional de Rehabilitación para valoración. Donde se le da el diagnóstico de:

Dx. Fractura de cúpula radial izquierda MASSON III

Dx. CIE10 Fractura de la epífisis superior del radio

7. VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

1) Necesidad de oxigenación

El paciente no refiere ningún tipo de problema para respirar. Fuma al menos un cigarrillo al día desde hace 4 años y sabe que el acto de fumar no le causar un beneficio, al contrario reconoce que afecta a sus pulmones. El lugar donde vive considera que también aqueja su respiración ya que su mamá tiene 2 perros y 2 gatos y dice sentir demasiada mormada su nariz, además de que es alérgico al polvo. Para solucionar este problema utiliza Sterimar que ayuda para descongestionar la nariz.

En la exploración física pulmonar el paciente tiene una FR 16´min, SaO₂ 95% con respiraciones profundas, buen ritmo y una expansión torácica simétrica. A la auscultación de la vía aérea no hay presencia de estertores ni sibilancias por lo que la inhalación y la exhalación se presentan sin problemas, se encuentran permeables sin presencia de secreciones bronquiales, estertores o sibilancias. Hay buena coloración tegumentaria durante la exploración física.

Al valorar la función cardiovascular encontramos una FC 70´min auscultada, con una palpación del pulso de buena intensidad y ritmo. La TA 110/60 mmHg con una Presión Arterial Media (PAM) 77 mmHg. Llenado capilar en miembro torácico de 2 seg; y en miembro pélvico de 2 seg. Miembros pélvicos sin edema, no hay compromiso vascular periférico.

Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) (-). Tipo de sangre O+.

Indicado Signos Vitales Por Turno (SVPT) y Cuidados Generales de Enfermería (CGE), vigilar el estado neurovascular distal.

Laboratorios		
	Resultado	Valor normal
Eritrocitos	6.20 millón/ μ l	3.8-5.8 millón/ μ l
Hematocrito	51.1%	35.00-50.00%

2) Necesidad de alimentación e hidratación

Los alimentos que usualmente consume son una taza de café expreso doble cortado acompañado de pan dulce, sándwich de jamón de pavo, jugo de naranja, salmón. Se alimenta cinco veces al día prefiriendo el salmón (filete), pan dulce y el refresco de sabor cola, cuando llega a comer carnes las prefiere no muy cocidas. Los alimentos que le desagradan son la “pancita” y aquellos que contienen demasiada grasa. No tiene ningún problema para masticar o deglutir pero comenta tener problemas después de ingerir alimentos ya que hay veces que lo hace muy rápido y por ende vomita además de padecer de colitis y gastritis, por lo regular el desayuno le hace daño. No utiliza suplementos alimenticios. Comenta que “para cualquier momento un refresco Coca-Cola le hace bien”, lo complace. La religión no influye en su dieta diaria. Tiene una idea más o menos clara de las propiedades nutritivas de los alimentos. El porcentaje económico destinado para la alimentación mensual es del 30% (aproximadamente \$9,000). No utiliza sustancias que le disminuyan el apetito.

Diabetes Mellitus (-). Peso: 76 kg. Talla: 1.80 m. IMC: 23.45 kg/m².

De acuerdo a la “Clasificación Internacional del adulto con bajo peso, sobrepeso y obesidad”, adaptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2004 y el Índice de Masa Corporal (IMC) presentado por el paciente, se encuentra en el RANGO NORMAL.⁴⁴

Indicaciones médicas: Solución NaCl 0.9% 1000cc p/24hrs + Solución NaCl 0.9% para diluir medicamentos. Dieta líquida progresiva a tolerancia. Omeprazol 40 mg IV c/24 hrs. Metoclopramida 10mg IV previos a la administración de tramadol en caso de EVA >4.

Mucosas orales y conjuntivas hidratadas. Abdomen blando depresible sin dolor a la palpación ni a la percusión. Auscultación con presencia de peristaltismo en rangos normales. No hay presencia de cicatrices abdominales.

⁴⁴ Suverza A, Haua K. El ABCD de la evaluación del estado de nutrición. México: McGraw-Hill Interamericana; 2010. p. 50.

Laboratorios		
	Resultados	Valores normales
HCM Hemoglobina Corpuscular Media	26.1 pg/cel	26.50-33.50 pg/cel

3) Necesidad de eliminación

El paciente evacua aproximadamente 5 veces al día de características solidas, de color café sin presentar algún tipo de problema. Refiere miccionar de 6 a 7 veces, orina de color ámbar con ligero olor, sin presentar problemas. No utiliza laxantes o sustancias que favorezcan la evacuación o micción. Comenta que cuando tomaba ketorolaco, presentaba oliguria. El lugar donde vive no influye de manera negativa para la satisfacción de esta necesidad ya que se siente con la libertad de ir al baño cuando lo necesita; dice sentirse libre.

Laboratorios		
	Resultados	Valores normales
Urea	40.66 mg/dL	15.00-38.50 mg/dL

4) Necesidad de movilidad y postura

La actividad física cotidiana es caminar 1 hora diaria (de Av. Universidad a Av. Mixcoac) que es el trayecto de su trabajo a su casa, y también por el tipo de trabajo que tiene le demanda estar mucho tiempo parado. Cuando tiene tiempo de realizar ejercicio procura hacer cardiovascular, con buena tolerancia y opina que hacer ejercicio aumenta el autoestima de las personas sin embargo sus estados de ánimo si influyen para hacerlo o no. Hasta su accidente no tenía problemas con esta necesidad sin embargo, deberá de guardar reposo y moderar sus actividades ya que tiene un alto riesgo de poderse caer. Fuera del hospital no requiere de sistemas de apoyo.

La cinemática de trauma fue la siguiente: comenta que en su trabajo les dan dos horas para poder comer. Salió de Plaza Universidad (lugar de trabajo) a un establecimiento cercano para consumir alimentos, después de esto

consumió marihuana. Se percata que su horario de comida estaba por terminarse y para evitar alguna sanción, corrió bajo los efectos de la droga, justamente en el cruce para ingresar a la plaza, se tropezó y como reacción natural ante las caídas, lo primero que metió fue el brazo izquierdo. Cuando se levanta, acuden personas a auxiliarlo pero él decía no sentir ningún tipo de dolor o molestia, lo único que percato fue que tenía limitación de movimiento en dicho brazo y es cuando se lo descubre y observa una “bola” a la altura del codo. Las personas piden el apoyo de una ambulancia y esta decide llevarlo al Hospital General Xoco, quienes después lo refieren al INR para su atención.

En la exploración física se observa miembro torácico izquierdo postoperado de osteosíntesis de cúpula radial, herida quirúrgica con apósito + vendaje + férula posterior, sin datos de compromiso neurovascular. Se encuentra catéter periférico #18 en miembro torácico derecho (MTD) con fecha de instalación el día 12/02/2015, permeable con Solución NaCl 0.9% 1000cc p/24 h + Solución NaCl 0.9% para diluir medicamentos.

Miembros pélvicos sin compromiso vascular periférico en buen estado, dedos y uñas en buen estado. No presenta problemas para incorporarse e ir al sanitario o deambular, su marcha es normal, requiere del apoyo familiar para sostener las bombas de infusión.

Indicado cuidados de inmovilizador y colocación de cabestrillo.

5) Necesidad de descanso y sueño

El tiempo destinado para descansar diariamente es de 7 horas. Comenta tener algunas complicaciones para conciliar el sueño ya que llega a sentirse ansioso debido a que tiene algunos problemas con su esposa. El paciente ronca y si piensa que es un problema de salud; para disminuir el ruido se coloca más cómodo. Su estado emocional se vuelve agradable, energético después de descansar. El lugar donde habita dice ser un problema por los animales de su mamá que la habitan. Actualmente por su estado de salud no realiza ejercicio.

Se observa la férula en miembro torácico izquierdo descrita en la necesidad anterior pero que para descansar la apoya sobre una almohada. Su escala del dolor varió demasiado desde 0 a 8/10 EVA días posteriores a la cirugía. Cuando era alto se procedía a brindar analgesia y hubo ocasiones que dosis rescate, una vez realizado esto, el dolor disminuía considerablemente.

El paciente tomaba estos medicamentos por su cuenta y comento haberle avisado a su médico: clonazepam

Indicado Parecoxib 40mg IV c/8h, Paracetamol 1g VO c/8h, Tramadol 50mg IV previos 10mg de metoclopramida en caso de EVA >4, Ketoprofeno 100mg IV c/8h en caso de no haber parecoxib.

6) Necesidad de usar prendas de vestir

Actualmente el paciente requiere de ayuda para vestir por la férula que tiene en el brazo. En su casa, él elige su ropa libremente sin sentir un cambio en su estado de ánimo, sin embargo por su trabajo le piden que vista de negro. Menciona vestirse de acuerdo al clima: si hace calor, ropa ligera; si hace frio se abriga bien. Usualmente viste deportivo los días que descansa.

El paciente usa la ropa proporcionada por el hospital: bata, sabanas, cobija y colcha.

7) Necesidad de termorregulación

No siente que las emociones influyan en su temperatura corporal. Comenta que su casa es fría mientras que en su trabajo es mas a temperatura ambiente. Le cuesta trabajo adaptarse a los cambios de temperatura, tolera mas el calor que el frio, procura abrigarse bien cuando la ocasión lo amerita. El paciente no padece problemas con esta necesidad, se considera friolento. Al momento de la exploración se reporta una TC de 36.4°C. El paciente por lo regular se encontraba tapado por la sabana, en caso de sentir frio, pedía que se le tapara con la cobija.

8) Necesidad de higiene y protección de la piel

El paciente se baña cada 2º día usualmente por las noches con una higiene bucal de 3 veces al día por su trabajo. Se lava las manos frecuentemente ya que utiliza demasiadas sustancias para el cabello en su trabajo y muchas de estas le provocan dermatitis. Las uñas de las manos se las corta por lo regular 1 vez a la semana por su trabajo, de los pies 1 vez al mes. Los aspectos importantes considerados por el paciente es que hay que mantenerse limpio para así evitar los malos olores. La higiene tiene un significado de disciplina hacia la persona según el paciente.

Utiliza sustancias como Crema de Macadamia para mantener hidratadas las manos y glicerina con azúcar.

Cabe destacar la higiene de sus pies ya que no hay signos de infección micótica entre los dedos, zona plantar y uñas, se encuentran íntegros. De igual manera en los dedos y uñas de las manos. El baño de los pacientes en el Instituto Nacional de Rehabilitación es diario. Se observo buena hidratación de la piel. Se observa dependencia del familiar/cuidador ya que el paciente no es capaz de realizar actividades de Autocuidado por sí solo debido a su estado de salud.

9) Necesidad de evitar peligros

Cuenta con su esquema de vacunación completo. Realiza una autoexploración de mamas y de testículos como prevención de enfermedades, incluso comenta que dentro de esa misma exploración ha detectado lipomas en el codo del brazo derecho y en la espalda, aunque no ha acudido tratamiento de dichos lipomas. Comenta ser bisexual llevando una vida sexualmente activa con más de una pareja, con su esposa comenta tener relaciones sexuales sin protección (ella tiene DIU), sin embargo cuando lo amerita utiliza el preservativo como método anticonceptivo y medio de barrera ante las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) Actualmente bebe alcohol 1 vez por mes desde los 12 años y es consciente de que el alcohol puede cambiar radicalmente la vida de las personas. Actualmente consume drogas como cocaína, metanfetaminas, marihuana (drogas sintéticas y naturales) obteniendo un nivel de relajación además de

gustarle la sensación que estas producen; consiente de que no son buenas para la salud, sabe que es adicto pero aun así considera estar en un nivel de drogadicción que él controla. Consume como anteriormente lo mencione el clonazepam y el TAFIL (alprazolam) sin prescripción médica. Ha presentado problemas en los ojos refiriendo ver como una nube; en la nariz sinusitis e infecciones en la garganta.

Considera que el lugar donde habita le pueda provocar daños a su salud por los animales y no solo a él, sino también a su familia. Su trabajo considera que le puede provocar un daño a su salud por los instrumentos y sustancias que utiliza. Las situaciones de urgencia considera tomarlas con tranquilidad. Considera que poner atención en lo que uno realiza, evitaría muchos accidentes.

Las medidas seguridad que utiliza con sus hijos es limitarse la entrada a la cocina y utilizar periqueras. Cuando llega a tener episodios de estrés usualmente recurre a rascarse la cabeza, se jala el cabello, se muerde y come las uñas (onicofagia), se muerde los labios o aprieta su mandíbula.

Se queja dolor por las noches. Durante la inspección nocturna se encontró en más de una ocasión al paciente bajo los efectos del clonazepam, no refería dolor y dormía por largos periodos. El paciente escucha adecuadamente y percibe las sensaciones realizadas en la valoración.

Indicado Clindamicina 300 mg IV c/6h.

Alérgico al ketorolaco y a la penicilina.

10) Necesidad de comunicarse

Vive con su esposa, sus hijos (uno de 4 años y otro de 1 año 8 meses), y sus padres. Comenta no tener una buena relación con la familia, con su esposa hay problemas que podrían propiciar un divorcio, trata de convivir con sus hijos cuando tiene tiempo, con su padre evita la comunicación por diferencias, tiene una mejor relación con su madre. Con sus amigos es con quien más convive y platica, con los vecinos solo es respetuoso. No pertenece a ningún grupo social. Prácticamente el tiempo que está sólo es cuando trabaja que es de 09:00-18:00. Considera que a pesar de los problemas que tiene con su esposa, la comunicación sexual es buena,

placentera. No padece ningún problema relacionado con la comunicación ni utiliza aditamentos. Considera que en los lugares donde se desenvuelve existan factores que limiten la comunicación, más bien uno como persona es el que se limita.

De lo poco que puede observar es que la comunicación entre pareja era limitada aunque su esposa estuvo como responsable del cuidado durante la hospitalización. Algunas veces me comentaba que habían tenido discusión durante el día. Es una persona muy demandante e inquieto pero sin ser irrespetuoso, es sociable, simpático.

Cabe destacar que anteriormente tuvo un matrimonio con quien tuvo dos hijas, una actualmente tiene 8 años y la otra 7, a las cuales trata de no descuidar también y que es una de las razones por las que tiene problemas con su actual matrimonio.

11) Necesidad de creencias y valores

El paciente es católico. Lo que piensa es que "Dios lo es todo". No acude a centros religiosos por falta de interés. Su religión no interfiere con la toma de decisiones con respecto a su salud, pero si le genera conflictos personales ya que muchas de las cosas que hace no son bien vistas. Un valor es algo que lo identifica a uno como persona según le paciente. Considera que su forma de pensar no es congruente con la forma de vivir puesto que creó en Dios pero él hace lo contrario. Cree que la vida solo es una y que debe de ser todo para la persona; la muerte es un paso difícil que el ser humano tiene que dar, hacerse consciente de ello y prepararse.

No observe figuras religiosas alrededor de la cama del paciente.

12) Necesidad de trabajo y realización

Su rol familiar es el de ser padre, aunque no está satisfecho ya que desearía poderles dedicar más tiempo a sus hijos. Considera que los ingresos económicos no le alcanzan para llevar la vida que él desea, aunque procura comprarles ropa a sus hijos y esposa una vez al mes. Participa activamente en las actividades del hogar, ya sea que algunas veces prepara el desayuno, tiende las camas o mientras su esposa realiza actividades propias del hogar

pues cuida a sus hijos. No realiza actividades altruistas. Comenta que le gustaría cambiar de ciudad (Guadalajara) ya que en su actual trabajo cualquier cosa le genera descuentos.

Es una persona muy ambiciosa, cualidad que seguro es lo que lo hace cambiar de trabajos frecuentemente. Procura atender las necesidades familiares tanto con sus hijos y sus hijas.

13) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Su condición física lo limita para realizar algunas actividades y sabe que deberá moderarse en este rubro. El estado de ánimo influye para jugar o realizar actividades ya que si está de mal humor prefiere estar solo. Usualmente juega con sus hijos un día si y un día no, o cuando tiene tiempo, y lo utilizan para jugar es con carritos, pelotas, “escondidas”. Prefiere que su hijos no convivan con el resto de la familia ya que no lleva buenas relaciones, cuando hay reuniones familiares procura no asistir. Usualmente se divierte jugando con sus hijos aunque dice terminar muy cansado.

