



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ENFERMERÍA

Aplicado a un paciente con Parálisis flácida Post - traumática y Diabetes Mellitus Insulino - dependiente, apoyado en la teoría de Virginia Henderson.

Que para obtener el Título de:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Presenta

Luna Acosta Xochitl Selene

No. De cuenta: 9654591-7

DIRECTORA DE TRABAJO:

[Firma]

Lic. Bertha Estrella Alvarez

299291



Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social

México, D. F., Noviembre del 2001



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.

INDICE:

I.- INTRODUCCIÓN	
II.- OBJETIVOS	
III.- JUSTIFICACIÓN	
IV.- METODOLOGÍA	
1. –MARCO TEORICO.....	1
1.1. ANTECEDENTES DEL CUIDADO.....	1
1.2. METAPARADIGMA ENFERMERO, SEGÚN VIRGINIA HENDERSON.....	5
1.2.1 Enfermería	
1.2.2 Persona	
1.2.3 Salud	
1.2.4. Entorno	
1.3. CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERIA SEGÚN. HENDERSON.....	8
1.3.1. Concepto propio.	
1.4. TEORIA DE HENDERSON.....	9
1.5. TEORIA Y FILOSOFIA DE LAS NECESIDADES.....	11
1.6. DESCRIPCIÓN DE LAS NECESIDADES.....	13
1.7. PROCESO DE ENFERMERIA.....	33
1.8. DESCRIPCIÓN DE LOS COMPONENTES.....	35

1.8.1. Desglose de los componentes:

- 1.8.1.1. Valoración
- 1.8.1.2. Diagnóstico
- 1.8.1.3 Planeación
- 1.8.1.4. Ejecución
- 1.8.1.5. Evaluación

2. - APLICACIÓN DEL PROCESO.....	47
3. - RESUMEN VALORATIVO.....	49
4. - JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES.....	55
5. - DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA.....	57
6. - PLAN DE CUIDADOS.....	62
7. - REGISTRO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA Y EVOLUCION DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA DEL CLIENTE.....	79
8. - PLAN DE ALTA.....	92
9. - CONCLUSIONES.....	93
10. - SUGERENCIAS.....	95
11. - BIBLIOGRAFIA.....	96
12. - ANEXOS.....	98

AGRADECIMIENTOS

*A mi padre, el Dr. Orlando Luna Raza, por
Su apoyo incondicional, motivación y confianza
A lo largo de este tiempo, ...ya que sólo tú fuiste
El único que confiaba en mí, Gracias Papá...*

*Le agradezco a la asesora, por la dedicación y
esmero en la enseñanza y realización de éste
proceso, y a todos mis demás profesores, ya que
sin ellos ni hubiese sido posible llegar a esta meta.*

*Le agradezco a Ruth, Erika, Raúl, Gilberto,
Martín, Gabriela, Jenny G., Rosario, Antonio, Helda,
Martha, Jenny, Mercedes por ser tan buenos compañeros y
Amigos.*

*A Paola y Ana, por creer en mí.
A mis tíos Martín, Héctor, y Arturo
A Rebeca
A Alejandro, Gracias por haber sido mi paciente...*

DEDICATORIAS

A todo el personal de Enfermería, para dar una guía, y poder mejorar la calidad y calidez en la atención de los pacientes, sin olvidarnos que lo más importante en nuestra vida es: La vida.

A todos los estudiantes de Enfermería para que cuenten con una base para impulsar su desempeño profesional.

A todo el personal de nuevo ingreso para que sea una opción, para que puedan ampliar el campo de estudio de la Enfermería Profesional...

A mi Padre, ya que gracias a su larga jornada de sacrificios y desvelos, pude realizar lo que hasta hoy, es el fruto de su confianza implantada en mí: La realización del Proceso de Enfermería, para obtener el Título de Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

...

I.- INTRODUCCIÓN

El estudio y tratamiento de las afecciones del aparato locomotor, cualquiera que sea su etiología constituye el objetivo actual de la especialidad, tanto en medicina como en Enfermería, de ortopedia, tomando en cuenta que también la segunda patología con la que cuenta el paciente encaja dentro de la rama de la Endocrinología, que es la Diabetes Mellitus Insulino – dependiente.

Para poder cultivarla, se deben tener conocimientos básicos, sobre Enfermería Ortopédica, fisiología y fisiopatología de todo el aparato locomotor y de dominar las técnicas de exploración semiológica de los mismos y poseer un claro concepto acerca de nuestro quehacer Enfermero en la atención de nuestros pacientes, así como tener conocimientos sobre los distintos medios terapéuticos que pueden emplearse y de la oportunidad de su aplicación.

La patología ósea, epitelial, muscular de ciertos órganos, son complejas, porque ninguno de estos órganos son inherentes, si no por el contrario son tejidos vivos, biológicamente activos, integrados por diferentes elementos anatómicos que están en relación, con múltiples funciones, las que a su vez son interdependientes con factores humerales, metabólicos, endocrinos y funcionales que los hacen únicos, y todos unidos para conformar, la máquina más perfecta del universo: El Cuerpo Humano, siendo que la Enfermera es la cuidadora de este grandioso ser, que cuando no cumplen sus órganos con su función específica, somos las sustitutas de estas actividades.

Es por lo anterior que es necesario hacer un breve recordatorio sobre las cuestiones fundamentales, sobre los orígenes de la Enfermería, sus iniciadoras basándonos en sus modelos, en este caso el modelo de Virginia Henderson, para poder entender mejor el Plan de enfermería fundamentando su base de investigación, ya que éste proceso está orientado a un cliente con diagnóstico médico de Parálisis flácida post-traumática y Diabetes Mellitus Insulino - dependiente apoyado en la teoría de Virginia Henderson.

Tomando en cuenta de que tanto la Enfermería como la Ortopedia, han evolucionado significativamente en los últimos años, tratando de superar la etapa puramente morfológica y técnica, de las lesiones y su cuidado, se han planteado metas en estas áreas, siendo en el caso de la ortopedia, reforzar el conocimiento integral de la biología ósea normal y patológica para brindar mejores tratamientos y de la Enfermería el de proporcionar “los cuidados” integrales individualizados a los clientes con base científica plasmada en un “Proceso de Enfermería”, el cual siendo un método sistemático, racional y cíclico, de planificación y realización de cuidados de Enfermería, tiene como objetivo identificar el

estado de salud del cliente, observando sus problemas reales y potenciales, estableciendo un plan de cuidados a estos y posteriormente evaluar sus resultados.

Lo anterior basándose en la "independencia", es decir en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales del individuo, según Henderson, plasmadas en los diagnósticos de Enfermería propuestos en la taxonomía de la NANDA.

Esperando con lo anterior marcar un panorama general del Proceso de Enfermería y dar una pequeña guía a nuestras compañeras (os) Enfermeras (os), sobre la satisfacción de las necesidades identificadas en este cliente, para que se pueda atender a otros pacientes con estas mismas alteraciones, y poder sobre todo prevenirlas.

II.- OBJETIVOS:

➤ General:

Identificar el estado de salud del paciente, conociendo sus necesidades, abordando sus patologías que lo afectan, para establecer un plan de atención individualizado, y así contribuir con la recuperación de su salud y reincorporarlo a su núcleo familiar y a la sociedad.

➤ Específicos:

- I. Recabar y organizar una base de datos, obtenidos de una Historia clínica y un Examen Físico, recopilados en una entrevista, reforzándose en una revisión bibliográfica, y observación directa para establecer diagnósticos precisos.
- II. Con base en un proceso de análisis y síntesis de datos dar lugar a un diagnóstico que incluya la formación de planes de cuidado y poder evaluar sus resultados.
- III. Poner en práctica el Plan de Atención, para satisfacer las necesidades del cliente, sin olvidar dar confianza a su familia, actualizando nuestra base de datos, repasando y revisando el plan de cuidados, y modificándolo si es necesario.
- IV. Llevar activamente un programa de educación para la salud al cliente, que deberá extenderse a la familia.
- V. Elaborar un Plan de Alta específico, que facilite el manejo en el hogar del cliente para favorecer la reincorporación a su familia y a la sociedad.

➤ Particulares:

- I. Estructurar un trabajo académico, para la obtención de un título profesional, que lleva por título "Proceso de Enfermería".
- II. Lograr dar la atención adecuada al paciente para que se pueda sentir independiente.

III.- JUSTIFICACION

El motivo por el cual es realizado éste Proceso de Enfermería, es que nosotros como pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, tengamos un método sistemático y racional, para incrementar la investigación en cuanto a la planificación y realización de los cuidados de Enfermería individualizados, para identificar el estado de salud del cliente, en cuanto a sus problemas reales y potenciales, para establecer un plan que satisfaga las necesidades identificadas, y llevar a cabo actividades de e Enfermería específicas para posteriormente evaluar sus resultados.

Con anterior con objeto de desarrollar un pensamiento reflexivo y crítico para solucionar problemas de salud – enfermedad del individuo, por medio de una atención metódica y con bases científicas, ya que las ventajas que ofrece ésta opción, son proporcionar una atención planeada e individualizada con base en las necesidades del cliente, fomentándonos a nosotros como personal de Enfermería la investigación que es base fundamental para el desarrollo profesional y ético.

Todo esto con base en la observación clínica, ya que el proceso de Enfermería, es un proceso “cíclico”, con componentes que llevan una secuencia lógica que pueden ser manipulados de acuerdo con las necesidades del cliente, siendo los componentes los siguientes:

- ⇒ Valoración del estado del paciente.
- ⇒ Diagnóstico de Enfermería.
- ⇒ Planificación de actividades.
- ⇒ Ejecución del Plan de cuidados.
- ⇒ Evaluación.

Con el desarrollo de estos puntos, se puede dar atención de calidad y calidez, para que el Cliente logre una recuperación de su salud y evitar caer en otras patologías.

IV. METODOLOGIA

El presente proceso de Enfermería, se aplicó a un cliente del Hospital Shriners para niños A.C, adolescente, el cual como primera impresión se tuvo una observación plena de sus necesidades, posteriormente con ayuda del instrumento de valoración, se obtuvieron y anotaron tanto los aspectos objetivos como los subjetivos, los cuales al ser evaluados, revisados y ordenados, dieron origen a los enunciados diagnósticos que formulan la estructura del plan de cuidados, teniendo como prioridad y basándose en una plena y minuciosa revisión bibliográfica, entrevistas sobre dudas con los demás miembros de equipo de salud así como experiencias del mismo paciente, previamente habiendo revisado ciertos conceptos fundamentales de Enfermería, enfocándose principalmente en la Teoría de Virginia Henderson.

Como se mencionaba, se aplicó dentro del entorno hospitalario al que fue sometido el cliente, el cual siendo procedente y residente del Estado de Chihuahua, en Ciudad Juárez, estuvo del día 11 de Mayo del 2001 al 5 de Julio del mismo, se tuvo contacto directo con el cliente en la estancia laboral dentro del área "B" Hospitalización niños, dentro del horario de 15:00 hrs. a 21:30 hrs., siendo que de acuerdo con la necesidad de realizar un Proceso de Enfermería, desglosado en sus diferentes partes, y planeando unas actividades concretas para atención de éste, sirvieran además como instrumento para la obtención de un título profesional, se le comentó la posibilidad al mismo de fungir como cliente para éste, aceptado gustoso estableciéndose una buena comunicación con él y con su familia.

Durante la realización de este proceso, a parte de fortalecer y reafirmar conocimientos acerca, no solo del cliente estudiado si no de todo individuo sano o enfermo, sobre las necesidades que lo aquejan, se pudo reafirmar la importancia del "quehacer" enfermero no solo con las personas con ciertos padecimientos, sino que hay que conocer las necesidades que requiere antes de que caiga en desequilibrios y no tenga que depender de nuestros cuidados, siendo esta nuestra tarea...

1. - MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES DEL CUIDADO:

...Como toda flor, desde el momento de sembrarla, hay que remover la tierra, regarla, ponerla al sol, para que crezca y florezca, es decir "cuidarla", así mismo con la humanidad, desde que existe sobre la tierra, existen los cuidados para que ésta siga existiendo y mantener la vida... porque cuidar es: *Prolongar y mantener la vida*, para hacer más largo el camino a *un fin común inevitable*, ya sea como individuo, población ó especie: La muerte.

Siendo que, durante muchos años, a pesar de su importancia, "los cuidados" nunca fueron tomados en cuenta como un oficio, y por consiguiente mucho menos como una profesión, como lo es en la actualidad; sino que eran solamente acciones que realizaban algunas personas en pro de otras para poderles facilitar su vida y poder desarrollarse como individuos dentro de una familia, sociedad o grupo.

El origen de los cuidados tiene dos perfiles, que en sentido figurado se pudieran comparar con un balanza, ya que ambas pesas, deben estar en equilibrio, para poder provocar una estabilidad, así como el bien y el mal. Siendo que necesariamente deben existir, para poder encontrar *la esencia de la vida*, pero de que a pesar de que nosotros como humanidad, tenemos leyes y normas por las cuales nos regimos, ya sean morales, sociales, biológicas, para poder identificar lo bueno y lo malo, dónde acaba una y empieza la otra, de los único que estamos seguros es de que siempre van juntas...

Pero, ¿Cuál es el objetivo real de los cuidados?, como es lógico, la respuesta sería: "asegurar la continuidad de la vida del grupo y de la especie". (Colliere, 1997). Tomando en cuenta que para asegurar la vida, se tiene que estar consciente de que todo ser vivo, necesita satisfacer ciertas necesidades biológicas, espirituales y sociales para poder llevar a cabo una vida de relación satisfecha con su medio ambiente. Tomando en cuenta lo anterior, el ser humano en la búsqueda de satisfacer éstas necesidades da lugar a 4 aspectos importantes:

- Sustentarse
- Protegerse de la intemperie
- Defender su territorio
- Salvaguardar los recursos

Siendo que para conseguir lo anterior está más que reconocido que se debe de realizar una división del trabajo, y establecerse una organización para realizar éstas tareas, dando origen a lo que se conoce con el nombre de "división sexual del trabajo", ya que el ser humano por mera naturaleza, es un tanto difícil que "Hombre" y "Mujer" realicen las mismas actividades, y que sean "*Iguales*" ya que por mera naturaleza somos diferentes, y tenemos que realizar acciones diferentes, para llegar a un objetivo común: "*La supervivencia y el crecimiento como especie*", y no como sexo "Masculino" ó "Femenino", ambos somos maravillosos... y al unirse fuerza e inteligencia, es como se han logrado los grandes avances de la humanidad... con un objetivo

común "cuidar de la vida, para dar vida". Pero así como es necesario cuidar de las mujeres de parto, cuidar de los niños, cuidar de los vivos, "hay que cuidar de la muerte"...

Pero en realidad, ¿qué es cuidar?, supongamos que un día se nos ocurriese irnos de vacaciones y es muy común que, por cuestión casi innata, se nos ocurra "encargarle nuestra casa al vecino, y le mencionamos que por favor nos "la cuide", e inmediatamente a nuestro vecino se le viene a la mente la acción de "vigilar" de "salvaguardar", y nunca se le viene a la mente dar medicamentos a las paredes o a la sala, sino que vigile en caso de que a la casa le suceda algún imprevisto, con esto se quiere llegar a la definición de Cuidado que da Colliere:

"Cuidar, es por lo tanto, mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación" (Colliere 1997) y que son individuales para cada grupo. *"Cuidar y vigilar representan un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo"*.

Esto es el fundamento de los cuidados mantener la vida, la especie, que dan la base para implementar varias prácticas como las alimentarias, sexuales, de hábitat, etc., que a la postre se vuelven costumbres, que se basan en el modo en que los hombres y las mujeres aprenden a utilizar y a adaptarse a su medio, para perpetuarse dando origen a las diferentes formas de creencias, ideologías y culturas.

Colliere, menciona que la orientación de los cuidados, basada en todo aquello que contribuye a seguir el mantenimiento y la continuidad de la vida nace de lo que Edgar Morin llama la "Phycis", es decir la ciencia de la naturaleza, que basado en el ensayo y error, se llega a lo que es el "saber hacer" y "saber usar" que dentro del seno de un grupo se vuelven actividades de hombres y otras serán cosas primordialmente de mujeres, sin olvidar que ambos tienen las mismas capacidades para realizar cualquier actividad, pero que algunas actividades se adaptan más a los hombres y otras a las mujeres.

Todo lo anterior es muy práctico y está orientado hacia conservar la vida, pero ¿qué pasa con la muerte?, que también es parte de la vida. Cuidar es fácil cuando se tienen todas las condiciones físicas y de entorno, necesarias para satisfacer nuestras necesidades, pero sabemos que no todos contamos con lo suficiente para ello, y es de donde surgen dos conceptos que nos orientan a tratar de encontrar todo lo fundamental para el mantenimiento de la vida: "Lo bueno y lo malo", orientando lo malo a lo que produce la enfermedad.

Tomando en cuenta que en la antigüedad, lo que producía enfermedad, era considerado maléfico, cosa de "hechicería", considerado de orden sobrenatural, producto del demonio, y que era tratado o curado por chamanes y sacerdotes, quien por esto llegaron a ser altas autoridades, pero esto se ha transformado conforme avanza la historia de la humanidad, ya que el papel de mediador entre el orden físico y del "más allá", que en otras épocas era atribuido al chamán y después al sacerdote, dio lugar a lo que ahora conocemos como los "médicos".

Como toda ciencia, el médico necesita de una forma de estudiar al ser humano, a lo que ellos llamaron "clínica", la cual convertía a éste en un mediador entre los signos y síntomas de un "mal determinado", el enfermo interpretándolo también así, fue hasta finales del siglo XIX, donde la ciencia médica como tal, era muy vaga y simple, en cuanto a investigación y terapias

conlleando a limitados tratamientos y cuidados, aumentado que en aquella época solo los privilegiados económicamente asistían al médico, era difícil aún más tener cuidadoras, siendo que los campesinos tenían sus propias ideas de tratar los males / enfermedades lo que hoy conocemos como la medicina alternativa.

En ésta misma época, no del todo precaria, nacieron los llamados "Hospitales", que eran refugio de toda persona exonerada de la sociedad, por contar con ciertas características que la hacían diferente a los demás, conlleando a establecer un lugar apto para la exploración y tratamiento de las enfermedades, cuidados por las Enfermeras, era una tierra donde se cultivaron los grandes descubrimientos que hoy en nuestra actividad nos han servido para *conservar la vida*, aunque el "mal" consume esa vida, convirtiendo a las personas enfermas en enfermedades personificadas...

Estas dos corrientes sobre el "bien" y el "mal" han influido en el discurrir de la Enfermería, con el género que en su mayoría la ejerce, contribuyendo a confundir la identificación de los cuidados ya que él "bien" está enfocado a todo aquello que permite vivir, dar a luz, comparándolo con el nacimiento de un bebe, que netamente concierne "según" a las mujeres, es así con los cuidados, desde la antigüedad se han orientado a que los que los realicen sean las mujeres, las Enfermeras, pero por el contrario las acciones de caza, pesca, de guerra, como consecuencia de tener que dar muerte para sobrevivir, necesitan de instrumentos propios de los hombres, es decir "cuidados hechos por hombres" siendo que la cura de un cuerpo herido, la reducción de una fractura por la fuerza que se requiere, también es identificado como actividad de hombres, son y seguirán siendo cosa de hombres, todo aquello desemboca en actividades que hoy conocemos como son los barberos, militares, cazadores, y en todo caso, a aquellos que osan con explorar el cuerpo por dentro, los cirujanos, siendo que aún con ésta explicación no queda tajantemente dicho que la Enfermería sea cosa de Hombres o necesariamente de Mujeres, sino más bien debe ser, sin tomar en cuenta la naturaleza de quien los da "*Cuidados de Enfermería*" concepción y técnica aplicados por mujeres y hombres.

Para concluir y mencionando textualmente a Colliere:

"Para comprender la historia de la práctica de la Enfermería, parece indispensable estudiarla y analizarla relacionándola con la Historia de la mujer sanadora y de su evolución." La historia de las prácticas de cuidados vividos y transmitidos por mujeres, mas tarde condenadas y desaprobadas por la iglesia, explica desde su origen hasta nuestros días el proceso de identificación de la práctica curativa ejercida por mujeres en el sentido hospitalario, no psiquiátrico y en los dispensarios de pueblos y barrios, pasando hoy a denominarse "*Cuidados de Enfermería*".

Se pudieran mencionar en forma muy reducida las etapas por la que han pasado los cuidados:

- ♦ Identificación de los cuidados de la mujer, desde tiempos remotos, hasta los finales de la edad media, en la sociedad occidental.
- ♦ Identificación de los cuidados de la mujer consagrada, desde la edad media, hasta finales del siglo XIX en Francia.

- ◆ Identificación de los cuidados de la mujer Enfermera “auxiliar” del médico, desde principios del siglo XX hasta finales de los sesenta”.
- ◆ Identificación de la Carrera de Enfermería Profesional independiente, con bases científicas, Historia, Modelos y Teorías, que en nuestra actualidad se encuentran.

Teniendo todas éstas etapas, un fin común:

“Asegurar todo aquello que contribuye a mantener y a conservar la vida”

1.2.-METAPARADIGMA ENFERMERO, SEGÚN VIRGINIA HENDERSON

Para poder comprender mejor la concepción de metaparadigma enfermero, daremos el siguiente concepto: *"Es el componente más abstracto de la estructura jerárquica del conocimiento de la enfermería, es general y reúne los propósitos intelectuales de la disciplina para diferenciarlos de otros y delimitar el cuidado como objeto de estudio, de tal forma que no abarque los objetivos de otras disciplinas..."*

Partiendo de una observación de que Virginia Henderson no menciona directamente lo que constituyen sus supuestos fundamentales, se mencionan los siguientes conceptos que han sido adaptados a partir de sus publicaciones.

1.2.1. Enfermería

- ❖ Virginia Henderson la define como: *"La asistencia fundamentalmente al individuo enfermo o sano para que lleve a cabo actividades que contribuyan a la salud o a una muerte tranquila, ya que la persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento llevará a cabo éstas actividades sin ayuda."*
- ❖ La Enfermera actúa como un miembro de un equipo sanitario.
- ❖ Esta requiere de trabajar de forma interdependiente con otros miembros del equipo de salud, las funciones de la Enfermera son independientes de las del médico, pero utiliza el plan de cuidados de éste, para proporcionar un cuidado holístico al cliente.
- ❖ Debe estar formada por un conjunto de conocimientos: biológicos, sociales y de humanidades.
- ❖ La Enfermera ayuda al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas por medio de la formación de una relación Enfermera – Paciente; e identifica Henderson 3 niveles de función de la Enfermera:
 - Sustituta: Compensa lo que le falta al paciente.
 - Ayudante: Establece las intervenciones clínicas.
 - Compañera: Fomenta una relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud
- ❖ La Enfermería es un enfoque lógico y científico para resolver los problemas, que implica la utilización de un PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO, por escrito, que desemboca en un cuidado individualizado.

1.2.2. PERSONA

O paciente, lo considera como un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia, o una muerte tranquila, considerando que el cuerpo y la mente son inseparables, y que el paciente y su familia son una unidad, siendo que la persona o paciente (cliente) cuenta con las siguientes características:

- ❖ La persona debe de mantener un equilibrio fisiológico, emocional, sociológico y espiritual.
- ❖ Se encuentra enferma o sana , y se esfuerza por obtener un estado de independencia.
- ❖ Las necesidades del paciente están cubiertas por los 14 componentes de Enfermería.
- ❖ Necesita fuerza, voluntad y conocimiento para llevar a cabo las actividades necesarias para llevar una vida sana.

1.2.3. SALUD

Virginia Henderson no especifica una definición propia sobre la salud, pero equipara la salud con la independencia. *"Considera la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de la Enfermería"*. Dice que es la calidad de la salud, más que la vida en sí misma, esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una manera mas efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida. (Marriner,1987).Ciertas características de éste concepto son:

- ❖ La salud requiere independencia e interdependencia.
- ❖ La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.
- ❖ Los individuos recuperan la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, voluntad y conocimiento necesarios.

