

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA DE ENFERMERÍA

CRUZ ROJA MEXICANA

DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ

CLAVE DE INCORPORACIÓN 8715/12

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UN PACIENTE CON ALTERACIÓN PATRÓN
ACTIVIDAD EJERCICIO DE ACUERDO CON LOS PATRONES
FUNCIONALES DE MARJORY GORDON**

**PARA OBTENER TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA

**ANA LAURA DELGADILLO AVILÉS
CUENTA: 410513967**

ASESORA

**DRA. GANDHY PONCE GOMEZ
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

SAN LUIS POTOSÍ, MAYO DE 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Dios , tu amor y tu bondad no tienen fin, me permites sonreír ante todos mis logros que son resultado de tu ayuda, y cuando caigo y me pones a prueba, aprendo de mis errores y me doy cuenta de que los pones enfrente de mí para que mejore como ser humano, y crezca de diferentes maneras.

Este trabajo de tesis ha sido una gran bendición en todo sentido y te agradezco padre y no cesan mis ganas de decir que es gracias a ti que esta meta está cumplida.

Hija, Laura Jacquelyne eres mi orgullo y mi gran motivación, libras mi mente de todas las adversidades que se presentan, y me impulsas a cada día superarme en todo lo que hago, de ofrecerte siempre lo mejor. No es fácil, eso lo sé, pero tal vez si no te tuviera, no habría logrado tantas grandes cosas, tal vez mi vida sería un desastre sin ti. Gracias hija porque sin ti, no habría logrado desarrollar con éxito mi proyecto.

A mis padres José Luis Delgadillo Martínez y Laura Avilés Hernández por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este. Me formaron con reglas, me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos, por su apoyo, la orientación que me han dado, por iluminar mi camino y darme la pauta para poder realizarme en mis estudios y mi vida.

A mis hermanos Héctor Abraham, Aarón Eduardo y José Luis y a mi cuñada Blanca Lidia, a quienes quiero

y respeto por comprenderme y apoyarme en las buenas y en las malas, como solo ellos lo hacen.

Agradezco también a mi asesora Dra. Gandhi Ponce Gómez de tesis, por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico así como también haberme tenido la paciencia del mundo para guiarme durante todo el desarrollo de la tesis.

DEDICATORIA

Dedico este proyecto a Dios por permitirme tener vida salud y poder realizar uno más de mis propósitos, a mi Hija Laura Jacquelyne, a mis padres José Luis y Laura, a mis hermanos Héctor, Aarón y José Luis y a mi cuñada Blanca Lidia y a toda mi familia, por siempre luchar con migo, que han sido mi mano derecha durante todo este tiempo; por su desinteresada ayuda, por echarme una mano cuando siempre lo necesite, por aportar considerablemente en mi tesis. Les agradezco no solo por su ayuda brindada, si no por los buenos momentos que convivimos. Ustedes son Grandes personas y que me encanta estar a su lado, Gracias apoyarme en esta carrera que te enseña más allá de lo que otras personas pueden ver que te enseña a valorar que una simple sonrisa es la mejor manera de agradecer.

Tabla de contenido

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	JUSTIFICACIÓN.....	2
III.	OBJETIVO	3
IV.	METODOLOGÍA	4
V.	MARCO TEÓRICO.....	5
5.1.	CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO DE LA ENFERMERÍA	5
5.2.	PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	5
5.3.	MARJORY GORDON	21
5.4.	PATRONES FUNCIONALES D EMARJORY GORDON	22
	PATRÓN 1: PERCEPCIÓN DE LA SALUD	23
	PATRÓN 2: NUTRICIONAL - METABÓLICO.....	23
	PATRÓN 3: ELIMINACIÓN.....	23
	PATRÓN 4: ACTIVIDAD - EJERCICIO.....	23
	PATRÓN 5: SUEÑO - DESCANSO.....	23
	PATRÓN 6: COGNITIVO - PERCEPTIVO.....	23
	PATRÓN 7: AUTOPERCEPCION - AUTOCONCEPTO	23
	PATRÓN 8: ROL - RELACIONES	23
	PATRÓN 9: SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN	23
	PATRÓN 10: TOLERANCIA AL ESTRES.....	23
	PATRÓN 11: VALORES - CREENCIAS.....	23
5.5.	TRANSTORNO BIPOLAR.....	24
5.6.	EPIDEMIOLOGIA	24
5.7.	FISIOPATOLOGIA	24
5.8.	ETIOLOGIA	25
5.9.	FACTORES DE RIESGO.....	25
5.10.	SIGNOS Y SINTOMAS.....	26
VI.	PRESENTACIÓN DEL CASO.....	29
6.1.	VALORACION FISICA.....	30
VII.	VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON	31
7.1.	Patrón Percepción manejo de salud	31
7.2.	Patrón Nutricional metabólico.....	31