14) Necesidad de aprendizaje

El paciente considera que tiene problemas para el aprendizaje como problemas de atención y retención. Considera que le escuela es quien te forja, te enseña y te da los valores que ocuparas el resto de tu vida. Él asistió a la Academia de Loreal donde tuvo el título de Estilista Profesional, se considera bueno y dedicado en su área. Comenta que los mismos salones de belleza consiguen los cursos y/o conferencias tanto nacionales e internacionales (Canadá, EUA, Francia, etc.) para la actualización del personal y que él como empleado sólo paga una parte del viaje. Así es como se mantiene a la vanguardia.

7.1. Jerarquización de las necesidades

Necesidad	Causa
1. Movilidad y postura	Fractura de cúpula radial, inmovilización
2. Descanso y sueño	Dolor debido a fractura
3. Evitar peligros	Toxicomanías, parejas sexuales
4. Higiene y protección de la piel	Ayuda para realizar actividades de higiene
5. Alimentación e hidratación	Laboratorios anormales, gastritis y colitis
6. Oxigenación	Laboratorios anormales
7. Eliminación	Laboratorios anormales
8. Vestido	Utilización de ropa hospitalaria
9. Comunicación	Relación de pareja
10. Trabajo y realización	Situación laboral
11. Actividades recreativas	Convivencia con el resto de la familia
12. Creencias y valores	Poco interés en la religión
13. Aprendizaje	Problemas de atención

7.2. Análisis de la información

NECESIDADES	DATOS DE DEPENDENCIA	DATOS DE INDEPENDENCIA
1. Oxigenación	FC 70'min, SaO ₂ 95%, TA 110/60 mmHg con PAM 77 mmHg, llenado capilar de Miembros Torácicos y Pélvicos de 2 seg. Eritrocitos 6.20 millón/ μ l Hematocrito 51.1%	Fumar 1 cigarro al día. Convivencia con animales.
2. Alimentación e hidratación	Solución NaCl 0.9% 1000cc p/24hrs + Solución NaCl 0.9% para diluir medicamentos. Dieta líquida progresiva a tolerancia. Omeprazol 40mg IV c/24hrs, metoclopramida 10mg IV. Padece colitis y gastritis. HCM 26.1 pg/cel	Presencia de todas sus piezas dentales y de acuerdo a su edad.
3. Eliminación	5 evacuaciones por día. 6 a 7 micciones al día. Urea 40.66 mg/dL	No valorado por respeto a la integridad física de la persona.
4. Movimiento y mantener buena postura	Miembro Torácico Izquierdo (MTI) PO osteosíntesis de cúpula radial, herida quirúrgica con apósito + vendaje + férula posterior sin datos de compromiso neurovascular distal. Catéter periférico No. 18 en Miembro Torácico Derecho (MTD).	Posiciones corporales: semi-fowler, sedente y bipedestación.
5. Descanso y sueño	Apoyo del MTI sobre una almohada de descanso. EVA de 0 a 8/10, disminuyendo gradualmente con los días posteriores a la cirugía. Parecoxib 40mg IV c/78hrs, paracetamol 1g VO c/8hrs, tramadol 50mg IV en caso de EVA >4, ketoprofeno 100mg IV c/8hrs en caso de no haber parecoxib	Automedicación: Clonazepam.
6. Vestido	Cambio diario de ropa de cama (sábanas, cobija y colcha) así como de bata.	No presenta.

7. Termorregulación	TC 36.4°C. Antibioticoterapia (Clindamicina 300mg IV c/6hrs).	Utilizar la ropa de cama para taparse en caso de sentir frío.
8. Higiene	Baño diario con apoyo del familiar.	Aseo bucal 3 veces al día. Buena higiene de uñas.
9. Evitar peligros	Problemas oftálmicos, sinusitis, infecciones de Vías Respiratorias Altas. Episodios de estrés. Clindamicina 300mg IV c/6hrs. Alérgico al ketorolaco y a la penicilina.	Se realiza autoexploraciones. Vida sexual activa con más de una pareja y diferente sexo en algunos casos. Alcoholismo, tabaquismo, drogadicción.
10. Comunicación	Sin datos.	Comunicación limitada con su esposa. Problemas por familia anterior.
11. Creencias y valores	Sin datos.	Diferencia de ideas entre lo que la religión establece y su forma de actuar y de pensar.
12. Trabajar y autorrealización	Sin datos.	Tiempo para dedicar a la familia insuficiente.
13. Recreación	Sin datos.	Relaciones poco afectivas con el resto de la familia.
14. Aprendizaje	Problemas de atención y memoria.	Actualización y capacitación continúa de su profesión.

8. PRIORIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1. (00088) Deterioro de la ambulación r/c inmovilización y manejo del tripié m/p falta de habilidad para caminar las distancias requeridas.
2. (00086) Riesgo de disfunción neurovascular periférica r/c inmovilización y cirugía ortopédica.
3. (00155) Riesgo de caídas r/c medicamentos y condiciones postoperatorias.
4. (00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos m/p expresión facial, expresa dolor y trastornos del patrón del sueño.
5. (00198) Trastorno del patrón del sueño r/c medicación nocturna m/p cambio en el patrón normal del sueño y expresa no sentirse descansado.
6. (00183) Disposición para mejorar el confort m/p expresar deseos de aumentar el confort y la relajación.
7. (00003) Riesgo de infección r/c traumatismo tisular y procedimientos invasivos.
8. (00206) Riesgo de sangrado r/c efectos secundarios del tratamiento.
9. (00065) Patrón sexual ineficaz r/c conflicto con las preferencias diferentes m/p expresar cambios en las conductas sexuales.
10. (00037) Riesgo de intoxicación r/c disponibilidad de drogas ilegales potencialmente contaminadas con aditivos venenosos y conocimientos deficientes sobre los medicamentos.
11. (00146) Ansiedad r/c estrés m/p movimientos extraños y nerviosismo.
12. (00108) Déficit de Autocuidado: baño r/c deterioro musculoesquelético m/p incapacidad para acceder al cuarto de baño, obtener los artículos de baño y lavarse el cuerpo.
13. (00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilización física de la extremidad torácica afectada.
14. (00196) Motilidad gastrointestinal disfuncional r/c intolerancias alimentaria y medicamentos m/p distensión abdominal, aumento del residuo gástrico y vómitos.

15. (00094) Riesgo de intolerancia a la actividad r/c problemas respiratorios y circulatorios.
16. (00035) Riesgo de lesión r/c perfil sanguíneo anormal y factores de riesgo químicos.
17. (00157) Disposición para mejorar la comunicación m/p expresa sentimientos y pensamientos.
18. (00167) Disposición para mejorar el autoconcepto m/p aceptar limitaciones y fortalezas, y expresa confianza en sus habilidades.
19. (00109) Déficit de autocuidado: vestido r/c deterioro musculo-esquelético m/p incapacidad para ponerse la ropa en la parte superior del cuerpo e incapacidad para elegir la ropa.
20. (00052) Deterioro de la interacción social r/c ausencia de personas significativas m/p uso de conductas de interacción social infructuosas.
21. (00169) Deterioro de la religiosidad r/c falta de interacción sociocultural m/p dificultad para adherirse a las ideas religiosas prescritas.
22. (00161) Disposición para mejorar los conocimientos m/p expresa interés en el aprendizaje.

8.1. Clasificación de los diagnósticos (independiente e interdependiente)

DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN
1. Deterioro de la ambulación	Independiente
2. Riesgo de disfunción neurovascular periférica	Independiente
3. Riesgo de caídas	Independiente
4. Dolor agudo	Interdependiente
5. Trastorno del patrón del sueño	Independiente
6. Disposición para mejorar el confort	Independiente
7. Riesgo de infección	Interdependiente
8. Riesgo de sangrado	Independiente
9. Patrón sexual ineficaz	Independiente
10. Riesgo de intoxicación	Independiente
11. Ansiedad	Independiente
12. Déficit de Autocuidado: baño	Independiente
13. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	Independiente
14. Motilidad gastrointestinal disfuncional	Independiente
15. Riesgo de intolerancia a la actividad	Independiente
16. Riesgo de lesión	Independiente
17. Disposición para mejorar la comunicación	Independiente
18. Disposición para mejorar el autoconcepto	Independiente
19. Déficit de autocuidado: vestido	Independiente
20. Deterioro de la interacción social	Independiente
21. Deterioro de la religiosidad	Independiente
22. Disposición para mejorar los conocimientos	Independiente

9. PLAN DE ATENCIÓN DE LOS CUIDADOS EN ENFERMERÍA

Dx enfermería	Resultados	Indicadores	Escala de valoración	Puntuación diana	
				Mantener a: 18	Aumentar a: 26
Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la ambulación. Factor relacionado: Inmovilización y manejo del tripié. Características definitorias: Falta de habilidad para caminar las distancias requeridas. DOMINIO 4: Actividad/Reposo CLASE 2: Actividad/Ejercicio CÓDIGO: 00088	Movilidad DOMINIO: Salud funcional (I) CLASE: Movilidad (C) CÓDIGO: 0208	a) Mantenimiento del equilibrio b) Realización del traslado c) Correr d) Saltar e) Ambulación f) Se mueve con facilidad	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	5	5
				4	5
				1	3
				1	3
				4	5
				3	5
OBJETIVO: Estimular al paciente con limitación de movimiento a caminar para mantener o restablecer las funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento y recuperación de una enfermedad o lesión.					
CAMPO: 1. Fisiológico: Básico CLASE: A Control de actividad y ejercicio. CÓDIGO: 0221 INTERVENCIÓN: Terapia de ejercicios: ambulación.					

ACTIVIDADES:	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aconsejar al paciente que use calzado que facilite la deambulaci3n y evite lesiones. 2. Colocar una cama de baja altura, si resulta oportuno. 3. Enseñar al paciente a colocarse en la posici3n correcta durante el proceso de traslado. 4. Ayudar al paciente en el traslado. 5. Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bast3n, muletas, silla de ruedas, etc.) para deambulaci3n si el paciente tiene inestabilidad. 6. Instruir al paciente/cuidador acerca de las t3cnicas de traslado y deambulaci3n seguras. 7. Ayudar al paciente a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas. 8. Fomentar una deambulaci3n independiente dentro de los l3mites de seguridad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zapatos bien ajustados y de suela antideslizante para evitar ca3das. 2. Permite al paciente poner los pies en el suelo y estar m3s seguro en caso de v3rtigo. 3. Recomendar al paciente que mantenga una posici3n erguida con la mirada al frente, no hacia abajo ya que se puede aumentar el v3rtigo. 4. Colocar a un profesional de enfermer3a a cada lado del paciente indicando que lo sujeten por debajo del brazo con la mano m3s pr3xima. 5. Los aparatos sirven para aliviar el peso corporal del paciente y permitirle caminar, ofrecen confianza, estabilidad, apoyo frente a una extremidad d3bil o reducir la presi3n sobre una extremidad. 6. Siempre que se enseñe a los pacientes a utilizar los aparatos de ayuda, asegurarse de proporcionarle instrucciones por escrito ya que el personal de enfermer3a es el primer responsable de la ca3da y posibles lesiones. 7. Recordar que debe regresar a la habitaci3n, recomendable que el paciente de pasos cortos y mientras lo tolere. 8. Realizar esta intervenci3n varias veces al d3a y pronto el paciente podr3 hacerlo con la ayuda de solo una persona, andador o bast3n. No dejar que el paciente pierda su confianza en poder caminar ni que el personal de enfermer3a pierda la capacidad para apoyarle mientras recupera su independencia. 	<p>El objetivo se cumple ya que durante el proceso de valoraci3n, la relaci3n establecida permiti3 que el paciente recibiera la orientaci3n correcta para levantarse de la cama, adoptar posici3n b3peda con equilibrio, apoyarse con el tripi3 de soluciones y as3 poder trasladarse b3sicamente al cuarto de baño, sin reportar problemas ni eventualidades durante su estancia en el INR. El familiar asisti3 correctamente ya que el procedimiento quir3rgico ten3a poco tiempo de haberse realizado como para que el paciente realizara la deambulaci3n de manera independiente pero con el paso de los d3as, comenz3 a realizarlo de manera progresiva y bajo supervisi3n de enfermer3a y su familiar.</p>

Dx enfermería	Resultados	Indicadores	Escala de valoración	Puntuación diana	
Etiqueta diagnóstica: Riesgo de disfunción neurovascular periférica. Factor relacionado: Inmovilización y cirugía ortopédica. DOMINIO 11: Seguridad/Protección CLASE 2: Lesión física CÓDIGO: 00086	Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas DOMINIO: Salud funcional (I) CLASE: Movilidad (C) CÓDIGO: 0204	a) Fractura ósea b) Articulaciones contraídas c) Fuerza muscular d) Movimiento articular	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	Mantener a: 10	Aumentar a: 20
				3	5
				3	5
				3	5
				1	5
OBJETIVO: Disminuir el riesgo de sufrir una alteración de la circulación, sensibilidad o movilidad de una extremidad mediante la estabilización, inmovilización y/o protección con un dispositivo de soporte.					
CAMPO: 1. Fisiológico: Básico CLASE: C Control de inmovilidad. CÓDIGO: 0910 INTERVENCIÓN: Inmovilización					
ACTIVIDADES: 1. Monitorizar la circulación (p. ej., pulso, relleno capilar, y sensibilidad) en la parte corporal lesionada. 2. Monitorizar la movilidad en la zona distal a la lesión. 3. Monitorizar la presencia de hemorragia en la zona de lesión. 4. Minimizar el movimiento del paciente, sobre todo de la parte		FUNDAMENTACIÓN 1. Dado que los grupos musculares se encuentran envueltos por una fascia rígida y la lesión genera hinchazón debido a la hemorragia, el edema u otras lesiones similares, el ascenso de presión dentro del compartimento pone en peligro el flujo de sangre hacia los tejidos afectados produciendo un síndrome compartimental agudo (dolor intenso, parestesias, entumecimiento). 2. Las complicaciones consisten en alteraciones neurovasculares, deficiencias en la alineación ósea, lesiones de piel o de las		EVALUACIÓN Durante la recepción de turno se valoraba la presencia de sangrado en la férula así como el estado de la herida quirúrgica la cual nunca fue reportada con alguna anomalía. Así mismo valoraba	

<p>corporal lesionada.</p> <p>5. Inmovilizar las articulaciones proximal y distal al punto de lesión.</p> <p>6. Aplicar un cabestrillo, si procede.</p> <p>7. Monitorizar la integridad cutánea bajo el dispositivo de soporte.</p> <p>8. Enseñar al paciente o a la familia a cuidar la férula.</p>	<p>partes blandas. Se debe valorar cada 4 horas para evitar afectaciones (dolor, inmovilidad).</p> <p>3. Una hemorragia activa debe detenerse. La mancha tendría que volverse marrón pasadas 24 horas.</p> <p>4. Las ventajas de la movilización temprana consiste en la reducción del dolor, la hinchazón y la rigidez, y la conservación de una mayor amplitud en el movimiento articular. No se incrementan las complicaciones, la deformidad ni los síntomas residuales.</p> <p>5. Ayuda a mantener reducida la fractura (realineada) con la alineación correcta.</p> <p>6. Dispositivo terapéutico que se utiliza para la inmovilización de paciente, por lo general ortopédicos, sometidos a tracción.</p> <p>7. Comunicar la aparición de cualquier olor raro, un drenaje nuevo o fiebre. Recordarle al paciente que no meta ningún objeto dentro de la escayola ya que puede producirse una erosión cutánea que genere infección.</p> <p>8. Recomendar la utilización de una pera aséptica o un secador de pelo (en la posición de frío) que lancen aire bajo la escayola para aliviar el prurito, o la aplicación de presión sobre la zona. Suministrar instrucciones por escrito. Facilitar el número telefónico del coordinador de asistencia por si fuera el caso por alguna preocupación relacionada con el seguimiento.</p>	<p>continuamente la sensibilidad en los dedos del brazo afectado, el llenado capilar y la fuerza. Destacar que el paciente descansaba el brazo sobre una almohada para poder dormir o descansar. El objetivo se cumplió ya que el paciente no presentó problema alguno.</p>
--	---	---