1.2.4. ENTORNO

Tampoco hace Virginia Henderson una definición propia de entorno, pero menciona al entorno como *"el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo"* (Marriner pág. 105), teniendo las siguientes características:

- ❖ Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede inferir en ésta capacidad
- ❖ También abarca a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados, Henderson cree que la sociedad quiere y espera que las Enfermeras proporcionen un servicio para los individuos incapaces de funcionar independientemente, pero por otra parte, espera que la sociedad contribuya en la educación de la Enfermería.
- ❖ Puede ser controlado por los individuos sanos, una enfermedad puede interferir en ésta capacidad.
- ❖ Puede afectar a la salud, los factores personales y los factores físicos que desempeñan un papel en el bienestar de la persona.
- ❖ Los médicos utilizan las observaciones y recomendaciones de las Enfermeras como base para la prescripción de dispositivos protectores.
- ❖ Las Enfermeras deben de conocer los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

1.3 CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA, SEGÚN HENDERSON:

"La función de una Enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en relación de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación, o a una muerte tranquila, y que él realizaría sin ayuda, si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible."

Henderson, considera su trabajo más como una aserción filosófica, que como una teoría, ya que el término "Teoría", no se utilizaba, e incorporó los aspectos espirituales al cuidado Enfermero. Identifica 14 necesidades básicas que son los componentes del cuidado enfermero, estas son muy similares a las de Abraham Maslow, de la 1 a la 7 están relacionadas con la fisiología, la 8 y 9 con la seguridad, la 10 está relacionada con la autoestima, la 11 y la 12, con el afecto y la pertenencia, de la 11 a la 14 con la autorrealización. Considerando las 14 necesidades básicas de forma conjunta proporcionan un enfoque holístico de la Enfermería.

1.3.1 Concepto propio.

Tomando en cuenta éstos grandiosos conceptos, y habiendo revisado a algunas otras teóricas, se pudo llegar al siguiente concepto, sobre el ser y hacer de la Enfermería, visto desde la perspectiva de una Pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia:

"LA ENFERMERÍA, ES UNA PROFESIÓN METÓDICA, LA CUAL TIENE COMO OBJETIVO, AYUDAR A LA PERSONA, FAMILIA O COMUNIDAD, SANAS O ENFRMAS, EN SUS REQUERIMIENTOS INTRA, INTER Y EXTRAPERSONALES, PARA REALIZAR ACTIVIDADES QUE FACILITEN SU VIDA DE RELACIÓN (CONSIGO MISMO Y CON SU MEDIO S AMBIENTE) TOMANDO EN CUENTA DE QUE LOS SERES HUMANOS, SON ÚNICOS E INSDIVISIBLES, Y DEBEN SER ESTUDIADOS DESDE MÚLTIPLES DINMENCIONES, TRATANDO DE SATISFACER SUS NECESIDADES..."

Paste. Lic. Enf. Obst. Luna Acosta Xochitl Selene.

Noviembre - 2001

1.4 TEORÍA DE HENDERSON

Este proceso está basado en la conceptualización que ha dado Virginia Henderson, sobre la Enfermería, por consiguiente estudiaremos un poco, su ciencia y sus orígenes:

¿Quién es Virginia Henderson?

Nació en 1897, es la 5ª de 8 hermanos, originaria de Kansas City, Missouri, pero residente de Virginia, por el trabajo de su padre que los obligó a vivir allí..

- 1918 – Ingreso en la Army School of Nursing de Washington DC. , Graduándose en 1921, aceptando un puesto de Enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. Siendo que su interés por la Enfermería surgió de la asistencia al personal militar enfermo y herido durante la primera guerra mundial.
- 1922 – Se inicio como profesora de Enfermería, en el Norfolk Protestant Hospital, de Virginia.
- 1927 – Obtuvo el título de BS. y Maestra en Enfermería, en el Teacher’s College de la U. De Columbia.
- 1929 – Es supervisora de Enfermería en el Strong Memorial Hospital de Rochester, N.Y.
- 1930 - Regresa al Teacher’s Collage, como miembro de la facultad, impartiendo cursos sobre el proceso analítico en Enfermería y sobre el ejercicio profesional hasta 1948.
- 1939 – Se publica la 4ª. Ed. De la obra de Bertha Hammer, ”Textbook of the principles and practice of Nursing”, siendo la re - escritora, estando en el Teavcher’s Collage de la U. De Columbia.
- 50’ - Comienzan sus investigaciones sobre Enfermería, trabajando en asociación con la U. De Yale.
- 1959 – 1971 Dirigió el Nursing Studies Index Projet, en la cual se ordenan la literatura biográfica, analítica e histórica sobre la Enfermería desde 1900 a 1959, en donde aclara cuál era la función de las enfermeras en forma unánime, siendo que no estaba de acuerdo con la definición de Enfermería de la NANDA.
- 1960 – A parte de participar en la elaboración de varios trabajos importantes, realizó su folleto: Basic Principles of Nursing Care, que fue publicado y traducido en más de 20 idiomas.
- 1964 – En colaboración con Leo Simmon’s, dio como fruto una revisión de la investigación nacional de Enfermería, que fue publicada.
- 1966 – Se publico su libro “The Nature of Nursing”, en el que describía su concepto de la función única y primaria de la Enfermería, con reedición de ésta obra en 1991, en donde reconoce a Ida Orlando como una de las influencias de su concepto de relación Enfermera – paciente.
- 1978 – En conjunto con Gladys Nite, se publica la 6ª. Ed. del ”The principles and practice of Nursing”, editado por Henderson, éste libro de texto ha sido utilizado como referencia de los planes de estudio de las escuelas de Enfermería, siendo traducido en más de 25 idiomas.
- 80’ - Permanece en activa como Research Associate Emeritus en Yale.

Su profesionalismo en Enfermería, la han llevado a obtener por lo menos 9 investiduras como “Doctor Honoris Causa”, y el primer premio “Christiane Reimann”, el premio Mary Adelaide

Nutting de la U.S. Integrated and Degree Courses in Nursing de Londres y socia honoraria del Royal Collage of Nursing de Inglaterra.

- 1983 – Recibió el premio Mary Tolle Wright Founders.

En la convención de la American Nurses Association, recibió una mención honorífica especial por las contribuciones que ha realizado durante toda su vida en la investigación, formación y desarrollo profesional de la Enfermería, llevando la biblioteca internacional informatizada de Enfermería de Sigma Theta Tau International, con su nombre en su honor.

“Henderson no identifica las teorías precisas apoyadas por Thorndike, tan solo dice que se refieren a las necesidades fundamentales de los seres humanos. Se observa una correlación entre la Jerarquía de Necesidades de Abraham Maslow y los 14 componentes de la asistencia de Enfermería de Henderson, comenzando por las necesidades físicas hasta los componentes psicosociales”.

1.5 TEORÍA Y FILOSOFÍA DE LAS NECESIDADES:

Para poder desarrollar este punto, se tiene que definir en primera instancia, lo que es una necesidad, comenzaremos por consultar a algunas autoras, teniendo como base una observación, que se pudiera suponer obvia, tan obvia que pudiera pasar desapercibida, y es que hay que tener muy en cuenta de que a pesar de que cada persona tiene características propias, existiendo ciertas necesidades que son comunes a todos.

King, por ejemplo, define a la necesidad como: "Un estado de intercambio de energía dentro y fuera del organismo que permite las respuestas conductuales a situaciones, eventos y personas...", mencionándolo en 1971. Así mismo también menciona para completar su texto que una necesidad "es algo que se desea, útil o necesario."

Roy, menciona a la necesidad como "un requisito dentro del individuo que estimula una respuesta para mantener la integridad."

Orlando, define una necesidad como "un requisito de la persona, que si le es aportada, la acepta y disminuye su preocupación inmediata o mejora su sensación de adaptación o bienestar", mencionada en 1961.

Abraham Maslow, en su teoría de la necesidad humana, menciona que una necesidad motiva la conducta del individuo, en su modelo incluye las necesidades fisiológicas y psicológicas clasificándolas de acuerdo con su importancia para sobrevivir, y menciona que la necesidad en un nivel se tiene que satisfacer antes de satisfacer la necesidad siguiente, siendo que las necesidades fisiológicas son las primeras en satisfacerse. Maslow, menciona 5 niveles jerárquicos:

1. -Necesidades fisiológicas
2. -Necesidades de protección y seguridad.
3. -Necesidades de amor y propiedad.
4. -Necesidades de autoestima.
5. -Necesidades de la autorrealización.

Cada individuo se encarga de satisfacer sus necesidades, pero las necesidades dentro de cada nivel varían de acuerdo a las diferentes etapas de la vida, desde el nacimiento hasta su muerte con base en su desarrollo, aterrizando en una frase filosófica y sumamente real, que dice: "Un individuo una vez que satisface una necesidad, cree que ésta, deja de ser consiente para él, persistiendo en la satisfacción de esa necesidad, para buscar más adelante su realización" adicionando 2 necesidades más, la de conocer y entender, Maslow menciona que estas siempre están presentes para poder satisfacer otras necesidades.

Pero no todo es positivo, existen ciertos factores que afectan la satisfacción de las necesidades, y se habla según Koziar de 4 factores:

- ◆ Enfermedad
- ◆ Relaciones importantes
- ◆ Concepto de sí mismo
- ◆ Edo. de desarrollo

La enfermedad, se refiere precisamente a la forma en que el desequilibrio de la homeostasis, interfiere en la adecuada satisfacción de necesidades, que es en donde actuamos, como personal de Enfermería, y conforme va recuperando la salud en cliente, nuestra intervención es menor.

Las relaciones importantes, con el paciente, las familias o con comunidades, tomando en cuenta que el personal de Enfermería debe de llevar como bandera la comunicación para poder establecer buenas relaciones que es la base, para poder desarrollar bien su trabajo.

El concepto de sí mismo, se refiere a que es más fácil que una persona que se siente bien consigo mismo, está más abierta al cambio y reconoce más fácilmente sus necesidades y establece cambios para satisfacerlas.

El estado de desarrollo, se refiere a que de acuerdo con el desarrollo y nivel de obtención de experiencias obtenidas, el individuo aprende a confiar y a satisfacer sus necesidades.

Todas las necesidades son importantes pero tanto la enfermera como el paciente, deben priorizar éstas de acuerdo con su estado de Salud / enfermedad, en un momento dado.

Tomemos en cuenta la concepción que presenta Riopelle, sobre una necesidad diciendo que "es una carencia que el individuo debe satisfacer a través de acciones determinadas, cuando él no puede satisfacer ésta necesidad, es en donde aparece un problema de dependencia, siendo que cuando existe la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales del individuo, según Henderson, se obtiene una independencia".

Por último, y tomando en cuenta que con base en esta teoría, se realiza éste proceso de Enfermería, Henderson menciona que no encuentra una definición específica de necesidad, pero identifica 14 necesidades básicas en el cliente, que constituyen los componentes de la asistencia en Enfermería.

Se considera importante mencionar, que de acuerdo con lo anterior, y tomando en cuenta a éstas científicas en Enfermería, se concluye que necesidad se describe, de la siguiente manera: *"es algo que requiero, que me falta para adaptarme adecuadamente a mi medio..."*

1.6 DESCRIPCIÓN DE LAS NECESIDADES:

1.-Necesidad de respirar:

Concepto:

Respirar es un mecanismo que consiste en el intercambio gaseoso, que realiza un ser vivo y que es necesario para la vida celular, que consiste en captar o inhalar oxígeno y eliminar, exhalar, el bióxido de carbono, que es producido por la combustión celular, siendo que tener una vías respiratorias permeables, y una función pulmonar adecuada, permiten satisfacer adecuadamente ésta necesidad. El proceso de respiración se divide en 4 partes:

- La ventilación pulmonar.
- Difusión de los gases
- Transporte del oxígeno
- Eliminación del gas carbónico.

Factores que influyen en la necesidad:

<u>Biofisiológicos</u>	<u>Psicológicos</u>	<u>Socioculturales</u>
Edad (Madurez del SNC y del Sistema respiratorio, ejercicio, alineación corporal(favorece expansión torácica),talla corporal, nutrición e hidratación, sueño y reposo, función cardíaca, función respiratoria ,edo, de la red vascular.	Emociones.	Influencias familiares y sociales, estilo de vida, costumbres y hábitos, entorno físico próximo, y entorno físico de la comunidad.

Aspectos de normalidad:

- La respiración normal es silenciosa, rítmica y sin esfuerzo.
- Los valores normales de frecuencia respiratoria son:

<u>Edad</u>	<u>Frecuencia/ min.</u>
Recién nacido	35 – 50
2 años	25 – 35
12 años	15 – 25
Adulto	14 – 20
Anciano	15 - 25

- Respiración libre por la nariz
- Ritmo respiratorio regular
- Amplitud respiratoria: Profunda o superficial, en mujer es costal, y diafragmática en niños y hombres.

- Coloración rosada de la piel, mucosas y faneras.
- Reflejo tusígeno existente.
- Mucosidad en pequeña cantidad.

Interacciones entre la necesidad de respirar y las otras necesidades.

- Beber y comer: Influye la hidratación que debe ser en cantidad suficiente, la comidas equilibradas, tomadas en cantidad y calidad.
- Eliminar: Influye la evaporación de agua a través de la espiración y el esfuerzo en la defecación.
- Moverse y mantener una buena postura: Debe haber una postura adecuada, influyen las actividades físicas moderadas.
- Dormir y descansar: Influye el sueño y el reposo que son reparadores.
- Vestirse y desvestirse: Influye el peso y la talla, y el vestido debe ser confortable.
- Temperregulación: Debe ser normal.
- Estar limpio y aseado y proteger sus tegumentos: para tener unas mucosas respiratorias lubricadas, coloración rosada de piel, mucosas y faneras.
- Evitar peligros: Influye la salubridad del aire ambiental, temperatura y humedad adecuada, vacunación y control de las emociones.
- Comunicarse con sus semejantes: Influye el control del habla.
- Actuar según sus creencias y valores: Influyen los medios adecuados para el dominio de la respiración.
- Ocuparse para realizarse: Escoger los medios para realizarse según la constitución de los individuos.
- Recrearse: Actividades físicas según la constitución del individuo.
- Aprender: Influye el dominio de las habilidades para prevenir alteraciones respiratorias.

Intervenciones de Enfermería para mantener la satisfacción de la necesidad:

1. -Investigar hábitos del paciente.
2. -Plan: - Ejercicios respiratorios frecuentes.
 - Actividades físicas moderadas
 - Postura adecuada.
 - Hidratación adecuada
 - Humedad y temperatura ambiental normal
 - Aireación suficiente
 - Ejercicios de relajación para controlar la respiración.
 - Evitar comodidad abundantes, fumar, polución, sobrepeso, vestidos ajustados y el sedentarismo.

2.-Necesidad de comer y beber adecuadamente:

Concepto:

Es ingerir y absorber alimentos de buena calidad y cantidad para asegurar el crecimiento y mantenimiento de los tejidos, y la energía indispensable para su funcionamiento, de acuerdo a la edad y el sexo, corpulencia y talla del individuo. Basándose en los 5 elementos principales que son: glúcidos, lípidos, prótidos, vitaminas y sales minerales, que se pueden agrupar en 4: a) leche y productos lácteos, b) pan y cereales, c) carne y sustitutos d) frutas y legumbres, teniendo que comer un alimento de cada grupo, adicionando la ingesta con líquidos, ya que el agua mantiene el equilibrio electrolítico y la temperatura corporal, conserva la humedad de la piel y mucosas, ayuda a la eliminación de los productos metabólicos, además de ser un componente del protoplasma celular.

Factores que influyen:

<u>Biofisiológicos</u>	<u>Psicológicos</u>	<u>Socioculturales</u>
Edad y crecimiento, en niños y adolescentes, aumenta el requerimiento, en el adulto depende de cada persona y en ancianos disminuye la cantidad pero no la calidad de los alimentos, actividades físicas, ya que entre mayor es la actividad mayor es el requerimiento de líquidos y alimentos, regularidad en el horario de las comidas.	Emociones y ansiedad,	Influencias familiares y sociales: status socioeconómico, religión, trabajo, cultura, entorno físico lejano, frío o caluroso.

Aspectos de normalidad:

- Condiciones de la boca para satisfacer la necesidad:
 - Dientes en buen estado.
 - Prótesis en buen estado y bien ajustadas.
 - Mucosa rosada y húmeda.
 - Lengua rosada
 - Encías rosada y adherida a los dientes.
- Masticación lenta en boca cerrada.
- Reflejo de deglución.
- Digestión lenta y sin molestar
- Hábitos alimentarios: 3 comidas al día, con espacio de 4 – 5 hrs., con una duración de 30 a 45 min., con prudencia las colaciones.
- Apetito - hambre – saciedad.
- Utilización de los 4 grupo alimenticios, con ingesta mínima de líquidos de 1000 a 1500 ml.
- Particularidades según grupos de edad.

- Elección de alimentos
- Comidas tomadas en solitario o acompañado.
- Significado personal de la comida: amor, castigo, consuelo o alivio.

Interacción ente la necesidad de beber y comer con las demás necesidades:

- Respirar: Interviene la amplitud y frecuencia respiratoria normal.
- Eliminar: Interviene la adecuada eliminación y regularidad.
- Moverse y mantener buena postura: Se debe vigilar la actividad adaptada relativamente al aporte nutritivo.
- Dormir y descansar: El sueño y reposo son reparadores.
- Vestirse y desvestirse: Intervienen los vestidos confortables.
- Termorregulación: Se debe de mantener.
- Estar limpio, aseado y proteger los tegumentos: Son necesarios ya que se deben mantener las mucosas húmedas y limpias, y la dentición sana.
- Evitar peligros: Medias adecuados para una alimentación sana.
- Comunicarse con sus semejantes: Interviene comunicarse agradablemente durante la comida.
- Actuar según sus creencias y valores: Intervienen definitivamente.
- Ocuparse para realizarse: Control de una alimentación adecuada.
- Recrearse: Placer y tranquilidad relacionada con la alimentación.
- Aprender: Para el dominio de los hábitos alimenticios.

Intervención de Enfermería para mantener la satisfacción de la necesidad.

1. Saber los gustos del paciente.
2. Planificar la elección de los alimentos, de acuerdo con gustos y necesidad.
3. Enseñanza: de acuerdo con la edad del paciente y sobre la sanidad de los alimentos.

3.- Eliminar:

Concepto:

Es la necesidad que tienen el organismo de deshacerse de las sustancias inútiles que resultan del metabolismo, principalmente por la orina, heces, transpiración y espiración pulmonar, menstruación, para mantener la composición constante en el organismo: una homeostasis.

Factores que influyen en la necesidad:

<u>Biofisiológicos</u>	<u>Psicológicos</u>	<u>Socioculturales</u>
Edad (control de esfínteres), alimentación, ejercicio (rendimiento muscular), horario de eliminación intestinal.	Estrés, ansiedad, edo. de ánimo.	Organización social(serv. Públicos), normas sociales, entorno, influencias familiares y sociales, clima.

Aspectos de normalidad:

- **Orina:** En el neonato la coloración de la orina puede ser pajiza, en la demás edades ámbar, transparente, poco olorosa, con un pH de 4.5 a 7.5, ligeramente ácida, densidad de 1.010 a 1.025. En cuanto a cantidad en el neonato varía de 30 a 300 ml. Por día, en varias micciones, en un niño de 500 a 1200 ml. Por día, y en el adulto de 1200 a 1400 ml. Por día, de 5 a 8 micciones.
- **Heces:** Las heces son de coloración marrón en las diferentes edades, con excepción del neonato, que es meconio en los primeros días . enseguida amarillenta, en cuanto a olor es diferente de una persona a otra, de consistencia de blanda a dura, y las evacuaciones son en promedio de 1 a 2 en 24 hrs., Aumentando en el neonato.
- **Aire espirado:** Es la evaporación del agua por medio de la respiración.

Interacción de la necesidad con otras:

- **Respirar:** La defecación se facilita por la acción de los músculos respiratorios.
- **Beber y comer:** Beber abundantes líquidos y la alimentación rica en residuos, favorece la eliminación.
- **Moverse y mantener una buena postura:** Los ejercicios favorecen la peristalsis, por lo consiguiente la eliminación.
- **Dormir y descansar:** El reposo y descanso favorecen la relajación.
- **Vestirse y desvestirse:** Ropa floja y a la medida, evitan incomodidades.
- **Termorregulación:** Evita el exceso en el requerimiento de líquidos.
- **Estar limpio, aseado y proteger los tegumentos:** La limpieza en las vías de eliminación son indispensables para evitar posibles fuentes de infección.
- **Evitar peligros:** Medios apropiados para la eliminación adecuada.
- **Comunicarse:** favorece la confianza.
- **Actuar según sus creencias y valores:** Adecuar estas existencias para adecuar la intimidad y pudor.
- **Ocuparse para realizarse:** Adecuar horarios para eliminación adecuada.
- **Recrearse:** favorece la actividad física.
- **Aprender:** Para fundamentar conocimientos para obtener buenos hábitos de eliminación.

Intervenciones de Enfermería para mantener la satisfacción de la necesidad.

1. - Valorar los hábitos de eliminación del cliente.

2. - Enseñarle a planificar horarios de eliminación de acuerdo con sus actividades, orientarlo sobre técnicas de relajación, ejercicios físicos, y principalmente orientarlo sobre una alimentación balanceada.

4.-Moverse y mantener una buena postura:

Concepto:

Es estar en movimiento, coordinando y alineando todas las partes del cuerpo, para favorecer la eficacia de las diferentes funciones del organismo, teniendo como base de la movilidad física, la coordinación de las actividades de los huesos, músculos y nervios , actuando los huesos como palancas y como punto de apoyo de los músculos y ligamentos, que se contraen por medio de los impulsos nerviosos, para producir el movimiento.

Factores que influyen.

Biofisiológicos	Psicológicos	Socioculturales
Edad y crecimiento, constitución física, integridad del aparato neuromuscular e integridad del sistema nervioso.	Emociones(Frecuencia cardiaca y tensión arterial), estado de ánimo, PERSONALIDAD.	Cultura, reglas y roles sociales, organización social, rutina de ejercicios.

Aspectos de normalidad:

Para un individuo "normal":

- Postura adecuada: De pie: con la cabeza recta, sin flexionar, espalda recta, brazos sueltos a los lados, caderas y piernas derechas, pies en ángulo recto con las piernas. Sentado: Cabeza y espalda recta, brazos apoyados, muslos en posición horizontal, pies en el suelo o sobre un banco. Acostado: Dorsal, ventral o lateral.
- Movimientos: Tipos: Abducción, aducción, circunducción, eversión, extensión, flexión, hipertensión, inversión, rotación y supinación. Ejercicios físicos: Activos, pasivos, isométricos y de resistencia. Características: Coordinados, armoniosos y completos. Ejecución: Levantarse, caminar, inclinarse, sentarse, acostarse, correr ,agacharse, arrodillarse, levantar pesos, estirarse, tomar objetos y alcanzar objetos. Actividad física: Formas violentas, moderadas, frecuencia y duración.
- Tensión arterial:
 - 1 año: 63 en promedio
 - 2 años: 96/30 mmHg.
 - 6 años: 105/60 mmHg.
 - 10 años: 112/64 mmHg.
 - De 11 a 18 años: 120/75 mmHg.
 - + de 18 años: 130/80 mmHg.

- Frecuencia cardíaca:
 - Menos de 1 año: 90 – 170 por minuto.
 - 1 año: 80 - 160 por minuto.
 - 2 años: 80 – 120 por minuto.
 - 6 años: 75 – 115 por min.
 - 10 años: 70 - 110 por min.
 - 14 años: 65 – 100 por min.
 - + de 14 años: 60 – 100 por min.

Interacción de la necesidad con otras:

- Respirar: La adecuada postura favorece un amplitud y frecuencia respiratoria adecuada.
- Beber y comer: Adecuadamente.
- Eliminar: Moverse y mantener una buena postura la favorecen.
- Moverse y mantener una buena postura: Favorecen la circulación.
- Dormir y descansar: Sirven como reparadores físicos.
- Vestirse y desvestirse: Los vestidos confortables favorecen los movimientos armónicos.
- Termorregulación: Favorece la estabilidad física.
- Higiene: Proporciona tegumentos sanos.
- Evitar peligros: Conocimiento para evitar laceraciones físicas.
- Comunicarse: favorece la actividad.
- Actuar según sus creencia y valores: Incluye posiciones, gestos, relacionados con los ritos y actividades.
- Ocuparse para realizarse: Influye en la actividades físicas valorizadas.
- Recrearse: Favorece los ejercicios físicos y elimina el ocio.
- Aprender: Para conocer los diferentes tipos de actividades, ejercicios o deportes.