7.3. Patrón Eliminación.	31
7.4. Patrón Actividad ejercicio.	31
7.5. Patrón Sueño - Descanso.	32
7.6. Patrón Cognitivo perceptua	32
7.7. Patrón Autopercepción - Auto concepto.	32
7.8. Patrón Rol - Relaciones.	32
7.9. Patrón Sexualidad - Reproducción.	32
7.10. Patrón Tolerancia al estrés.	32
7.11. Patrón Valores - Creencias.	33
VIII. PLAN DE ATENCIÓN.	34
8.1. Control de impulsos ineficaz.	34
8.2. Riesgo de violencia dirigida a otros.	35
8.3. Ansiedad (00146)	36
IX. PLAN DE ALTA.	37
X. CONCLUSIONES	38
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39

I. INTRODUCCIÓN

La Enfermería es una profesión capaz de desarrollar una *praxis* del cuidado basada en las necesidades de salud individual y colectiva, en el pensamiento crítico y la reflexión en la acción que permita la toma de decisiones tendientes a resolver problemas de salud en escenarios institucionales, comunitarios o de manera independiente.

El concepto del trastorno bipolar en la psiquiatría moderna tiene sus orígenes en el siglo XIX, en 1854, Jules Baillarger (1809- 1890) Y Jean- Pierre Falret (1794-1870) presentan de forma independiente las descripciones de la enfermedad a la Academia de Medicina de París. Baillarger denomina a la enfermedad como “folie a doublé forme” (locura de doble forma), mientras que Falret lo llamo “folie circulaire” (locura circular o cíclica), además observó que el trastorno incidía más en miembros de la misma familia, y postulaba que tenía una fuerte base genética.

El sistema de valoración diseñado por Marjory Gordon en los años 70 cumple todos los requisitos necesarios para la realización de una valoración enfermera eficaz, por lo que constituye una herramienta útil para la valoración con cualquier modelo disciplinar enfermero. Patrones de actuación relevantes para la salud de las personas, las familias y las comunidades. Se trata de configuraciones de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano.

El personal de enfermería gracias a sus conocimientos científicos y sentido humanístico, es lo que nos distingue de las demás profesiones, otorgamos una atención holística al paciente afectado en conjunto con el personal multidisciplinario en diferentes instituciones hospitalarias.

Los objetivos principales es aliviar los síntomas, evitar la recurrencia, acelerar la curación y prevenir las complicaciones y con el tratamiento adecuado podrán regresar a una vida normal; además de los objetivos generales y específicos que se lograran al ejecutar dicho proceso, así como la metodología de valoración de caso y el modelo teórico realizado.

II. JUSTIFICACIÓN

El proceso de atención de enfermería (PAE) es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a los profesionales prestar los cuidados que demandan el paciente, la familia y la comunidad de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática. Se considera el proceso de atención de enfermería como la base del ejercicio de nuestra profesión ya que es la aplicación del método científico a la práctica enfermera, el método por el que se aplican los conocimientos a la práctica profesional. La práctica de los cuidados ha ido cambiando a lo largo de la historia; ha pasado de ser considerado como un arte, a desarrollar un marco conceptual propio, los cuidados de enfermería han tenido un importante desarrollo en los últimos años con el establecimiento de procedimientos, protocolos y planes de cuidado. Esta profesionalización de los cuidados con actividades ejecutadas por enfermería, dan respuesta a una necesidad específica de salud en todos los campos: promoción, tratamiento y prevención. La organización de los recursos humanos en los servicios sanitarios no es un mero hecho de gestión sanitaria sino que contempla una filosofía de los cuidados.

El presente PAE se implementó dando seguimiento en la clínica psiquiátrica Dr. Everardo Neumman Peña a una persona del sexo femenino de 33 años de edad; implementando cuidados de enfermería para el mejoramiento del estado de salud de la paciente. Así como su estancia en la clínica. El Proceso Atención de Enfermería es una herramienta eficaz para organizar y brindar cuidados de alta calidad al paciente logrando así la mejoría y la mayoría de la veces el restablecimiento de la salud e integración del individuo a su familia.

III. OBJETIVO

Aplicar los conocimientos teóricos, por medio del proceso cuidado enfermero al paciente, su hospitalización en la clínica psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña a una persona con Alteración del Patrón percepción manejo de la salud y cognitivo-perceptual, de acuerdo con los fundamentos de Marjory Gordon.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Valorar al paciente psiquiátrico mediante la Valoración de Marjory Gordon.
- Proponer y ejecutar un Plan de atención de acuerdo a las necesidades que emerjan tras la valoración.
- Brindar una atención de calidad que permita al paciente reintegrarse lo más pronto posible a su entorno.

IV. METODOLOGÍA

El presente caso clínico dio inicio el día 13 de Noviembre del 2017 en el consultorio 2, la forma en que se realizó el trabajo del caso clínico fue por patrones funcionales y valoración focalizada llevadas a cabo durante su consulta de la paciente resaltando las necesidades físicas, biológicas y emocionales que presentaba la paciente.