Dx enfermería	Resultados	Indicadores	Escala de valoración	Puntuación diana	
Etiqueta diagnóstica: Riesgo de caídas. Factor relacionado: Medicamentos y condiciones postoperatorias. DOMINIO 11: Seguridad/Protección CLASE 2: Lesión física CÓDIGO: 00155	Conocimiento: prevención de caídas DOMINIO: Conocimiento y conducta de salud (IV) CLASE: Conocimientos sobre salud (S) CÓDIGO: 1828	a) Uso correcto de los mecanismos de seguridad	1. Ningún conocimiento	Mantener a: 21	Aumentar a: 35
		b) Uso correcto de iluminación ambiental	2. Conocimiento escaso		
		c) Cuando pedir ayuda personal	3. Conocimiento moderado	4	5
		d) Medicaciones prescritas que aumentan el riesgo de caídas	4. Conocimiento sustancial	3	5
		e) Enfermedades agudas que aumentan el riesgo de caídas	5. Conocimiento extenso	3	5
		f) Fármacos sin receta que aumentan el riesgo de caídas			
		g) Importancia de mantener el camino libre			
OBJETIVO: Establecer precauciones especiales en el paciente con alto riesgo de lesiones por caídas.					
CAMPO: 4. Seguridad CLASE: V Control de riesgos. CÓDIGO: 6490 INTERVENCIÓN: Prevención de caídas					

ACTIVIDADES:	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado. 2. Identificar conductas y factores que afecten el riesgo de caídas. 3. Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas) así como disponer una superficie antideslizante en la bañera o la ducha. 4. Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos. 5. Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa. 6. Observar la habilidad para pasar de la cama a la silla y viceversa. 7. Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama. 8. Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda (timbre o luz de llamada) cuando el cuidador este ausente. 9. Ayudar en el aseo a intervalos frecuentes y programados. 10. Retirar los muebles bajos (bancos, mesas) que supongan un riesgo de tropiezo y 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La edad del paciente y su estado de salud influyen en las precauciones específicas respecto a la seguridad que deben acometerse para proporcionar un ambiente seguro. 2. Los pacientes con riesgo son: los que tienen alterado el estado mental debido a confusión, desorientación, alteración de la memoria e incapacidad para comprender, y aquellos que toman medicamentos como sedantes, tranquilizantes, antihipertensivos y betabloqueadores. 3. Asegurarse de que se dispone de alfombrillas de baño antideslizantes en las bañeras y duchas. 4. Colocar mesillas o alas de mesa o silla cerca de la cama para que el paciente no tenga que estirarse demasiado y en consecuencia perder el equilibrio. 5. Animar al paciente a usar el timbre de llamada para pedir ayuda. Asegurarse que el timbre se alcanza con facilidad. 6. Determinar la capacidad del paciente para usar los sistemas de ayuda para moverse. 7. Mantener las medias barandillas arriba para los que estén muy sedados, los ancianos, los pacientes confusos y en la fase posquirúrgica inmediata. 8. Emplear alarmas de cama, silla y paseo de ser necesario. Las alarmas de cama consisten en la colocación de un sensor sobre la cama. Cuando se produce un cambio de posición o pérdida de contacto con el sensor se activa la alarma. Los de paseo se colocan en la pierna del paciente y dan una señal de alarma cuando las piernas van en declive, lo que indica que el paciente está intentando salir de la cama. 	<p>Por la lesión del paciente y los medicamentos administrados en automático tenía un alto riesgo de caídas. Mi labor se centró básicamente en orientarlo sobre el tipo de calzado a utilizar, precauciones en el cuarto de baño, mantener el orden del cubículo, avisar en caso de requerir ayuda, mantener cercanas las cosas de su interés, los barandales de la cama siempre en alto, cama colocada a baja altura del piso. Informar al familiar de los riesgos en caso de no ayudar al paciente y de no seguir las</p>

<p>evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo.</p> <p>11. Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.</p> <p>12. Disponer zonas de almacenamiento de fácil alcance.</p> <p>13. Disponer muebles firmes que no se caigan si se utilizan como apoyo.</p> <p>14. Asegurar que el paciente lleve zapatos que se ajusten correctamente, firmemente atados y con suelas antideslizantes.</p> <p>15. Informar a la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y como disminuir dichos riesgos.</p> <p>16. Colaborar con otros miembros del equipo de cuidados sanitarios para minimizar los efectos secundarios de los medicamentos que contribuyen a la posibilidad de caídas (hipotensión ortostática y marcha inestable).</p>	<p>9. Varias acciones independientes se ven condicionados por la naturaleza de la enfermedad y el confinamiento.</p> <p>10. Mantener un ambiente ordenado; en especial cables de luz fuera del suelo y el mobiliario fuera de las zonas de paso.</p> <p>11. La luz adecuada es fundamental para conservar la vista, para la seguridad y para una valoración precisa y asistencia de enfermería.</p> <p>12. Reducción de los riesgos ambientales, los obstáculos y el desorden para evitar caídas.</p> <p>13. Recordar al paciente y al personal del hospital que bloquee las camas, sillas de rueda y camillas en el caso de sistemas de apoyo.</p> <p>14. El uso de este calzado disminuye el riesgo de caída.</p> <p>15. El profesional de enfermería debe alentar un contacto diario con el familiar al cual se le proporcionen medidas para mantener un ambiente físico que evite las caídas.</p> <p>16. Revisar periódicamente los medicamentos que son factor de riesgo de caídas.</p>	<p>recomendaciones del personal de enfermería. El objetivo se cumplió ya que durante su estancia en el INR no se reportaron caídas.</p>
--	--	---

Dx enfermería	Resultados	Indicadores	Escala de valoración	Puntuación diana		
Etiqueta diagnóstica: Dolor agudo. Factor relacionado: Agentes lesivos. Características definitorias: Expresión facial, expresa dolor y trastornos del patrón del sueño. DOMINIO 12: Confort CLASE 1: Confort físico CÓDIGO: 00132	Nivel del dolor	a) Dolor referido	1. Grave	Mantener	Aumentar	
	DOMINIO: Salud percibida (V) CLASE: Sintomatología (V) CÓDIGO: 2102		b) Duración de los episodios de dolor	2. Sustancial	a: 24	a: 35
			c) Expresiones faciales de dolor	3. Moderado	3	5
			d) Inquietud	4. Leve	3	5
			e) Irritabilidad	5. Ninguno	3	5
		f) Muecas de dolor		4	5	
		g) Náuseas		4	5	
OBJETIVO: Realizar acciones que alivien o disminuyan el dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.						
CAMPO: 1. Fisiológico: Básico CLASE: E Fomento de la comodidad física. CÓDIGO: 1400 INTERVENCIÓN: Manejo del dolor						
ACTIVIDADES:	FUNDAMENTACIÓN		EVALUACIÓN			
1. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores	1. La valoración del dolor debe considerarse una prioridad; de hecho, en la actualidad muchos centros y varios estados lo consideran el quinto signo vital. Ello permitirá que al paciente que se valore el nivel de su dolor con la misma frecuencia que las constantes		Debido al procedimiento quirúrgico realizado al paciente continuamente valoraba sus signos vitales incluyendo el dolor, referido			

<p>desencadenantes.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos como Parecoxib 40mg IV c/8h, Paracetamol 1g VO c/8h, Tramadol 50mg IV en caso de EVA >4, Ketoprofeno 100mg IV c/8h en caso de no haber parecoxib. 3. Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, estado de ánimo, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles). 4. Evaluar con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado. 5. Proporcionar información acerca del dolor, como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos. 6. Controlar los factores ambientales. 7. Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas o no farmacológicas e interpersonales) que faciliten el alivio del dolor. 3. Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas antes, después y, si fuera posible, durante las actividades dolorosas; antes de que se produzca el 	<p>vitales. La intensidad del dolor está influida por lo que significa la sensación del paciente, nivel de ansiedad, el grado de fatiga y el número de factores de estrés en el entorno del paciente.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Comprobar las instrucciones del médico para determinar la zona de tratamiento (crioterapia de ser necesario) y analgésicos. 3. La sensación de dolor físico suscita algunas respuestas específicas del paciente. La respuesta del sistema nervioso simpático es estimulada habitualmente por un dolor superficial, y la respuesta del sistema nervioso parasimpático es estimulada habitualmente por un dolor más profundo y produce la ralentización de todos los sistemas para conservar energía. 4. Después de establecer un nivel de dolor de referencia y de aplicar la medicación, evaluar los cambios en el paciente. A partir de este resultado el profesional de enfermería debe ser capaz de elaborar un plan para futuro tratamiento del dolor. 5. La sensación de dolor es totalmente subjetiva. El inicio de dolor agudo estimula la respuesta de luchar o huir del sistema nervioso simpático, que provoca ciertos signos y síntomas. Mientras la observación de estos síntomas proporciona datos objetivos, no puede considerarse una evidencia concluyente para la identificación del dolor. 6. Pueden influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y 	<p>por dos días consecutivos en EVA 8, procediendo a administrar los analgésicos indicados como el ketoprofeno IV, el paracetamol VO o el tramadol IV en caso de ser necesario; puntual y principalmente a media noche para evitar que despertara y promover ciclos de sueño más largos. Con el paso de los días comenzaba a referir menos dolor (entre EVA 4 y 3), fue cuando sugerí técnicas no farmacológicas como la musicoterapia, meditación o pláticas sobre temas de interés que nos ayudaran a disminuirlo. Explique el motivo por el cual la persona experimenta la sensación de dolor. En los dos episodios súbitos de dolor reportados procedí a administrar dosis rescate o en su defecto, opté por adelantar los fármacos</p>
--	---	---

<p>dolor o de que aumente, y junto con las otras medidas de alivio del dolor.</p> <p>9. Explorar el uso actual de métodos farmacológicos de alivio del dolor por parte del paciente.</p> <p>10. Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.</p> <p>11. Verificar el nivel de molestias con el paciente, anotar los cambios en la historia clínica e informar a otros profesionales sanitarios que trabajen con el paciente.</p> <p>12. Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.</p> <p>13. Fomentar periodos de descanso/sueño adecuados.</p> <p>14. Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor del paciente.</p>	<p>ruidos).</p> <p>7. Los métodos de reducción del dolor incluyen una amplia gama de técnicas y medicaciones. Raramente se consigue un alivio con éxito de dolor con un solo método.</p> <p>8. Cuando un método de dolor es no invasivo, resulta más seguro y tiene menos efectos secundarios potenciales para el paciente.</p> <p>9. La Analgesia Controlada por el Paciente permite al paciente que se autoadministre una dosis de medicación analgésica predeterminada por el médico, esta modalidad permite valorar y controlar su propio nivel de dolor.</p> <p>10. Verificar las órdenes del médico sobre cambios en la medicación contra el dolor.</p> <p>11. Determinar la frecuencia en horas durante un periodo de 24hrs en que el paciente sufre dolor.</p> <p>12. Valorar la intensidad del dolor eligiendo una herramienta de escala de dolor basada en las preferencias del paciente (descripción verbal, numérica y caras).</p> <p>13. Facilitan el alivio de dolor.</p> <p>14. Administrar la medicación para el dolor o solicitar un cambio en el plan de dosis de infusión, analgesia controlada por el paciente, etc. Anotar los resultados y programe una nueva valoración de seguimiento.</p>	<p>dando como resultado disminución considerable del dolor (EVA 8 a 3). El objetivo se cumplió ya que el día previo a su alta médica, el paciente no refería dolor o era mínimo (EVA 0 a 2), procure actuar de manera inmediata cuando se necesitaba para evitar la sensación de dolor, reconociendo el paciente los esfuerzos por mantenerlo tranquilo.</p>
---	--	--

Dx enfermería	Resultados	Indicadores	Escala de valoración	Puntuación diana	
Etiqueta diagnóstica: Trastorno del patrón del sueño. Factor relacionado: Medicación nocturna. Características definitorias: Cambio en el patrón normal del sueño y expresa no sentirse descansado. DOMINIO 4: Actividad/Reposo CLASE 1: Sueño/Reposo CÓDIGO: 00198	Sueño	a) Dificultad para conciliar el sueño	1. Grave	Mantener a: 10	Aumentar a: 17
	DOMINIO: Salud funcional (I)	b) Sueño interrumpido	2. Sustancial	3	4
	CLASE: Mantenimiento de la energía (A)	c) Dependencia de las ayudas para dormir	3. Moderado	3	5
	CÓDIGO: 0004	d) Dolor	4. Leve	1	3
			5. Ninguno	3	5
OBJETIVO: Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia mediante una buena planificación de las acciones de enfermería.					
CAMPO: 1. Fisiológico: Básico					
CLASE: F Facilitación del autocuidado.					
CÓDIGO: 1850					
INTERVENCIÓN: Mejorar el sueño					
ACTIVIDADES:		FUNDAMENTACIÓN		EVALUACIÓN	
1. Determinar el patrón del sueño/vigilia del paciente.		1. Una evaluación completa de la dificultad del sueño del paciente comprende la anamnesis del sueño, de la salud, la exploración física y un diario de sueño con estudios		Es difícil alcanzar el objetivo ya que el paciente refería sentir	
2. Determinar los efectos que tiene la					

<p>medicación del paciente en el patrón del sueño.</p> <p>3. Observar/ registrar el patrón y número de horas del sueño del paciente.</p> <p>4. Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar el cansancio en exceso.</p> <p>5. Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.</p> <p>6. Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.</p> <p>7. Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, según corresponda.</p> <p>8. Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción al sueño.</p> <p>9. Fomentar el aumento de las horas de sueño.</p> <p>10. Disponer siestas durante el día, si está indicado, para cumplir con las necesidades de sueño.</p> <p>11. Agrupar las actividades de cuidados de enfermería como la administración de medicamentos</p>	<p>diagnósticos.</p> <p>2. Algunos medicamentos afectan la calidad del sueño. Los hipnóticos, betabloqueadores, los narcóticos, tranquilizantes, antidepresivos son algunos medicamentos que lo suprimen.</p> <p>3. La mayoría de los adultos sanos necesitan de 7 a 9 horas por la noche. No obstante existen variaciones individuales y algunos adultos pueden funcionar bien con 6 horas de sueño y otros pueden necesitar 10 horas para el funcionamiento óptimo.</p> <p>4. El ejercicio moderado por la mañana o a primera hora de la tarde induce el sueño, pero el ejercicio al final del día puede retrasarlo.</p> <p>5. La ausencia de los estímulos habituales o la presencia de estímulos no familiares impiden que las personas se duerman.</p> <p>6. La mayoría de los expertos consideran que el estrés es el número uno entre las causas de los problemas para dormir a corto plazo. La ansiedad aumenta las concentraciones sanguíneas de norepinefrina al estimular el sistema nervioso simpático.</p> <p>7. Las dolencias que provocan dolor o sufrimiento físico provocan problemas de sueño. Las personas enfermas requieren dormir más de lo normal y a menudo se rompe el ritmo normal de sueño y vigilia.</p> <p>8. Establecer una rutina regular y relajante antes de dormir, como leer, escuchar música, tomar un baño caliente o hacer alguna otra actividad con la que disfrute.</p> <p>9. La higiene de sueño consiste en medidas no farmacológicas como educación de salud sobre hábitos de sueño, apoyo de</p>	<p>demasiado sueño durante el día adjudicando la causa al aburrimiento y es algo que se salía por completo de mi responsabilidad. Recomendé evitar dormir durante el día para que en las noches durmiera mejor y por más tiempo. Por otro lado, mis actividades de enfermería durante el turno nocturno procuraba realizarlas hasta la media noche a excepción de la medicación o alguna en caso de ser necesaria para fomentar descansos prolongados e ininterrumpidos. Considero que el paciente descansaba bien cuando me tocaba cuidarlo en la velada. Actué siempre en beneficio de él.</p>
---	--	--

<p>(Omeprazol 40mg IV c/24hrs, Parecoxib 40mg IV c/8hrs, Paracetamol 1g VO c/8hrs, Tramadol 50mg IV previos 10mg Metoclopramida en caso de EVA >4, Ketoprofeno 100mg IV c/8hrs en caso de no haber Parecoxib, Clindamicina 300mg IV c/6hrs, Solución NaCl 0.9% 1000cc p/24hrs) para minimizar el número de despertares; permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos.</p> <p>12. Identificar las medicaciones que el paciente está tomando para el sueño.</p> <p>13. Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.</p>	<p>rituales para acostarse, entorno apacible, comodidad y relajación.</p> <p>10. Una siesta breve (15-30min) puede ser restauradora y no interfiere con el sueño nocturno.</p> <p>11. El principal objetivo ante los pacientes con trastornos del sueño es mantener un patrón que proporcione la energía suficiente para las actividades diarias.</p> <p>12. Esta información alerta al profesional de enfermería sobre el uso de medicamentos hipnóticos y estimulantes de prescripción, así como sobre el uso de productos para el sueño de venta sin receta y hierbas medicinales.</p> <p>13. Los sujetos sanos tienen que conocer la importancia que tiene dormir para mantener un estilo de vida activo y productivo. Fomento de rituales, ambiente apacible, relajación y confort son algunas acciones que favorecen el sueño.</p>	
--	--	--