Intervenciones de Enfermería para mantener la satisfacción de la necesidad:

1. -Averiguar las actividades físicas , que realiza el cliente, y la necesidad de ejercicios de éste.
2. -Planear un programa de ejercicios con el cliente tomando en cuenta su condición física, orientándolo sobre técnicas de relajación y descanso.
3. -Procurar que el cliente mejore sus hábitos alimenticios, evite vicios y sobrepeso.

5.-Dormir y descansar:

Concepto:

Dormir y descansar, es un estado de tranquilidad y relajación, caracterizado por un descenso de tensión emotiva, agudeza física y psicológica, disminución del metabolismo y tono muscular, a fin de conseguir un buen rendimiento y recuperación del organismo, siendo que en los primeros meses de vida, el niño duerme la mayor parte del tiempo y conforme se va desarrollando, el sueño disminuye hasta llegar a ocupar la tercera parte del tiempo en el adulto. Durante el sueño hay aumento en la secreción de hormonas de crecimiento en la pubertad, siendo que el sueño libera al individuo de tensiones físicas y psicológicas, y le permite recuperar la energía necesaria para actividades cotidianas.

Factores que influyen:

Biofisiológicos	Psicológicos	Socioculturales
Edad, ejercicio, hábitos ligados al sueño (ducha, infusión, leche caliente, lectura, juego, etc.)	Estrés y ansiedad.	Horario de trabajo, escuela, influencias familiares, entorno próximo y lejano, creencias y valores.

Aspectos de normalidad:

- Sueño: En cuanto cantidad, va desde que el recién nacido duerme entre 16 y 20 hrs., va disminuyendo, hasta llegar a la vida adulta en promedio de 8 hrs. diarias. En cuanto a calidad debe de ser tranquilo, sin pesadillas y sin interrupción.
- Medios utilizados para descansar y tranquilizarse: ocio, técnicas de relajación (yoga, etc.), pasatiempos y siesta.

Interacción de ésta necesidad con otras:

- Respirar: dormir favorece la amplitud y frecuencia respiratoria normales.
- Beber y comer: Comer con adecuada calidad y cantidad mejora el sueño.
- Eliminar: la favorece porque elimina el estrés.
- Moverse y mantener una buena postura: El realizar ejercicios favorece el descanso.
- Vestirse y desvestirse: Utilizar ropa confortable la hace más placentero.
- Termorregulación: Dormir y descansar la favorece y viceversa.
- Higiene: Se necesita para descansar.
- Evitar peligros: Se necesitan medios adecuados para evitar el cansancio y el agotamiento.
- Comunicación: Permite la relajación.
- Actuar según creencias y valores: Ayuda para la meditación y descanso espiritual.
- Ocuparse para realizarse: Se necesita el dominio del rol social.
- Recrearse: Son necesarias las actividades recreativas, para procurar la distracción y eliminar el estrés.
- Aprender: Se necesita de los medios que favorezcan el sueño y el descanso.

Intervención de Enfermería para mantener la satisfacción de la necesidad:

1. - Valorar la cantidad y la calidad del sueño y del reposo necesarios para el individuo.
2. - Planificar, en conjunto con el cliente, los periodos de reposo y sueño.
3. - En cuanto a lo que enseñanza se refiere, se debe de orientar sobre las técnicas de relajación y de medios para favorecer el descanso y el sueño.

6.- Vestirse y desvestirse:

Concepto:

Es la actividad que realiza el ser humano, de llevar ropas para protegerse del rigor del clima, de acuerdo a la ocasión en la que se encuentre, teniendo también por objeto asegurar el bienestar y proteger la intimidad sexual; representa también el pertenecer a un grupo, a una ideología, o a un estatus social, la ropa puede convertirse en un elemento de comunicación por la atracción que despierta entre los seres humanos, basándose en la estética.

Factores que influyen:

Biofisiológicos	Psicológicos	Socioculturales
Edad, talla y peso, tipo de actividades, desarrollo psicomotor, integridad del sistema neuromuscular.	Emociones, personalidad de base, autoimagen, edo. de ánimo.	Creencias, clima, status social, empleo, cultura entre otros como entorno lejano y próximo.

Aspectos de normalidad:

De acuerdo con la situación del paciente, pero se pueden observar las siguientes premisas:

- Significado de la ropa: apariencia o pertenencia.
- Elección personal: ropa apropiada al gusto y a las circunstancias.
- Tipo de ropa: adecuada para las funciones fisiológicas que puede realizar.
- Calidad de la ropa: de acuerdo con el clima, entorno.
- Limpieza de la ropa, debe ser impecable.
- Llevar objetos significativos.
- Exigencias de intimidad.
- Capacidades físicas para vestirse.
- Talla y peso.

Interacción de esta necesidad con otras:

- Respirar: Infiuye la vestimenta en amplitud y frecuencia respiratorias normales.
- Beber y comer: Para estandarizar el aporte calórico adecuado.
- Eliminar: Hay que adecuar la transpiración.
- Moverse y mantener una buena postura: El acto de vestirse y desvestirse requiere de movimientos y actividades moderados.
- Dormir y descansar: Ropa adecuada para obtener un estado de tranquilidad y relajación.
- Termorregulación: Ropas adecuadas la benefician.
- Higiene: Propicia bajo índice de infecciones.
- Evitar peligros: Se refiere a la protección contra el frío, calor e inclemencias del tiempo, así como protección para las infecciones.
- Comunicación: Fomenta la atracción relacionada con la limpieza y el significado de la ropa.
- Actuar según sus creencias y valores: Se identifica con las pertenencias religiosas e ideológicas.

- Ocuparse para realizarse: Se identifica con la imagen y estima de sí mismo.
- Recrearse: Va ligado con lo que la persona realiza.
- Aprender: Es importante conforme el desarrollo de habilidades para vestirse y desvestirse con el fin de protegerse contra las inclemencias del tiempo y las infecciones.

Intervención de Enfermería para mantener la satisfacción de la necesidad:

1. - Saber los gustos y el significado de la ropa del cliente.
2. - Enseñar la utilización de ropa adecuada al cliente de acuerdo con su edad, talla, peso, clima, actividades, etc.

7.- Necesidad de mantener la temperatura dentro de límites normales:

Concepto:

Es la necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de límites normales, ya que ésta es el equilibrio entre la producción y la pérdida de calor a través del organismo, por medio de centros reguladores situados en el hipotálamo, que provocan la termogénesis y la termólisis, para producir una termorregulación.

Factores que influyen:

Biofisiológicos	Psicológicos	Socioculturales
Sexo, edad, ejercicio, alimentación, cambios diurnos, actividad, alimentación, hora del día.	Ansiedad y emociones fuertes.	Lugar de trabajo, clima, vivienda. Entorno próximo y lejano, raza o procedencia, status económico.

Aspectos de normalidad:

- Graduación corporal:
 - Neonato: 36.1 a 37.7 ° C.
 - Niños: 37.0 a 37.8 ° C.
 - Adultos: 37.0 ° C.
 - Ancianos: + ó - 35.0 ° C.
- Piel: Es rosada, tibia, transpiración mínima, existe en el individuo una sensación de bienestar, frente al frío o calor, siendo la temperatura ambiental recomendable de 18.3°C a 25°C.
- Vías: Bucal: 37.0° C, Rectal: 37.3 °C y Axilar: 36.4° C.

Interacción de la necesidad con otras:

- Respirar: Ayuda a la amplitud y frecuencia respiratoria normales.
- Beber y comer: Para obtener un aporte calórico adecuado.
- Eliminar: La facilita.
- Moverse y mantener una buena postura: Facilita las actividades.
- Dormir y descansar: Propicia el sueño y el descanso que son reparadores.
- Vestirse y desvestirse: La propicia los vestido cómodos.
- Higiene: Propicia un media adecuado para la higiene.
- Evitar peligros: Es un medio de prevención contra el frío, calor e infección.
- Comunicarse: Esta propicia el control de las emociones y la ansiedad.
- Actuar según sus creencias y valores: Expresa los valores.
- Ocuparse para realizarse: Estima el dominio de los roles sociales.
- Recrearse: Deben ser moderadas para no alterar la necesidad.
- Aprender: sobre el dominio de los medios de prevención contra el frío o calor.

Intervenciones de Enfermería para mantener la necesidad:

- Medidas preventivas:
 - Calor: Disminuir alimentos en cantidad y en calorías, aumentar la ingesta de líquidos y alimentos fríos, disminuir esfuerzos físicos, ventilación adecuada y vestimenta adecuada.
 - Frío: Aumento de alimentos en cantidad y alimentos calóricos, líquidos y alimentos calientes, propiciar la actividad física, procurar una calefacción adecuada y sugerir prendas de vestir gruesas.

8.-Necesidad de estar limpio y proteger los tegumentos:

Concepto:

Estar limpio, aseado y proteger los tegumentos, es necesario para tener un cuerpo íntegro, una apariencia cuidada, una piel sana con la finalidad de que ésta funcione como protección contra las interferencias del medio, como es su objetivo. Siendo que la piel es la encargada de la Termorregulación, ayuda en la eliminación de residuos, refleja el equilibrio hidroelectrónico del organismo, transmite sensaciones, es por lo anterior la necesidad de que la piel se encuentre limpia, siendo que además tiene la función de absorción de ciertas sustancias benéficas o perjudiciales para el organismo. La piel se complementa de faneras, que estando limpias y cuidadas, también protegen al organismo.

Factores que influyen:

Biofisiológicos	Psicológicos	Socioculturales
Edad, desarrollo, alimentación, actividad, temperatura corporal, alimentación, etc.	Emociones, educación, psicomotricidad.	Cultura, corriente social (moda), organización social, influencia familiar, ambiente lejano y próximo.

Aspectos de normalidad:

- **Cabello:** Longitud adecuada, aspecto y limpieza.
- **Orejas:** Limpieza y configuración, apariencia.
- **Piel:** Debe estar limpia, pigmentación de acuerdo con la raza y genética, turgente, suave, flexible, coloración rosada, húmeda, sin olores característicos.
- **Nariz:** Limpia, mucosas húmedas y rosadas.
- **Ojos:** limpios sin exudados exagerados.
- **Boca:** limpia sin halitosis y húmeda.
- **Dientes:** De coloración blanca , limpios de buena configuración, en caso de haber prótesis no debe haber dolor ni sensibilidad.
- **Uñas:** Cortas, limpias y de coloración rosada.
- **Hábitos de aseo,** el baño debe ser diario, se recomienda la utilización de jabones y productos cosméticos para su cuidado, lavado de dientes después de los alimentos, sin exagerar. El cambio de ropa debe ser cuando sea necesario.

Interacción de la necesidad con las demás:

- **Respirar:** Produce mucosas respiratorias lubricadas, proporcionando coloración rosada de la piel, mucosas y faneras.
- **Beber y comer:** Proporciona aporte de líquidos y alimentos suficientes para el organismo.
- **Eliminar:** Favorece la eliminación adecuada.
- **Moverse y mantener buena postura:** Las actividades moderadas proporcionan postura y circulación adecuadas.
- **Dormir y descansar:** El reposo y la tranquilidad, pueden orientarse hacia la preocupación de su apariencia.
- **Vestirse y desvestirse:** Se deben utilizar ropas adecuadas.
- **Mantener la temperatura corporal:** Protege los tegumentos.
- **Evitar peligros:** Se deben manejar medidas de prevención contra los cambios extremos ambientales de temperatura, para evitar complicaciones y/o accidentes.
- **Comunicarse:** La comunicación eficaz está relacionada con la apariencia física y la higiene.
- **Actuar según creencia y valores:** Según éstas, se fundamenta la importancia de la higiene.
- **Ocuparse para realizarse:** Incrementa la importancia de la apariencia y la pulcritud.
- **Recrearse:** Teniendo actividades moderadas.
- **Aprender:** El dominio de las medidas adecuadas de higiene y protección de los tegumentos.

Intervención de Enfermería para mantener la satisfacción de la necesidad:

1. - Valorar los hábitos higiénicos del cliente.
2. - Planear hábitos higiénicos con el cliente tanto de su persona como de su entorno, intra y extradomiciliaria.

9.- Evitar peligros:

Concepto:

Es protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener una integridad física y psicológica. Para protegerse, el ser humano posee numerosos medios naturales como la piel, faneras, y secreciones, aunque el ser humano se ve amenazado en su integridad por estímulos de su entorno físico, social y de sus propias reacciones, que con el fin de mantener, su integridad, utiliza sus propios mecanismos de defensa.

Factores que influyen:

Biofisiológicos	Psicológicos	Socioculturales
Edad, etapa de desarrollo, mecanismos de defensa fisiológicos, integridad en el Sistema Nervioso Central y Periférico.	Mecanismos de defensa, estrés y diferentes estados de ánimo.	Entorno sano, status socioeconómico, roles sociales, educación, organización social, entorno lejano y próximo, religión y cultura..

Aspectos de normalidad:

- Medidas preventivas:
 - Seguridad física: Medidas de prevención de accidentes, de infecciones, de enfermedades y de agresión del medio ambiente.
 - Seguridad psicológica: Medidas de reposo, de relajación y de control de las emociones. Utilización de mecanismos de defensa según las situaciones y la práctica de una religión.
 - Seguridad sociológica: Salubridad del medio, calidad y humedad del aire, que debe de ser entre 30% y 60% y una temperatura ambiental entre los 18 °C y 25 °C.

Interacción de la necesidad con otras:

- Respirar: Protección en cuanto a la respiración normal según el ambiente.
- Beber y comer: Una alimentación adecuada garantizada por la salubridad de los alimentos.
- Eliminar: Llevar a cabo medidas preventivas para evitar estreñimiento o diarrea y una adecuada eliminación urinaria.

- Moverse y mantener una buena postura: Se tiene que tener precaución frente a las actividades físicas y a la postura, relacionada con la postura y el ocio.
- Dormir y descansar: Las horas de sueño y de reposo permiten al organismo recuperar su energía.
- Vestirse y desvestirse: Se relaciona con las medidas protectoras contra el clima y la temperatura ambiente.
- Termorregulación: Funciona también relacionándolos con las medidas protectoras contra el clima y la temperatura ambiente.
- Estar limpio, aseado y proteger los tegumentos: Son medidas protectoras contra la infección y las heridas.
- Comunicarse: Implica una seguridad psicológica, implementada por la comunicación con los demás.
- Actuar según sus creencias y valores: Propiciar una seguridad psicológica relacionada con lo desconocido, asegurada por el altruismo y la trascendencia.
- Ocuparse para realizarse: Proporciona seguridad psicológica, económica y social, relacionada con la realización de sí mismo.
- Recrearse: Se tienen que indagar medidas de prevención según la actividad recreativa.
- Aprender: Para dominar medidas preventivas para evitar los peligros de cualquier índole.

Intervenciones de enfermería para mantener la satisfacción de la necesidad:

1. - Mantener un medio sano.
2. - Proporcionar enseñanza en cuanto a:
 - La prevención de accidente en todas las etapas de la vida.
 - La prevención de infecciones generales.
 - La prevención de enfermedades en cualquier etapa de la vida.
 - Propiciar medios de expansión y retroalimentación de la información sanitaria.
 - Enseñar la utilización de mecanismos de defensa ante las diferentes situaciones.

10.- Necesidad de Comunicarse:

Concepto

Comunicarse es la necesidad que tiene el ser humano, de intercambiar, sus ideas con sus semejantes, por medio de los diferentes tipos de lenguaje, siendo que gracia a éste intercambio con sus semejantes, puede asegurar la satisfacción de sus necesidades, teniendo como base un evidente desarrollo intelectual suficiente para apreciar el significado de los mensajes, una conciencia real, memoria y juicio, de acuerdo con la edad del individuo, y de acuerdo con su desarrollo psicomotor.

Factores que influyen:

Biofisiológicos	Psicológicos	Socioculturales
Integridad de los órganos de los sentidos, edad, etapa de desarrollo.	Inteligencia, percepción, personalidad de base, memoria conciencia, emociones, carácter, atención, orientación, autoconcepto, pensamiento, etc.	Entorno físico próximo y lejano, cultura, estatus social, rol, nivel educativo, influencia familiares y socioculturales, profesión, valores y creencias de la familia o grupo.

Aspectos de normalidad:

Existen diversos factores que hay que valorar para que la comunicación sea adecuada y van directamente relacionados con los factores que influyen en la necesidad, como lo son la integridad de los órganos de los sentidos, la inteligencia, la atención el rol, el nivel educativo etc. y esos se deben de valorar de acuerdo con el estado que presente el cliente.

Interacción de la necesidad con otras necesidades:

- Respirar: la amplitud y la frecuencia respiratoria normales, facilitan la capacidad verbal y no verbal.
- Beber y comer: Influiría en comer en compañía agradable.
- Eliminar: la comunicación o comunicar que hay que evacuar o eliminar, favorecen a éstas.
- Mantenerse en buena postura: Estos fomentas comportamientos verbales y no verbales.
- Dormir y descansar: Son reparadores, ya que propician tranquilidad y relajación.
- Vestirse y desvestirse: Influyen la ropas adecuadas y significativas.
- Termorregulación: Para proporcionar un estabilidad fisiológica.
- Higiene: Para mantener limpieza y apariencia adecuada y significativa.
- Evitar peligros: Como medios adecuados que afirmen una seguridad psicológica y física.
- Creencia y valores: ,práctica de una religión, para bienestar espiritual.
- Ocuparse para realizarse: Implementa el dominio de los roles sociales.
- Recrearse: Para actividades recreativas colectivas.
- Aprender: Para el dominio de los medios de comunicación en sus diferentes formas.

Intervenciones de enfermería para mantener la satisfacción de la necesidad:

1. - Buscar en conjunto con el cliente, sus medios de comunicación, y valorar los que existen.
2. - Enseñar las medidas necesarias para el mantenimiento de la integridad de los órganos de los sentidos, los medios para expresar sus emociones, sentimientos y reacciones, las actitudes de receptualidad y de confianza en los demás y a mantener uniones significativas con las personas de su elección.

11.-Necesidad de actuar según sus creencias y valores.

Concepto:

Ya que el ser humano no es un ser aislado, necesita de la convivencia con otras personas, interacción con otras sociedades, con la vida cósmica o con el "SER SUPREMO", realizando reverencias o ritos, actos conforme a su noción personal del bien y del mal, y de la justicia y la consecución de una ideología llamada también religión, haciendo sentir al hombre más seguro de su existencia.

Factores que influyen en la necesidad:

Biofisiológicos	Psicológicos	Socioculturales
Edad y etapa de desarrollo, integridad del aparato neuromuscular, gestos y actitudes corporales, desarrollo del sistema nervios central.	Emociones, actitudes, edo. de ánimo, personalidad, pensamiento, inteligencia, percepción del entorno, búsqueda de un sentido a la vida y a la muerte, deseo de comunicarse con el ser supremo o el cosmos.	Cultura, religión, creencias, influencias familiares y sociales, estructura de la comunidad, pertenencia religiosa, etc.

Aspectos de normalidad:

Se deben de explorar los siguientes puntos: que van de acuerdo con la práctica religiosa desarrollada de cada individuo: Gestos y actitudes corporales, asistencia a ceremonias, utilización de objetos religiosos, estudios bíblicos o teológicos y el resto de las prácticas acorde con su religión.

Interacción de la necesidad con otras:

- Respirar: De acuerdo con la creencia favorece en control de la respiración, como la práctica del yoga o cierto tipo de meditaciones.
- Beber y comer: en cierta manera se ve muy afectada ya que hay muchas religiones que prohíben la ingesta de ciertos alimentos que son básicos en la alimentación del ser humano, pero siendo así logran establecer un equilibrio.
- Eliminar: La eliminación adecuada unida a exigencias del pudor.
- Mantener buena postura: De acuerdo con la plegaria y la meditación practicada.
- Dormir y descansar: Reposo y tranquilidad reparadores.
- Vestirse y desvestirse: Ropa y uso de objetos significativos.
- Termorregulación: Para facilitar la práctica.
- Higiene y protección de la piel: La limpieza y la apariencia adecuadas son de gran importancia.
- Evitar peligros: Proporciona medios adecuados para proporcionar una seguridad psicológica y muchas veces física.
- Comunicarse: Para la pertenencia al grupo y entendimiento de la predicación.

- Ocuparse para realizarse: Para el dominio de los roles sociales.
- Recrearse: Son permitidas y factibles las actividades recreativas relacionadas a las creencias y valores.
- Aprender: Para aprender el dominio de las formas de actuar según las creencias practicadas.

Intervenciones de Enfermería para la satisfacciones de las necesidad:

1. - Permitir que el cliente exprese sus creencias y valores.
2. -Planificar actividades religiosas si el cliente lo pide para sentirse mejor sin hacer juicios “*a priori*” sin inmiscuirnos en sus percepciones.

12.- Ocuparse para realizarse:

Concepto:

Esta es una necesidad en la que el individuo debe de llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades y ser útil a los demás, desarrollando su sentido creador y utilizar su potencial máximo, obteniendo con la gratificación de éstas, llegar a una total plenitud.

Factores que influyen:

Biofisiológicos	Psicológicos	Socioculturales
Edad, etapa de desarrollo, constitución, capacidades físicas, integridad del Sistema Nervioso Central, desarrollo neuromuscular.	Emociones personalidad, inteligencia, gustos, estado de ánimo.	Cultura, rol social, influencias familiares, educación, status social, posibilidad de realizar un trabajo satisfactorio, entorno físico próximo y lejano.

Aspectos de normalidad:

Existen como ya se mencionaba anteriormente diversos factores, dentro de los cuales la persona debe encontrar en plenitud, que son el estado biofisiológico, el psicológico y estar bien establecido en su desenvolvimiento sociocultural, para poder desarrollar las actividades dentro de las cuales mejor se desempeña, para satisfacción propia o al menos que cumpla con el espíritu de servicio.

Interacción de la necesidad con otras:

- Respirar: La tranquilidad y satisfacción favorecen la amplitud y frecuencia respiratoria.
- Beber y comer: De acuerdo con los requerimientos de cada individuo de acuerdo con su actividad.

- Eliminar: La tranquilidad la favorece.
- Moverse y mantener una buena postura: Actividades físicas moderadas o de acuerdo con la actividad.
- Dormir y descansar: El sueño y reposo son reparadores.
- Vestirse y desvestirse: Va de acuerdo con las ropas apropiadas para desempeñar la actividad.
- Termorregulación: De acuerdo con la actividad realizada.
- Higiene y protección de la piel: Es de suma importancia para la buena apariencia en el trabajo.
- Evitar peligros: Debe conocer el individuo las medidas de protección y seguridad de acuerdo con la actividad que realiza, para conservación de la integridad física y psicológica.
- Comunicarse: Es la base para el desempeño de sus labores.
- Actuar según sus creencias y valores: Va realizándolo con el altruismo.
- Recrearse: Para distracción y evitar enajenaciones.
- Aprender: todo lo relacionado con su ocupación si es profesional o no, siempre debe de estar con el ímpetu del aprendizaje para superación.

Intervención de Enfermería para la satisfacción de la necesidad:

- 1.- Averiguar gustos e intereses del cliente, para apoyarlo.
- 2.- Sugerir diversos medios para realizarse, para ayudar a sensibilizarse y poder desarrollarse.

13.-Recrearse

Concepto:

Es la necesidad del ser humano de divertirse con una actividad agradable para él, con el objeto de obtener descanso físico y emocional.

Factores que influyen:

Biofisiológicos	Psicológicos	Socioculturales
Edad, constitución, capacidad física, etapa de desarrollo, desarrollo neuromuscular, integridad del Sistema Nervioso Central.	Desarrollo psicológico, emociones, madurez personal, sensopercepción, inteligencia, personalidad, auto concepto, edo. de ánimo.	Cultura rol social, empleo, organización social, estilo de vida.

Interacción de la necesidad con las otras:

- Respirar: De acuerdo con la actividad la favorece, y la influye en su frecuencia y amplitud.
- Beber y comer: Influye el aporte alimenticio adecuado.