Realizando un pequeño cuestionario además de observar su entorno para poder estructurar e implementar las actividades e intervenciones al realizar.

Se le dio un seguimiento desde el momento en que la paciente acude a consulta hasta su hospitalización realizando el protocolo indicado.

Se realizó una investigación antecedentes personales y heredofamiliares tomando en cuenta el diagnóstico médico para focalizar nuestra valoración y complementación de conocimientos. Se continuó el seguimiento en hospitalización, para valorar las capacidades físicas afectadas.

V. MARCO TEÓRICO

5.1. CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO DE LA ENFERMERÍA

El cuidado como objeto de estudio de la enfermería, se encuentra de varias maneras, en este caso se divide en 4 partes: la primera parte de análisis teórico del cuidado de enfermería; una segunda parte de la aplicación a la educación y la investigación, una tercera parte de análisis prospectivo y una cuarta parte de reflexiones.

La parte de análisis teórico estudia las interrelaciones entre disciplina y profesión, el pensamiento de enfermería y las implicaciones de este nuevo pensamiento. La parte de aplicación analiza las tendencias en el cuidado de enfermería para luego plantear los cuidados de enfermería como objeto de enseñanza y como objeto de investigación. La parte de análisis prospectivo estudia el futuro e identidad de enfermería con base en el cuidado y en la cuarta parte se presentan las reflexiones finales de la autora.

Considerando la definición de disciplina del Diccionario Oxford: como una rama de instrucción o educación, o como un departamento de aprendizaje del conocimiento (Donaldson y Crowley, 1978), podríamos decir que la enfermería si es una disciplina, ya que ella es una rama del conocimiento que se enseña en facultades o departamentos de universidades o instituciones de educación superior.

5.2. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de atención de enfermería consiste en la aplicación del método científico en la asistencia, que permite a los profesionales dedicados a la enfermería prestar al paciente los cuidados que necesita de una forma estructurada, lógica y siguiendo un determinado sistema.

Los cuidados de enfermería han evolucionado mucho a lo largo de los años y actualmente se basan en determinados protocolos muy estructurados y en planes, para tener una homogeneidad.

Gestión de recursos humanos de enfermería

La organización de los recursos humanos de enfermería sigue procesos determinados y pueden distinguirse los siguientes métodos de gestión:

Cuidados progresivos. Los pacientes se distribuyen según su gravedad y a medida que evolucionan cambian de unidad.

Cuidados por paciente. El trabajo de asistencia sanitaria a un paciente lo realiza un equipo determinado con un auxiliar de enfermería o varios. Este equipo se puede ocupar de varios pacientes.

Cuidados por tareas. Las tareas se distribuyen entre el personal de enfermería, de forma que cada uno realiza unas tareas determinadas en relación a los pacientes o al propio servicio de enfermería.

Cuidados integrales. Al paciente se le asigna una enfermera que le asiste desde que ingresa hasta que le dan el alta. De esta forma existe una continuidad en el trabajo que realiza la enfermera.

Principales etapas del proceso de atención de enfermería

El proceso de atención de enfermería suele tener una serie de etapas, entre las que podemos destacar las siguientes:

Valoración:

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé

atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.

- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por

el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.

- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas. Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

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

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recogida de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc....) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- Convicciones (ideas, creencias, etc....)
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.

Tipos de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Los tipos de datos:

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).

- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).

- Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).

- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

Entrevista Clínica:

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

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

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

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:

Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.

Facilitar la relación enfermera/paciente.

Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.

Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre

1. Iniciación: Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.

2. Cuerpo: La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.

3. Cierre: Es la fase final de la entrevista. No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

* Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican;

* Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario. Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos. Tres tipos de interferencias:

Interferencia cognitiva: Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.

Interferencia emocional: Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes e incluso de responsabilización de las obligaciones, Borrell (1986),

Interferencia social: En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

La observación:

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

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

La exploración física:

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de La enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

- Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración

- Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

- Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

- Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática Y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.

- Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.

- Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilizemos.

✓ **Diagnóstico:**

Según se utilice el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo

- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

Los pasos de esta fase son:

Identificación de problemas:

Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis

Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del que hacer profesional. La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios:

Investigación: Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros. Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. En este momento los Diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:

- Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.
- Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los Diagnósticos de Enfermería aceptados.
- Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo Diagnóstico.
- Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada.
- Identificar nuevas áreas de competencia en Enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos Diagnósticos.

Docencia: la inclusión de los Diagnósticos de Enfermería en el curriculum básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el curriculum. Permite:

* Organizar de manera lógica, coherente Y ordenada los conocimientos de Enfermería que deberían poseer los alumnos

* Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.

Asistencial: El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:

- Identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud.
- Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia.
- Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.
- Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional.
- Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
- Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de Salud de las hechas por otros profesionales.
- Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.
- Mejorar y facilitar la comunicación inter e intradisciplinar.

Gestión: Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los Diagnósticos de Enfermería en este ámbito son:

* Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, Y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.

- * Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
- * Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.
- * Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.
- * Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.
- * Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

Tipos de diagnósticos:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1. a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el

término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en i los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

✓ **Planeación**

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).

Etapas en el Plan de Cuidados

Establecer prioridades en los cuidados. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos,

materiales y humanos... Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

✓ **Ejecución**

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

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

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado

la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

✓ **Evaluación**

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982). El proceso de evaluación consta de dos partes

Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.

Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- * Observación directa, examen físico.
- * Examen de la historia clínica

2.- Señales y Síntomas específicos

- * Observación directa
- * Entrevista con el paciente.
- * Examen de la historia

3.- Conocimientos:

- * Entrevista con el paciente
- * Cuestionarios (test)

4.- Capacidad psicomotora (habilidades)

- * Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional:

- * Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- * Información dada por el resto del personal

6.- Situación espiritual (modelo holístico de la salud):

- * Entrevista con el paciente.
- * información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

5.3. MARJORY GORDON

Marjory Gordon fue una teórica y profesora estadounidense, que creó una teoría de valoración de enfermería conocida como patrones funcionales de salud de Gordon (*Gordon's functional health patterns*). fue líder internacional en esta área de conocimiento en enfermería.

Fue la primera presidenta de la NANDA.¹ Ha sido miembro de la Academia Americana de Enfermería desde 1977 y fue nombrada como una «Leyenda Viviente» por la misma organización en 2009.²

Es autora de cuatro libros, incluyendo *Manual de diagnósticos enfermeros (Manual of Nursing Diagnosis)*, actualmente en su edición número doce. Sus libros aparecen en diez idiomas, en cuarenta y ocho países y seis continentes.⁴²

Ha contribuido significativamente al desarrollo de un lenguaje enfermero estandarizado. Su obra en este campo tiene implicaciones en la investigación, educación, evaluación y competencia, y el establecimiento de un núcleo de conocimiento enfermero basado en las evidencias.

5.4. PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

La valoración del paciente tiene una gran importancia para conocer su respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que puedan ser tratados por las enfermeras; es decir la valoración del paciente para llegar al diagnóstico enfermero. Para llevar a efecto esta valoración, dentro del proyecto, se ha optado por utilizar una herramienta que pueda ser usada independientemente del modelo enfermero seguido. Así se eligió la propuesta de M. Gordon con sus Patrones Funcionales (1982).

Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo. La utilización de los Patrones Funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físico, psíquico, social, del

entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta. La valoración por Patrones Funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas (o patrones) con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes. Los 11 Patrones Funcionales se denominan de la siguiente manera:

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN DE LA SALUD

- Conocer la propia percepción de la persona sobre su situación salud y bienestar.

PATRÓN 2: NUTRICIONAL - METABÓLICO

- Conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas.

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

- Conocer los patrones de la función excretora de la persona.

PATRÓN 4: ACTIVIDAD - EJERCICIO

- Describe los patrones de actividad, ejercicio, ocio y entretenimiento.

PATRÓN 5: SUEÑO - DESCANSO

- Describe los patrones de sueño, reposo y relajación.

PATRÓN 6: COGNITIVO - PERCEPTIVO

- Describe los patrones sensitivos, perceptuales y cognitivos de la persona.

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO

- Describe los patrones de auto concepto y percepción del estado de ánimo.

PATRÓN 8: ROL - RELACIONES

- Describe los patrones de compromiso con el rol y las relaciones.

PATRÓN 9: SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN

- Describe los patrones sexuales y reproductivos de la persona.

PATRÓN 10: TOLERANCIA AL ESTRÉS

- Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales, y su efectividad, manifestada en términos de tolerancia al estrés.

PATRÓN 11: VALORES - CREENCIAS

- Describe el patrón de los valores y las creencias espirituales y/o religiosas que influyen en la adopción de decisiones.

5.5. TRANSTORNO BIPOLAR.

El trastorno bipolar es una enfermedad mental altamente prevalente, crónica y deteriorante, que requiere atención médica, psicológica y social para toda la vida. El darse cuenta de que el trastorno bipolar es más común de lo que se pensaba en un inicio, la discapacidad asociada al mismo y la heterogeneidad en su presentación clínica, ha motivado un incremento exponencial sobre su investigación.

5.6. EPIDEMIOLOGIA

El trastorno bipolar es una enfermedad grave del cerebro, también se conoce como enfermedad maníaco-depresiva o depresión maníaca. Las personas con trastorno bipolar tienen cambios inusuales en el estado de ánimo. A veces se sienten muy felices y “animados” y son mucho más enérgicos y activos de lo habitual. Otras veces, las personas con trastorno bipolar se sienten muy tristes y “deprimidos”, tienen poca energía y son mucho menos activos de lo normal. Esto se conoce como depresión o un episodio depresivo.