Dx enfermería	Resultados	Indicadores	Escala de valoración	Puntuación diana	
Etiqueta diagnóstica: Disposición para mejorar el confort. Características definitorias: Expresar deseos de aumentar el confort y la relajación. DOMINIO 12: Confort CLASE 1: Confort físico CLASE 2: Confort del entorno CLASE 3: Confort social CÓDIGO: 00183	Estado de comodidad: física DOMINIO: Salud percibida (V) CLASE: Salud y calidad de vida (U) CÓDIGO: 2010	a) Control de síntomas b) Bienestar físico c) Posición cómoda d) Ropa cómoda e) Acicalamiento e higiene personal f) Nivel de energía	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	Mantener a: 23	Aumentar a: 30
				4	5
				4	5
				4	5
				3	5
5	5				
3	5				
OBJETIVO: Utilizar técnicas que favorezcan e induzcan la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular y/o ansiedad.					
CAMPO: 3. Conductual CLASE: T Fomento de la comodidad psicológica. CÓDIGO: 6040 INTERVENCIÓN: Terapia de relajación					
ACTIVIDADES:		FUNDAMENTACIÓN		EVALUACIÓN	
1. Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (música, meditación, respiración rítmica,		1. Las personas proclives a invocar la respuesta de relajación usan la mente para controlar sus sistema nervioso autónomo: consumo de oxígeno, ritmo respiratorio, frecuencia cardiaca, presión arterial y tensión muscular. Sus		Se trabajó en conjunto para alcanzar el objetivo ya que recomendé al paciente	

<p>relajación muscular progresiva).</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Considerar la voluntad y capacidad de la persona para participar, preferencias, experiencias pasadas y contraindicaciones antes de seleccionar una estrategia de relajación determinada. 3. Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable. 4. Sugerir a la persona que adopte una posición cómoda sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados. 5. Dejar al paciente un tiempo sin molestarle, ya que puede quedarse dormido. 6. Utilizar la relajación como estrategia complementaria junto a los analgésicos o con otras medidas, si procede. 	<p>ondas cerebrales alfa, las ondas asociadas con los sentimientos de bienestar, aumentan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Apoyar los esfuerzos del paciente por adaptarse o responder. Sugerirle que revise frecuentemente sus pautas de pensamiento para identificar aquellos pensamientos que le provocan respuestas de tensión automáticas (músculos tensos, aumento de la frecuencia cardiaca, hormigueo en el estomago). 3. Modificar el entorno externo del paciente de manera que las respuestas de adaptación estén dentro de su capacidad. Reducir los estímulos externos y entradas a través de los sentidos. 4. Haga sentarse al paciente de manera que la espalda este bien apoyada y la columna recta, que apoye los dos pies en el suelo y las manos cómodamente en el rezago. Si el asiento es incomodo, haga que el paciente se tienda sobre una cama y se acomode. 5. Durante la meditación se produce descenso en el consumo de oxígeno, la presión arterial, la frecuencia del pulso, la respiración, la actividad de las ondas cerebrales y el nivel de lactatos en sangre. 6. Existe personal médico que se muestran abierto a las terapias alternativas y que incluso las estimulan a asumir la responsabilidad de su propia salud. En tal situación, el personal puede trabajar en conjunto con el paciente para explorar todas las opciones de tratamiento disponibles, incluida la terapia alternativa. 	<p>que utilizara posiciones adecuadas ya sea acostado o sentado en cama, procurando utilizar la almohada para descansar el brazo, así mismo utilizar un cabestrillo cuando fuera dado de alta y una vez que le fuera retirada la férula con el fin de evitar molestias. Escuchar música, leer o socializar como métodos de relajación. Utilizaba luz tenue. El paciente refería tener periodos de relajación y descanso.</p>
--	--	--

Dx enfermería	Resultados	Indicadores	Escala de valoración	Puntuación diana	
Etiqueta diagnóstica: Riesgo de infección. Factor relacionado: Traumatismo tisular y procedimientos invasivos. DOMINIO 11: Seguridad/Protección CLASE 1: Infección CÓDIGO: 00003	DOMINIO: Conocimiento y conducta de salud (IV) CLASE: Control del riesgo y seguridad (T) CÓDIGO: 1924	a) Busca información actual sobre el control de la infección	1. Nunca demostrado	Mantener a: 24	Aumentar a: 32
		b) Identifica los factores de riesgo de infección	2. Raramente demostrado		
		c) Reconoce los factores de riesgo personales de infección	3. A veces demostrado	1	3
		d) Reconoce las consecuencias asociadas a la infección	4. Frecuentemente demostrado	3	4
		e) Identifica signos y síntomas de infección	5. Siempre demostrado	4	5
		f) Mantiene un entorno limpio		4	5
		g) Practica la higiene de manos		4	5
OBJETIVO: Realizar acciones de prevención y detección oportuna de infección en pacientes con riesgo.					
CAMPO: 4. Seguridad					
CLASE: V Control de riesgos.					
CÓDIGO: 6550					
INTERVENCIÓN: Protección contra las infecciones					
ACTIVIDADES:		FUNDAMENTACIÓN		EVALUACIÓN	
1. Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.		1. Los síntomas clínicos de una infección de una herida suelen aparecer entre 3-5 días después de la intervención quirúrgica o una lesión. Los aumentos de temperatura corporal y el pulso se asocian a taquipnea.		Cada 3er día se tomaba laboratorios de control ya que el día posterior al procedimiento quirúrgico	
2. Vigilar el recuento absoluto de granulocitos, el recuento de					

<p>leucocitos y la formula leucocitaria.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Mantener la asepsia para el paciente de riesgo. 4. Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo, o exudados en la piel o mucosas. 5. Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica. 6. Fomentar una ingesta nutricional suficiente. 7. Fomentar la ingesta adecuada de líquidos. 8. Fomentar el descanso. 9. Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad y malestar. 10. Administrar al paciente los antibióticos prescritos (Clindamicina 300mg IV c/6hrs). 11. Instruir al paciente y familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informar de ellos al profesional sanitario. 12. Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones. 	<ol style="list-style-type: none"> 2. El tejido de granulación se forma por reconstrucción de la red capilar vascular y el tejido conjuntivo. La infección se acompaña de una forma leucocítica persistente igual o mayor de 12.000/mm³ que se mantiene más de 72 horas. 3. El mantenimiento de las condiciones de asepsia durante el cambio de apósito ayuda a evitar la infección de la herida. La utilización de equipos estériles como guantes, representa la primera medida frente a las infecciones. Se deben utilizar una mascarilla y una bata durante los cambios de apósito con el fin de no diseminar los microorganismos a otros pacientes y personal sanitario. 4. La herida se torna más dolorosa a la palpación y edematosa, los bordes de la herida puede presentar una firmeza anómala, puede aparecer exudado purulento de olor desagradable. 5. El cuidado de una herida ha de incluir una limpieza regular de la misma, la aplicación de apósitos semioclusivos, la adopción de precauciones estándar, mantenimiento de la higiene manual, etc. 6. Se debe aumentar la ingesta de vitamina c y hierro (ayudan a la síntesis de colágeno), y zinc para que la cicatriz presente una fuerza de tensión adecuada. 7. La deshidratación puede alterar el transporte de oxígeno y nutrientes. 8. Evita el edema y la estacia venosa de la región, y favorece la cicatrización. 9. Los trastornos que afectan la circulación y perfusión sanguínea pueden influir en la nutrición y la oxigenación celulares. Pueden dar lugar a infecciones y heridas. 	<p>el paciente presentó fiebre. Se valoraba continuamente el estado de la herida sin reportar datos de infección. Administración puntual de antibióticos para disminuir el riesgo. El paciente mantuvo las recomendaciones de una buena alimentación, ingesta de líquidos y descanso. Lleve a cabo los 5 momentos de la higiene de manos para evitar la propagación de enfermedades infecciosas. El objetivo se cumplió ya que llevando a cabo los cuidados de enfermería correspondientes, los días subsecuentes pasaron presentando una mejoría notoria.</p>
--	--	--

	<ol style="list-style-type: none">10. Los antibióticos sistémicos se deben incluir exclusivamente en el tratamiento de heridas infectadas. Los antibióticos tópicos se utilizan durante un periodo limitado en las heridas infectadas.11. Enumerar los signos y síntomas de infección o cicatrización diferida de la herida. Señale en qué circunstancias es preciso notificar al médico.12. Animar al paciente a ducharse diario; el agua puede rodar sobre la herida. Pídale que no aplique jabón, lociones ni cremas vitamínicas sobre la incisión. Enseñe al paciente a cambiar el apósito.	
--	---	--

Dx enfermería	Resultados	Indicadores	Escala de valoración	Puntuación diana	
Etiqueta diagnóstica: Riesgo de sangrado. Factor relacionado: Efectos secundarios del tratamiento. DOMINIO 11: Seguridad/Protección CLASE 2: Lesión física CÓDIGO: 00206	Conocimiento: régimen terapéutico DOMINIO: Conocimiento y conducta de salud (IV) CLASE: Conocimientos sobre salud (S) CÓDIGO: 1813	a) Proceso de la enfermedad	1. Ningún conocimiento	Mantener a: 30	Aumentar a: 38
		b) Beneficios del tratamiento	2. Conocimiento escaso		
		c) Responsabilidades de autocuidado para el tratamiento en curso	3. Conocimiento moderado	4	5
		d) Efectos esperados del tratamiento	4. Conocimiento sustancial	4	5
		e) Dieta prescrita	5. Conocimiento extenso	3	4
		f) Régimen de medicación prescrita		4	5
		g) Actividad física prescrita		4	5
		h) Procedimientos prescritos			
OBJETIVO: Disminuir los estímulos que pueden inducir hemorragias en pacientes con riesgo de sufrirlas.					
CAMPO: 2. Fisiológico: Complejo					
CLASE: N Control de la perfusión tisular.					
CÓDIGO: 4010					
INTERVENCIÓN: Prevención de hemorragias					
ACTIVIDADES:		FUNDAMENTACIÓN		EVALUACIÓN	
1. Vigilar de cerca al paciente por si se producen hemorragias.		1. El drenaje excesivo puede indicar una hemorragia, una infección o una herida abierta.		El objetivo se cumple ya que en los cambios de turno se valoraba la presencia de sangrado en el sitio quirúrgico y nunca se reportó	
2. Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente.		2. A mayoría de los pacientes vuelven de la intervención quirúrgica con una herida suturada cubierta por un vendaje, aunque a veces la herida puede dejarse sin suturar. Los vendajes se inspeccionan de forma regular para asegurarse			
3. Realización de estudios de coagulación, incluidos el tiempo de					

<p>protrombina (TP), tiempo de tromboplastina parcial (TPT), fibrinógeno, productos de degradación, escisión de la fibrina y recuento de plaquetas, según corresponda.</p> <p>4. Controlar signos vitales ortostáticos, incluida la presión arterial.</p> <p>5. Proteger al paciente de traumatismos que puedan ocasionar hemorragias.</p> <p>6. Ordenar al paciente que deambula que calce zapatos.</p> <p>7. Evitar levantar objetos pesados.</p> <p>8. Instruir al paciente y/o familia acerca de los signos de hemorragia y sobre las acciones apropiadas (p. ej., avisar al personal de enfermería), si se producen hemorragias.</p>	<p>de que están limpios, secos e intactos. La hemorragia puede deberse a la ligadura insegura de los vasos sanguíneos o a la dehiscencia de las suturas.</p> <p>3. Muchos hospitales tienen protocolos postoperatorios para la evaluación periódica del paciente. Es importante realizar las evaluaciones tan a menudo como el estado del paciente lo precise.</p> <p>4. Las constantes vitales deben evaluarse en relación con el estado de salud previo y actual del paciente, con los resultados de sus constantes vitales corrientes (si se conocen) y con los estándares normales aceptados.</p> <p>5. La edad del paciente y su estado de salud influyen en las precauciones específicas respecto a la seguridad que deben acometerse para proporcionar un ambiente seguro.</p> <p>6. Asegurar que el paciente lleve zapatos que se ajusten correctamente, firmemente atados y con suelas antideslizantes.</p> <p>7. Comentar la importancia de reanudar gradualmente las actividades evitando el ejercicio excesivo.</p> <p>8. Para asegurar la continuidad de la asistencia y restaurar la salud del paciente, los profesionales de enfermería deben cumplir las necesidades de estos y de sus personas de apoyo. La educación debe centrarse en mantener la comodidad, promover la curación y restaurar el bienestar y usar las instituciones comunitarias adecuadas y otros tipos de ayuda.</p>	<p>alguno. Se tomaron laboratorios de control sobre los factores de la coagulación arrojando resultados normales. El paciente recibió una pequeña orientación sobre los factores de riesgo así como las consecuencias de presentar un sangrado y como es que se podría evitar. Signos vitales estables en cada toma.</p>
---	---	--

Dx enfermería	Resultados	Indicadores	Escala de valoración	Puntuación diana	
Etiqueta diagnóstica: Patrón sexual ineficaz. Factor relacionado: Conflicto con las preferencias diferentes. Características definitorias: Expresar cambios en las conductas sexuales. DOMINIO 8: Sexualidad CLASE 2: Función sexual CÓDIGO: 00065	Identidad sexual DOMINIO: Salud psicosocial (III) CLASE: Bienestar psicológico (M) CÓDIGO: 1207	a) Sentido claro de la orientación sexual	1. Nunca positivo	Mantener a: 23	Aumentar a: 30
		b) Aceptación de la orientación sexual	2. Raramente positivo		
		c) Refiere relaciones íntimas saludables	3. A veces positivo	2	5
		d) Refiere funcionamiento sexual saludable	4. Frecuentemente positivo	2	5
		e) Describe el riesgo asociado con su actividad sexual	5. Siempre positivo	5	5
		f) Utiliza precauciones para minimizar el riesgo asociado con su actividad sexual		4	5
OBJETIVO: Proporcionar métodos de protección durante las relaciones sexuales así como las consecuencias que conllevan las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) adquiridas por realizar prácticas sexuales insanas.					
CAMPO: 3. Conductual CLASE: S Educación de los pacientes. CÓDIGO: 5622 INTERVENCIÓN: Enseñanza: relaciones sexuales seguras					
ACTIVIDADES: 1. Recopilar los antecedentes sexuales, incluyendo el número de parejas sexuales previas, la frecuencia de las relaciones sexuales, y los episodios pasados de infecciones/ITS, así como sus tratamientos.	FUNDAMENTACIÓN 1. La información sobre el estado de salud sexual de un paciente siempre debe ser una parte integral de la evaluación de enfermería. La cantidad y el tipo de datos obtenidos dependen del contexto de la evaluación, es decir, que motivo al paciente a solicitar cuidados de salud y como la sexualidad del paciente interactúa con otros		EVALUACIÓN El objetivo queda pendiente ya que el paciente una vez que salga del instituto tomara la decisión de continuar o cambiar su patrón sexual. Durante la valoración profundizamos en el		