- Eliminar: La actividad la favorece.
- Moverse y mantener una buena postura: Ayudan los ejercicios físicos moderados.
- Dormir y descansar: Son reparadores.
- Vestirse y desvestirse: De acuerdo con las vestimentas de las actividades que realiza.
- Termorregulación: Procurar que no se altere, no exponerse a cambios bruscos.
- Higiene y protección de la piel: Son de suma importancia la limpieza e integridad de los tegumentos, para evitar alteraciones.
- Evitar peligros: Llevar a cabo la utilización de medios adecuados de prevención de accidentes.
- Comunicarse: Es esencial.
- Actuar según sus creencias y valores: Las actividades van de acuerdo con la práctica.
- Ocuparse para realizarse: Para valorizar sus actos.
- Aprender: Para la prevención de accidentes.

Intervención de Enfermería para mantener la satisfacción de la necesidad:

1. - Establecer confianza con el cliente, para poder averiguar sus gustos e intereses.
2. -Planificar actividades recreativas con el cliente.
3. -Orintar sobre actividades recreativas que no son perjudiciales.

14.- Necesidad de aprender:

Concepto:

Es la necesidad del individuo de adquirir conocimientos, actividades y habilidades para modificar sus comportamientos o cambiarlos, para mantener y lograr su salud.

Factores que influyen:

Biofisiológicos	Psicológicos	Socioculturales
Edad, Capacidades físicas, etapa de desarrollo, Edo. del sistema Nervioso Central, vida de relación.	Emociones, capacidad intelectual, motivación, importancia de conocer nuevas cosas, carácter, edo. de ánimo.	Educación, nivel socioeconómico, status según institución o educación profesional, influencias familiares y sociales, hábitos de aprendizaje, ambiente, estructura social, raza, religión, creencias de salud, creencias relacionadas con el sexo, entorno próximo y lejano.

Aspectos de normalidad:

Debemos de valorar y evaluar de acuerdo con cada persona: expresión del deseo de aprender, estado de receptividad, por medio de los diferentes aspectos por medio de los cuales se obtienen

conocimientos, como son la lectura, observando, los medios de comunicación, cursos, conferencias, la misma experiencia, la modificación del comportamiento de acuerdo con el estado de salud del cliente.

Interacción de la necesidad con otras:

- Respirar: Se necesita la integridad de las vías para tener estabilidad.
- Beber y comer: Se necesita un aporte alimenticio adecuado para un mejor rendimiento, para la obtención de energía.
- Eliminar: Para mantener la homeostasis.
- Moverse y mantener una buena postura: Se deben realizar ejercicios moderados, para favorecer una circulación apropiada.
- Dormir y descansar: Son reparadores.
- Vestirse y desvestirse: Utilización de ropas adecuadas.
- Termorregulación: Es indispensable para la coordinación.
- Higiene y protección de la piel: Para la integridad de los tegumentos.
- Evitar peligros: Para seguridad física y psicológica.
- Comunicarse: La comunicación eficaz a nivel sensitivo - motor, afectivo e intelectual son importantes para favorecer el crecimiento y desarrollo.
- Actuar según sus creencias y valores. Son favorables las actividades relacionadas con éstas.
- Ocuparse para realizarse: Para la obtención de los roles sociales.
- Recrearse: Para facilitar el desarrollo.

Intervenciones de enfermería para la satisfacción de la necesidad:

1. - Valorar los aspectos de necesidad de aprendizaje del cliente, averiguando que es lo que necesita y en qué está fallando.
2. - Planear metas y objetivos reales.
3. - Buscar estímulos que motiven al cliente para su aprendizaje, dando con ello orientación sobre recursos y medio para aprender.
4. - Mostrar al cliente ayuda durante y después del procedimientos de aprendizaje, verificando con esto el logro y consecución de los objetivos.

1.7 PROCESO DE ENFERMERÍA

Antes de enfocarnos a lo que en realidad es el PROCESO DE ENFERMERIA, se mencionara algo sobre su perspectiva histórica, mencionando solo los aspectos más importante.

...Antes de que se desarrollara el Proceso de la Enfermería, las Enfermeras tenían la tendencia a dar sus atenciones con base en las órdenes médicas escritas y enfocadas hacia las condiciones de una enfermedad específica en lugar de al cuidado de la persona. La práctica de la Enfermería que se proporcionaba en forma independiente de la del médico, a menudo, era guiada por la intuición en lugar de que por el método científico.

El término Proceso de Enfermería y la estructura implícita son relativamente nuevos. En 1955, Hall da origen al término de *Proceso de la Enfermería* y desde entonces muchas Enfermeras han descrito el proceso de diferentes maneras. En 1967, la Facultad de Enfermería de la Catholic University of América, propone 4 componentes para el proceso que son:

- 1.- La Valoración
- 2.- La Planeación
- 3.- La Intervención
- 4.- La Evaluación

Conforme las Enfermeras han utilizado el método, e han ido añadiendo componentes adicionales. En 1982, el National Council of State Boards of Nursing, definió y describió el proceso mediante 5 pasos en términos de comportamientos: Valorar, Analizar, Planear, Ejecutar y Evaluar. En éste contexto, analizar se utiliza para describir una actitud necesaria que realizan las enfermeras para el desarrollo del diagnóstico. Los teóricos en Enfermería pueden utilizar diferentes términos para describir éstos pasos, pero a pesar de éstas diferencias las actividades de las enfermeras que utilizan éste proceso son similares. Para evitar malos entendidos, éstas deben familiarizarse con diversos términos que describen los pasos en éste proceso. Por ejemplo: *Diagnosticar*. Diagnóstico de Enfermería, puede llamarse *analizar* (análisis) y *ejecutas*, de ejecución, puede llamarse *intervenir*, de intervención.

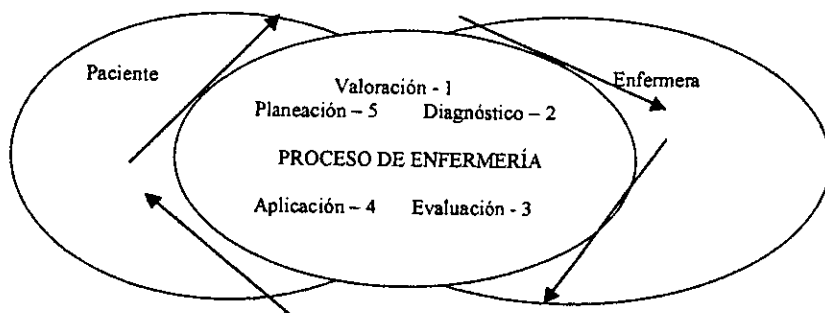
1.7.1. Componentes del proceso

Según Kozier, un proceso es una serie de acciones u operaciones planeadas que se dirigen hacia un resultado en particular. El Proceso de la Enfermería es un método racional y sistemático mediante el cual se planean y proporcionan cuidados de Enfermería. Su meta es identificar las necesidades actuales reales y potenciales de la salud del cliente, con el fin de establecer planes para hacer frente a las necesidades que se identifiquen.

Para llevar a la práctica el proceso, deben participar al menos 2 personas: El cliente y la Enfermera, el cliente puede ser un individuo, una familia o una comunidad y deben de participar activamente en todas las fases del proceso, por su parte la Enfermera, requiere de una habilidad interpersonal, técnica e intelectual, así como de facilidad para la comunicación

Las habilidades interpersonales abarcan: la comunicación, prestar atención, mostrar interés, compasión, conocimiento e información, el desarrollo de la confianza y la obtención de datos. De ésta manera se intensifica la individualidad del cliente, se promueve la integridad de la familia y se contribuye a la viabilidad de la comunidad. Las habilidades técnicas son necesarias para el uso correcto del equipo para la adecuada realización, por ejemplo del examen físico. Y por último las habilidades intelectuales, que abarca son la resolución de problemas, el pensamiento crítico y los criterios sobre la Enfermería.

Cuando se utiliza éste proceso, la intervención entre el cliente y la Enfermera es esencial, proponiendo el siguiente esquema:



1.8. DESCRIPCIÓN DE LOS COMPONENTES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

En primera instancia se mencionaran, para poder entender mejor el Proceso de Enfermería, cuales son sus generalidades objetivas:

- El proceso de Enfermería es un método sistemático y racional, para que la Enfermera pueda planear y proporcionar cuidados.
- La meta del proceso de Enfermería es identificar las necesidades de salud actuales o potenciales del paciente con el fin de establecer planes para satisfacer las necesidades identificadas y proporcionar la intervenciones específicas para el logro de éstas.
- Los componentes básicos del proceso de Enfermería son: Valorar, Diagnosticar, Planear, Ejecutar y Evaluar.
- Las actividades específicas de Enfermería se asocian con cada componente del proceso.
- El proceso de Enfermería puede aplicarse a individuos, familias y comunidades.
- Valorar es obtener, verificar y organizar los datos acerca del paciente.
- Diagnosticar es el proceso de desarrollar un informe, diagnostico de Enfermería, acerca del problema de salud potencial o actual, para el cual las enfermeras se encuentran con licencia y capacidad.
- El planear involucra la determinación de prioridades, las metas escritas y establecer una guía escrita para las intervenciones de las Enfermeras designadas a resolver o minimizar los problemas identificados.
- Ejecutar, es poner en acción el plan de cuidados.
- Evaluar es valorar la respuesta del paciente a las intervenciones de Enfermería y compararla con los criterios predeterminados.
- El proceso de la Enfermería es similar al proceso de resolución de problemas y al método científico.
- El proceso de la Enfermería es un esquema para las responsabilidades de las Enfermeras.

- Comparación de los pasos entre el Proceso de Resolución de Problemas; el Proceso de Enfermería y el Método científico.

<u>Proceso de resolución de problemas.</u>	<u>Proceso de Enfermería.</u>	<u>Método Científico.</u>
1. -Encontrar el problema 2. -Conseguir datos. 3. -Analizar la información e identificar la naturaleza exacta del problema. 4. -Determinar el plan de acción. 5. -Llevar a cabo el plan 6. -Evaluar el plan de cuidados. 7. -Concluir o modificar el plan.	1. -Valorar. 2. -Diagnosticar. 3. -Planear. 4. -Aplicar. 5. -Evaluar.	1. -Reconocer y definir el problema. 2. -Obtener datos a partir de la observación y la experimentación. 3. -Formular hipótesis. 4. -Seleccionar el plan para probar la hipótesis. 5. -Probar la hipótesis, 6. -Interpretar los resultados de las pruebas, evaluando si la hipótesis es correcta. 7. -Concluir o modificar la hipótesis.

Importancia del Proceso de Enfermería:

El proceso de Enfermería es importante tanto para el paciente, aunque no se de cuenta, como para la Enfermera, Atkinson y Murray en 1983 describieron las siguientes ventajas:

- Ventajas para el paciente:
 1. -Calidad en la atención al paciente: La atención de enfermería se planea para cumplir con las necesidades únicas del individuo, familia o comunidad. La evaluación continua y revalorización de las necesidades cambiantes del paciente aseguran el nivel apropiado de atención.
 2. -Continuidad en la atención: el plan de atención escrito es accesible a todas las personas que participan en el cuidados del paciente e impide que ésta tenga que repetir la información y sus preferencias a cada persona.
 3. -Participación de los pacientes en su cuidado: El proceso puede ayudar a los pacientes a desarrollar ciertas habilidades que se relacionen con su cuidado, lo cual lo compromete a su propia atención.
- Ventajas para la enfermera:

1.-Educación sistemática y consistente en enfermería: El NLN, que administra el crecimiento voluntario de los programas educacionales en Enfermería requiere que los graduados sean competentes en el uso del Proceso de enfermería, además de que los exámenes de varias universidades para el nivel Licenciatura se organizan con su consulta.

2. -Satisfacción en el trabajo: Los planes de cuidados bien escritos dan a las enfermeras confianza de que sus intervenciones se basan en la identificación correcta de los problemas del paciente, por lo tanto se promueve la coordinación de prueba y error en la enfermería. Los planes también pueden infundir un sentido de orgullo cuando se alcanzan las metas de los cuidados.

3. -Desarrollo profesional: Mediante la evaluación de la eficacia de las intervenciones de las enfermeras, estas aprenden cuáles son las más efectivas y cuáles pueden adaptarse a las necesidades de otros pacientes, este proceso aumenta la habilidad y la experiencia de la enfermera, además, la información compartida y la práctica que se obtiene en colaboración con los colegas cuando se formula un plan de cuidados aumentan sus conocimientos.

4. -Prevención de acciones legales: cuando cada paso del proceso de enfermería se utiliza para dar cuidado y atención, la enfermera cumple sus obligaciones legales para con el paciente. Las omisiones que lleven a una valoración incompleta o a documentar los datos en forma insuficiente, pueden tener consecuencias legales adversas (Philpott,1985).

5. -Calificación y responsabilidad: El proceso de Enfermería da cabida a enfermeras calificadas y responsables para valorar, analizar, planear, ejecutar y evaluar los cuidados del paciente.

1.8.1. Desglose de los componentes:

1.8.1.1. Valoración:

Este es la primera fase del proceso y a sí mismo la más importante, es conseguir , verificar y organizar datos , con el fin de identificar las necesidades del paciente, realizándose durante otras fases del proceso, considerándose una revalorización.

Tiene el propósito de establecer una base de datos a cerca de la salud del paciente con la identificación de los problemas de salud del paciente reales o potenciales, siendo que las Enfermeras son las responsables de los cuidados necesarios para el mantenimiento de la salud, también haciendo valoraciones en el área biomédica considerando las implicaciones de estos datos en la vida diaria y en desarrollo de sus tareas, esto lo menciona Carnevali en 1983.

Para obtener una adecuada valoración, se necesita el manejo de ciertos conceptos como:

- Datos: Que abarcan la información relevante del paciente, son los hechos y descubrimientos, son las necesidades del paciente.
- Base de datos: Es la información acerca del paciente, incluyendo la Historia médica, Examen físico, valoración Enfermera y el material con que contribuya todo el personal de salud.
- Obtención de datos: Es conseguir la información sobre el paciente, de cualquiera de las maneras que se manejen.

Valorar involucra la participación activa de la Enfermera y del paciente, pudiendo ser uno o más individuos, familia o comunidad, entrando en una interacción con información específica y experiencias previas que influyen sus percepciones e interpretaciones, no del todo exactas, ayudándose de verificar los datos, con el mismo paciente, con otra Enfermera o con el resto del personal de salud.

Tipos de datos:

- **Datos objetivos:** Se obtienen por medio de la observación o se comprueban mediante el uso de un estándar ya aceptado. Pueden ser vistos, oídos, sentirse, olerse o medirse.
- **Datos subjetivos:** son solo aparentes para la persona afectada y pueden describirse o verificarse solo por esa persona, como el dolor.

Fuentes de datos:

Estas pueden ser Primarias, la fuente es el paciente que es directa y Secundarias, estas son indirectas y son las personas relacionadas con él, personas o literatura..

- **Paciente:** Es la principal fuente de datos, a menos que se encuentre muy enfermo, confundido, tenga problemas en la comunicación, o sea muy pequeño, éste puede proporcionar datos subjetivos, que nadie puede ofrecer, sin embargo un paciente a veces los pacientes dan datos insuficientes, pero a veces otra persona los puede exagerar.
- **Personas relacionadas:** Con frecuencia son lo familiares o quienes viven con el cliente. pueden completar y verificar la información, acentuándolo sobre todo en el estado de ánimo del cliente y del ambiente del hogar.
- **Personal de salud:** Son fuente de información acerca del estado de salud del paciente, pero debe hacerse hincapié en la adecuada comunicación entre estos.
- **Registros médicos:** son una fuente de los patrones de la salud y enfermedad presentes y pasados del cliente, tomando en cuenta de que debe considerarse lo apropiado de la información de los registros médicos, en la situación actual.
- **Otros registros y reportes:** Son los laboratorios, exámenes de gabinete, entre otros.
- **Literatura:** Son una de las principales fuentes de datos que contienen información sobre los estándares o normas para comparar los hallazgos, prácticas de salud sociales y culturales, creencias espirituales, datos adicionales que se requieren, intervenciones de Enfermería y criterios de evaluación, relacionados con los problemas de salud del cliente e información acerca de los diagnósticos médicos, tratamientos y pronósticos.

Métodos de obtención de datos:

Los principales son los siguientes, no olvidando que estas actividades frecuentemente se realizan durante la fase de ejecución y evaluación, que son de las actividades de Enfermería durante la fase de valoración.

- **Observación:** Es obtener datos mediante el uso de los 5 sentidos, siendo que a partir de que la enfermera observa, abarca seleccionar, organizar e interpretar datos, existiendo la posibilidad de error, esto pudiendo disminuir discriminando ciertos estímulos que podrían confundir. Las

observaciones que se efectúen deben organizarse de tal manera que no se pierda ningún dato significativo. La mayor parte de las Enfermeras desarrollan una secuencia individual de hechos de observación, como: los síntomas clínicos del paciente, el edo. del paciente, funcionamiento del equipo asociado al tratamiento del paciente, lo que amenaza la seguridad del paciente, el medio inmediato y el medio extenso.

- Entrevista: Es directa, que es estructurada y permite la información específica, y se hace por medio de preguntas concretas, y la indirecta, que en esta se permite que el cliente controle la intervención, el tema y el ritmo, la Enfermera aclara y fomenta la comunicación con el propósito de una discusión, tiene el objetivo de asesoramiento, resolución de problemas y evaluación.

Tipos de preguntas:

- Cerradas: Estas son restrictivas, requieren respuestas cortas y dan información específica y son para personas que se encuentran muy tensas, y con dificultad para la comunicación, pero la información, en general, es limitada.
- Con propósito de discusión: Es amplia tiene respuestas largas, permite expresiones de sentimiento, respuestas descriptivas, comparativas, da la oportunidad de expresar al paciente la información que quiere dar, pero tiene la desventaja de que el paciente puede pasar mucho tiempo dando información irrelevante.
- Neutrales: No llevan un dirección específica o presión por parte de Enfermería.
- Preguntas de conducción: Estas dirigen las respuestas del paciente.

Planeación de la entrevista y verificación:

La Enfermera debe de revisar la información que ya hay, viendo la forma en que se registran los datos, para asegurarse de que los que obtendrá son necesarios y darán una pauta para el cuidado del paciente siendo que cada entrevista y su verificación se ven influenciadas por el tiempo y el lugar, ya que todo paciente debe sentirse cómodo y sentir ambiente de confianza para fomentar la comunicación.

Patrones de valoración

Virginia Henderson reconoce 14 patrones o necesidades, siendo en las que se basara este proceso:

- Necesidad de Oxigenación
- Necesidad de Nutrición e hidratación
- Necesidad de Eliminación
- Necesidad de Moverse y mantener una buena postura
- Necesidad de Descanso y sueño
- Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas
- Necesidad de Termorregulación
- Necesidad de Higiene y protección de la piel
- Necesidad de Evitar peligros
- Necesidad de Comunicarse

- Necesidad de Vivir según sus creencias y valores
- Necesidad de Trabajar y realizarse
- Necesidad de Jugar / participar en actividades recreativas
- Necesidad de aprendizaje

Las diferencias personales en la satisfacciones de las 14 necesidades determinan los aspectos biológicos, psicológicos socioculturales y espirituales que es lo que las enriquece la diferencia de cada individuo, y que al mismo tiempo las conjuga.

Consulta:

Es una deliberación entre 2 o más personas, esta difiere de la referencia, en que cuando la enfermera consulta, la responsabilidad del cuidado del paciente permanece con ella. La referencia es la transferencia del cuidado del paciente a otra persona. La consulta sirve para verificar hallazgos, aplicar cambios y para obtener más información, de otros miembros del equipo de salud.

Examen:

El examen es físico, se lleva a cabo a menudo en la valoración. Incluye la valoración de todas las partes del cuerpo y la obtención de los signos vitales. Estos datos se utilizan para determinar el estado general de salud del paciente y dar origen a los diagnósticos de Enfermería, utilizándose las técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión.

- Inspección: Es un examen visual, con ayuda de aparatos que emiten luz, y se identifican: color, erupciones, escaras, forma del cuerpo, expresiones faciales, y debe de ser de forma sistemática para no perder ninguna área, es decir cefalocaudal.
- Auscultación: Es el proceso de escuchar los ruidos que se producen dentro del cuerpo, siendo directa e indirecta. La directa con la utilización simple del oído, y la indirecta por medio de un estetoscopio, que amplifica los sonidos, tomándose en cuenta el tono que es la frecuencia de las vibraciones y la intensidad, que es el volumen del sonido.
- Percusión: Es un método de valoración que consiste en golpear la superficie corporal para producir ruidos que pueden escucharse o vibraciones que pueden sentirse, con la técnica del plesímetro, que es colocar el dedo medio de la mano izquierda sobre la piel del paciente y golpear entre la uña y la articulación interfalángica distal con el dedo medio de la otra mano doblado. Puede utilizarse la puñopercusión, palmopercusión, en donde encontraremos 5 tipos de sonidos: Monótono (es un sonido sordo en extremo producido por un órgano denso como el músculo o el hueso), Mete (es un sonido sordo parecido a un golpe producido por un tejido denso como el hígado, bazo o corazón), Resonante (es un sonido apagado, como el producido por los pulmones cuando están expandidos), Hipersonante (es un sonido retumbante que no se produce en el cuerpo en condiciones normales) y Timpánico (Es un sonido musical, parecido a un tambor, se identifica con una cavidad llena de aire).

- **Palpación:** Es el examen del cuerpo mediante el sentido del tacto e identifica: textura temperatura, vibración, posición, tamaño, consistencia y movilidad de los órganos, distensión, presencia y frecuencia de los pulsos periféricos así como sensibilidad o dolor.

La efectividad de la palpación depende del relajamiento del paciente, y se puede ayudar al paciente a relajarse de la siguiente manera:

- Arrojar o vestir al cliente de la forma adecuada
- Colocar al paciente en posición cómoda.
- Asegurar que las manos del explorador se encuentren calientes antes de tocar.
- Comenzar la palpación en áreas que no estén adoloridas.

1.8.1.2. Diagnóstico:

Definiciones:

Este término se deriva de la palabra griega: "*diagignoskein*" que significa "distinguir". Este se utiliza para identificar aspectos del paciente que son de interés profesional. Es decir, que cualquiera que concluye "algo" acerca de la naturaleza del estado o situación de un problema diagnóstica.

En 1973, The first National Conference on the Clacificación of Nursing Diagnosis aceptó la siguiente definición: Un diagnóstico de Enfermería es el juicio o conclusión que se presenta como resultado de la valoración en Enfermería. Para Gordon, en 1976, el diagnóstico de Enfermería o el diagnóstico clínico hecho por Enfermeras profesionales describe una combinación de signos y síntomas que indican problemas de salud actuales o potenciales, los que competen a las Enfermeras que según sus capacidades técnicas y profesionales pueden resolver.

En 1980, la ANA declaró que la Enfermería, " es el diagnóstico y tratamiento de la reacciones humanas a problemas actuales (reales) o potenciales de salud". Siendo una función específica de Enfermería.

Un diagnóstico es un proceso de análisis y síntesis, siendo que el análisis es la separación de los componentes y la síntesis lo contrario, es unión. Para poder adecuar lo anterior se requiere de habilidades como la objetividad, pensamiento crítico, toma de decisiones, razonamiento inductivo y deductivo para fortalecer los enunciados.

Comparación del diagnóstico médico con el de Enfermería:

Diagnóstico de Enfermería	Diagnóstico médico
<ul style="list-style-type: none"> • Describe una respuesta individual al proceso de la enfermedad, condición o situación. • Está orientado hacia el individuo. • Cambia según la respuesta del paciente. • Es una guía de actividades individuales de enfermería, que incluyen valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. • Es complementario en conjunto con el diagnóstico médico. • No tiene sistemas de clasificación, son de aceptación universal, estos sistemas se encuentran en proceso de desarrollo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Describe un proceso de enfermedad específico. • Está orientado hacia la patología. • Permanece constante durante la enfermedad. • Guía de manejo médico, algo del cual debe de realizar la enfermera. • Es complementario del diagnóstico de Enfermería. • Tiene un sistema de calificación bien desarrollado y aceptado por la profesión médica.