Los cambios en el estado de ánimo son más extremos y vienen acompañados de cambios en el sueño, el nivel de energía y la capacidad de pensar con claridad. Los síntomas bipolares son tan fuertes que pueden perjudicar las relaciones y dificultar asistir a la escuela o universidad o mantener un trabajo. Esta enfermedad también puede ser peligrosa. Algunas personas con trastorno bipolar intentan hacerse daño o suicidarse.

5.7. FISIOPATOLOGIA

La noradrenalina fue el primer neurotransmisor implicado fisiopatológicamente en la depresión. Hemos de tener en cuenta, en lo que respecta al trastorno bipolar, que el estudio de la noradrenalina dirigido a éste último trastorno no ha sido tan fructífero.

El origen de la GABA plasmática es difícil de precisar, se considera un indicador fiable de la actividad gabaérgica central. Tomados como grupo los pacientes

bipolares (depresivos, maníacos, eutímicos) tienen niveles de GABA plasmáticos superiores a los controles. No obstante, también se identifica un subgrupo de bipolares, de aproximadamente 1/3 del total, con niveles inferiores al 95% de los sujetos controles.

El eje hipotálamo-hipófisis-tiroides es el principal sistema endocrino implicado en la fisiopatología del trastorno bipolar. Se concluye que la alteración tiroidea más recuente es un incremento plasmático de tiroxina. La hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal también se ha relacionado con el trastorno bipolar, con cierta controversia.

5.8. ETIOLOGIA

La prevalencia del trastorno bipolar en adultos es de 1 a 3 % de la población mundial, el 58.6% de quienes lo padecen son las mujeres y el 82.6% corresponde a personas de origen caucásico.

La edad promedio de inicio de los síntomas tempranos entre los 15 y 19 años, la edad de presentación del trastorno bipolar como tal es 25 años.

5.9. FACTORES DE RIESGO

Neurodesarrollo: Los estresores ambientales que pueden desencadenar un trastorno bipolar comienzan antes de que nazcas. El útero y por ende también el feto, están expuestos a los niveles hormonales de la madre, las medicaciones utilizadas, el consumo de alcohol o cigarrillos, las enfermedades y varios elementos más.

Abuso de sustancias: El uso de drogas o alcohol es riesgoso para cualquier persona diagnosticada con trastorno bipolar. Pero además, parece ser un desencadenante para el desarrollo del trastorno. La marihuana, los opioides, la cocaína, las anfetaminas y los sedantes, todos acarrear el riesgo de facilitar un primer episodio en una persona predispuesta al trastorno bipolar.

Estrés físico o psicológico: Este grupo cubre una amplia gama de posibles disparadores. Podemos considerar estrés físico a cualquier incidente desde una lesión en la cabeza hasta abuso sexual o físico. El abuso es un factor de riesgo específico para personas que han experimentado depresión mayor.

El estrés emocional también es muy significativo. Este tipo de estrés incluye problemas económicos como perder el trabajo, problemas familiares o en tu círculo social y todo tipo de pérdida emocional. Si un niño experimenta la muerte de su madre antes de los 5 años de edad, será cuatro veces más propensos a desarrollar un trastorno bipolar. El riesgo disminuye con la edad, pero sigue siendo significativo.

El trastorno bipolar se encuentra en familias. Existe una elevada probabilidad de que exista un componente genético a este desorden. Del ochenta al noventa por ciento de los individuos con trastorno bipolar tienen un pariente ya sea con depresión o con trastorno bipolar.

Los medicamentos como los corticosteroides, y condiciones médicas como la enfermedad tiroidea, y enfermedades neurológicas como el síndrome de Parkinson podrían presentarse con características del trastorno bipolar. El diagnóstico de trastorno bipolar se realiza sólo cuando estas condiciones están presentes.

5.10. SIGNOS Y SINTOMAS.

Los “episodios anímicos” del trastorno bipolar incluyen cambios inusuales en el estado de ánimo conjuntamente con cambios inusuales en los hábitos de dormir, niveles de actividad, pensamientos o comportamiento. Las personas con trastorno bipolar pueden tener episodios maníacos, episodios depresivos o episodios "mixtos". Un episodio mixto incluye síntomas maníacos y síntomas depresivos. Los síntomas de un episodio anímico duran una o dos semanas y, a veces, hasta más. Cuando una persona está pasando por uno de estos episodios, los síntomas se le presentan todos los días y duran la mayor parte del día.

Los episodios anímicos son intensos. Los sentimientos son fuertes y suceden junto con cambios extremos en el comportamiento y en los niveles de energía.