<p>2. Instruir al paciente sobre las ITS y la concepción.</p> <p>3. Instruir al paciente sobre los factores que aumentan el riesgo de ITS (p.ej., relaciones sexuales sin protección, aumento de la superficie mucosa genital, aumento del número de contactos sexuales, presencia de úlceras genitales, etc.).</p> <p>4. Comentar los conocimientos, la comprensión, la motivación y el nivel de compromiso del paciente respecto a los diversos métodos de protección sexual.</p> <p>5. Comentar los métodos de protección para las relaciones sexuales y el sexo oral, incluyendo la eficacia, los efectos secundarios, contraindicaciones y signos y síntomas que justifiquen la notificación de un profesional sanitario.</p> <p>6. Proporcionar información precisa sobre las implicaciones de tener múltiples parejas sexuales.</p> <p>7. Instruir al paciente sobre el uso correcto del preservativo.</p> <p>8. Animar a los pacientes a realizarse exploraciones de rutina y a notificar los signos y síntomas de ITS a un profesional sanitario.</p> <p>9. Comentar con el paciente la importancia de indicar a la pareja sexual cuando se le diagnostica una ITS.</p>	<p>problemas.</p> <p>2. El comportamiento sexual responsable incluye la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, la prevención de gestaciones no deseadas y la prevención del acoso sexual y de los abusos sexuales.</p> <p>3. El aumento de estas enfermedades se debe a dos factores: la moralidad sexual cambiante que ha permitido el aumento de la actividad sexual y, el aumento del número de parejas sexuales.</p> <p>4. Fomentar el uso de preservativos en relaciones no monógamas y homosexuales o en otras que tengan la posibilidad de transmisión de una ITS. Seguir las indicaciones de prácticas sexuales seguras durante el sexo oral.</p> <p>5. Los profesionales de enfermería deben estar familiarizados con diversos métodos de barrera y anticonceptivos así como las ventajas, desventajas, contraindicaciones, eficacia, seguridad y costos.</p> <p>6. Motivar al paciente para que hable abiertamente con sus parejas sexuales sobre como tener sexo más seguro y que sea sincero en relación a antecedentes de ITS.</p> <p>7. El preservativo masculino continúa siendo el principal método para prevenir ITS, incluido el VIH/SIDA.</p> <p>8. La autoexploración puede ser importante en la detección temprana de enfermedades, lo que da una mayor probabilidad de curación y un tratamiento menos complejo.</p> <p>9. Cuando se diagnostique una ITS, el paciente debe comunicárselo a todas las parejas sexuales y animarlas a que busquen tratamiento.</p>	<p>tema ya que escuchando sus experiencias y después de pedir autorización para intervenir, trate de concientizar sobre la vida sexual irresponsable y de alto riesgo que lleva (múltiples parejas, bisexualidad, relaciones sexuales sin protección siempre bajo los efectos de alcohol o las drogas) y todos estos factores que podrían llevar al paciente a adquirir una enfermedad de transmisión sexual que pueda terminar con su vida y la de su esposa por el hecho de no cuidarse. Él refirió que trabajaría en el tema con el fin de proteger a su familia. Tuvimos una pequeña plática sobre métodos de barrera que le ayudaran a disminuir los riesgos de contraer alguna enfermedad siempre y cuando los utilice correctamente y como disfrutar de una vida sexual responsable.</p>
--	--	---

Dx enfermería	Resultados	Indicadores	Escala de valoración	Puntuación diana	
Etiqueta diagnóstica: Riesgo de intoxicación. Factor relacionado: Disponibilidad de drogas ilegales potencialmente contaminadas con aditivos venenosos y conocimientos deficientes sobre los medicamentos. DOMINIO 11: Seguridad/protección CLASE 4: Peligros del entorno CÓDIGO: 00037	Control del riesgo: consumo de drogas DOMINIO: Conocimiento y conducta de salud (IV) CLASE: Control del riesgo y seguridad (T) CÓDIGO: 1904	a) Identifica los factores de riesgo del abuso de drogas b) Reconoce las consecuencias asociadas con el abuso de drogas c) Controla los patrones personales de consumo de drogas d) Desarrolla estrategias efectivas de control del consumo de drogas e) Utiliza grupos de apoyo para controlar el abuso de drogas f) Reconoce cambios en el estado general de salud	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	Mantener a: 16	Aumentar a: 28
				2	4
				4	5
				2	5
				4	5
				1	4
				3	5
OBJETIVO: Proporcionar acciones de cuidado al paciente que presenta una disfunción debido al consumo o dependencia de sustancias nocivas así como informar los riesgos que estas le pudieran provocar.					
CAMPO: 3. Conductual CLASE: O Terapia conductual. CÓDIGO: 4510 INTERVENCIÓN: Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas					
ACTIVIDADES:		FUNDAMENTACIÓN		EVALUACIÓN	
1. Fomentar una relación de confianza a		1. La comunicación terapéutica, resaltando la escucha,		Las actividades de	

<p>la vez que se establecen límites claros (es decir, aportar pruebas sutiles pero firmes de la disfunción, mantener la atención en el consumo de sustancias o dependencia, e inspirar esperanza).</p> <p>2. Informar al paciente de que el volumen y la frecuencia de consumo de sustancias causante de disfunción varía mucho entre las personas.</p> <p>3. Instruir a los pacientes sobre los efectos de la sustancia consumida (p.ej., físicos, psicológicos y sociales).</p> <p>4. Comentar las necesidades de tratamiento de las dificultades asociadas de tipo médico, psicológico, social, laboral, de vivienda y legales.</p> <p>5. Animar o alabar los esfuerzos del paciente para aceptar la responsabilidad de la disfunción y tratamiento relacionados con el consumo de sustancias.</p> <p>6. Comentar la importancia de abstenerse del consumo de sustancias, identificando objetivo del tratamiento más adecuado.</p> <p>7. Ayudar en la resocialización, la reconstrucción de las relaciones y la disminución de egocentrismo.</p> <p>8. Monitorizar la presencia de</p>	<p>proporciona aliento, enseña técnica de autotratamiento, comparte experiencias indirectas y persuade de emprender acciones por si mismos que mejoren el afrontamiento.</p> <p>2. Las respuestas de un paciente aun fármaco está influenciada por variaciones genéticas como el sexo, el tamaño y la composición del cuerpo.</p> <p>3. La toxicidad de un fármaco se debe a una dosis excesiva a la ingestión de un fármaco pensado para un uso externo y a la acumulación del medicamento en la sangre debido a una alteración del metabolismo o la excreción (efecto acumulativo). Ejemplos de otros efectos: alergias, tolerancia farmacológica, interacciones farmacológicas, etc.</p> <p>4. El efecto terapéutico de un fármaco, también conocido como efecto deseable, es el efecto primario pretendido, es decir, la razón por la que se receta un fármaco.</p> <p>5. Dado que la adicción es una enfermedad, es necesario atender a los pacientes del modo adecuado. La American Society for Pain Management Nursing (ASPMN) redactó en 2002 una declaración de principios que establecía que “los pacientes con un cuadro adictivo y dolor tienen derecho a ser tratados con dignidad, respeto y, una valoración y tratamiento del dolor de la misma calidad que los demás pacientes”.</p> <p>6. Saber que el paciente tiene ideas erróneas o expectativas irreales también ayuda al profesional o evitar una causa habitual de fracaso terapéutico.</p> <p>7. Ayudar al paciente a comunicarse mejor con el personal profesional, miembros de la familia y amigos facilitaría el afrontamiento.</p> <p>8. La información sobre el estado de salud sexual de un</p>	<p>enfermería se centraron básicamente en brindar una orientación sobre las sustancias que usualmente consume el paciente así como dimensionar accidentes más graves al sufrido. Por no tener un autocontrol; hablamos sobre los efectos secundarios a corto, mediano y largo plazo aunque parecía tener conciencia de ello. Motivar al paciente a la abstención para la mejora en la calidad de vida de él y su familia. El objetivo de orientar al paciente sobre el uso y abuso de sustancias nocivas se cumple aunque depende completamente de él</p>
---	---	---

<p>enfermedades infecciosas (p.ej., VIH/SIDA, hepatitis B y C y tuberculosis) aplicando un tratamiento y ayuda para modificar conductas.</p> <p>9. Ayudar a los pacientes en el desarrollo de la autoestima, fomentando los esfuerzos positivos y motivación.</p>	<p>paciente siempre debe ser una parte integral de la evaluación de enfermería. La cantidad y el tipo de datos obtenidos dependen del contexto de la evaluación, es decir, que motivo al paciente a solicitar cuidados de salud y como la sexualidad del paciente interactúa con otros problemas.</p> <p>9. Los individuos con un autoconcepto positivo pueden desarrollarse mejor, mantener relaciones interpersonales y resistir las enfermedades psicológicas y físicas.</p>	<p>generar el cambio.</p>
---	---	---------------------------

Dx enfermería	Resultados	Indicadores	Escala de valoración	Puntuación diana	
Etiqueta diagnóstica: Ansiedad. Factor relacionado: Estrés. Características definitorias: Movimientos extraños y nerviosismo. DOMINIO 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés CLASE 2: Respuestas de afrontamiento CÓDIGO: 00146	Nivel de ansiedad	a) Impaciencia	1. Grave	Mantener a: 20	Aumentar a: 30
	DOMINIO: Salud psicosocial (III) CLASE: Bienestar psicosocial (M) CÓDIGO: 1211	b) Inquietud	b) Inquietud		
		c) Irritabilidad	c) Irritabilidad	3. Moderado	
		d) Ansiedad verbalizada	d) Ansiedad verbalizada	4. Leve	
		e) Fatiga	e) Fatiga	5. Ninguno	
f) Trastorno del sueño	f) Trastorno del sueño				
OBJETIVO: Minimizar en el paciente la aprensión, temor, presagio o inquietud que pudiesen generar los procedimientos médicos así como los problemas personales.					
CAMPO: 3. Conductual CLASE: T Fomento de la comodidad. CÓDIGO: 5820 INTERVENCIÓN: Disminución de la ansiedad					
ACTIVIDADES: 1. Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.		FUNDAMENTACIÓN 1. Ansiedad: sentimiento impreciso a incomodo de malestar o de miedo acompañado de una respuesta autónoma (la fuente con frecuencia es inespecífica o es desconocida para el individuo); un sentimiento de aprensión producido por la anticipación al		EVALUACIÓN Provocaba mucha ansiedad en el paciente el hecho que debido al accidente y a la cirugía	

<p>2. Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.</p> <p>3. Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</p> <p>4. Animar a la familia a permanecer con el paciente.</p> <p>5. Escuchar con atención.</p> <p>6. Crear un ambiente que facilite la confianza.</p> <p>7. Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.</p> <p>8. Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.</p> <p>9. Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.</p>	<p>peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite que el individuo tome medidas para enfrentarse a la amenaza.</p> <p>2. Proporcionar una atmosfera de calidez y confianza; transmitir la sensación de atención y empatía disminuyen el estrés y la ansiedad.</p> <p>3. Determinar si es correcto estimular la participación de los pacientes en el plan asistencial; permitirles elegir algunos aspectos de la asistencia podrían disminuir el estrés.</p> <p>4. Disponibilidad y habilidades de las personas de apoyo: sensibilidad de los familiares y de otras personas significativas de las necesidades emocionales y físicas del paciente y capacidad de proporcionar apoyo.</p> <p>5. Escuchar con atención; intentar comprender la perspectiva del paciente sobre la situación.</p> <p>6. Controlar el entorno para reducir al mínimo los factores estresantes adicionales, reduciendo el ruido, limitando el número de personas en la habitación y proporcionando la asistencia a través del mismo profesional de enfermería en medida de lo posible.</p> <p>7. Quedarse con el paciente cuando sea necesario para favorecer la seguridad y los sentimientos de seguridad y para reducir el miedo.</p> <p>8. Determinar las situaciones que precipitan la ansiedad e identificar los signos de ansiedad minimizan el estrés y la ansiedad.</p> <p>9. Durante la exploración física el profesional de enfermería observa las manifestaciones verbales y no verbales, motoras, cognitivas o físicas de otro tipo, del estrés.</p>	<p>se perdiera la movilidad en su brazo, ya que su trabajo depende por completo de ello. Platique un poco en que consistió la cirugía, el tiempo que tardarían en retirarle la férula, consultas de control y posteriormente el tiempo que se llevaría en la rehabilitación. Cada vez que se realizaba un procedimiento se le explicada en qué consistía con el fin de disminuir la ansiedad. Refería el paciente sentirse tranquilo ya que mis compañeros enfermeros en su mayoría no le tenían paciencia y por ende no le explicaban nada. El objetivo se cumplió.</p>
--	---	--

Dx enfermería	Resultados	Indicadores	Escala de valoración	Puntuación diana	
Etiqueta diagnóstica: Déficit de autocuidado: baño. Factor relacionado: Deterioro musculoesquelético. Características definitorias: Incapacidad para acceder al cuarto de baño, obtener artículos de baño y lavarse el cuerpo. DOMINIO 4: Actividad/Reposo CLASE 5: Autocuidado CÓDIGO: 00108	Autocuidado: baño DOMINIO: Salud funcional (I) CLASE: Autocuidado (D) CÓDIGO: 0301	a) Entra y sale del cuarto de baño	1. Gravemente comprometido	Mantener a: 35	Aumentar a: 46
		b) Obtiene los suministros para el baño	2. Sustancialmente comprometido	2	4
		c) Abre el agua	3. Moderadamente comprometido	1	4
		d) Regula la temperatura del agua	4. Levemente comprometido	5	5
		e) Regula el flujo del agua	5. No comprometido	5	5
		f) Se lava en el lavabo		3	4
		g) Se baña en la ducha		2	3
		h) Se lava la parte superior del cuerpo		2	3
		i) Se lava la parte inferior del cuerpo		5	5
		j) Se lava la zona perianal		3	5
		k) Seca el cuerpo			
OBJETIVO: Orientar al paciente a realizar su higiene personal minimizando los factores de riesgo (p.ej. brindando sus objetos personales, acercando la ropa, etc.) que pudieran afectar su salud debido a un déficit de conocimientos o mala técnica.					
CAMPO: 1. Fisiológico: Básico CLASE: F Facilitación del Autocuidado. CÓDIGO: 1801 INTERVENCIÓN: Ayuda con el Autocuidado: baño/higiene					

ACTIVIDADES:	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<ol style="list-style-type: none"> 1. Colocar toallas, jabón, desodorante, equipo de afeitado y demás accesorios necesarios a la cabecera del paciente o en el baño. 2. Proporcionar los objetos personales deseados. 3. Proporcionar un ambiente terapéutico. 4. Facilitar que el paciente se cepille los dientes. 5. Facilitar al paciente que se bañe el mismo. 6. Comprobar la limpieza de las uñas, según la capacidad de autocuidado del paciente. 7. Controlar la integridad cutánea del paciente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El personal de enfermería debe valorar la forma habitual de bañarse del paciente, los productos para la higiene que suele emplear y sus hábitos y creencias. 2. Existen varios tipos de productos de limpieza corporal comerciales que se emplean en hospitales. Son los geles de baño para el cuerpo, el champú y los preparados para limpieza perineal. 3. Garantizar una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada. 4. El estado de la cavidad oral ejerce una influencia directa en el estado de salud general de la persona. 5. Ello sirve para fomentar la independencia, el ejercicio y la autoestima. 6. El corte e higiene de las uñas previene lesiones en los tejidos circundantes. 7. El baño puede llevarse a cabo de muy diversas maneras, según las necesidades, el estado de salud y los hábitos personales del paciente. Es en cualquier caso necesario para limpiar la piel y estimular la circulación. 	<p>El objetivo centrado en la orientación hacia el paciente y su familiar de cómo realizar el baño se cumple. El paciente se bañaba diariamente y casi de manera independiente siempre respetando su integridad. Requería de ayuda para asear ciertas partes del cuerpo. Se le acercaban sus objetos de higiene, recibió orientación de cómo utilizar apoyos dentro de la regadera así como el calzado necesario para evitar resbalones. El paciente mantenía una buena higiene personal.</p>

Dx enfermería	Resultados	Indicadores	Escala de valoración	Puntuación diana	
Etiqueta diagnóstica: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. Factor relacionado: Inmovilización física de la parte afectada. DOMINIO 11: Seguridad/Protección CLASE 2: Lesión física CÓDIGO: 00047	Integridad tisular: piel y membranas mucosas DOMINIO: Salud fisiológica (II) CLASE: Integridad tisular (L) CÓDIGO: 1101	a) Temperatura de la piel b) Sensibilidad c) Hidratación d) Perfusión tisular e) Integridad de la piel f) Lesiones cutáneas	1. Gravemente comprometido	Mantener a: 26	Aumentar a: 30
			2. Sustancialmente comprometido	4	5
			3. Moderadamente comprometido	4	5
			4. Levemente comprometido	4	5
			5. No comprometido	5	5
OBJETIVO: Realizar acciones de enfermería con el propósito de mantener la integridad de la piel y las mucosas.					
CAMPO: 2. Fisiológico: Complejo CLASE: L Control de la piel/heridas. CÓDIGO: 3590 INTERVENCIÓN: Vigilancia de la piel					
ACTIVIDADES: 1. Observar si hay datos de enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas. 2. Valorar el estado de la zona de incisión, según corresponda. 3. Observar si hay erupciones y abrasiones de la piel. 4. Observar si hay zonas de presión y fricción.		FUNDAMENTACIÓN 1. La inflamación es una respuesta defensiva local e inespecífica de los tejidos a una sustancia lesiva o un microorganismo infeccioso. Es un mecanismo adaptativo que destruye o diluye la causa lesiva, evita la propagación de la lesión y favorece la reparación del tejido dañado. Se caracteriza por cinco signos: dolor, tumefacción, enrojecimiento, calor y función alterada de la parte si la lesión es grave. 2. Los cuerpos extraños y el tejido desvitalizado actúan como foco de infección desencadenando la respuesta inflamatoria así como pudiese retrasar la cicatrización.		EVALUACIÓN Se valoraba continuamente el estado de la piel y la sensibilidad (dolor) del sitio quirúrgico después de la fiebre presentada. Nunca se reportó sustancia purulenta, perdida de la sensibilidad,	