Determinación de los problemas de salud.

Problema de salud es cualquier condición o situación del paciente que requiera de ayuda para mantener o recobrar el estado de salud o alcanzar una muerte tranquila, es decir, "una asistencia de Enfermería". Estos problemas son agrupados de acuerdo con las clases o padecimientos, pero para poder obtener resultados satisfactorios, el cliente debe aceptar que tiene un problema.

El diagnóstico de Enfermería describe: Problemas de salud actual o real y problemas potenciales de salud, es decir factores de riesgo que predisponen a alterar la salud.

Para establecer un buen diagnóstico, todas las mediciones realizadas por Enfermería son comparadas con estándares, como son los signos vitales, valores de laboratorio, etc., al realizar esto la Enfermera utiliza también sus conocimientos científicos y experiencias, considerando que lo "normal", varía de acuerdo con las expectativas del paciente, la cultura, los valores, la economía, y los mismos conocimientos del paciente y su previa experiencia.

El paso siguiente es el agrupamiento de datos, ya que en éste se determina la interrelación de hechos y los patrones encontrados en éstos. Las señales, obtenidas por medio de los órganos de los sentidos y determinan qué patrones se encuentran presentes, en donde las señales son solo incidentes aislados y cuando éstas señales son solo significativas, Gordon en 1982, menciona que el agrupamiento de información abarca una búsqueda en el almacén de memoria de la Enfermera para la revisión de datos clínicos aprendidos. Siendo que también el agrupamiento de datos involucra una inferencia que es el juicio o interpretación que hace la enfermera de las señales o manifestaciones.

Nos pudiéramos topar con la identificación de faltantes e inconsistencia en los datos, ya que los faltantes son información no existente pero necesaria para determinar un patrón de datos y las

inconsistencias son datos conflictivos, como lo sería que el cliente nos mencione que acude regularmente al médico siendo que no es cierto.

Es importante mencionar las ventajas, ya que éstas marcan los “pros”, que tanto la Enfermera como el paciente tienen para llevar a cabo el proceso, al identificar las ventajas, el cliente desarrolla un concepto más claro de sí mismo, ya que la parte saludable es necesaria para iniciar el restablecimiento de la salud y el proceso regenerativo.

Ya que se tiene completa la valoración de Enfermería al cliente, se pasa a una etapa en la cual se analizan los datos para identificar los diagnósticos y problemas de Enfermería que conforman la punta de lanza para el plan de cuidados. Para poder establecer un diagnóstico de Enfermería se basará en los componentes de las categorías diagnósticas de la NANDA, que constan de tres partes:

1. - Título o etiqueta. Es el epígrafe, describe el problema de salud.
2. - Factores causales y contribuyentes.
3. - Signos y síntomas, que son las características definitorias.

Estas características son homologas al formato PES, propuesto por Gordon:

1. - Enunciado del problema: P
2. - Enunciado de la etiología, con la utilización de las palabras “en relación a”:E
3. -Enunciado de los signos y síntomas utilizando las palabras “manifestado por”:S

Con lo anterior se enuncia los diagnósticos de enfermería del presente proceso.

Como todo buen texto, también los diagnósticos tienen ciertas normas para su correcta redacción:

- No indicar el diagnóstico de Enfermería con terminología médica.
- No indicar el diagnóstico de Enfermería como si fuera un diagnóstico médico.
- No indicar el diagnóstico como si se tratara de una actividad de Enfermería.
- No ser inespecífico, precisar al máximo.
- No escribir un diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- No indicar dos problemas al mismo tiempo.
- No escribir los enunciados diagnósticos de una forma que pueda comprometerla legalmente.
- No “bautizar” un problema médico para convertirlo en un diagnóstico de Enfermería.
- No escribir un diagnóstico de Enfermería basados en juicios de valor.

1.8.1.3. Planeación:

El plan de cuidados de Enfermería consta de objetivos derivados de los diagnósticos de Enfermería, siendo que éste incluye prioridades y los enfoques o medidas prescritas para alcanzar los objetivos derivados de los mismos diagnósticos. Basándose en que las acciones de Enfermería

fomentan la participación del cliente / paciente, en la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud.

La planeación como es bien sabido involucra una serie de pasos en los cuales la enfermera fija prioridades, define metas o resultados esperados y establece una guía escrita para sus intervenciones, con el propósito de resolver o minimizar los problemas identificados del cliente y para coordinar los cuidados que han de proporcionar todos los miembros del equipo, en colaboración con el paciente, la Enfermera debe precisar las intervenciones específicas para cada paciente.

Pasos que involucran la planeación:

1. - Definir prioridades, que consiste en ordenar en forma decreciente las estrategias de Enfermería, es decir, fijar las prioridades en función del estado actual de las situaciones y los problemas presentes del cliente, confeccionando una lista de los problemas que se han identificado en la valoración, siendo que las acciones deben ser congruentes con las demás medidas terapéuticas que practiquen los otros profesionales de la salud.

2. -Establecimiento de objetivos del paciente y criterios para evaluar los resultados, significa fijarse objetivos, es importante ya que estos nos marcan el resultado esperado, con base en la conducta del paciente estimulándolo a que realice las actividades. Se establecen Objetivos a corto plazo que son los que se espera se alcancen en un periodo corto, menos de una semana, y los objetivos a largo plazo que son los que se espera se logran en un periodo relativamente largo, semanas o meses, no olvidando que existen Objetivos del paciente que es una afirmación acerca de un cambio esperado en su estado después de que es objeto de las intervenciones de Enfermería, siendo apropiado el uso de los verbos: Aumentar, disminuir, preservar, mejorar, restaurar, etc. En cuanto a los resultados deben de ir acorde con los objetivos, los cuales marcan directrices de las intervenciones de Enfermería , sirven como guía cronológica de las actividades planeadas y para que el cliente y la Enfermera obtengan un logro.

Existen normas para establecer objetivos y marcar los resultados:

- Ser realista al establecer el objetivo.
- Establecer objetivos mutuos, con el paciente y otras personas implicadas en el cuidado de su salud.
- Establecer objetivos a corto y largo plazo.
- Asegurarse de que los objetivos del paciente correspondan a una conducta o acción de éste, que demuestre la mejoría o resolución deseada de los problemas identificados mediante los diagnósticos de Enfermería y problemas interdependientes del plan de cuidados.
- Seguir las normas para describir los enunciados de objetivos.
- Usar verbos mensurables y constatables para describir las acciones o conductas que espera observar.
- Identificar una sola conducta para cada evolución, es decir si hay que escribir dos comportamientos, hacerlo también en dos evoluciones.

- Asegurarse de que el sujeto del enunciado del resultado es el paciente o la familia o alguna parte del mismo.
- Asegurarse de que los resultados reflejan las normas de calidad aceptados por la ANA, la legislación vigente sobre la práctica y la política del centro en que se labora.

3. -Planeación de las estrategias de Enfermería, son las acciones establecidas para lograr los objetivos del paciente, siendo un plan escrito de cuidados de enfermería que describe los problemas específicos del cliente, evolución esperada, ordenes de Enfermería y progreso del paciente.

4. - En cuanto a la redacción del plan de cuidados de Enfermería, es una guía escrita en la cual se organiza información acerca del paciente y se marcan las acciones de Enfermería con base en los diagnósticos de Enfermería y satisfacción de los objetivos definidos, centrados en el paciente, actualizándose y revisándose de manera constante.

1.8.1.4. Ejecución:

Es la puesta en práctica de las actividades enunciadas en el plan de cuidados, fomentando la participación del cliente en la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud. Teniendo acciones de Enfermería independientes, dependientes e interdependientes, la ejecución implica además:

- ❖ Continuar con la recogida y valoración de los nuevos datos.
- ❖ Ejecutar las acciones de Enfermería.
- ❖ Registrar los cuidados para actuación legal y ética.
- ❖ Comunicar los informes verbales de enfermería.
- ❖ Mantenimiento de un plan de cuidados actualizado: Evaluación.

La obtención continua de los datos es esencial no solo para seguir la trayectoria de los cambios en el paciente, si no también para obtener información que servirá para evaluar, en la siguiente fase el alcance de la meta.

1.8.1.5. Evaluación:

Es durante ésta fase cuando se determinara como ha funcionado el plan de cuidados, es en donde se identifica si el paciente ha alcanzado los objetivos del plan de cuidados, implica las siguientes actividades:

- Establecimiento de los criterios para la evaluación.
- Recopilación de datos relacionados con los criterios con base en los resultados.
- Evaluación de la consecución de los objetivos.
- Correlación de las acciones de Enfermería con los criterios.
- Reevaluación del plan de cuidados.

- Modificación del plan de cuidados / conclusión de los cuidados de Enfermería.

Es importante revalorar al paciente después de la intervención de Enfermería y comparar la respuesta con patrones determinados. Con frecuencia a estos patrones se les denomine efectos o criterios de evaluación, la enfermera determina hasta cierto punto cuáles de las metas o de los resultados predeterminados se alcanzaron como se pretendía , o solo de manera parcial o no se alcanzaron.

1.8.2. Plan de alta hospitalaria.

Ya que la estancia hospitalaria, además de ser costosa implica cuidados intensivos al paciente/cliente , los cuales deben ser expandidos al hogar con el fin de evitar recaídas, es el proceso de prever y planear las necesidades después del egreso del paciente. Este comienza con el ingreso de la persona y continua con la evaluación constante de las necesidades del paciente y sus familiares, hasta que es dado de alta, teniendo como base la comunicación enfermera – cliente tratando de minimizar la ansiedad del paciente y familiares en cuanto a dicho regreso al hogar, siendo que los cuidados deben de ser confirmados también con los demás miembros del equipo de salud.

1.8.3. Evaluación de la calidad de los cuidados de enfermería.

Esta evaluación tiene como objetivo valorar los cuidados de Enfermería e identificar los factores que los favorecen o impiden, tomando en cuenta que desde la antigüedad , remontándonos a 1859, con Florence Nightingale que incluye la evaluación de los cuidados médicos y de enfermería en su obra: Notes on Hospitals. Actualmente se toma en cuenta no solo la calidad de los cuidados sino también la calidez con que el personal de Enfermería ofrezca en sus cuidados, siendo ésta una de las bases para el mejoramiento ético y profesional de la Enfermería...

2.- APLICACIÓN DEL PROCESO:

El proceso de Enfermería, como ya se había mencionado a lo largo del desarrollo del presente trabajo, y tomando en cuenta las conceptualizaciones de diferentes teóricas sobre Enfermería, se tiene que, el proceso, es un método sistemático, cíclico y racional de planificación y realización de cuidados de enfermería individualizados.

Este se basa en principios y reglas que se han comprobado efectivas en la promoción de la calidad y calidez de los cuidados, con el fin de la satisfacción de las necesidades de la persona, de acuerdo con las oportunidades y recursos. Su objetivo es identificar el estado de salud del cliente y sus problemas reales o potenciales de salud, para establecer un plan que satisfaga los requerimientos del individuo, preservar su salud haciendo necesario que los diagnósticos de enfermería se emitan con rapidez, para delinear los objetivos y las intervenciones de enfermería necesarias, documentándose estos con un plan de cuidados.

En nuestra actualidad las enfermeras (os) intentan proporcionar a los clientes cuidados de alta calidad en menos tiempo y con pocos recursos lo que hace imprescindible la planeación de los cuidados. Esta planeación y los cuidados de enfermería dependen del medio y se diseña para promover atención de la mejor calidad y facilitar:

- 1.- La atención individualizada.
- 2.- La continuidad de la atención.
- 3.- La comunicación.
- 4.- La evaluación.

Los cuidados, cuentan con ciertas características, sin importar el medio en el que sean formulados como:

- ◆ Ser formulados por una Enfermera registrada.
- ◆ Se conforman después del primer contacto con el cliente.
- ◆ Deben ser accesibles.
- ◆ Deben estar actualizados.

Tomando en cuenta de que el proceso cuenta con diferentes elementos, se aplicarán de la siguiente manera:

- a) La valoración: Durante ésta es en donde se recogerá, se organizará. Validará y registrará la información sobre el estado de salud del cliente, formulándose una base de datos.
- b) El diagnóstico: Aquí es en donde se realiza el análisis y la síntesis de los datos dando lugar al enunciado diagnóstico, incluyendo las actividades de agrupación de datos y comparación con estándares, se identificarán lagunas y contradicciones, se identificará nuevamente el estado de salud del cliente, en cuanto a sus capacidades, riesgos y problemas.

- c) La planificación: Es en donde se desarrollaran una serie de pasos en los que la enfermera y el cliente definen las prioridades, objetivos o resultados esperados, estableciendo un plan de cuidados para minimizar los problemas reales y potenciales.
- d) Ejecución: Es en donde se pondrá en práctica el plan de cuidados, actualizando la base de datos, se repasará y revisará el plan, realizando y delegando las intervenciones planificadas de enfermería.
- e) La evaluación: Es en donde la enfermera y el individuo medirán el grado en que se han alcanzado los objetivos. Teniendo en cuenta de que la eficacia del proceso requiere de habilidades manuales, intelectuales y una comunicación estrecha para la resolución de problemas y la adecuada toma de decisiones.

Las ventajas que ofrece el proceso se puntualizan de la siguiente manera, según Kozier:

- Involucra a la persona “sola” en el cuidado de su salud.
- Es un sistema cíclico, abierto, flexible y dinámico.
- Individualiza las necesidades, permitiendo ser creativo a la enfermera y al cliente.
- Se planifica.
- Se puede aplicar universalmente.
- Es interpersonal, basado en la correcta comunicación.
- Permite fijar metas.
- Permite a la enfermera educación constante.

En todas las etapas se aplica el poder brindar calidad y calidez en la atención, con una evaluación continua. La evaluación constante y la fijación de las intervenciones escritos correctamente evita conflictos legales, elevando al máximo la responsabilidad de los cuidados.

3. - RESUMEN VALORATIVO:

Este Proceso de Enfermería, se aplicó a un adolescente el cual cuenta con un diagnóstico médico de Parálisis flácida post - traumática, habiéndole provocado úlceras por decúbito, y Diabetes Mellitus insulino dependiente, diagnosticada dentro del Hospital Shriners para niños A.C., lleva por nombre Alejandro, 17 años de edad, hijo único de una familia compuesta por la madre, abuela y él como hijo único, originario y residente del estado de Chihuahua, nacido el 24 de abril de 1984, mide 1.94 mts, pesa 82 Kg., actualmente se dedica al comercio, cuando se siente bien sus familiares allegados son su abuela y su madre, actualmente hospitalizado con un ingreso de urgencia por úlceras por decúbito infectadas, trayendo la idea de que le realicen nuevos estudios, para valorar la posibilidad de volver a caminar ya que hace dos años sufrió un accidente automovilístico a los 15 años de edad, donde el auto se impacto con otro al regresar de una fiesta a la cual fue en compañía de sus amigos, que en estado de embriaguez, pierden el control, falleciendo uno de ellos quedando tres personas lesionadas, incluyéndolo a él.

Recibe atención de urgencia en el IMSS de Chihuahua, en donde diagnostican lesión medular de T11 y T12, entallamiento de viseras, trasladándose de urgencia también a Torreón, Coahuila en donde realizan cirugías consistentes, por información de la madre y del mismo paciente, en instrumentación de columna por fractura, con colocación de barra de Luque, en febrero del 2000, posteriormente colocación de colostomía sigmoidea, ya que queda con secuelas de Lesión medular, consistente en parálisis flácida postraumática, posteriormente en abril del 2001, colocan sonda suprapúbica a permanencia. Pierde el año escolar, presenta depresiones ocasionales, las cuales se fueron superando con base en tratamientos emocionales y psicológicos tanto para él como para su familia.

En cuanto a su organización familiar, la señora madre, es soltera, cursó estudios de primaria completos, mantiene sola al joven, se dedica ahora a las labores del hogar y atención directa a su hijo único, siendo ocasionalmente empleada de intendencia en una fábrica constructora, con el apoyo de su madre en todo momento, ahora en su viaje a México DF. , las sostiene económicamente uno de sus hermanos.

La familia cuenta con casa en arrendamiento, por ser terrenos paracaidistas, cuentan con infraestructura adecuada, disponiendo de 4 cuartos, sanitario y cocina.

Las tres personas que conforman la familia, Alejandro ,la abuela y su madre, se interesan por el bienestar de él logrando a través de su cooperación y paciencia esperando su recuperación con la ayuda médica que se requiera, él es amistoso y muy cooperador al igual que su familia, son católicos, menciona que cuenta con todas las vacunas, incluyendo la del tétanos. La familiares positiva en su trato y entorno familiar, permanecerán en ésta ciudad hasta el término de la atención médica de Alejandro.

Su inicio para el ingreso a el Hospital Shriners para niños. A.C., es que de acuerdo con su incapacidad para deambular, necesita estar mucho tiempo en cama provocaron la aparición de úlceras en región sacra, crestas ilíacas y talones que posteriormente se infectan diagnosticando aquí de acuerdo con su estado de salud, Diabetes Mellitus Insulino - dependiente, con tratamiento y controlada, se comenta el origen por lesión pancreática.

En cuanto a enfermedades pasadas, menciona que padeció rubéola a los 7 a. Sin complicaciones, producto de la Gesta I de término, obtenido por cesárea por desproporción céfalo pélvica, lloró y respiró al nacer, con un apgar 8-9, movimiento de cuello a los dos meses control del tronco a los 6 meses, gateó a los 9 meses, y caminó a los 10 meses, en cuanto a operaciones las referidas anteriormente, con transfusiones sanguíneas múltiples sin complicaciones, refiere alergia a la dipirona, penicilina y al látex así como a las sulfas, en cuanto a los antecedentes heredo familiares patológicos, solo refiere que un primo de la madre es diabético, su abuela sufre de hipotensiones, en cuanto al estado neuropsiquiátrico aparentemente es normal.

En lo que se refiere a la necesidad de oxigenación, no presenta disnea, ningún tipo de tos, y el dolor lo asocia a la respiración cuando realiza los ejercicios en fisioterapia, fuma desde los 13 años en promedio 4 cigarrillos al día en su casa, obviamente dentro del hospital no lo puede realizar, aumentan la cantidad si está nervioso, y desde hace tres años también fuma marihuana, en promedio 2 veces a la semana. En la toma y registro de los signos vitales presenta una Tensión arterial de 120/70, Frecuencia cardíaca de 89 pulsaciones por minuto, frecuencia respiratoria de 20 por minuto y una temperatura de 36.0°C, pulsos distales presentes, centrales con buena intensidad, su estado de conciencia es alerta, ubicado en las tres esferas, la coloración de la piel es adecuada, tersa, peribucal sin problemas. La circulación y el retorno venoso en extremidades superiores es normal, llenado capilar de 2" y en extremidades inferiores es un tanto retardada de 4". Entre otras cosas se observa que el ritmo y la frecuencia respiratoria es normal, tórax anterior sin alteraciones aparentes ruidos pulmonares y cardíacos perceptibles y rítmicos, en realidad no hay problema en cuanto a ésta necesidad.

En cuanto a la nutrición e hidratación, menciona que dentro de su estancia hospitalaria ingiere los alimentos de la dieta indicada por el endocrinólogo, de 1500 Kcal. y después de 1800 Kcal., para diabético, pero en su casa come lo que sea, de 3 a 4 veces al día, no tiene trastorno digestivo en la parte superior, solo en la eliminación ya que cuenta con colostomía sigmoidea (izquierda).

No refiere alergias a alimentos, pero no le gusta la leche, presenta hipersensibilidad a la dipirona, amikacina y penicilinas, no tiene problemas en la masticación ni deglución Su patrón de ejercicios son los que realiza en fisioterapia los cuales no tolera ya que manifiesta dolor al realizarlos, tanto en la movilización de miembros pélvicos y de fortalecimiento de miembros superiores. Se observa objetivamente que la piel se torna hidratada, elástica, turgencia normal, con adecuada coloración, ciertas manchas y cicatrices antiguas en abdomen, cuello espalda, muslos y piernas, las mucosas se observan hidratadas, de adecuada coloración, las uñas y el cabello limpios distribuido uniformemente, brillante, uñas sin manchas, se observa el lecho ungueal del primer orjeo del pie derecho una lesión, ya con tratamiento.

En cuanto a funcionamiento muscular y esquelético se aprecia en tronco, extremidades superiores y cabeza, adecuado estado de respuesta sensitiva y motora, en cinturón pélvico disminuida la actividad motora y la sensitiva casi nula, propio de lesión al nivel de vértebras torácicas # 11 a Lumbares 2, en miembros inferiores es nula, apreciándose total flacidez en éstas. Reflejo rotuliano, tibial posterior y aquileo ausente bilateral, pulsos inguinal y popíteo así como pédio muy disminuidos. El aspecto de los dientes y encías a primera vista se observan íntegros, limpios encías hidratadas y rosadas.

En cuanto a heridas y tiempo de cicatrización: se observan heridas antiguas en cuello, abdomen, región posterior de tórax y extremidades inferiores, por cirugías, que van en promedio de 20 a 40 cm. , Úlceras por decúbito profundas a nivel, dentro de la clasificación correspondiente a la revista Nursing, de 1984 en grado 3, de sacro, crestas ilíacas y talones, éstas en grado 2, con secreción seropurulenta fétida en sacro e ilíacas y serohemática en talones, en proceso de cicatrización de 6 a 8 semanas, con presencia de gérmenes patógenos, en todas con tratamiento de antibióticos, zonas enrojecidas en codos, por posición, así como enrojecimiento en ténar e hipoténar de ambas manos, que seden gradualmente, se observa que él es muy cuidadoso en su aseo pero omite en ocasiones los cuidados especiales a la sonda suprapúbica, ya que no le agrada y se le olvida.

En cuanto a la eliminación evacua 2 veces al día en promedio, heces blandas, marrones, olor dependiendo de lo que coma, la orina es clara en cantidad de 3000 cc en promedio cada 24 hrs. , Cuando deja de tomar agua se torna oscura y con sedimento, en cuanto a su historia de hemorragias y enfermedades renales, refiere haber padecido hemorragia interna intestinal cuando sucedió el accidente hace 2 años y lesiones en vejiga coaccionadas de la misma situación, no usa laxante no padece de hemorroides, ninguna molestia hasta la fecha para evacuar aún con la colostomía, ni con la sonda vesical, no influyendo las emociones en los patrones de eliminación. Se observa abdomen blando, movimientos peristálticos normales, cicatrices quirúrgicas en flanco derecho e hipocondrio derecho, colostomía sigmoidea en buenas condiciones, poco pelo en el abdomen, ombligo centrado , hundido, flácido, timpanismo generalizado, se palpan fácilmente bazo e hígado, la pared abdominal es delgada, a nivel suprapúbico se observa saliente de sonda vesical, a permanencia con periferia de inserción con escaso exudado seroso, siendo no dolorosa la vejiga a la palpación, drenando orina amarilla clara, entre otras cosas se observa muy lastimado el abdomen, producto de los golpes directos que recibió en el accidente.

En los que se refiere a la Termorregulación dice que se adapta mejor al frío, ya que el calor lo desespera, en lo que se refiere al ejercicio solo realiza los que ejecuta en fisioterapia que son para movilización de miembros inferiores, y principalmente fortalecimiento de miembros superiores, pero ocasiones no los realiza ya que le producen dolor de espalda, se observa objetivamente, que la piel se torna tersa, caliente del cinturón pélvico hacia arriba, húmeda y elástica, pero en miembros inferiores en ocasiones se torna fría y rígida, se observan lesiones ulcerosas a nivel de sacro, iliaco y talones, y la antigua heridas quirúrgicas en miembros pélvicos, en cuanto a su transpiración es adecuada para su edad, y con la actividad aumenta, su entorno físico dentro del hospital para él es agradable, con suficiente ventilación también en su casa, dice que también hay espacio suficiente, para su desenvolvimiento, no se observan alteraciones en cuanto a la Termorregulación, ni habiendo procesos infecciosos.