Las personas que están teniendo un episodio maníaco pueden:

- Sentirse muy “animadas” o felices
- Sentirse “nerviosas” o “aceleradas”
- Tener problemas para dormir
- Ser más activas que de costumbre
- Hablar muy rápido sobre muchas cosas diferentes
- Estar agitadas, irritables o muy sensibles
- Sentir que sus pensamientos van muy rápido
- Pensar que pueden hacer muchas cosas a la vez
- Hacer cosas arriesgadas, como gastar mucho dinero o tener sexo de manera imprudente

Las personas que están teniendo un episodio depresivo pueden:

- Sentirse muy “decaídas” o tristes
- Dormir demasiado o muy poco
- Sentirse cómo que no pueden disfrutar de nada
- Sentirse preocupadas o vacías
- Tener problemas para concentrarse
- Olvidarse mucho las cosas
- Comer demasiado o muy poco
- Sentirse cansadas o sin energía
- Tener dificultad para dormirse
- Pensar en la muerte o el suicidio

5.11. COMPLICACIONES EN LA BIPOLARIDAD

Si no es tratado, el trastorno bipolar puede ocasionar serios problemas que afectan a todas y cada una de las áreas de su vida. Estos pueden incluir:

- Problemas con el abuso de drogas y alcohol
- Cuestiones jurídicas
- Problemas financieros
- Problemas de pareja
- Aislamiento y la soledad
- Trabajo ineficiente o ineficiencia en el desempeño escolar
- Ausencias usuales de trabajo o la escuela
- Suicidio

VI. PRESENTACIÓN DEL CASO.

Se trata de una persona del sexo femenino de 33 años de edad la cual acude al consultorio de la clínica Dr. Evererdo Neuman Peña a, a consulta para ser internada en la institución acompañada por familiares quienes dicen ser su mamá y hermana. La paciente presenta malas condiciones de higiene, con múltiples hematomas en rostro y cuerpo, acude por agitación psicomotriz, agresividad heterodirigida, ideas delirantes de daño. Hoy es llevada a consulta para valoración e internamiento por su enfermedad la cual tiene 8 años, anteriormente se encontraba internada, por su mejoría la dan de alta, pero a consecuencia de que se fuga de casa y no toma su tratamiento a los 2 meses es contratada y llevada a valoración con Diagnóstico de Trastorno de Bipolaridad. Posterior a valoración médica es internada nuevamente en la clínica.

Antecedentes personales:

- **Patológicos**

Paciente femenina de 33 años de edad, su madre refiere que hace 1 año padece de reflujo y lleva tratamiento de pantoprazol 20mg

- **De la infancia**

Argumenta su madre que le dio varicela a los 5 años de edad, generalmente benigna, caracterizada por la aparición de vesículas que no dejan cicatriz.

- **Antecedentes alérgicos**

Negadas.

- **Antecedentes quirúrgicos o traumáticos**

Fractura de pierna izquierda a los 22 años.

- **No patológicos**

Paciente femenina de 33 años de edad, reside en la capital de San Luis Potosí, su casa es de concreto, cuenta con 5 habitaciones, 1 baño completo y 2 medios baños, con todos los servicios domiciliarios, con un perro y un gato, con todas sus vacunas, actualmente vive con mama, papa, 1 hermana y 1 hermano.

- **Heredo familiares**

Madre hipertensa y abuelo materno con diabetes mellitus.

6.1. VALORACION FISICA

Paciente femenina de 33 años de edad, con diagnóstico de Trastorno Bipolar, acude en compañía de su madre y hermana a consulta para valoración de médico psiquiatra el cual da internamiento a la paciente a la clínica

- **VALORACION CEFALOCAUDAL.**

Paciente femenina, desorientada, alterada, ansiosa, cráneo normal, cuero cabelludo bien implantado, sucio, grasoso, color negro, ojos simétricos con sensibilidad a la luz, no se observa algún tipo de infección, narinas permeables con hematoma, orejas simétricas con perforaciones en cada una por aretes con presencia de abundante cerumen en ambos canales auditivos, labios deshidratados, partidos con heridas en labio superior, piezas dentales completas, presencia de aftas en carrillos, encías inflamadas, tórax, se procede a la auscultación palpación, se observa expansión de correcta del tórax, con pulso cardiaco rítmico, abdomen se encuentra blando con hematoma en flanco derecho, brazos sin lesiones, dedos sin lesiones, alteraciones genitales no valorables.

Peso: 50 Kls

Talla: 1.55 cm

T/A: 120/80

FC: 88´x

FR: 18´x

T: 36.2°C

VII. VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

7.1. Patrón Percepción manejo de salud

Paciente femenina de 33 años de edad, acude a consulta en la clínica psiquiátrica, para valoración e internamiento de la misma, con trastorno bipolar, actualmente residente de San Luis Potosí, sus condiciones de vivienda son buenas pero hace 3 meses sus familiares no sabían de su paradero.

Ingiere drogas, alcohol y tabaquismo desde los 17 años, se encuentra en consultorio para valoración médica, actual mete toma: Risperidona tabletas 2mg, 1 – 0 - 1 ½, Clonazepam tabletas 2mg, ½ -½ - ½, Valproato semisódico tabletas 500mg, 1-0 1, Diclofenaco tabletas 100mg 1 -0-1, Risperdal Consta ampula 25mg IM cada 15 días.