<p>5. Documentar los cambios en la piel y las mucosas.</p> <p>6. Instruir al familiar/cuidador acerca de los signos de pérdida de la integridad de la piel, según corresponda.</p>	<p>3. Las heridas corporales son: intencionadas cuando se producen durante el tratamiento (venopunción), y las involuntarias o accidentales (fracturas). Si los tejidos se traumatizan sin que se rompa la piel, la herida es cerrada. La herida es abierta cuando se rompe la superficie de la piel o la mucosa.</p> <p>4. Las úlceras por presión son lesiones de la piel y/o tejido subyacente, generalmente sobre la prominencia ósea, que se produce debido a la acción de una fuerza sola o combinada con el movimiento.</p> <p>5. Evaluar el aspecto de la herida observando en particular el tipo y cantidad de exudado que está presente todavía y la presencia y extensión del tejido de granulación.</p> <p>6. Las heridas sin tratar suelen verse poco después de una lesión. Los principios de la asistencia son: control de la hemorragia intensa mediante aplicación de presión directa y elevación de la extremidad afectada; prevención de la infección mediante la limpieza o lavado de abrasiones o laceración con solución salina normal y vendaje limpio; y el control de la tumefacción y el dolor aplicando hielo sobre la herida y tejidos vecinos.</p>	<p>enrojecimiento ni edema en el sitio. El paciente y su familiar recibieron orientación sobre las infecciones de la piel pidiéndoles que reportaran cualquier situación. Siempre se mantuvo una buena integridad en el sitio quirúrgico.</p>
--	---	---

Dx enfermería	Resultados	Indicadores	Escala de valoración	Puntuación diana	
Etiqueta diagnóstica: Motilidad gastrointestinal disfuncional. Factor relacionado: Intolerancias alimentarias y medicamentos. Características definitorias: Distensión abdominal, aumento de residuo gástrico y vómitos. DOMINIO 3: Eliminación e intercambio CLASE 2: Función gastrointestinal CÓDIGO: 00196	Función gastrointestinal DOMINIO: Salud fisiológica (II) CLASE: Nutrición (K) CÓDIGO: 1015	a) Tolerancia alimentos/alimentación b) Apetito c) Dolor abdominal d) Distensión abdominal e) Regurgitación f) Reflujo gástrico g) Nauseas h) Vómitos	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	Mantener a: 24	Aumentar a: 32
				3	4
				3	4
				3	4
				3	4
				3	4
OBJETIVO: Generar un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta del paciente que le ayude a tolerar de mejor manera los alimentos y así evitar problemas gastroesofágicos.					
CAMPO: 3. Conductual CLASE: R Ayuda para el afrontamiento. CÓDIGO: 5246 INTERVENCIÓN: Asesoramiento nutricional					
ACTIVIDADES:		FUNDAMENTACIÓN		EVALUACIÓN	
1. Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.		1. La comunicación terapéutica facilita el flujo de comunicación y siempre se centra en el paciente.		Platicando con el paciente, sus hábitos alimenticios	

<p>2. Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.</p> <p>3. Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se quieren cambiar.</p> <p>4. Proporcionar información, si es necesario, acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud.</p>	<p>2. Los hábitos alimenticios dependen de la etapa de desarrollo, el sexo, la raza y la cultura, las creencias sobre los alimentos, las preferencias personales, las costumbres religiosas, el estilo de vida, los aspectos económicos, los medicamentos y tratamientos, el estado de salud, el consumo de alcohol, la publicidad y los factores psicológicos.</p>	<p>son buenos sin embargo el consumo de sustancias nocivas seguramente son las que producen malestares gastroesofágicos. Se le brindo una orientación con respecto modificar la ingesta de ciertos alimentos para determinar que sus problemas no sean causados por estos; si esto no sucediera entonces habría que ayudarlo con sus adicciones. El cumplimiento del objetivo queda pendiente por cuestiones de tiempo y de que el paciente realmente lleve a cabo las recomendaciones.</p>								
<table border="1" data-bbox="241 595 683 786"> <thead> <tr> <th colspan="3">Laboratorios</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Resultados</th> <th>Valores normales</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HCM Hemoglobina Corpuscular Media</td> <td>26.1 pg/cel</td> <td>26.50-33.50 pg/cel</td> </tr> </tbody> </table>	Laboratorios				Resultados	Valores normales	HCM Hemoglobina Corpuscular Media	26.1 pg/cel	26.50-33.50 pg/cel	<p>3. Se han desarrollado varias guías de alimentación diaria para que las personas sanas puedan cubrir sus requerimientos diarios de nutrientes esenciales y facilitar la planificación de sus comidas (pirámides de alimentos como “el plato del bien comer”, entre otras).</p> <p>4. Dar instrucciones a los pacientes para que busquen asistencia médica en caso de vómitos, fiebre, dolor abdominal, diarrea intensa, fatiga, debilidad, palidez tegumentaria, adinamia.</p> <p>5. Aunque el contenido nutricional de un alimento es una consideración importante a la hora de planificar la dieta, las preferencias y hábitos alimentarios del sujeto son a menudo los factores que más afectan a la ingestión real de alimentos.</p> <p>6. El nutriente básico más necesario para el cuerpo es el agua. Como cada célula requiere de un aporte continuado de combustible, la necesidad nutricional más importante después del agua que lo proporcionan son los carbohidratos, las grasas y las proteínas. Las dietas se pueden modificar en uno o más de los siguientes aspectos: textura, kilocalorías, nutrientes específicos, aderezos o consistencia.</p>
Laboratorios										
	Resultados	Valores normales								
HCM Hemoglobina Corpuscular Media	26.1 pg/cel	26.50-33.50 pg/cel								
<p>5. Ayudar al paciente a considerar los factores de edad, estado de crecimiento y desarrollo, experiencias alimentarias pasadas, lesiones, enfermedades, cultura y economía en la planificación de las formas de cumplir con las necesidades nutricionales.</p> <p>6. Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada.</p> <p>7. Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente.</p>	<p>7. Proporcionar la comida que le guste y con la que este familiarizado el paciente mejora el apetito.</p>									

Dx enfermería	Resultados	Indicadores	Escala de valoración	Puntuación diana	
Etiqueta diagnóstica: Riesgo de intolerancia a la actividad. Factor relacionado: Problemas respiratorios y circulatorios. DOMINIO 4: Actividad/Reposo CLASE 4: Respuestas cardiovasculares/ pulmonares CÓDIGO: 00094	Estado cardiopulmonar DOMINIO: Salud fisiológica (II) CLASE: Cardiopulmonar (E) CÓDIGO: 0414	a) Frecuencia respiratoria	1. Desviación grave del rango normal	Mantener a: 52	Aumentar a: 55
		b) Eliminación urinaria	2. Desviación sustancial del rango normal	5	5
		c) Saturación de oxígeno	3. Desviación moderada del rango normal	4	5
		d) Intolerancia a la actividad	4. Desviación leve del rango normal	5	5
		e) Deterioro cognitivo	5. Sin desviación del rango normal	5	5
		f) Palidez		4	5
		g) Cianosis		5	5
		h) Disnea en reposo		5	5
		i) Disnea de pequeños esfuerzos		4	5
		j) Fatiga		5	5
k) Somnolencia					
OBJETIVO: Analizar los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de la prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para el paciente que a largo plazo pudiese generar problemas respiratorios que impida la realización de las actividades de la vida diaria.					
CAMPO: 4. Seguridad CLASE: V Control de riesgos. CÓDIGO: 6610 INTERVENCIÓN: Identificación de riesgos					
ACTIVIDADES: 1. Revisar los datos derivados de las medidas rutinarias de evaluación de riesgos. 2. Determinar la disponibilidad y calidad de recursos (p. ej., psicológicos, económicos, nivel educativo, familia		FUNDAMENTACIÓN 1. Enseñar a los pacientes sobre la seguridad es un aspecto importante. 2. Los factores relacionados con el estilo de vida que ponen en riesgo a las personas de lesionarse son los ambientes laborales inseguros; la residencia en vecindarios con un índice de criminalidad alto; acceso a armas de fuego; los		EVALUACIÓN Analizando los estudios de laboratorio se observa ligera alteración en el recuento eritrocitario y de hematocrito (elementos relacionados con la	

y otros recursos sociales y comunidad).

3. Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones.
4. Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo.
5. Planificar la monitorización (mediante estudios de laboratorio) a largo plazo de los riesgos para la salud.

Laboratorios		
	Resultado	Valor normal
Eritrocitos	6.20 millón/ μ l	3.8-5.8 millón/ μ l
Hematocrito	51.1%	35.00-50.00%

ingresos insuficientes para comprar equipo de seguridad o hacer la reparaciones necesarias, y el acceso a drogas ilegales que pueden ser contaminadas con agentes lesivos. Una comunidad segura y sana lucha por liberarse del ruido excesivo, el crimen, la congestión del tráfico, las casas en ruinas, los riachuelos o vertederos sin protección.

3. Riesgo: estado de vulnerabilidad de un individuo o una población frente a una enfermedad o lesión en particular. Los factores que determinan el riesgo pueden ser ambientales o fisiológicos.
4. Poner en marcha las medidas para evitar riesgos o lesiones específicas como quemaduras, incendios, caídas, convulsiones, intoxicaciones, asfixia, electrocución y otras es otro aspecto crítico de la asistencia de enfermería.
5. Las medidas para asegurar la seguridad de las personas de todas las edades se centra en: la observación o predicción de situaciones potencialmente lesivas de manera que el daño pueda evitarse, y la educación del paciente, que hace posible que los pacientes se protejan a sí mismos y a sus familias de lesiones.

oxigenación), podríamos decir que es consecuencia del consumo de sustancias nocivas y que manteniendo una tendencia a largo plazo repercutirá en la calidad de vida del paciente. Platicamos al respecto del tema y al parecer es una de las causas por las cuales el paciente comento generar un cambio positivo al salir del instituto. El objetivo de analizar factores de riesgo, determinar riesgos y orientar sobre las consecuencias se cumple aunque el verdadero cambio deberá ser de manera personal.

Dx enfermería	Resultados	Indicadores	Escala de valoración	Puntuación diana	
Etiqueta diagnóstica: Riesgo de lesión. Factor relacionado: Perfil sanguíneo anormal y factores de riesgo químicos. DOMINIO 11: Seguridad/Protección CLASE 2: Lesión física CÓDIGO: 00035	Función renal	a) Aumento de nitrógeno ureico en sangre	1. Grave	Mantener	Aumentar
	DOMINIO: Salud fisiológica (II)	b) Aumento de la creatinina sérica	2. Sustancial	a: 21	a: 25
	CLASE: Eliminación (F)	c) Nauseas	3. Moderado	4	5
	CÓDIGO: 0504	d) Fatiga	4. Leve	5	5
		e) Anemia	5. Ninguno	4	5
OBJETIVO: Analizar los resultados de laboratorio (Química Sanguínea, QS) anormales del paciente que refieran ingesta ligeramente excesiva de ciertos nutrientes los cuales permitan generar cambios en el plan nutricional cotidiano para disminuir los riesgos de adquirir enfermedades crónico degenerativas a largo plazo.					
CAMPO: 1. Fisiológico: Básico CLASE: D Apoyo nutricional. CÓDIGO: 1160 INTERVENCIÓN: Monitorización nutricional					
ACTIVIDADES:		FUNDAMENTACIÓN		EVALUACIÓN	
1. Identificar las anomalías de la piel (p.ej., hematomas excesivos, mala cicatrización de las heridas y hemorragia). 2. Identificar anomalías del pelo (p.ej., seco, fino, tosco, y rotura fácil). 3. Observar la presencia de náuseas y vómitos. 4. Monitorizar la ingesta calórica y		1. La piel intacta quiere decir que tenga un aspecto normal y que las capas cutáneas no estén interrumpidas por heridas. 2. El cabello también puede reflejar el estado de salud (p.ej., la aspereza y sequedad excesivas pueden asociarse a trastornos endocrinos como el hipotiroidismo o malnutrición). 3. Las enfermedades digestivas y de otro tipo también provocan náuseas, vómito y diarrea, todo lo cual afecta negativamente el apetito de la persona y a su estado nutricional. 4. Se han desarrollado varias guías de alimentación diaria para que las		Analizando los estudios de laboratorio se observa ligera alteración de la urea (producto de desecho de las proteínas que se elimina a través de la orina, por ende filtrado por los riñones). Si se mantuviera una tendencia a largo plazo sin modificar ligeramente el consumo de	

<p>dietética.</p> <p>5. Identificar los cambios recientes de apetito y actividad.</p> <p>6. Determinar los patrones de comidas (p.ej., gustos, aversiones alimentarias, consumo excesivo de comida rápida, comidas no realizadas, comer de prisa).</p> <p>7. Monitorizar la presencia de tejido conjuntival pálido, enrojecido y seco.</p> <p>8. Identificar las anomalías de la cavidad oral.</p> <p>9. Evaluar el estado mental.</p> <p>10. Realizar pruebas de laboratorio (QS) y monitorizar los resultados.</p> <table border="1" style="margin: 10px auto;"> <thead> <tr> <th colspan="3">Laboratorios</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Resultados</th> <th>Valores normales</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Urea</td> <td>40.66 mg/dL</td> <td>15.00-38.50 mg/dL</td> </tr> </tbody> </table> <p>11. Determinar los factores que afecten a la ingesta nutricional (p.ej., conocimiento, disponibilidad y accesibilidad de productos alimenticios de calidad; disminución del gusto; uso de drogas o fármacos).</p>	Laboratorios				Resultados	Valores normales	Urea	40.66 mg/dL	15.00-38.50 mg/dL	<p>personas sanas puedan cubrir sus requerimientos diarios de nutrientes esenciales y facilitar la planeación de comida.</p> <p>5. Una dolencia física, un alimento poco familiar o de sabor desagradable, factores ambientales y psicológicos pueden deprimir el apetito.</p> <p>6. Los datos dietéticos incluyen los datos sobre los patrones y hábitos alimentarios habituales, las preferencias, alergias e intolerancias alimentarias, la frecuencia, tipo y cantidad de alimentos consumidos y los factores sociales, económicos, étnicos o religiosos que influyen en la nutrición.</p> <p>7. La palidez es el resultado de una circulación sanguínea o de una cantidad de hemoglobina insuficientes, con la consiguiente reducción de la oxigenación de tejido. En todas las personas la palidez es más evidente en las zonas menos pigmentadas, como las conjuntivas, la mucosa oral, los lechos ungueales, las palmas de las manos y plantas de los pies.</p> <p>8. Las caries (cavidades) dentales y la enfermedad periodontal (piorrea) son los dos problemas más habituales de los dientes. Estos problemas se asocian habitualmente a la placa y a los depósitos de sarro. La acumulación de sarro puede alterar las fibras que unen los dientes a las encías y acabar por dañar el tejido óseo.</p> <p>9. La valoración del estado mental revela la función cerebral general del paciente que abarca las funciones intelectual (cognitiva) y emocional (afectiva).</p> <p>10. Los procesos metabólicos pueden alterarse cuando hay enfermedades hepáticas y las enfermedades del páncreas afectan el metabolismo de la glucosa o a la digestión de la grasa.</p> <p>11. Aunque el contenido nutricional de un alimento es una consideración importante a la hora de planificar la dieta, las preferencias y los hábitos alimenticios son a menudo factores que afectan la ingestión real de alimentos.</p>	<p>proteína de los alimentos, se pudieran generar problemas en el Sistema Nervioso Central siendo así un factor de riesgo para que el paciente sufriera alguna lesión. El objetivo de análisis y orientación se cumple sin embargo es necesario monitorizar por medio de análisis de laboratorio al menos una vez por año para modificar o mantener el ingesta nutricional y así evitar cambios en la vida del paciente.</p>
Laboratorios											
	Resultados	Valores normales									
Urea	40.66 mg/dL	15.00-38.50 mg/dL									

Dx enfermería	Resultados	Indicadores	Escala de valoración	Puntuación diana			
Etiqueta diagnóstica: Disposición para mejorar la comunicación. Características definitorias: Expresa sentimientos y pensamientos. DOMINIO 5: Percepción/cognición CLASE 5: comunicación CÓDIGO: 00157	Integridad de la familia DOMINIO: Salud familiar (VI) CLASE: Bienestar familiar (X) CÓDIGO: 2603	a) Interacciona frecuentemente con toda la familia	1. Nunca demostrado	Mantener a: 34	Aumentar a: 46		
		b) Implica a los miembros en la resolución de conflictos	2. Raramente demostrado			4	5
		c) Participan juntos en actividades recreativas	3. A veces demostrado	4	5		
		d) Participa en las tradiciones de la familia	4. Frecuentemente demostrado	3	4		
		e) Los miembros proporcionan apoyo durante los periodos de crisis	5. Siempre demostrado	2	3		
		f) Los miembros manifiestan lazos fuertes con la familia		4	5		
		g) Los miembros se expresan afecto entre si		4	5		
		h) Los miembros se ayudan entre sí para desempeñar los roles y las tareas diarias		3	4		
		i) Los miembros comparten pensamientos, sentimientos, intereses, preocupaciones		5	5		
		j) Los miembros se comunican de forma abierta y honesta entre si		3	5		
						2	5
		OBJETIVO: Facilitar el diálogo constructivo entre las partes involucradas (paciente-esposa) con el objetivo de resolver conflictos de una manera aceptable para ambas partes.					