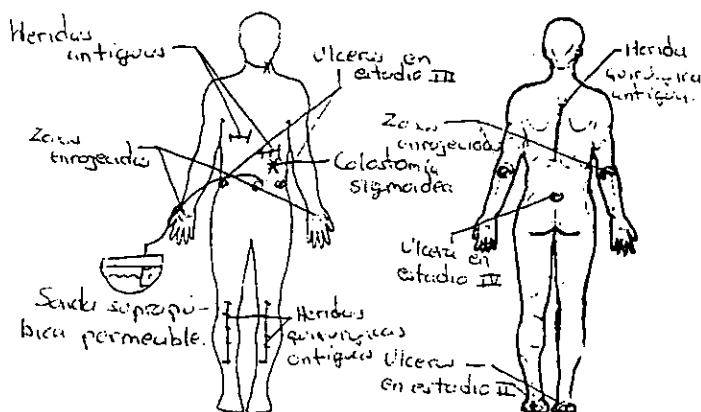
Dentro el segundo grupo que abarca el instrumento de valoración, se encuentran las necesidades de moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas y la de higiene y protección de la piel, en cuanto a ésta primera, su capacidad física cotidiana, lo que normalmente realiza es con las extremidades superiores, ya que en la inferiores no hay respuesta motora ni sensitiva, asiste a fisioterapia para movilización de éstas, se dedica en su tiempo libre a escuchar música, a jugar con sus compañeros de cuarto, duerme de 7 a 8 horas diarias, y actualmente no trabaja, pero en su casa lo hace de 5 a 6 horas diarias. Objetivamente su estado del sistema músculo-esquelético y fuerza en miembros pélvico presenta total flacidez, a nivel abdominal bajo no controla esfínteres, en tronco y extremidades superiores, el tono, la resistencia y la flexibilidad es amplia se encuentra la mayor parte del cuerpo en posición sedente o acostado,

necesita ayuda para trasladarse de la cama a la silla de ruedas y viceversa, y para movilizarse en cama, presentando dolor solo al movimiento exagerado, no hay temblores, está alerta, en cuanto a su estado emocional, es estable, reactivo, consciente de su estado de salud, trata de aprender todo en cuanto a su tratamiento, aunque a veces menciona ¿en verdad es necesario?...

En cuanto al descanso y sueño, descansa más por la tarde, de 2 a 3 horas, duerme de 8 a 9 horas, toma siestas solo en ocasiones, y si necesita ayuda para realizar sus actividades.

En el uso de prendas de vestir adecuadas, no influye su estado de ánimo, más bien a dónde va a ir o si está en el hospital usa la ropa del mismo, pero su autoestima sí influye en su forma de vestir, no influyen las creencias religiosas y no necesita ayuda para seleccionar su vestido. Objetivamente se viste de acuerdo a su edad y en su casa de acuerdo con su región geográfica, en cuanto a su capacidad motora para vestirse, no hay problema para la ropa en el tronco, pero necesita ayuda para colocarse los pantalones y zapatos, no le gusta estar sucio, en general usa ropa de algodón y floja.

Dentro de la necesidad de higiene y protección de la piel, en cuanto a los datos subjetivos, realiza baño diario, cambio de bolsa de colostomía, cada vez que se despega o está sucia, procura mantener limpia la saliente de la sonda, prefiere bañarse por la mañana y en su casa por la noche si va a salir, se lava los dientes 2 o 3 veces al día, se lava las manos antes de comer, después de eliminar casi nunca porque le cambia la bolsa el personal de enfermería, sus creencias no influyen en los hábitos higiénicos. En cuanto a lo objetivo, su aspecto general es bueno, agradable, siempre está procurando que se vea bien, su olor corporal es agradable, usa perfumes y desodorantes, no presenta halitosis, el cuero cabelludo está en buenas condiciones, distribuido uniformemente, brillante y terso, presentando lesiones dérmicas al nivel de sacro, crestas ilíacas con úlceras profundas con secreción seropurulenta, fétida, en talones también menos profundas, saliente de sonda con periferia limpia con ligero exudado seroso, estoma sin alteraciones, y cicatrices quirúrgicas antiguas.



En cuanto a la necesidad de evitar peligros, su familia la compone su abuela y su mamá, ambas son muy fuertes física y emocionalmente, tratan de mantener la calma, la abuela se asusta y se hipotensa, mencionan sí saber las medidas de prevención de accidentes, aunque a veces les suenan exagerados, tanto en el hogar como en el trabajo, actualmente realiza controles periódicos de salud recomendados, dentro de la estancia en el hospital en cuanto a las situaciones de tensión prefiere quedarse callado, aunque a veces pelea con su mamá, cuando siente que algo está mal. Objetivamente no presenta deformidades congénitas, las condiciones en su hogar aparentemente son buenas, ya que a pesar de que sus padres están divorciados, lleva una buena comunicación con su padre, en general es estable, dentro del hospital a pesar de su padecimiento, le gusta ayudar a cuidar a los demás pequeños. A dar las dietas, a cambiar a los niños es muy adaptable.

Dentro del tercer grupo se encuentran las necesidades de comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas y de aprendizaje.

En la necesidad de comunicarse, es soltero, vive con su mamá y abuela en casa aún no propia se preocupa y se estresa, de no poder hacer nada de lo que hacía antes, pero está consciente de su realidad, y en cuanto a su familia le preocupa que su mamá y abuela se enfermen, por estado de salud que él presenta, Otras personas que pueden ayudar son un tío de él, hermano de su mamá y su esposa, que siempre los han apoyado en conjunto con su papá, él dentro del rol familiar que desempeña obviamente es una persona importante para su familia, ya que es hijo único, y a pesar de algunas acciones sociales negativas, ayuda mucho a su mamá y a su abuela en todo, teniendo mucha disponibilidad para la comunicación los 3. Dentro del hospital nunca está solo y en su casa solo por las tardes, aproximadamente dos horas, que es en el momento en el que su mamá no ha llegado de trabajar, ni la abuela cuando va, allá en donde trabaja por lo regular siempre está con sus amigos acompañado y asiste como espectador cada 8 días a los juego de americano que practicaba y salen juntos a divertirse cuando llevan automóvil, en sus respuestas es objetivo, no se presenta confuso, no tiene dificultad para la visión ni la audición, le gusta mucho platicar, es muy sociable, se le facilita mucho la comunicación, y hasta ha llegado a entablar buena amistad con sus compañeros de cuarto, y con todo el personal de salud, y hasta los de intendencia lo conocen.

En la necesidad de vivir según sus creencias y valores, en el aspecto subjetivo menciona practicar la religión católica, no presentando ningún conflicto personal, teniendo como principales valores, el respeto a su abuela y a su madre, y sobre todo quererse y respetarse a sí mismo y el amor, teniendo como valor personal principal el de ser libre, que es congruente con su forma de vivir y con su forma de pensar, pero en ocasiones se le dificulta y por eso el resultado del accidente. Objetivamente no tiene un hábito especial para vestir, se viste como acostumbran en su comunidad, permite fácilmente el contacto físico, además le gusta mucho abrazar y tocar a las personas, le gusta cargar a los demás niños. Utiliza como objeto que indica sus valores una cruz de madera, un anillo de palta y usa un arete en el oído izquierdo, el cual lo usan todos sus amigos. No es muy afecto la religión, mencionando que la respeta pero nunca se ha interesado mucho por ella.

En cuanto a la necesidad e trabajar y realizarse, en estos momentos por estar hospitalizado no trabaja, pero piensa regresar ahora que este en su casa, ya que es comerciante, se siente satisfecho con su trabajo, su sueldo le alcanza para satisfacer sus necesidades básicas, se siente

satisfecho con el rol familiar que juega, pero le gustaría estar bien para que ni su mamá ni su abuela trabajaran, y además le gustaría tener hermanos. Objetivamente, se observa calmado, a veces inquieto, ya que llegó el momento de que ya se quería ir su casa se aburrió de estar hospitalizado, ya se mostraba en ciertos momentos desesperado porque a pesar de que le gusta el hospital y de que se sentía bien al realizar las actividades, que hacía, ya añoraba su casa.

Subjetivamente en la necesidad de jugar y participar en actividades recreativas, le gusta mucho asistir a recreación, para realizar sus trabajos manuales y platicar con las niñas, oír música y dibujar, las situaciones de estrés no influyen mucho en esta necesidad, pero se pone un poco triste, en su comunidad hay parques, canchas, salones de juego, etc., pero casi no se organizan juegos acorde con su padecimiento como aquí en el hospital que hay muchas actividades. Objetivamente no está íntegro en su sistema neuromuscular, ya que esta alterada a nivel de los miembros pélvicos, así como falta de actividad motora y sensitiva en órganos genitales y esfínter anal, siendo que a pesar de esto se adapta fácilmente a las actividades recreativas, ya que es muy participativo, es muy sociable.

En cuanto al aprendizaje, estudio hasta segundo de secundaria con bajas calificaciones, no tiene problemas para el aprendizaje, actualmente solo pudiera presentar el problema para trasladarse, pero le gusta mucho escribir, le apasiona dibujar, en su comunidad las únicas fuentes de apoyo para el aprendizaje son las escuelas, pero a pesar de que no le agrada la escuela, presenta mucho interés y presta mucha atención, al igual que sus familiares, en cuanto como aprender a resolver los problemas de salud. Objetivamente se encuentra afectado ya que por la lesiones a nivel medular, y el problema endocrino que provocan su padecimiento actual, si integridad cognoscitiva está íntegra, no hay problemas en los órganos de los sentidos, solo afectado el sensitivo a nivel de los miembros inferiores, no hay problemas en la memoria, no hay manifestaciones agregadas, es muy creativo y es fácil que aprenda como cuidarse.

4. - JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES:

La siguiente jerarquización se realizó con base en la valoración de las necesidades detectadas, dirigidas por el modelo de Virginia Henderson, dentro del cual menciona:

- Grupo 1: Las necesidades de oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.
- Grupo 2: Las necesidades de moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel, y necesidad de evitar peligros.
- Grupo 3: Las necesidades de comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas y el aprendizaje.

Para este cliente se modifica el orden, de acuerdo con su importancia, la necesidad que se encuentra principalmente afectada es la de Moverse y mantener buena postura, ya que de acuerdo con su problema principal, alteración en el movimiento y sensibilidad de miembros pélvicos y ciertas regiones del abdomen, lo cual ocasionó la colocación de la colostomía, la sonda vesical suprapúbica y la aparición de las úlceras infectadas, siendo éstas necesidades de tipo principalmente dependientes, por falta de la fuerza y del tono muscular de los miembros pélvicos, del esfínter anal y falta de respuesta motora y sensitiva en los órganos genitales, y es segundo término la producción del dolor con la actividad.

En segundo lugar se citó a la necesidad de Higiene y Protección de la piel, que es en donde el cliente experimentó una disminución en la capacidad de protegerse a sí mismo, relacionado íntimamente con la primera necesidad, ya que se observan úlceras infectadas, así como también se observa la disminución en su capacidad física para el baño y cambio de ropa, principalmente en extremidades inferiores, considerando ésta necesidad principalmente dependiente.

En tercer lugar se encuentra ubicada la necesidad de eliminación, ya que se encuentran en él alterados los patrones de eliminación intestinal y vesical, como secuelas de su padecimiento de base, que originó una infección urinaria por el procedimiento invasivo, la sonda vesical suprapúbica, al que fue sometido.

En cuarto lugar se encuentra la necesidad de Nutrición e Hidratación, especificando la alteración por defecto, ya que su capacidad para procurarse sus alimentos está afectada, y está en riesgo de alterar su metabolismo, ya que cuenta además con Diabetes mellitus insulino dependiente, ya que se muestra negante a la ingesta de alimentos adecuados, siendo dependiente esta necesidad.

En quinto lugar se encuentra la necesidad de Aprendizaje dentro de la cual se encuentra la alteración en el mantenimiento de la salud en relación a la falta de conocimientos suficientes entre la aplicación de la insulina y sus requerimientos, ya que a veces se niega a la utilización de ésta, así como a la falta de conocimientos en cuanto a los efectos secundarios en el consumo del tabaco y la marihuana, y la falta adaptación para la estancia intrahospitalaria ya que llegó el momento en que se fastidió de estar hospitalizado y no quería hacer nada.

En penúltimo lugar se encuentra la necesidad de comunicarse ya que su aspecto sexual, en el cual él manifiesta muy “por debajo del agua”, preocupación, y con respecto a los familiares se

encuentran con muchas dudas en cuanto a su porvenir, siendo parcialmente dependiente de los tratamientos médicos.

Y en último lugar se encuentra la necesidad de evitar peligros ya que está en riesgo, por su falta de movilidad y sensibilidad de los miembros pélvicos, ya que el cliente verbaliza, sintiéndose en extremo seguro, de que él cree no pasarle nada, ya que conoce perfectamente su estado, y medio físico en el cual se desenvuelve, tanto dentro del hospital como en su casa.

Nota:

Se debe tomar en cuenta de que pudiera parecer que hay algunas necesidades que parecerían más importantes que otras pero éstas fueron consultadas, directamente con el cliente, además de no olvidar que unas se relacionan con otras.

5.-DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA:

Problema	Etiología	Manifestaciones
Alteración en la movilidad física.	Debilidad muscular y sensitiva.	Incapacidad para la contracción muscular de miembros inferiores, y ausencia de sensibilidad.

Enunciado:

1.- Alteración en la movilidad física relacionada con debilidad muscular y sensitiva manifestada por la incapacidad para la contracción muscular de los miembros inferiores, y ausencia de sensibilidad en los mismos.

Problema	Etiología	Manifestaciones
Intolerancia a la actividad.	Descondicionamiento por reposo en cama.	Dolor, debilidad y fatiga, después de la fisioterapia.

Enunciado:

2.- Intolerancia a la actividad, relacionada con descondicionamiento por reposo en cama, manifestado por dolor, debilidad y fatiga, posterior a la fisioterapia, en el movimiento y fortalecimiento de las extremidades.

Problema	Etiología	Manifestaciones
Dolor.	Actividad física de fortalecimiento de miembros superiores y tórax, y movimiento de miembros inferiores.	Facies de dolor, negación a la actividad.

Enunciado:

3.- Dolor, relacionado con la actividad física de fortalecimiento de miembros superiores y tórax, y movimiento de miembros inferiores, manifestado por facies de dolor, negación a la actividad.

Problema	Etiología	Manifestaciones
Alteración en la perfusión hística periférica.	Inmovilidad y falta de suministro nutricional a los capilares.	Puntos hiperémicos en ciertas partes de los miembros pélvicos, y presencia de úlceras por decúbito.

Enunciado:

4.-Alteración en la perfusión hística periférica relacionada con inmovilidad y falta de suministro nutricional a los capilares manifestado por puntos hiperémicos en ciertas partes de miembros pélvicos, y presencia de úlceras por decúbito.

Problema	Etiología	Manifestaciones
Deterioro de la integridad cutánea.	Inmovilidad, efectos de presión, fricción y maceración.	Por puntos de presión y úlceras.

Enunciado:

5.-Deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad, efectos de presión, fricción y maceración, manifestados por puntos de presión y úlceras en miembros pélvicos.

Problema	Etiología	Manifestaciones
Infección.	Presencia de úlceras por decúbito.	Presencia de secreción seropurulenta, presencia de microorganismos patógenos y periferia enrojecida de lesiones.

Enunciado:

6. -Infección relacionada con presencia de úlceras por decúbito en distintas partes del cuerpo, manifestadas por presencia de secreción seropurulenta, presencia de microorganismos patógenos en éstas, y periferia enrojecida de las lesiones.

Problema	Etiología	Manifestaciones
Déficit de auto cuidado.	Alteración sensitiva y motora de miembros pélvicos.	Disminución en la capacidad física, para el baño y cambio de ropa de extremidades inferiores.

Enunciado:

7.-Déficit de auto cuidado relacionada con su alteración sensitiva y motora en miembros pélvicos, manifestado por la disminución en su capacidad física para el baño y cambio de ropa, en extremidades inferiores.

Problema	Etiología	Manifestaciones
Alteración en el patrón de eliminación urinaria.	Afectación neurógena.	Falta de sensibilidad al miccionar, llegando a la incontinencia total

Enunciado:

8.-Alteración en el patrón de eliminación urinaria relacionada con la afectación neurógena, manifestada por falta de sensibilidad para miccionar, llegando a la incontinencia total, que llevó a la colocación de la sonda vesical suprapúbica

Problema	Etiología	Manifestaciones
Infección.	Procedimientos invasivos, como presencia de sonda suprapúbica y colostomía sigmoidea.	Presencia de microorganismos patógenos no colonizantes propios de aparato urogenital.

Enunciado:

9.-Infección relacionada con los procedimientos invasivos como son la presencia de sonda suprapúbica vesical y colostomía sigmoidea, manifestado por la presencia de microorganismos patógenos, no colonizantes propios del aparato urogenital.

Problema	Etiología	Manifestaciones
Alteración en la eliminación intestinal.	Falta de control de esfínter voluntario.	Incontinencia fecal.

Enunciado:

10.-Alteración en la eliminación intestinal, relacionada con la falta de control de esfínter voluntario, (secundario a lesión de la médula espina), que conllevó a la colocación de la colostomía, manifestado por incontinencia fecal.

Problema	Etiología	Manifestaciones
Potencial de alteración en la nutrición por defecto.	Inmovilidad de miembros pélvicos.	Incapacidad para procurarse sus alimentos.

Enunciado:

11.-Potencial de alteración en la nutrición por defecto, relacionados con la inmovilidad de miembros pélvicos, manifestada por la incapacidad para procurarse sus alimentos.

Problema	Etiología	Manifestaciones
Riesgo de alteración en el mantenimiento de la salud.	Falta de conocimientos suficientes, con respecto a la actividad de la insulina, y la necesidad de ésta en la alteración metabólica que presenta.	Negación en ocasiones para aplicarla.

Enunciado:

12.-Riesgo de alteración en el mantenimiento de la salud en relación con la falta de conocimientos suficientes concretos entre la actividad de la insulina y las necesidades de ésta en la alteración metabólica que presenta, manifestada por negación en ocasiones para aplicarla.

Problema	Etiología	Manifestaciones
Alteración en el mantenimiento de la salud.	Conocimiento insuficiente de los efectos del consumo del tabaco y marihuana.	Por el consumo de éstos.

Enunciado:

13.-Alteración en el mantenimiento de la salud relacionado con conocimiento insuficiente de los efectos del consumo de tabaco y marihuana, manifestado por el consumo de éstos (obviamente dentro del hospital no).

Problema	Etiología	Manifestaciones
Ansiedad.	Larga estancia hospitalaria.	Inquietud, aprensión, desamparo, nerviosismo, impaciencia, incapacidad para relajarse y expectativas catastróficas.

Enunciado:

14.-Ansiedad relacionada con larga estancia hospitalaria, manifestada por inquietud, aprensión, desamparo, nerviosismo, impaciencia, incapacidad para relajarse y expectativas catastróficas.

Problema	Etiología	Manifestaciones
Alteración en los patrones de sexualidad.	Pérdida de sensibilidad de órganos genitales.	Pérdida de la función sensitiva y eréctil en pene.

Enunciado:

15.-Alteración en los patrones de sexualidad relacionados con la pérdida de la sensibilidad en los órganos genitales, manifestada por la pérdida de la función eréctil y sensitiva del pene.

Problema	Etiología	Manifestaciones
Alteración en los procesos familiares.	El impacto de la alteración física del cliente.	Expresiones frecuentes de la madre y la abuela sobre su porvenir.

Enunciado:

16.-Alteración en los procesos familiares relacionados con el impacto de la alteración física del cliente, manifestado por expresiones frecuentes de la madre y la abuela sobre su porvenir.

Problema	Etiología	Manifestaciones
Alto riesgo de lesión.	Movilidad y sensibilidad alteradas.	Verbalización de falta de realismo en cuanto a los factores causales.

Enunciado:

17.-Alto riesgo de lesión relacionada con movilidad y sensibilidad alterada, manifestada por verbalización de falta de realismo en cuanto a los factores causales; el cliente cree que no podrá pasarle nada.

6.- PLAN DE CUIDADOS:

Diagnósticos de Enfermería

1.- Alteración en la movilidad física relacionada con debilidad muscular y sensitiva manifestada por la incapacidad para la contracción muscular de los miembros inferiores, y ausencia de sensibilidad en los mismos.

Objetivo:

- Propiciar a movilidad y la sensibilidad en los miembros pélvicos.
- Propiciar una alineación corporal, para prevenir complicaciones.
- Mejorar el estado general.
- Mejorar y fortalecer la fuerza muscular de miembros pélvicos.
- Evitar molestias por dolor incapacitante.

Intervenciones de Enfermería:

A.- Valorar los factores causales: en este caso el traumatismo directo a columna.

B.- Reducir o eliminar los factores concurrentes:

1. - Aumentar la movilidad de los miembros: Diferirlo al departamento de fisioterapia para realizar ejercicios de movilización , mínimo 4 veces al día. Ejercicios lentos, para propiciar la contracción de los músculos, moviendo piernas y brazos suavemente a tolerancia, en posición supina de preferencia.

- Sostener las extremidades con almohadas, par prevenir o reducir el edema.

- Dar analgésico, previo a la actividad.

- Aplicar calor o frío, para reducir el dolor, edema o hasta hematomas.

- Animar al paciente a realizar los ejercicios para los miembros específicos, según la Indicación médica o del fisioterapeuta.

- Realizar los ejercicios en los miembros superiores para aumentar la fuerza.

2. -Propiciar la alineación del cuerpo para evitar complicaciones:

- Utilizar sostén o tabla para alinear los pies.

- No estar mucho tiempo sentado o en una sola posición.

- Utiliza almohadas en la espalda cuando esté en fowler o semifowler.

- Cuando se movilice apoyar la mano y la muñeca, tiene que estar alineado.

- Si está acostado o en prono, se puede colocar una toalla enrollada, o almohada bajo la curvatura lumbar o costal.

- Se pueden colocar bolsas de arena bajo las caderas o en los muslos para sostén.

- Si se encuentra en lateral, colocar almohadas para apoyar las piernas desde la ingle hasta los pies, y una almohada para flexionar ligeramente el hombro y el codo.

- Si es posible utilizar férulas en las muñecas para evitar contracturas.

- Cambios de posición frecuentes.

C.- Proporcionar educación sanitaria:

- Enseñarle la forma adecuada de trasladarse de la cama a la silla, diciéndole la manera de movilizar sus extremidades insensibles, e indicarle el adecuado manejo de la silla de ruedas, indicándole sus riesgos y facilidades.
- Darle información sobre posibles complicaciones de la movilidad como flebitis, úlceras por decúbito, llagas por presión, infecciones y compromiso neurocirculatorio distal.

Observaciones:

- Se deben erradicar los factores concurrentes, principalmente la falta de movilidad.
- Se debe evitar el dolor, edemas o lesiones dérmicas agregadas.
- Estar pendiente de la mejor alineación corporal.
- Disiparle dudas en cuanto a su tratamiento y fomentarle la enseñanza.

2.- Intolerancia a la actividad, relacionada con desacondicionamiento por reposo en cama, manifestado por dolor, debilidad y fatiga, posterior a la fisioterapia, en el movimiento y fortalecimiento de las extremidades.

Objetivos:

- Identificar los factores que contribuyen a la falta de condición física.
- Participar activamente en los tratamientos planificados por fisioterapia para minimizar o revertir los efectos de la inactividad.
- Tratar de aumentar la energía y fuerza suficiente para participar y completar las actividades deseadas o requeridas.

Intervenciones de enfermería:

A.- Factores causales:

- Confinamiento al reposo en cama prolongado, así como trastorno de la función motora y sensitiva que lo afecta, así como la tardía asistencia a fisioterapia, para la ejercitación muscular debida a la infección.
- Evitar el mayor confinamiento en la cama, proporcionando cambios de posición continua, trasladarlo a otro lugar, como la silla de ruedas, de modo que esté cómodo, por lo menos con cambios cada dos horas.

B.- Controlar la respuesta de la actividad, iniciando poco a poco hasta alcanzar la actividad indicada.

C.- Iniciar educación sanitaria y utilización de recursos, reforzando en conjunto con él Fisioterapeuta, y el nutriólogo y hasta el endocrinólogo los requerimientos reales del cliente.

D.- Continuar con la realización de ejercicios pasivos y la fisioterapia para mejorar su condición Física.