7.2. Patrón Nutricional metabólico

Actualmente come comida blanda de 1700 kcal, mucosas deshidratadas herida en labio superior, con piezas dentales completas, aftas en carrillos

7.3. Patrón Eliminación.

Paciente no tiene problemas para evacuar y orinar, no utiliza ningún medicamento que le ayude en su evacuación.

7.4. Patrón Actividad ejercicio.

Paciente, sin problemas en movimiento para deambulación, signos vitales de T/A: 120/80, FC: 88x', FR: 18x', T: 36.2°C

7.5. Patrón Sueño - Descanso.

Paciente refiere, no poder dormir en ocasiones, ya que escucha voces, las cuales no le permiten conciliar el sueño.

7.6. Patrón Cognitivo perceptua

Paciente, cooperadora bajo demanda de tabaco, desorientada parcialmente lenguaje claro, e incongruente, pensamiento ilógico, lineal, juicios desapegados de la realidad, manifestaciones de alucinaciones de tipo visual y auditivo.

7.7. Patrón Autopercepción - Auto concepto.

Refiere que en ocasiones se siente querida y en otras no, se siente rechazada por su trastorno, siente que le tienen lastima.

7.8. Patrón Rol - Relaciones.

Argumenta vivir con sus padres y hermanos, los cuales la tratan bien, y no tiene amigos con quien salir.

7.9. Patrón Sexualidad - Reproducción.

Refiere que su primera menstruación fue a las 12 años, se embarazo a los 18 años, presento complicaciones y lo aborto.

7.10. Patrón Tolerancia al estrés.

Refiere que cuando no se siente tranquila, comienza a gritar, llorar, escuchar voces y ver cosas irreales. Cuando tiene este tipo de episodios acude con su familia la cual la poya para estar bien.

7.11. Patrón Valores - Creencias.

Paciente argumenta no creer en nada ya que si en verdad existiera alguien no se encontraría en esas condiciones.

VIII. PLAN DE ATENCIÓN.

8.1. Control de impulsos ineficaz.

Dominio 5: Percepción/cognición.

Clase 4: Cognición.

Definición: Patrón de relaciones rápidas, no planeadas, ante estímulos internos o externos sin tener en cuenta las consecuencias negativas de estas relaciones para las personas o para los demás.

Valoración	Diagnostico	Objetivo	Intervenciones	Fundamento	Evaluación
Paciente Femenino de 33 años, impulsiva con referencia de abuso de sustancias desde los 17 años	Control de impulsos ineficaz F/R abuso de sustancias, desesperanza, tabaquismo M/P actuar sin pensar, arrebatos de mal genio, irritabilidad.	Que la paciente identifique cuando no puede controlarse y que es lo que puede hacer	Entrenamiento para controlar los impulsos.	Animar a la paciente a practicar la solución de los problemas personales.	Se logró que la paciente buscara la manera de solucionar sus problemas personales.
			Asesoramiento	Ayudar a que la paciente identifique el problema causante del trastorno.	Se apoya a paciente a que sepa identificar los momentos en los cuales ella se altera
			Apoyo emocional	Que la paciente pueda explicar la decisión a otras personas.	Se orienta a la paciente a como poder dar a conocer su decisión ante su familia.

8.2. Riesgo de violencia dirigida a otros.

Dominio 11: Seguridad/protección.

Clase 3: Violencia.

Definición: Vulnerable a conductas en que la persona demuestra que puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva por otros.

Valoración	Diagnostico	Objetivo	Intervenciones	Fundamento	Evaluación
Paciente inquieta, irritable, camina de un lado a otro, tiene arrebatos verbales, así como verbalizaciones inadecuadas.	Riesgo de violencia dirigida a otros F/R impulsividad, conducta suicida, lenguaje corporal negativo.	Que la paciente sepa controlar sus impulsos	Ayudar a la paciente a controlar el enfado de una manera adecuada.	Es importante tener un acercamiento que sea sereno y de seguridad, para poderse controlar	Se enseña a la paciente como debe actuar corporalmente para controlarse.
			Entrenamiento para controlar los impulsos.	Enseñar a la paciente a “detenerse y pensar” antes de comportarse impulsivamente.	Hacerle ver a la paciente como debe de reaccionar verbalmente.
			Manejo ambiental: prevención de la violencia.	Cuidar su medio ambiente físico para que no se lastime a si misma o a las personas que se encuentran cerca	La paciente comprende de cómo tiene que tener su ambiente físico para su seguridad

8.3. Ansiedad (00146)

Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés

Clase 2: respuestas de afrontamiento

Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

Valoración	Diagnostico	Objetivo	Intervenciones	Fundamento	Evaluación
Paciente femenina, se observa con irritabilidad físicamente y verbalmente	Ansiedad F/R abuso de sustancias, cambio en el entorno, crisis situacionales M/P temor, irritabilidad, sequedad bucal.	Que la paciente pueda disminuir su ansiedad y sepa controlarla	Ministro de medicamentos ansiolíticos.	Esto ayudara a que la paciente disminuya su ansiedad.	Con ayuda de ansiolíticos la paciente logra tranquilizarse.
			Escuchar a la paciente en momentos de ansiedad.	Esto favorecerá la expresión de sentimientos e interés en la paciente	Relaja a la paciente y la hace sentir importante para otra persona.
			Terapia de relajación simple.	Enseñar a que tenga un ambiente tranquilo	Ayudará a que la paciente se relaje de una manera amena.