CAMPO: 3. Conductual

CLASE: Q Potenciación de la comunicación.

CÓDIGO: 5020

INTERVENCIÓN: Mediación de conflictos

ACTIVIDADES:

1. Proporcionar un lugar reservado y neutral para conversar.
2. Permitir que las partes expresen sus preocupaciones.
3. Ofrecer consejos durante todo el proceso.
4. Mantener neutralidad durante todo el proceso.
5. Emplear diversas técnicas de comunicación (p.ej., escucha activa, preguntas, reflexión).
6. Ayudar a las partes a identificar posibles soluciones de los problemas.

FUNDAMENTACIÓN

1. Las personas suele comunicarse con más efectividad en un ambiente confortable.
2. Cuando la comunicación familiar se altera, se impide el desarrollo individual de sus miembros.
3. Los recursos internos como los conocimientos, las aptitudes, los modelos de comunicación eficaz y una sensación de reciprocidad familiar y de búsqueda de objetivos comunes, facilitan el proceso de resolución de problemas.
4. Neutralidad: cualidad o actitud de neutral (que no participa de ninguna de las opciones de conflicto).
5. Las técnicas de comunicación terapéutica facilitan el flujo de comunicación y siempre se centran en el paciente.
6. El uso de mecanismo de afrontamiento se puede considerar como un método activo de resolución de problemas, desarrollado para responder a los desafíos de la vida.

EVALUACIÓN

Mediante un ejercicio de dialogo entre el paciente, su esposa y un servidor como mediador, pedí a las partes que platicaran un poco sobre los problemas que les aqueja. La plática corrió de manera pacífica aunque posterior a ella el paciente comento tener otros problemas de carácter personal que buscaría solucionarlos una vez que saliera del instituto con el fin de mejorar la relación familiar.

Dx enfermería	Resultados	Indicadores	Escala de valoración	Puntuación diana	
Etiqueta diagnóstica: Disposición para mejorar el autoconcepto. Características definatorias: Acepta limitaciones y fortalezas, y expresa confianza en sus habilidades. DOMINIO 6: Autopercepción CLASE 1: Autoconcepto CÓDIGO: 00167	Desarrollo: adulto joven DOMINIO: Salud funcional (I) CLASE: Crecimiento y desarrollo (B) CÓDIGO: 0123	a) Expresa pensamientos complejos	1. Nunca demostrado	Mantener a: 46	Aumentar a: 60
		b) Establece un empleo retribuido	2. Raramente demostrado		
		c) Establece un patrón de aprendizaje de forma permanente	3. A veces demostrado	5	5
		d) Muestra rasgos de personalidad estables	4. Frecuentemente demostrado	4	5
		e) Adopta la identidad sexual	5. Siempre demostrado	3	5
		f) Practica sexo seguro		4	4
		g) Mantiene una relación sexual saludable con la pareja		4	5
		h) Mantiene relaciones con los familiares próximos		1	3
		i) Mantiene relaciones con los familiares lejanos		4	5
		j) Muestra autoestima		5	5
		k) Muestra autonomía		3	4
		l) Muestra responsabilidad personal		2	4
		m) Evita el abuso de sustancias			
OBJETIVO: Ayudar al paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía.					
CAMPO: 3. Conductual					
CLASE: R Ayuda para el afrontamiento.					
CÓDIGO: 5400					
INTERVENCIÓN: Potenciación de la autoestima					
ACTIVIDADES:		FUNDAMENTACIÓN		EVALUACIÓN	
1. Determinar la confianza del paciente		1. Los individuos con un autoconcepto positivo pueden desarrollarse		Durante la valoración el	

<p>en su propio criterio.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes. 3. Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente, según corresponda. 4. Abstenerse de realizar críticas negativas. 5. Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación. 6. Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. 7. Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo. 8. Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo. 9. Explorar los logros de éxitos anteriores. 10. Animar al paciente a evaluar su propia conducta. 11. Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos. 	<p>mejor, mantener relaciones interpersonales y resistir las enfermedades psicológicas y físicas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Las personas con baja autoestima tienden a centrarse aún más en sus limitaciones y a ser conscientes de menos puntos fuertes y de mucho más problemas. Cuando un paciente tenga la dificultad para identificar los puntos fuertes y las ventajas de su personalidad, el profesional de enfermería proporciona al paciente un conjunto de normas o un marco de trabajo para identificar los puntos fuertes de la personalidad. 3. Estimular la discusión sobre aspectos que incluyen problemas y errores. 4. Desaconsejar afirmaciones negativas sobre el propio yo, ya que estas disminuyen la autoestima. Favorecer la utilización de afirmaciones que mejoren la autoestima: afirmaciones como “me gusto a mí mismo” o “soy una persona útil”. 5. Actuar de formas que demuestren la creencia en que la persona puede afrontar las realidades y las exigencias de la vida y que merece experimentar la alegría y la felicidad. 6. Determinar si no se han conseguido los objetivos de un paciente y en su defecto explorar los motivos. 7. Animar al paciente a expresar una autoevaluación positiva más que una autoevaluación negativa. 8. Estimular la participación en la toma de decisiones en las áreas que afecten al paciente. Mostrar confianza en los juicios. 9. Hacer afirmaciones positivas sobre los éxitos pasados de la persona (grandes o pequeños) mejoran la autoestima. 10. Ayudar al paciente que tiene alteración del autoconcepto a evaluarse a sí mismo y a que haga cambios comportamentales. 11. Las personas pueden aprender de cada nueva situación y obtener nuevas estrategias para sentirse satisfechas consigo mismas. 	<p>paciente comentó el estilo de vida que lleva, sus preferencias sexuales, sus adicciones, los problemas familiares y los problemas laborales; refiriendo que a su salida del instituto trataría de resolver para cambiar su vida, así mismo en un ejercicio de autorreflexión refirió contar con buenos valores y principios, sus principales virtudes y defectos. Manifestaba deseos por cambiar para ser una mejor persona y superarse en la cuestión profesional. Por mi parte lo único que hice fue motivarlo para que realmente trabajase en el cambio positivo, dimensionar los efectos que traería para él y su familia. El objetivo se cumple pero sin duda que dependerá por completo del empeño y deseos del paciente.</p>
--	--	--

Dx enfermería	Resultados	Indicadores	Escala de valoración	Puntuación diana	
<p>Etiqueta diagnóstica: Déficit de autocuidado: vestido.</p> <p>Factor relacionado: Deterioro musculoesquelético.</p> <p>Características definitorias: Incapacidad para ponerse la ropa en la parte superior del cuerpo e incapacidad para elegir la ropa.</p> <p>DOMINIO 4: Actividad/Reposo CLASE 5: Autocuidado CÓDIGO: 00109</p>	<p>Autocuidados: vestir</p> <p>DOMINIO: Salud funcional (I)</p> <p>CLASE: Autocuidado (D)</p> <p>CÓDIGO: 0302</p>	<p>a) Escoge la ropa</p> <p>b) Coge la ropa del cajón</p> <p>c) Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo</p> <p>d) Se abrocha la ropa</p> <p>e) Se pone los zapatos</p> <p>f) Se quita la ropa de la parte superior del cuerpo</p>	<p>1. Gravemente comprometido</p> <p>2. Sustancialmente comprometido</p> <p>3. Moderadamente comprometido</p> <p>4. Levemente comprometido</p> <p>5. No comprometido</p>	<p>Mantener a: 17</p> <p>1</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>3</p>	<p>Aumentar a: 30</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p>
<p>OBJETIVO: Valorar el grado de dependencia del paciente para ponerse y quitarse la ropa, y si es que requiere ayuda para realizar dichas acciones.</p>					
<p>CAMPO: 1. Fisiológico: Básico CLASE: F Facilitación del autocuidado. CÓDIGO: 1630 INTERVENCIÓN: Vestir</p>					

ACTIVIDADES:	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar las áreas en las que el paciente necesita ayuda para vestirse. 2. Observar la capacidad del paciente para vestirse. 3. Vestir al paciente después de completar la higiene personal. 4. Vestir la extremidad afectada primero, según corresponda. 5. Vestir al paciente con ropas que no le aprieten. 6. Elegir los zapatos que faciliten un caminar y deambulación con seguridad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacidades de Autocuidado para la higiene: valorar la capacidad del paciente para bañarse, regular la llave del grifo, vestirse y desvestirse, arreglarse y usar el inodoro. 2. Las dificultades para vestirse y acicalarse comprenden la incapacidad para obtener, ponerse, quitarse o reemplazar prendas de ropa; y mantener el aspecto a un nivel satisfactorio. 3. Producirá una sensación de bienestar y respeto por la integridad del paciente. 4. Disminuyen las molestias ocasionadas por la manipulación de la parte corporal afectada. 5. Genera una sensación de comodidad. 6. Asegurar que el paciente lleve zapatos que se ajusten correctamente, firmemente atados y con suelas antideslizantes. 	<p>Por las condiciones de salud el paciente requería de ayuda para vestirse y desvestirse al menos con la extremidad afectada. Utilizaba ropa institucional (bata) y sandalias para evitar caídas. No refería molestias cuando realizaba esta actividad. El objetivo de este plan de cuidados se cumplió.</p>

Dx enfermería	Resultados	Indicadores	Escala de valoración	Puntuación diana	
Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la interacción social. Factor relacionado: Ausencia de personas significativas. Características definitorias: Uso de conductas de interacción social infructuosas DOMINIO 7: Rol/Relaciones CLASE 3: Desempeño del rol CÓDIGO: 00052	Implicación social DOMINIO: Salud psicosocial (III) CLASE: Interacción social (P) CÓDIGO: 1503	a) Interacción con amigos íntimos b) Interacción con vecinos c) Interacción con miembros de la familia d) Participación en organización de actividades e) Participación en actividades de ocio	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	Mantener a: 16	Aumentar a: 22
				4	5
				3	4
				2	4
				3	4
4	5				
OBJETIVO: Fomentar la capacidad del paciente para interactuar con los demás, ya sea con el personal sanitario, vecinos, amigos y/o familiares.					
CAMPO: 3. Conductual CLASE: Q Potenciación de la comunicación. CÓDIGO: 5100 INTERVENCIÓN: Potenciación de la socialización					
ACTIVIDADES:		FUNDAMENTACIÓN		EVALUACIÓN	
1. Fomentar una mayor implicación en las relaciones ya establecidas.		1. Las relaciones intrafamiliares son complejas debido a las numerosas relaciones que existen dentro de la estructura		El paciente comento tener una mala relación con su padre, la	

<p>2. Animar al paciente a desarrollar relaciones.</p> <p>3. Fomentar las actividades sociales y comunitarias.</p> <p>4. Fomentar el respeto de los derechos de los demás.</p> <p>5. Explorar los puntos fuertes y débiles del círculo actual de relaciones.</p>	<p>familiar (madre-hija, hermano-hermana, entre la pareja, etc). Estas relaciones están en continua evolución, a medida que los hijos maduran y abandonan el hogar y los adultos envejecen y aumenta su dependencia de los demás para satisfacer necesidades diarias.</p> <p>2. El profesional de enfermería debe centrarse en ayudar a la familia a planificar objetivos y resultados realistas y estrategias que aumenten el funcionamiento familiar, como mejorar las habilidades de comunicación, identificar y utilizar los sistemas de apoyo y desarrollar y ensayar actitudes parentales.</p> <p>3. La socialización es el proceso por el que las personas: aprenden a convertirse en miembros de grupos y de la sociedad, y asimilan las reglas sociales que definen las relaciones en que tomarán parte. Socialización implica aprender a comportarse, a sentir y ver el mundo de una manera similar a otras personas que ocupan la misma función que uno mismo (Hardy y Conway, 1988).</p> <p>4. El respeto mutuo se da cuando dos o más personas se muestran o sienten respeto o estimas mutuamente. La confianza se da cuando una persona confía en las acciones de otra. Respeto mutuo y confianza implican un proceso mutuo y un resultado.</p> <p>5. A medida que el profesional de enfermería conozca mejor a la familia, realizará una valoración detallada de áreas específicas y comenzará a comprender sus necesidades y fortalezas con más profundidad.</p>	<p>madre de sus hijas (matrimonio anterior), su esposa actual y en general con primos y tíos. Prefiere no acudir a las reuniones familiares por problemas y así evitar que sus hijos convivan. Con las únicas personas que mantiene buena relación es con su madre y sus amigos, comenta sentirse tranquilo y alegre cuando está con ellos. Mi recomendación giro entorno a tratar de socializar con la gente, incluso con su familia por el bien de sus hijos, ya que evitaría problemas en ellos de socialización a largo plazo. Estableció una buena relación buena terapéutica conmigo ya que se sentía en confianza y el sentía que los demás no le tenían paciencia. Considero que el objetivo no se cumplió porque realmente el paciente no manifestó deseos por cambiar la situación.</p>
--	--	---

Dx enfermería	Resultados	Indicadores	Escala de valoración	Puntuación diana	
				Mantener a: 38	Aumentar a: 49
Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la religiosidad. Factor relacionado: Falta de interacción sociocultural. Características definitorias: Dificultad para adherirse a las ideas religiosas prescritas. DOMINIO 10: Principios vitales CLASE 3: Congruencia entre valores/ Creencias/Valores CÓDIGO: 00169	Estado de comodidad: psicoespiritual DOMINIO: Salud percibida (V) CLASE: Salud y calidad de vida (U) CÓDIGO: 2011	a) Bienestar psicológico b) Fe c) Esperanza d) Autoconcepto e) Imagen interna del yo f) Afecto tranquilo y calmado g) Expresiones de optimismo h) Establecer objetivos i) Significado y objetivo de la vida j) Satisfacción espiritual	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	4 4 4 3 3 5 4 4 3	5 5 5 5 5 5 5 5 4
OBJETIVO: Ayudar al paciente a sentir equilibrio y conexión con la ideología de su religión.					
CAMPO: 3. Conductual CLASE: R Ayuda para el afrontamiento. CÓDIGO: 5420 INTERVENCIÓN: Apoyo espiritual					