Observaciones:

- El paciente logró ingerir dieta de acuerdo con sus necesidades.
- No pudo llevar a cabo por completo el programa de fisioterapia en su totalidad ya que su estado de fatiga y dolor no se lo permitió, comprometiéndose a llevarlo a cabo dentro de la medida de lo posible en su domicilio.

3.-Dolor, relacionado con la actividad física de fortalecimiento de miembros superiores y tórax, y movimiento de miembros inferiores, manifestado por facies de dolor, negación a la actividad.

Objetivos:

- Recibir confirmación de que el dolor existe.
- Controlar el dolor.
- Identificar las actividades que aumentan y disminuyen el dolor.

Intervenciones de Enfermería:

- Valorar los factores que causan la intolerancia de la actividad como los ejercicios de fisioterapia que le provocan fatiga, molestia dolorosa en espalda probablemente por la barra de Luque en columna.
- Reducir o eliminar los factores que le causan o incrementan la experiencia dolorosa, mencionando que es parte del tratamiento, la fisioterapia.
- Explicar la probable causa del dolor, comentando la eficacia de los analgésicos, previos a la actividad.
- Colaborar con el cliente para determinar qué métodos podrían utilizarse para reducir la intensidad del dolor, valorando la voluntad del cliente para participar en su tratamiento.
- Dar ciertas indicaciones de cómo relajarse, para evitar la tensión muscular. Utilizar almohadas para apoyar la parte adolorida, dar masaje, logrando que la familia participe.
- Proporcionarle al cliente un alivio óptimo del dolor cuando éste se presente, aplicándole los analgésicos prescritos, explicando y reconociendo sus reacciones secundarias.
- Apoyar a los familiares a que respondan positivamente a la experiencia dolorosa, valorando los conocimientos de la familia y la respuesta a ésta experiencia, corregir ideas equivocadas, entablando comunicación con los familiares.
- Ayudar al paciente después del dolor, animándole, tratando de elevar su autoestima.

Observaciones:

- Manejo hasta donde se pudo la resistencia al dolor.
- Conoció los métodos de relajación, que fueron poco resolutorios.
- Dejó de realizar en ciertos días por completo los ejercicios de fisioterapia.

4.-Alteración en la perfusión hística periférica relacionada con inmovilidad y falta de suministro a los capilares manifestado por puntos hiperémicos en ciertas partes de miembros pélvicos, y presencia de úlceras por decúbito.

Objetivo:

- Mejorar la perfusión hística, es decir mejorar la nutrición celular.
- Evitar lesiones que intervengan en la integridad cutánea.
- Evitar alteraciones en el sistema vascular periférico, tanto venosos como arterial.
- Identificar los factores que inhiben la circulación periférica.
- Identificar el tratamiento médico, dieta, medicamentos y actividades que promueven la vasodilatación y mejores la circulación periférica.

Intervenciones de enfermería:

- A.- Valorar los factores causales, como son la hipoactividad de miembros pélvicos.
- B.- Promover factores que mejoren el flujo arterial como:
 - Mantener extremidades en posición descendiente, por corto tiempo.
 - Tratar de mantener la termorregulación en las extremidades.
 - Tener cambios de posición, al menos cada 2 horas, teniendo una ejercitación en las extremidades.
 - No cruzar las piernas, evitando puntos de presión.
 - Insistir en que debe de dejar de fumar.
- C.- Promover factores que promueven el flujo venoso como:
 - Elevar las extremidades por arriba del nivel del corazón.
 - Evitar estar tanto tiempo sentado o con las piernas colgando.
 - Aplicar vendaje compresivo o media elásticas por debajo de las rodillas, para evitar estasis venosa.
 - Evitar colocar almohadas por debajo de las rodillas.
- D.- Inicia la educación sanitaria:
 - Enseñarle a no permanecer durante mucho tiempo, no más de dos horas, en una sola posición, mantener limpia, seca y lubricada la piel, ya que las grietas favorecen la infección, mantenerse cobijado.
 - Poner atención especial en el estado de los pies y de los ortejos: Lavarlos y secarlos diariamente, no remojarlos y usar ropa limpia.
 - Examinar diariamente el estado de las extremidades inferiores.
 - Enseñar la modificación de los factores de riesgo:
 - Dieta: evitar alimentos que contengan colesterol, modificar la ingesta de sodio, remitirse al Dietista.
 - Estrés: Enseñar métodos de relajación, permitir que se desahogue.
 - Hábitos: principiado con dejar de fumar, mejorar la dieta, favorecer el ejercicio.
 - Estado físico: en la observación de alteraciones agregadas acudir a revisión médica.

Observaciones:

- Mejoró el estado de salud general.
- Estuvo de acuerdo con los cambios en la actividad física que debe realizar.
- Poco a poco aprenderá a observar los cambios en torno a su estado físico que son problemáticos.

5.-Deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad, efectos de presión, fricción y maceración, manifestados por puntos de presión y úlceras en miembros pélvicos.

Objetivos:

- Identificar la causa de la destrucción mecánica de los tejidos.
- Identificar los fundamentos racionales de tratamiento.
- Mostrar cicatrización progresiva de tejido, llevando a cabo un plan que lo promueva.
- Valorar e identificar el riesgo o la causa.
- Mostrar la integridad en la piel libre de úlceras por presión.

Intervenciones de enfermería:

- A.- Identificar el riesgo o causa, que es la inmovilidad.
- B.- Intentar reducir los factores concurrentes:
- Fomentar los ejercicios y cambios de postura, para aumentar el flujo sanguíneo a todas las áreas vulnerables.
- C.- Identificar el estadio de desarrollo de la úlcera:
- Estadio I: Eritema no blanqueable.
 - Estadio II: Ulceración de la dermis que no involucra el tejido graso.
 - Estadio III: Ulceración que involucra el tejido graso.
 - Estadio IV: Ulceración extensa que penetra en músculo y hueso.
- D.- Prevenir la extensión de la úlcera.
- Realizar curación de la zona afectada dejándola seca.
 - Proteger la parte sana de la zona afectada, se pueden aplicar apósitos de duoderm, para sellar la piel, y en caso de ser muy profundas son de mucha utilidad y específicas las tiras de algas marinas para favorecer la proliferación celular.
 - Aumentar la ingesta de calorías, proteínas y carbohidratos, para promover un balance de nitrógeno, para promover la cicatrización, teniendo bajo vigilancia la albúmina sérica para control del estado general, vigilando también la adecuada ingesta de vitaminas y minerales.
- E.- Desarrollo de un plan para tratar las úlceras ya establecidas.
- Valorar la úlcera en su estadio: las identificadas se encuentran en primer, tercero y cuarto Estadio, en nuestro paciente.
 - Desbridar el tejido necrótico, lavando la base de la herida con solución salina, las últimas veces ya con agua jabonosa.
 - Se deberá proteger la piel con la aplicación de material hidrocoloide, y en úlceras profundas la aplicación de algas marina, para promover el tejido de granulación y provocar la

proliferación celular, y en ocasiones se pudiera dar en el caso de la utilización de gel de aluminio y magnesio, para favorecer la sequedad.

- Aplicar antibióticos IV, para erradicar la infección.

Observaciones:

- Se identifico la causa
- Se mostró la cicatrización progresiva del tejido hasta obtener la integridad de la piel, permaneciendo.
- La persona aprenderá a manejar las instrucciones de prevención para evitar las decaídas.

6.-Infección relacionada con presencia de úlceras por decúbito en distintas partes del cuerpo, manifestadas por presencia de secreción seropurulenta, presencia de microorganismos patógenos en éstas, y perifería enrojecida de las lesiones.

Objetivos:

- Disminuir la infección y los factores de riesgo.
- Estimular la restauración de la circulación y la función celular.
- Limitar las necrosis de regiones más profundas.

Intervenciones de enfermería:

- Identificar la existencia y el microorganismo patógeno, causante de la infección, para valorar su tratamiento.
- Ministrar los medicamentos, antibióticos intravenosos, como indicado.
- Mejorar la salud general del cliente para asegurar una curación , asegurando una buena nutrición.
- Se debe de practicar limpieza mecánica diaria de la úlcera, esto poco a poco elimina la infección y estimula la regeneración del epitelio: se debe utilizar soluciones estériles y se puede debridar el tejido necrótico, ya que éste favorece la infección, retrasa la granulación e impide la curación.
- Se pudiera colocar una forma de drenaje, como lo serian las algas marinas, en la úlceras, teniendo precaución con la secreción, para evitar infecciones cruzadas.
- Apoyo en cuanto la movilización continua.

Observaciones:

- Se mantuvo la estabilidad de la salud general del cliente.
- El paciente logró erradicar la infección en las diferentes úlceras y llegar a eliminarlas.
- Se recuperó la continuidad de la piel.

7.-Déficit de autocuidado relacionada con su alteración sensitiva y motora en miembros pélvicos, manifestado por la disminución en su capacidad física para el baño y cambio de ropa, en extremidades inferiores.

Objetivo:

- Identificar las preferencias del paciente para bañarse.
- Mostrar una higiene óptima después de la ayuda con los cuidados.
- Participar activamente en las actividades de la alimentación, vestido y baño.

Intervenciones de enfermería:

A.- En cuanto a alimentación:

- Reeducar al paciente en cuanto a los alimentos que puede o no ingerir, es decir en conjunto con el dietista delimitar los alimentos necesarios para que le proporcionen la suficiente energía.

B.- En cuanto a la ropa:

- Principalmente están enfocados a la calidad en las ropas que debe de usar, siendo ropa principalmente de algodón, para evitar sudaciones e infecciones, y floja para facilitar la circulación, haciendo hincapié que debe de ser de total agrado para el cliente.

C.- En cuanto al baño:

- Como hay pérdida de la actividad motora y sensitiva, hacer hincapié a los familiares de la importancia de asistirlo para su baño, ya que pudiera sufrir accidentes como caídas o quemaduras, orientándoles sobre la posibilidad de utilizar accesorios para el baño como lo son espejos, para inspeccionar zonas que no son de fácil visualización, reafirmando que a los miembros inferiores hay que darles el mismo manejo que el resto del cuerpo, acentuando la utilización de cosméticos para mejorar la apariencia.
- Hacer adaptaciones al cuarto de baño, para facilitar al paciente la utilización.

Observaciones:

- El paciente se adecuo fácilmente a las enseñanzas y se logró que aprendiera a bañarse casi sin ayuda.
- Llevó una higiene adecuada en la estancia hospitalaria.

8.-Alteración en el patrón de eliminación urinaria relacionada con la afectación neurógena, manifestada por falta de sensibilidad para miccionar, llegando a la incontinencia total, que llevó a la colocación de la sonda vesical suprapúbica.

Objetivos:

- Lograr que la persona sea capaz de identificar los fundamentos racionales del tratamiento, de la sonda.

Intervenciones de Enfermería:

1.-Recalcarle la información necesaria con respecto a la colocación de la sonda suprapúbica a permanencia.

2.-Los cuidados son encaminados principalmente a prevenir la infección urinaria y fomentar el flujo de orina para el sistema de drenaje.

- Favorecer el descenso de orina por el drenaje, el tubo debe de estar bien alineado para facilitar el flujo y evitar tensión vesical.
- Verificar que la sonda no se encuentre a tensión y que el tubo del cistoflo esté bien sujeto a la cama, para que no se caiga y la pueda desprender.
- Hay que asegurar que continúe el descenso de la orina por gravedad, verificando la ausencia de asas en el tubo antes de su entrada al recipiente de drenaje, además de que éste último se sitúe en el plano inferior de la vejiga.
- Comprobar que el sistema de drenaje esté bien sellado y cerrado, cerciorándose de que no haya fugas en los sitios de conexión.
- Observar el flujo de orina en características y cantidad, y en caso de haber coágulos o restos de mucosidad, o sedimento, dar aviso al médico para planear el tratamiento a seguir, insistiendo en la ingesta de líquidos.
- No desconectar la sonda del tubo de drenaje a menos que sea necesario.
- Implementar y reforzar las técnicas de lavado de manos, para la manipulación de la sonda, realizando curación en el sitio de inserción de la sonda, evitando la humedad en la periferia de la misma.
- Insistir en la ingesta de líquidos.

Observaciones:

- Quedaron entendidas las indicaciones sobre el cuidado de la sonda.
- Se tendrán que disminuir los riesgos de infección y las mismas infecciones.

9.-Infección relacionada con los procedimientos invasivos como son la presencia de sonda suprapúbica vesical y colostomía sigmoidea, manifestado por la presencia de microorganismos patógenos, no colonizantes propios del aparato urogenital.

Objetivos:

- Limitar la posibilidad de infecciones y factores causales.
- Hacer hincapié en que hay riesgo de infección en cualquier momento y orientar sobre medidas preventivas.

Intervenciones de enfermería

- Identificar plenamente los factores predictivos: que son la sonda suprapúbica y la colostomía sigmoidea, que no dio problemas.
- Tratar de reducir la entrada de microorganismos patógenos al organismo, enseñando medidas higiénicas de manejo de la sonda y la colostomía.
- Evaluar continuamente el estado de la orina, para identificar a tiempo invasiones patógenas.
- Valorar signos y síntomas anormales.
- Insistir en la ingesta de abundantes líquidos.
- Utilizar y técnicas de limpieza adecuadas para la manipulación de la sonda.
- En caso de identificar gérmenes patógenos ministrar los medicamentos específicos para su erradicación, llevando a cabo la utilización de estudios adicionales de laboratorio para identificar los gérmenes, vigilando el uso adecuado o excesivo de antibióticos.
- Enseñar al individuo y a la familia las causas, riesgos y transmisiones de la infección.

Observaciones:

- Logró el cliente conocer la mayoría de las actividades de higiene y llevarlas a cabo.
- Se eliminó el microorganismo patógeno existente.
- La familia comprendió la importancia de los métodos de identificación de infección de las vías urinarias, siendo el problema de índole anatómico y funcional, la causa de la infección.

10.-Alteración en la eliminación intestinal, relacionada con la falta de control de esfínter voluntario secundario a lesión de la médula espinal, que conllevó a la colocación de la colostomía, manifestado por incontinencia fecal.

Objetivo:

- Mantener una función intestinal de eliminación adecuada.
- Aumentar la capacidad del paciente para el cuidado de su colostomía.
- Evitar laceraciones de la piel.

Intervenciones de enfermería:

- Valorar la capacidad del individuo para participar, siendo que éste es muy cooperador.
- En cuanto a los cuidados de la colostomía, primero es el cuidado a la piel, que consiste en colocar adecuadamente el disco que delimita la periferia del estoma, dentro del cual se coloca embonada la bolsa colectora de desechos fecales, estando recubierta de pasta protectora (stomasive) que ayuda a la cicatrización.
- En cuanto al control del olor, evitar alimentos que produzcan olores agregados como lo son cebollas, coles, huevos, pescados y frijoles, siendo que los olores fecales disminuyen con el yoghurt, el jugo de arándano y el suero de la leche, o tomando una o dos tabletas de bicarbonato o subgalato de bismuto en las comidas y al acostarse.
- En cuanto al control de los gases, evitar comer chicles, alimentos muy condimentados, bebidas gaseosas, rábanos y pepinos..
- Dieta que debe de implementarse con la ingesta de abundantes líquidos, masticar bien, indicando que las frutas y jugos de frutas, y los tomates pueden ocasionar evacuaciones constantes.
- Mejorar el estilo de vida pudiéndose verse afectada, necesitándose apoyo y comprensión, siendo que puede realizar cualquier actividad.

Observaciones:

- Mejoró el estado de la piel periférica del estoma.
- Supo manejar la colostomía adecuadamente.
- No hubo alteraciones fecales.

11.-Potencial de alteración en la nutrición por defecto, relacionados con la inmovilidad de miembros pélvicos, manifestada por la incapacidad para procurarse sus alimentos.

Objetivos:

- Mejoró el aporte nutricional.
- Informar la importancia del aporte alimentario adecuado para el mantenimiento de la salud.

Intervenciones de Enfermería:

- A.- Valorar los factores causales: que son la incapacidad para la movilización de miembros pélvicos, que evita procurarse sus alimentos.
- B.- Eliminar los factores concurrentes, dentro de lo posible:
- Sugerir comidas adecuadas y de bajo costo, erradicando o disminuyendo el uso de alimentos empaquetados o preparados.
 - Tomar en cuenta el aspecto sociocultural.
 - Indicarle o sugerirle alimentos que él pueda ingerir de acuerdo con lo que acostumbran en su región geográfica, proponiéndole sustitutos.

- Sugerirle asistir a sesiones de educación para la salud alimenticia en el centro de salud de su comunidad, en compañía de su familia.
 - Fomentarle reuniones con personas de grupos culturales similares y padecimientos similares para aprender e intercambiar ideas.
 - En cuanto a su deficiencia física: Favorecer alternativas para procurarse y preparar su comidas, como sería enseñarle también a sus familiares para que se sientan apoyados en sus decisiones y heceres, haciendo en compañía de ellos las compras de sus alimentos o en todo caso si es que se encuentra solo encontrar un establecimiento dentro del cual se realicen compras a domicilio.
 - Ayudar a la persona a planificar sus actividades para contar con energía necesaria para hacer la compra y preparación de sus comidas, proponiendo periodos de descanso antes y después de las actividades o durante la actividad.
- C.- Enseñar las técnicas para planificar las comidas para uno:
- Comprar comida en poca cantidad para evitar desperdicios, ya que la familia es pequeña.
 - En cuanto a la fruta valorar su estado de maduración.
 - Cuando se tengan que hacer en gran cantidad tratar de aprovechar para los días siguientes los sobrantes.
 - Se puede sugerir la utilización de leche en polvo y alimentos bajos o nulos en azúcares.
 - Almacenar los geminados en frescos de vidrio, metiéndolos al congelador durante una noche para matar los gérmenes huevesillos.
 - Es muy efectiva la congelación de los alimentos.
- D.- Iniciar educación sanitaria:
- Indicarle en conjunto con el nutriólogo, trabajador social, médico, programas de educación alimentaria y proponiendo consultas constantes con el nutriólogo y revisión médica continua.

Observaciones:

- El paciente mejoró su estado nutricional.
- Obtendrá nuevos conocimientos en cuanto a la mejor preparación y conservación de sus alimentos.
- Estuvo de acuerdo en asistir a sesiones de educación nutricional en conjunto con su familia.

12.-Riesgo de alteración en el mantenimiento de la salud en relación con la falta de conocimientos suficientes concretos entre la actividad de la insulina y las necesidades de ésta en la alteración metabólica que presenta, manifestada por negación en ocasiones para aplicarla.

Objetivo:

- Lograr que se mantengan los niveles de glucosa normales.
- Conservar la salud.
- Entender para qué sirve la aplicación de la insulina.
- Conservar el control de la Diabetes.

Intervenciones de enfermería:

1.- Explicar al paciente para qué sirve la insulina y la importancia de ésta para su organismo. Siendo que es la hormona pancreática por excelencia, que se extrae de los islotes de Langerhans, siendo una proteína obtenida en 1921 por Banting y Best, de Toronto. Se emplea en el tratamiento de la Diabetes por vía subcutánea, reduciendo el azúcar sanguínea y urinario, con acción hipoglucemia, y favorece la utilización por el organismo de los hidratos de carbono, además de disminuir los cuerpos cetónicos de la orina. Se despacha en frascos esterilizados de 5 cc., conteniendo cada cc. Determinado número de unidades según la requerida por el paciente, siendo que se ha mezclado con otras sustancias como globina, hexamina, histona, protamina, zinc con objeto de retardar su absorción y prolongar su acción.

2.- Alentar al paciente a ingerir comidas y bocadillos regularmente dentro el número de calorías prescritas que son de 1800 kcal.

3.-Hacer hincapié en la importancia del ejercicio, de acuerdo con lo que él puede realizar, para la disminución de los niveles de glucosa en la sangre, disminuyendo también los niveles de colesterol y triglicéridos, bajar el estrés, y dar sensación de bienestar.

4.- Enseñar como autoaplicar la insulina subcutánea, insistiendo en que se la debe de aplicar a las dosis y horarios prescritos por el endocrinólogo, vigilando los niveles de glucosa de vez en cuando.

5.-Enseñar los signos de alerta en cuanto a la aplicación de ésta, es decir los signos de hipoglucemia, para que se dirija inmediatamente el médico o ingerir alimentos con abundante glucosa en ese momento.

6.-Alentar al paciente en cuanto a su enfermedad.

Observaciones:

- Logra y conserva la normoglucémia.
- Posterga o impide las complicaciones a largo plazo.
- Cumple con el régimen dietético prescrito.
- Aprendió a aplicarse su insulina adecuadamente en poco tiempo entendiendo la importancia de ésta para su organismo.

13.-Alteración en el mantenimiento de la salud relacionado con conocimiento insuficiente de los efectos del consumo de tabaco y marihuana, manifestado por el consumo de éstos . (Obviamente dentro del hospital no).

Objetivos:

- Eliminar el consumo del tabaco de la marihuana.
- Aumentar los conocimientos de los beneficios de abstenerse de consumir éstas sustancias.
- Reducir considerablemente el consumo de éstos.

Intervenciones de enfermería:

- valorarla situación del paciente, definiendo los hábitos de consumo de tabaco u otras drogas, ya que se fuma de 2 a 3 cigarrillos diarios, aumentando a ésta el consumo de marihuana .
- Informarle sobre los aspectos negativos del consumo del cigarro como escasa resistencia al ejercicio, tos, esputo, infecciones respiratorias, enfermedades dentales, halitosis, malos olores en la ropa, potencial de accidente por fuego, cierta identificación social negativa, cálculo económico elevado y manejarle los síntomas del síndrome de abstinencia . En cuanto enfermedades graves y no lejanas, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, arteriosclerosis, hipertensión arterial, y el letal evento vascular cerebral.
- Enseñarle estrategias disponibles para dejarlo como son: Convicción propia, libros, cintas de autoayuda, técnicas grupales, hipnosis, acupuntura, filtros pastillas y hasta cigarrillos sin tabaco y parches transdérmicos.
- Apoyarle y animarle para obtener el éxito reforzando con el cliente sus razones personales para dejar el tabaco y el consumo de marihuana.

Observaciones:

- Mostró interés en cuanto a dejar estas costumbres adictorias.
- Dentro de la estancia hospitalaria no dio manifestaciones del síndrome de abstinencia
- Manifestó los deseos de dejarlos.

14.-Ansiedad relacionada con larga estancia hospitalaria, manifestada por inquietud, aprensión, desamparo, nerviosismo, impaciencia, incapacidad para relajarse y expectativas catastróficas.

Objetivos:

- Orientar sobre cómo conducir su propia ansiedad y sus patrones de adaptación.
- Buscar un aumento en su nivel de bienestar fisiológico y emocional.
- Encontrar mecanismos de adaptación para enfrentarse a la ansiedad.
- Eliminar los mecanismos de adaptación problemáticos.
- Planear terapias ocupacionales que le disiparán su problema, asistiendo a éste departamento.

Intervenciones de enfermería.

- Ayudar a la persona a reducir su nivel de ansiedad.
- Identificar cuál es el nivel de ansiedad, siendo que es moderado en los últimos días de hospitalización.
- Proporcionar seguridad y bienestar, tratando de permanecer más tiempo con él, no exigirle nada ni pidiéndole que tome decisiones apresuradamente y apoyarle en sus mecanismos actuales de adaptación, permitiéndole que hable, hasta que grite o llore y tratar que no se enfrente a él ni discutir sus defensas o razonamientos.
- Ser consciente de sus preocupaciones y evitar ansiedades recíprocas, aumentar la comunicación, dando expectativas racionales y reales de su problema actual.
- Disminuir la estimulación sensorial, proporcionando un ambiente tranquilo, y bienestar físico, ayudando también a aliviar la aprensión de los familiares proporcionando la suficiente información.
- Cuando la ansiedad halla disminuido lo suficiente como para permitir el aprendizaje, ayudar a la persona a tomar conciencia de su ansiedad para iniciar el aprendizaje o la resolución del problema, valorando el grado de entendimiento, y reforzándolo cada vez que sea necesario.
- Implementar la asistencia a la terapia ocupacional.

Observaciones:

- Pudo superar esos momentos de ansiedad con base en la comunicación.
- Se orientó satisfactoriamente en cuanto a sus perspectivas de vida reales.
- No estuvo más tiempo del necesario dentro del hospital ya que fue valorado y dado de alta ya que su manifestación de querer "irse a su casa", dio pauta para revalorizar su estado y egresarlo.