IX. PLAN DE ALTA.

La paciente deberá tener conciencia de enfermedad para así llevar a cabo el tratamiento para evitar recaídas e internamientos, identificara y reconocerá los síntomas agravantes de su enfermedad, respetara a las demás personas y así evitara causar daño alguno, mantendrá una adecuada alimentación, tendrá higiene diaria, asistirá a terapia psicológica, deberá tener una terapia ocupacional y asistirá a consultas.

Para los familiares que convive son ella deberán conocer la enfermedad a grandes rasgos para así actuar de forma adecuada en las crisis que pudiera tener el familiar, tendrán que reconocer los factores que conllevan a un descontrol de la enfermedad, vigilar toma de medicamento, hora y dosis, brindar apoyo emocional a su familiar.

Medicamentos que deberá tomar en casa:

- Risperidona tabletas 2mg, 1 – 0 - 1 ½
- Clonazepam tabletas 2mg, ½ -½ - ½.
- Valproato semisódico tabletas 500mg, 1-0 1 .
- Diclofenaco tabletas 100mg 1 -0-1.
- Risperdal Consta ampula 25mg IM cada 15 días.

X. CONCLUSIONES

Con este trabajo he quedado muy satisfecha y he mostrado sobre la verdadera importancia de esta patología. El trastorno bipolar es una enfermedad, la cual es importante saber detectar ya que se presenta a la edad de 15 años pero se maraca las 25 años y se tiene que saber cómo poder sobrellevar a esa persona a que afronte esta enfermedad. Existe tratamiento para esta enfermedad pero un remedio para curarlo no lo hay, por eso es importante que la persona que padece el trastorno sepa como manejar la situación y la importancia de atenderse a tiempo, para no verse afectado en la sociedad. El trastorno bipolar es una enfermedad grave del cerebro, mentalmente prevalente crónica y deterior ante ya que estas personas tienen cambios inusuales en el estado de ánimo.

En este trabajo también se realiza un plan de alta para cuando la paciente sea dada de alta pueda seguir con su tratamiento, así como explicarle la dieta que debe de llevar, los principales datos de alarma y algunos ejercicios que pueda realizar en ayuda de un familiar o terapéutico. Se lograron cumplir con los objetivos planteados y se complementó la información con libros que se mencionan en la bibliografía.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alejandro Díaz, M. Guía clínica para el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos emocionales. Amstrong Laboratorios de México. Consenso 2010.
2. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/encu/article/000926>.
3. <http://www.paidopsiquiatria.com/depre/bipolar.pdf>
4. Johnson M. Bulechek G, Butcher H., McCloskey J. Mass M., Moorhead S., Swanson E., Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2º Edición. Elsevier Mosby Madrid, España. 2007. 2. Moorhead S. Johnson M., Mass M. Swanson E. Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC). Elsevier Mosby. 4º. Edición. Madrid, España. 2009.
5. Bulechek. G. Butcher H. McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Elsevier Mosby. 5º. Edición. Madrid, España. 2009.
6. Alberdi Castell, Rosamaría. "La identidad profesional de la enfermera". EN: Revista ROL de Enfermería, No. 170, pp. 39 – 44.
7. Nightingale, Florence. Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es. Barcelona, Salvat Editores S. A., 1990.
8. <https://www.universidadviu.es/proceso-atencion-enfermeria-concepto-etapas/>
9. <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/etapas.html>
10. Alfaro Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5 ed. Barcelona: Elsevier doyma, S.L; 2003. p. 4
11. Leininger M. La Enfermería Transcultural: conceptos, teorías y prácticas. Greyden; 1994. 532 p.
12. <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61914>
13. <http://www.eneo.unam.mx/publicaciones/publicacionesoct2013/Proceso%20atencion%20en%20Enfermeria.pdf>
14. http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/2_2.htm
15. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16312>
16. <http://analuisa-velandia-mora-publicaciones.blogspot.mx/2010/09/el-cuidado-de-enfermeria-como-objeto-de.html>

17. Joana Fornes Vives, Enfermería de salud mental y psiquiátrica, 2da Edición, pag.402, año 2011.

18. Jose Luis Galiana Roch, Enfermería Psiquiátrica, 1era Edición, España, pag.392, 2015.

19. Alfaro Rosalinda, Lefever(1996), Aplicación del proceso de enfermería, 3era edición, Madrid España, pag 26

20. Dugas Beverly Witter, 1986, Tratado de enfermería práctica, 4ta edición, México, pag.54 a 67.