ACTIVIDADES:	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y una asistencia empática. 2. Tratar al individuo con dignidad y respeto. 3. Animar a participar en interacciones con familiares, amigos y otras personas. 4. Compartir las propias creencias sobre significado y propósito. 5. Compartir la propia perspectiva espiritual. 6. Estar abierto a las expresiones de preocupación del individuo. 7. Alentar la asistencia a servicios religiosos. 8. Utilizar técnicas de clarificación de valores para ayudar al individuo a clarificar sus creencias y valores. 9. Estar dispuesto a escuchar los sentimientos del individuo. 10. Expresar simpatía con los sentimientos del individuo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La comunicación terapéutica facilita el flujo de comunicación y siempre se centra en el paciente. 2. Aceptar al paciente como un individuo valioso y merecedor de respeto, ya que esta aceptación es un prerrequisito para la relación profesional de enfermería-paciente. 3. Ayudar al paciente a comunicarse mejor con el personal profesional, miembros de la familia y amigos facilitaría el afrontamiento. 4. Si el paciente no plantea nunca este tema, el paciente no se sentirá con libertad para discutir temas espirituales. 5. Esta estrategia abrirá la comunicación y notificara al paciente que se desea discutir esos temas. 6. Escucha con actitud interesada, activa, receptiva y seria. 7. Informar a los pacientes y a los cuidadores de la familia sobre el apoyo espiritual disponible en el hospital (p.ej., capilla, sala de meditación, servicios de capellanía). 8. Taylor (2007) proponía que el objetivo de la asistencia espiritual verbal debía consistir en ofrecer respuestas a los pacientes que les permitan ser intelectual, emocional y físicamente conscientes de su espiritualidad para que puedan vivir la vida con mayor plenitud. 9. Los profesionales de enfermería que escuchan con atención a los pacientes que no dan su propio yo (es decir, hacen sitio hacia adentro) tienen una mayor eficacia. 10. A menudo, como cualquier otra experiencia subjetiva, el profesional de enfermería puede juzgar erróneamente las percepciones del paciente. 	<p>Comentar ser católico y conoce algunas cosas sobre su religión pero sabe que actúa totalmente diferente a lo que está establecido. Tuvimos una pequeña plática al respecto y solo dejo en el aire la posibilidad de acercarse un poco más cuando lo necesitara. No se encuentran figuras religiosas en su entorno ni tampoco solicita espacios privados para realizar actividades propias de su religión. El objetivo no se cumple ya que el paciente no tiene un interés real.</p>

Dx enfermería	Resultados	Indicadores	Escala de valoración	Puntuación diana	
Etiqueta diagnóstica: Disposición para mejorar los conocimientos. Características definitorias: Expresa interés en el aprendizaje. DOMINIO 5: Percepción/Cognición CLASE 4: Cognición CÓDIGO: 00161	Calidad de vida DOMINIO: Salud percibida (V) CLASE: Salud y calidad de vida (U) CÓDIGO: 2000	a) Satisfacción con el estado de salud	1. No del todo satisfecho	Mantener	Aumentar
		b) Satisfacción con las condiciones sociales	2. Algo satisfecho	a: 38	a: 49
		c) Privacidad	3. Moderadamente satisfecho	4	5
		d) Satisfacción con el estado económico	4. Muy satisfecho	3	5
		e) Satisfacción con el nivel educativo	5. Completamente satisfecho	4	5
		f) Satisfacción con el nivel laboral		4	4
		g) Satisfacción con las relaciones íntimas		5	5
		h) Satisfacción con los objetivos conseguidos en la vida		4	5
		i) Satisfacción con la capacidad de superación		4	5
		j) Satisfacción con el concepto de sí mismo		4	5
		OBJETIVO: Expresar elogios que ayuden a identificar y resaltar los puntos fuertes y capacidades del paciente con el fin de motivar el cumplimiento de objetivos de aprendizaje y autorrealización que repercutirán en su calidad de vida.			
CAMPO: 3. Conductual CLASE: O Terapia conductual. CÓDIGO: 4364 INTERVENCIÓN: Elogio					
ACTIVIDADES:		FUNDAMENTACIÓN		EVALUACIÓN	
1. Reconocer la iniciativa a la hora de		1. La disposición para aprender puede estar limitada por		El paciente refiere deseos	

<p>afrontar la situación presente.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Ayudar a las personas a darse cuenta de sus puntos fuertes, potencial y capacidad personales. 3. Apoyar y alentar el aprendizaje. 4. Proporcionar una retroalimentación positiva para alentar y apoyar la nueva conducta. 5. Reforzar una conducta o resultado para aumentar la probabilidad de que persista. 6. Facilitar la motivación para continuar con las modificaciones conductuales mejoradas para lograr el objetivo principal. 	<p>demandas físicas y psicosociales causadas por la enfermedad, como el dolor y la astenia. La disposición refleja no solo el deseo o la voluntad de aprender, sino también la capacidad de aprender en un momento específico.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Las personas con baja autoestima tienden a centrarse aún más en sus limitaciones y a ser conscientes de menos puntos fuertes y de mucho más problemas. Cuando un paciente tenga la dificultad para identificar los puntos fuertes y las ventajas de su personalidad, el profesional de enfermería proporciona al paciente un conjunto de normas o un marco de trabajo para identificar los puntos fuertes de la personalidad. 3. La necesidad de aprendizaje es un deseo o necesidad de conocer algo que en la actualidad el individuo desconoce. 4. Las experiencias previas de un adulto se pueden usar como una fuente de aprendizaje. El aprendizaje es un cambio de la disposición o la capacidad humana, que persiste y no se puede adquirir solo por el crecimiento. Es representado por un cambio en la conducta. 5. Un aspecto importante del aprendizaje es el deseo del individuo de aprender y de actuar de acuerdo a lo aprendido, lo que se conoce como cumplimiento. Se ilustra mejor cuando la persona reconoce y acepta la necesidad de aprender, y después exhibe las conductas apropiadas que reflejan el aprendizaje. 6. La motivación es el deseo de aprender. Influye mucho en la rapidez y la cantidad del aprendizaje. Cuando una persona reconoce una necesidad y cree que esa necesidad será cubierta a través del aprendizaje. 	<p>por superarse con el fin de irse a vivir a la ciudad de Guadalajara ya que está cansado de la rutina y la problemática de la Ciudad de México. Piensa trabajar en un salón de belleza que le brinde la oportunidad de crecer profesionalmente, ahorrar dinero y así cambiar de residencia. El paciente recalzó sus actitudes y aptitudes que le ayudaran a aprender y destacar. En cuanto salga del instituto y su brazo se encuentre totalmente rehabilitado empezara a gestionar esta parte. El objetivo de este plan de cuidados de cumplió.</p>
--	---	--

10. PLAN DE ALTA

C	Comunicación	Se deberá dar seguimiento al caso, disponer de tiempo tanto por parte del profesional de enfermería, como del paciente y su familia para saber sobre el estado de salud. Se recomienda trabajar sobre la comunicación intrafamiliar para mantener la atención hacia el paciente y reforzar la relación terapéutica enfermero-paciente que se formó durante la estancia hospitalaria por si llegara a suceder algo imprevisto.
U	Urgencias	El paciente llegara a éste servicio en caso de haber sufrido una caída, presente fiebre que no cede con medios físicos ni medicamentos, secreciones purulentas en la herida y/o dolor intenso. A su ingreso deberá presentar el carnet institucional, identificación personal y hoja de referencia del instituto con cita abierta a urgencias, un familiar con identificación.
I	Información	Se le proporcionó al paciente información acerca de su enfermedad, aspectos como: patología actual, los factores de riesgo, signos y síntomas, complicaciones, dieta, actividad física, tratamiento, prevención, signos de alarma como fiebre, secreción purulenta de olor fétido proveniente de la herida quirúrgica, dolor intenso que no cede con medicación prescrita.
D	Dieta	Al paciente se le recomienda dieta normal manteniendo las características de esta (completa, equilibrada, inocua, suficiente, variada y adecuada) evitando aquellos alimentos que desencadenen malestares gastrointestinales como las grasas, el café, los refrescos, alimentos crudos, etc. Deberá realizar 3 comidas y dos colaciones a lo largo del día.
A	Ambiente	Se le recomendó al paciente lo siguiente: utilizar dispositivos de apoyo para la deambulación en caso de ser requerido como un bastón o silla de ruedas con asistencia ya que esto disminuye el riesgo de caídas. Esto mientras se retira la férula y se rehabilita el brazo afectado. Mantener lo más ordenado posible el hogar para evitar caídas y a su vez lesiones. Utilizar calzado antiderrapante, o en su defecto, implementar la instalación de

		<p>pasamanos o agarraderas en pasillos, escaleras y baños, evitar las superficies lisas y colocar preferentemente bandas antiderrapantes.</p>
R	Recreación	<p>Se sugieren que tanto paciente y familia realicen actividades recreativas que fomenten la convivencia, la comunicación, el amor, el afecto, el respeto, etc.; con el objetivo de mejorar las relaciones.</p> <p>La comunicación de pareja es importante en la vida de las personas. Para mejorar la unión familiar deberán aclarar los problemas con la debida tranquilidad, el mejor lugar para hacerlo y respetando los puntos de vista de cada uno.</p> <p>Procurar la atención continua y acompañamiento sobre todo cuando el paciente desee caminar.</p>
M	Medicamentos	<p>El paciente deberá continuar con el tratamiento farmacológico prescrito y las indicaciones médicas para el hogar sabedor de que es por su bien. Su familiar deberá comprar los medicamentos prescritos. Deberá continuar con el plan de ejercicios en casa ya que su participación es vital en el proceso de rehabilitación. En caso de dolor podría implementar técnicas del manejo del dolor no farmacológicas, las cuales le fueron proporcionadas en el último día de hospitalización, en caso de no ceder podrá adelantarse la administración del medicamento (dosis rescate). Mantener continúa vigilancia y números de emergencia a la mano en caso de un incidente mayor.</p>
E	Espiritualidad	<p>Podrá hacer un esfuerzo por explorar su espiritualidad así como sus creencias. Sería recomendable acercarse un poco más a la religión y encontrar la manera de valorar todas aquellas cosas que considera malas y tratar de cambiarlas.</p> <p>Evitar o encontrar la manera de afrontar los estados depresivos, la ansiedad y los sentimientos de culpa e impotencia. Sería bueno realizar una introspección para valorar sus virtudes y defectos. Fomentar la expresión de sentimientos en la familia traerá armonía y unión.</p>

11. CONCLUSIONES

Como podemos observar las adicciones funcionan como una de las principales causas de alteración de la salud en las personas. Son tan determinantes que pude analizar en éste Proceso de Atención de Enfermería (PAE) los cambios generados en la vida de la persona en donde la patología principal (una fractura) fue causada por manejarse bajo los efectos de las drogas; consecuencia también para llevar una vida sexual activa de manera irresponsable, reconocer una alteración de la comunicación y el afecto familiar en general perdiendo así, la presencia de figuras importantes y relaciones con otros miembros. No olvidar la desintegración familiar nuclear causada por motivos extramaritales.

Algunos efectos secundarios causados por el abuso de drogas, alcohol y tabaco repercuten sobre el sistema digestivo. En algunos casos disminuyendo el apetito causado por la irritación de la mucosa gástrica, desencadenando enfermedades como la colitis, gastritis, úlceras, entre otros.

La falta de nutrientes en el organismo a largo plazo podrían desencadenar enfermedades relacionadas con el déficit de hierro, vitaminas, minerales y otros nutrientes que dificultarían principalmente, y en este caso clínico presentado, la distribución de oxígeno a los tejidos así como el intercambio gaseoso.

Una enfermedad deriva a otra y esto se convierte en una cadena interminable de enfermedades.

Considero que este PAE pone en evidencia la falta de calidad de los cuidados de enfermería llevados a cabo en las instituciones de salud a nivel nacional ya que durante mi estancia en el Instituto y a través de la comunicación enfermero-paciente establecida, observe un escaso interés por la situación holística del paciente. Hay una conducta automatizada por parte del personal institucional por ver solo lo físico dejando de lado las otras tres esferas (la espiritual, la social y la psicológica) que conforman el holismo (entiéndase como: *doctrina que propugna la concepción de cada realidad*

*como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen*⁴⁵). El paciente tiene un problema físico (adicciones) previamente a la fractura, que repercutió en su esfera psicológica, esta a la social y por último a la espiritual con nula participación en prácticas religiosas.

La prevención sobre las adicciones y/o el abuso de sustancias nocivas para la salud debe ser de las principales tareas para el profesional de enfermería. Aquí radica la importancia de tener a nivel nacional una buena infraestructura y organización que incluya personal altamente capacitado ubicado en el 1er nivel de atención que ayude a concientizar a la población vulnerable a las adicciones, así mismo que ayude a disminuir en cierta medida la población con problemas de adicción para que mejoren su calidad de vida. El trabajo comunitario es un problema real que aqueja a la enfermería de nuestro país debido a la falta de recursos económicos, incentivos e interés gubernamental que repercute directamente en los esfuerzos realizados hasta nuestros días. El trabajo comunitario ha adoptado por un modelo más urbanizado, alejado de zonas rurales con difíciles accesos y caracterizadas por los bajos recursos económicos. Quizá sea tiempo de que las autoridades gubernamentales enfoquen los recursos al trabajo comunitario para se pueda brindar orientación y prevención de enfermedades como la Diabetes Mellitus, cardiopatías, malformaciones congénitas, discapacidades por accidentes; así como trabajar para disminuir adicciones por drogas, alcohol, tabaco, etc., y que en consecuencia pueda disminuir la población que requiera atención médica de 2º o 3er nivel.

⁴⁵ Diccionario de la lengua española. Madrid: Real Academia Española; 2014. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=KZWLkpD>

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cutcliffe J, McKenna H, Hyrkas K. Modelos de enfermería, aplicación a la práctica. México: Manual Moderno; 2011.
2. Hernández, Conesa. Fundamentos de la enfermería, teoría y método. España: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
3. Collière M. Promover la vida. 2ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2009.
4. Marriner T. Ann, Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 4ª ed. España; Elsevier 1999.
5. Marriner T. Ann. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. México: Elsevier; 2007.
6. Kozier B, Erb G, Olivieri R. Enfermería fundamental, conceptos, procesos y práctica. 4ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1993.
7. García González MJ. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. México: Progreso; 2002.
8. Suverza A, Haua K. El ABCD de la evaluación del estado de nutrición. Mexico: McGraw-Hill Interamericana; 2010.
9. Herdman TH. NANDA International. Diagnosticos enfermeros: definiciones y clasificacion 2012-2014. España: Elsevier; 2012.
10. Bulechek GM, Dochterman JM, Butcher HK, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. España: Elsevier; 2014.
11. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed. España: Elsevier; 2014.
12. Luckmann J. Cuidados de enfermería, Saunders. Vol. 1. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
13. Luckmann J. Cuidados de enfermería, Saunders. Vol. 2. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
14. Rovira E. Urgencias en enfermería. Vol. 2. España: Difusión Avances de Enfermería; 2012.
15. Berman A, Snyder S. Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y práctica. Vol. 1. 9ª ed. España: Pearson Educación; 2013.

16. Berman A, Snyder S. Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y práctica. Vol. 2. 9ª ed. España: Pearson Educación; 2013.
17. Smith S, Duell D, Martin B. Técnicas de enfermería clínica. Vol. 1. 7ª ed. España: Pearson Educación; 2009.
18. Smith S, Duell D, Martin B. Técnicas de enfermería clínica. Vol. 2. 7ª ed. España: Pearson Educación; 2009.
19. Nettina, S. Enfermería práctica de Lippincott. Vol. 1. 6ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1999.
20. Nettina, S. Enfermería práctica de Lippincott. Vol. 2. 6ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1999.
21. Tortora G, Derrickson B. Principios de Anatomía y Fisiología. 11ª ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2006.
22. Grupo Océano. Diccionario de Medicina: Océano Mosby. España: Editorial Océano; 2012.
23. Medina S, Navarro R, Foucher G, Eliot D, Medina J. Fracturas de la cabeza del radio. Canarias Medica y Quirúrgica (revista en internet) 2006 septiembre-diciembre (acceso 15 de febrero del 2016); 4 (11): p. 44-55. Disponible en: http://acceda.ulpgc.es/bitstream/10553/6066/1/0514198_00011_0006.pdf
24. Lameiras M, Bimbela J. Uso del preservativo masculino en las relaciones con coito vaginal de jóvenes españoles entre catorce y veinticuatro años. Diversitas-Perspectivas en psicología (revista en internet) 2008 (acceso 25 de febrero del 2016); 4 (2): p. 401-415. Disponible en: http://www.usta.edu.co/otraspaginas/diversitas/doc_pdf/diversitas_8/vol.4no.2/articulo_13.pdf
25. Diccionario de la lengua española. Madrid: Real Academia Española; 2014 (actualizado en 2016, acceso el 28 de febrero del 2016). Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=QSbvzap>