15.-Alteración en los patrones de sexualidad relacionados con la pérdida de la sensibilidad en los órganos genitales, manifestada por la pérdida de la función eréctil y sensitiva del pene.

Objetivo:

- Identificar el impacto de la pérdida del funcionamiento sexual.
- Identificar las limitaciones en la actividad sexual producidas por el padecimiento.
- Obtener el conocimiento sobre prácticas de sexualidad modificadas.
- Integrarse activamente como persona a una vida sexual y satisfactoria.

Intervenciones de enfermería

- Valorar los factores causales, siendo que el cliente ya está consciente de la falta de función de sus órganos genitales, causando dudas en su porvenir.
- Las lesiones de la médula espinal, que es el trastorno principal de éste cliente, es causante de una flacidez del pene, presentando una nula sensibilidad del órgano, pero se hace hincapié que tras la lesión, y la falta de funcionalidad del pene, se puede separar la función sexual –

genital del erotismo emocional, ya que antes del accidente la función sexual activa era muy importante para él.

- Una de las funciones de Enfermería, aunque limitadas son de gran importancia, ya que en primera instancia se debe remitir a un terapeuta sexual, pero se puede sugerir lo siguiente: Comentarle la posibilidad de opciones sexuales alternativas, en su caso pudiera satisfacer su erotismo, con la práctica del voyerismo, animarlo a experimentar con su pareja la utilización de vibradores, masajes, lenguaje corporal, películas, revistas y hasta juguetes sexuales.

Observaciones:

- El paciente estuvo muy interesado en el nuevo conocimiento de otras actividades sexuales.
- Está aparentemente satisfecho con su situación sexual, ya que su novia lo apoya en todo.

16.-Alteración en los procesos familiares relacionados con el impacto de la alteración física del cliente manifestado por expresiones frecuentes de la madre y la abuela sobre su porvenir.

Objetivos:

- Que la familia aprenda a vivir con el cliente y sus condiciones físicas, participando en su cuidado.
- Adecuar las funciones familiares, manteniendo un sistema de apoyo mutuo de cada miembro de la familia.
- Buscar recursos externos adecuados.

Intervenciones de enfermería.

- Valorar los factores causales. Que son la enfermedad repentina de naturaleza incapacitante, que es la parálisis flácida. Los factores relativos a la familia, esto es identificar la culpabilidad y acusación resueltos de la madre.
- Reconocer los sentimientos del cliente sobre la familia y su situación:
- Se necesita como personal de enfermería, intentar a ayudar a resolver los sentimientos de lástima, evitar practicar los comportamientos de castigo.
- Implementar y orientar sobre las técnicas de comunicación intrafamiliar y con el equipo de salud.
- Acercarse a la familia con cordialidad, respeto y sobre todo apoyo.
- Evitar consejos vagos, confusos y tópicos: como "tranquilo todo irá bien"...
- Reflejar las emociones positivas de la familia para confirmar éstos sentimiento.
- Mantener a la familia informada sobre los cambios de salud del paciente cuando sea apropiado.
- Crear un medio hospitalario íntimo para el paciente que sirva de apoyo para la familia, mantenerlo lo más individual posible.
- Facilitar a la familia y al paciente un lugar de reunión distinto al cuarto.
- Dar información certera y a tiempo del reglamento hospitalario.
- Fomentar las visitas positivas para estimular al paciente.
- Fomentar e incrementar los puntos positivos de la familia.

- Alentar a la familia, haciendo comentarios positivos , que a pesar de oírse muy somero es de gran ayuda.
- Involucrar a los miembros de la familia en el cuidado del cliente.
- Plantearle las posibilidades de encontrar sustitutos que cuiden al joven, para que ellos también tengan ratos libres.
- Involucrar al paciente para que asuma responsabilidades en algunas actividades que contribuyan al funcionamiento familiar.
- Animar a la familia a tener perspectivas realistas, proporcionándoles respuestas con información exacta a sus preguntas.
- Informar a la familia sobre el estado progresivo, de la enfermedad del cliente.
- Comentar las complicaciones de los cuidados del miembro de la familia convaleciente, con todos los miembros de la casa, abarcando recursos disponibles, efectos en los otros miembros, posibilidad de un deterioro, y sobre todo mencionarles, el impacto en el estilo de vida.
- Iniciar la educación sanitaria, incluyendo a los miembros de la familia en sesiones de educación de grupos, remitiendo a la familia a grupos e instituciones públicos o privados de apoyo.

Observaciones:

- La familia se aprecia aparentemente controlada, ya que antes de ingresar al hospital mencionan los tres a que acudan a grupos de apoyo para tratar a clientes con parálisis y con colostomía, siendo que los tres manejan a la perfección en cuidado de ésta.
- Se observaron muy tranquilos y satisfechos con el tratamiento hospitalario.
- Se puede tener una fácil comunicación con los integrantes de la familia, facilitando su atención.

17.-Alto riesgo de lesión relacionada con movilidad y sensibilidad alterada, manifestada por verbalización de falta de realismo en cuanto a los factores causales: el cliente cree que no podrá pasarle nada.

Objetivos:

- Hacer entender al cliente que está en riesgo de lesionarse.
- Identificar los factores que aumentan los riesgos de lesión.
- Concientizarse de que existen los riesgos.
- Iniciar educación sanitaria de protección.

}

Intervenciones de enfermería:

- Valorar la presencia de los factores causales o concurrentes, aunque dentro del hospital eran nulas, pero un riesgo es la falta de sensibilidad táctil de miembros pélvicos.
- Enseñar medidas de prevención, es decir mencionarle que debe valorar la temperatura del agua del baño, antes de su uso, valorar diariamente el estado de las extremidades, principalmente de las inferiores para evitar complicaciones no detectadas, mantener los pies calientes y secos, y la piel suavizada y humectada, llevando a cabo la utilización si es posible de cosméticos para su cuidado.
- Favorecer el ambiente, dentro del hospital cuenta con colchón de agua, barandales, silla de ruedas adecuada a su padecimiento y el paciente sabe las medidas de seguridad de su uso aunque a veces por estar tan confiado, se observa que omite las precauciones.
- Enseñar a la familia las medidas de seguridad en su hogar, mencionando ellos mismos que cuentan con las suficientes, consistiendo con silla de ruedas, rampas, piso antiderrapante, etc.

Observaciones:

- No se observaron más puntos de presión.
- Se concientizó un poco más sobre las medidas de seguridad que debe de realizar.
- No se han manifestado accidentes agregados, ni en la hospitalización ni en su casa.

7.- REGISTRO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y EVOLUCIÓN DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA DEL CLIENTE:

Este es un resumen de los registros de enfermería, desde el día de su ingresa hasta su alta, ya que es importante saber la evolución del paciente, para poder evaluar nuestras acciones como enfermeras, dicho resumen va desde el día 11 de mayo del 2001 hasta el 5 de Julio del mismo año:

Viernes 11 de mayo:

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Ingresas cliente procedente de su domicilio en Chihuahua, en silla de ruedas, bien hidratado, adecuada coloración de tegumentos, buena higiene, se registras signos vitales de T:A:110/70 mmHg, F.C.: 90 por min., Temp: 36.5 ° C y F R: 20 por min., cooperador al manejo, presenta cicatriz quirúrgica a nivel lumbar y abdomen, úlceras por presión a nivel se sacro, con salida de secreción seropurulenta, en ambas crestas ilíacas y talones, colostomía sigmoidea, con salida de heces de aspecto normal, sonda suprapúbica a derivación conectada a cistoflo drenando orina de aspecto macroscópico ligeramente concentrada, no hay movilidad ni sensibilidad en miembros pélvicos. Con un diagnóstico médico de ingreso de : Parálisis flácida postraumática y úlceras por presión, con un plan: Antibióticoterapia, recibiendo valoración ortopédica y pediátrica, se toman muestras de laboratorio para Biometría hemática, coagulograma, química sanguínea, proteína C reactiva, urocultivo, grupo y Rh, examen general de orina, y se toman placas radiográficas. La sonda suprapúbica se colocó el 24 de abril de 2001, menciona ser alérgico a la dipirona y a la penicilina. Se indica una dieta normal, se canaliza vena periférica con sol. Hartman para mantener vena permeable, se indica Keflín (cefalotina) 2 gramos intravenosos cada 6 horas, realizándose baño de admisión, con curación de heridas, se toman cultivos de úlceras. Se encuentra constipado de la nariz, así como irritado indicádosele pomada y aseos nasales.

Se obtienen resultados de laboratorio resultando en urocultivo desarrollo de Klebsiella Pneumoniae y Staphylococcus aureus, los demás resultados de laboratorio dentro de límites normales, quedando pendientes los de los cultivos, electrolitos sérico y depuración de creatinina.

Sábado, 12 de mayo:

Presenta una evacuación amarillenta líquida, ministrándosele bactim, posteriormente a la exploración presenta rash en cara, cuello y abdomen. Se le suspende el medicamento se mantiene en observación y se elimina la molestia, se coloco por parte de enfermería crema lubricante, y se trata de dar apoyo emocional, se cubren las úlceras con algas marinas es decir Kaltostat, la del sacro y crestas ilíacas que son las más profundas, se cubren con duo-derm, previa curación en el baño con agua jabón y abundante enjuague procurando queden limpias y secas, presenta petequias en el dorso del pie, paroniquia en primer ortejo de pie izquierdo, descamación de la piel, que se lubrica con aceite, se ordenan laboratorios de estudio de depuración de creatinina y filtrado glomerular obteniéndose la orina directa de la bolsa colectara hacia un frasco estéril. Es valorado por el cirujano plástico en donde decide manejarlo con curaciones por enfermería y aplicación de hidrocoloides, infectología indica tratamiento antibiótico como estaba indicado,

observándose por la tarde y la noche pies edematizados por lo que se decide vendar extremidades, mantenerlas en elevación , se colocan bolsas de arena para mantener el cuerpo alineado, se colocan bolsas de agua por debajo de los pies para evitar puntos de presión y se mantiene en observación.

Domingo, Mayo 13:

Continua con su curación a primeras horas de la mañana como se mencionó, se registran signos vitales dentro de parámetros normales, continua con duoderm y Kaltostat en úlceras, hoy no se retiraron para permitir que realicen su función, se realiza la recolección de orina para el filtrado glomerular, se insiste en la ingesta de líquidos.

Lunes, Mayo 14:

Se reciben los resultados de laboratorio, normales a excepción de la glucosa que la reportan de 320 mg/dl, y en cultivos desarrollo de gérmenes patógenos. Se mantiene con estrecha vigilancia de signos vitales, que se encuentran normales, se suspende el ayuno, se insiste en la ingesta de líquidos, se le comunica al médico endocrinólogo e indica una dieta de 1500 kcal, explicándole al paciente y familiares , la cual se cambia la dieta así mismo se trata de explicar principalmente al paciente su nuevo padecimiento, presenta una evacuación líquida, se suspenden los líquidos intravenosos y se inicio tratamiento vía oral, ya que no tolera la venoclisis, se infiltra fácilmente.

Martes, Mayo 15:

Presenta enrojecimiento en mentón y cuello, se le comunica al pediatra indicando que se le realice el baño con jabón de avena explicándole al paciente los procedimientos, la causa probable de su estado, se decide cambiar sonda suprapúbica por enfermería , por la ya larga permanencia de ésta estando previamente indicada por el médico, por una # 24, pero se obtienen coágulos de sangre, sensación a la extracción en abdomen, procedimiento bajo técnica estéril estricta, no quiso comer , se da apoyo emocional ya que se observa triste, iniciándose nuevamente el medicamento antibiótico vía oral, sugiriendo valoración por nefrología y endocrinología, se toman nuevas placas de rayos "x", recibiendo los resultados de urocultivo reportando desarrollo de Klebsiella Pneumoniae.

Miércoles, Mayo 16:

Se le realiza curación en úlceras, lo valora cirugía plástica y reconstructiva, indicando colocarlo en cama striker, se observan las periferias de las úlceras lastimadas se decide aplicar stomasive, y se vuelven a cubrir las úlceras con duoderm , realiza evacuación pastosa no fétida, no se observaron alteraciones gástricas. Se decide por enfermería colocar colchón de agua, vigilando siempre la alineación corporal evitando provocar nuevos puntos de presión en todo momento, se le da enseñanza a l familiar de cómo movilizarlo adecuadamente y de cómo dar masaje con ayuda del mismo colchón.

Jueves, Mayo 17:

Continúa con cambios de posición cada 2 horas, explicándosele la razón de esto tanto al familiar como principalmente al paciente, se toma muestra de glucosa sérica reportando 302 mg/dl, creatinina en suero normal, y se le indica tratamiento con insulina explicándole el por que de éste tratamiento, se le aplica por enfermería mencionándole que debe aprender a aplicárselo solo.

Viernes, Mayo 18:

Continúa en cama Striker, se le da baño y curación de heridas con mismo manejo observándose todavía saliente de exudado, se registran signos vitales de TA: 128/75, FR:22 por min. FC: 82 por minuto y temperatura de 36.7°C, pero al medio día se observa nuevamente rash, en cuello cara y tórax, probablemente por la amikacina, se indica avapena que se ministra de inmediato y se decide suspender el medicamento, las condiciones de la orina mejoran, ya que se insiste constantemente en la ingesta de líquidos, se da explicaciones constantes al paciente y a la familia de lo que le sucede. Hoy se indica nuevamente nueva toma de urocultivo en donde no hubo desarrollo de gérmenes.

Sábado, Mayo 19:

Se observa con adecuadas condiciones generales, lo revalora nefrología, mencionando se encuentra bien, continúa con cambios de posición cada dos horas, procurando la alineación corporal, se insiste en la ingesta de los alimentos ya que no los quiere tomar en su totalidad refiriendo que sino se le podrían traer, tacos algo más, ya que con eso no se siente satisfecho, se reporta nuevamente glucosa de 193 mg/dl, continuando la aplicación de la insulina por enfermería pero en cada aplicación se le da enseñanza para que posteriormente lo realiza, se coloca bolsita de hielo para disminuir el hematoma en brazo por la obtención de la muestra de sangre.

Domingo, Mayo 20:

Amanece con enrojecimiento ocular, presenta rash generalizado, se realiza baño con el jabón indicado tratando de mantener lubricada la piel, acude gustoso al área de recreación, se mantiene en observación por el rash, que disminuye en poca cantidad, se le enseña nuevamente las medidas de seguridad de traslado, presentándose muy confiado de que ya sabe manejarlas, se le realiza lavado ocular y se le aplica antiirritante indicado.

Lunes, Mayo 21:

Continúa con rash, se le comunica a pediatría, indicando talco de maíz, se suspende la cama striker, presenta eritema en brazos, pies y cara, lo valora nuevamente infectología, mencionando que es una dermatitis atópica, sugiriendo consulta con dermatología, se observa que come bien, se lleva hasta el momento una buena comunicación tanto con lo familiares como con el paciente,

pero por la noche presenta síntomas gripales, reportando signos vitales con una temperatura de 37.7°C, el resto normales, se reporta una glucosa de 372 mg/dl, sugiriendo ortopedia revaloración por endocrinología, no dando manifestaciones agregadas. Se ofrecen bebidas calientes por la noche y se cuida que no haya ráfagas de aire que empeoren sus síntomas gripales.

Martes, Mayo 22:

Lo valora dermatología indicando crema eucerin, tratando de mantener siempre limpia y seca la piel sana como la lesionada, cuidando de la alineación corporal y proporcionando cambios de posición frecuentes, continua con el rash en cuello y tórax, registrándose signos vitales de TA:123/78, FC: 78 por min., FR: 22 por min. y Temp. De 36.7°C., lo valora nuevamente urología, mencionando manejarlo de la misma manera, se reciben resultados de EGO, encontrándose normales. Se le recortan la uñas tanto de manos como de los pies, habiendo desaparecido la descamación de la piel. Las úlceras continúan con curación diaria ya con mejoría, ya ha disminuido la secreción.

Miércoles, Mayo 23:

Continua con curación en las úlceras y aplicación de Kaltostat y duoderm en úlceras, se realiza cambio de placa de colostomía aplicando alcagel en periferia para refrescarla, y se coloca pomada de estomasive, como protección, presenta rash nuevamente después del baño, se lubrica la piel con la crema indicada, continua con venoclisis y antibiótico intravenoso, aumenta el rash después de la aplicación del Keflin procurando que este esté bien diluido y aplicándolo lentamente, por lo que se decide suspenderlo, se ministra nuevamente avapena, habiéndose registrado signos vitales dentro de parámetros normales.

Jueves, mayo 24:

Se le indica lertamine D, ya que no disminuye el rash, posteriormente se indica claritine, y lo valora endocrinología, indicándole nueva dosis de insulina, con toma de glucosa y dextrostix, postprandial, se le dice al paciente el motivo de éste procedimiento, aceptándolo gustoso, casi se atreve a aplicarse la insulina solo , pero le da miedo todavía, se toma muestra para medir glucosa obteniéndose resultado de 110mg/dl, se le vuelve a indicar interconsulta con dermatología y continua con la venoclisis que, ha mantenido son complicaciones aprendió a cuidarla mejor.

Viernes, Mayo 25:

Se registran signos vitales normales, continúa con la aplicación de la insulina con la técnica de asepecia pertinente, se observan úlceras con mejoría marcada, ya con tejido de granulación desprendiéndose el tejido necrótico, el dextrostix reporta 250 mg/dl de glucosa, de trata de mantener cuidado e íntegro el área de los dedos en donde se toma la muestra, posteriormente a las 15:00 hrs reporta 302 mg/dl de glucosa, posteriormente a las 18: 00 hrs. baja a 180 mg/dl. Se continua con cambios de posición cada dos horas, úlceras con curación, kaltostat y duoderm, en

sacro, crestas iliacas y ambos talones solo se cubren ya con duoderm, ya que se encuentran con integridad de piel solo hay enrojecimiento.

Sábado, Mayo 26:

Se registran signos vitales normales, aparente buen estado general, ya sin rash, ligera dermatitis en brazo derecho que se mantiene con aplicación de la crema y bien lubricada, a la 14:00 glucosa de 110mg/dl, continúa con mismo manejo en úlceras, hoy ya bajó a silla de ruedas por primera vez ya que no dijo las medidas de seguridad pertinentes, fue con dificultad ya que se le tubo que ayudar el camillero y dos enfermeras, y no toleró la posición más de dos horas, lo regresaron a su cama.

Domingo, Mayo 27:

Desaparecieron por completo las irritaciones de la piel, se aprecia orina concentrada, se insiste en la toma de líquidos, glucosa de 110mg/dl a las 11:00 hrs., a las 20:00 hrs. de 250 mg/dl, se aprecia enrojecimiento en cadera derecha, por lo que se protege área con apósito hidrocoloide, se observa y manifiesta irritación en la conjuntiva, iniciándose tratamiento previo lavado ocular, dejándose en ayuno por la toma de nuevos laboratorios.

Lunes, Mayo 28:

Por la mañana se reporta glucosa con 180mg/dl, se indica dieta de 1800 Kcal., a las 10:00 hrs glicemia de 110mg/dl, es valorado por pediatría dejando nuevo tratamiento ocular, con cloranfenicol, a las 14:00 hrs. Se reportan signos vitales normales, asistió a fisioterapia para movilización de miembros pélvicos, tolerando poco la actividad, no presenta mayor molestia, tolera poco la estancia en la silla de ruedas, se le enseña a la madre a darle masajes para relajarlo se trata de que ingiera bastantes líquidos, los laboratorios se reportan un tanto alterados, siendo el de más importancia el urocultivo que lo reportan todavía con desarrollo de *Cándida albicans*, y una glucosa central de 193 mg/dl. Se le indica al cliente el mantener limpias las manos ya que por la toma de los destroxix puede infectarse.

Martes, Mayo 29:

Se observa con buen estado general, signos vitales normales, colostomía con buen estado, sin alteraciones en la heces, se observa periferia de sonda con exudado seroso, se trata de mantener limpia y seca, glucemia con 140 mg/dl, suspendiéndose los dextroxix, aumentando nuevamente las dosis de insulina, continua con colocación de kaltostat y duoderm en úlcera, se dan cambios de posición frecuentes, se recalaliza por flebitis, no acepta la cena se insiste en la necesidad de que hay de que tome sus alimentos, pero no los acepta, la madre se muestra muy cooperados, refiere que le duele la cabeza, registra una TA: 128/80, FC: 89 por min., FR: 21 y una temperatura de 36.8 °C, por lo que se mantiene en observación y se aplica analgésico.

Miércoles, Mayo 30:

Se registran por la mañana signos de TA: 128/78, FR:22 por min., FC: 88 por min., Se observa orina con sedimento se insiste en la ingesta de líquidos, asistió a fisioterapia tolerando poco la actividad a pesar de las compresas calientes y el masaje que le dio el fisioterapeuta, reporta glucemia en bililabstix, continua con ardor en los ojos realizándose lavado ocular y aplicación de los medicamentos como indicado.

Jueves, Mayo 31:

Se aplicó stomasive en úlceras de cresta iliaca, baja a silla de ruedas, reporta signos vitales dentro de parámetros normales, fue a fisioterapia para movilización de miembros pélvicos, y fortalecimiento de miembros superiores, tolerándolo poco. Es valorado por endocrinología, haciendo y confirmando el diagnóstico de Diabetes Mellitus insulino dependiente, explicando el médico y enfermería el padecimiento a los familiares y al paciente, mostrando en todo momento interés y cooperación con el equipo de salud con el tratamiento. Se cambia placa de colostomía, se insiste en la enseñanza de la autoaplicación de la insulina mostrándose el cliente ya mas seguro de la aplicación, se le dan indicaciones de las posibles alteraciones que pudiera presentar entendiéndolas. Recibe valoración por infectología, indicando además de las curaciones aplicar recobaron N en úlceras, se suspenden medicamento IV, y soluciones parenterales, iniciando tratamiento con Keflex VO y gentamicina IM, reportando una glicemia de 172 mg/dl.

Viernes* , Junio 1:

Se observa buen estado general, signos vitales normales, asistió a fisioterapia tolerando poco la actividad, en la silla de ruedas tolera a lo máximo tres horas, el EGO reporta glucemia. Refiere por la tarde que se le introduce una basurita en el ojo derecho el cual le molesta, indicándosele lavado ocular y tratamiento, se cambia placa de colostomía y se inicia ayuno por laboratorios de control.

Sábado, * Junio 2:

Se aprecia buen estado general, signos vitales normales, continua en las mismas condiciones, el ojo derecho ya mejorado, no quiso ir a fisioterapia, se le permitió.

Domingo, * Junio 3:

En iguales condiciones, asintomático, ojos normales, glucemia reporta 100 mg/dl se insiste en la ingesta de líquido, ya casi se aplica la insulina solo.

Lunes* , Junio 4:

Buen estado general, signos vitales normales, úlceras en mejoría con mismo manejo, urocultivo con desarrollo de Pseudomona aeruginosa, el manejo siempre ha sido cuidadoso de las secreciones de las úlceras y de la orina, asistió a fisioterapia refiriendo dolor, pero más tarde refiere dolor de muela por lo que se da analgésico, la glucosa se reporta normal.

Martes *Junio 5:

Se observan úlceras con escaso exudado seroso, dermatología comenta que la aparición del rash, es un síndrome relativo sudoral e indica nueva crema pH5 eucerin crema, en cuerpo y a demanda libre la cual se aplica. Asistió a fisioterapia sin problema aparente, realizando solo lo que él decidió, se toma bililabstix el cual reporta presencia de sangre, se mantiene en observación, tolera poco la estancia en la silla de ruedas ya que refiere malestar en espalda.

Miércoles, Junio 6:

Buen estado general signos vitales normales, úlceras en mejores condiciones, continua con la aplicación de la insulina, se menciona que ya se tiene que aplicar solo la insulina, obteniendo respuesta positiva.

Jueves* , Junio 7:

Se descubre úlcera iliaca derecha, observándose secreción serohemética, ya con tejido de granulación. Acude a dental aplicando amalgama en muela, asiste poco tiempo a fisioterapia, es valorado por infectología, ya que presenta lesión en lecho ungueal en orтеjo izquierdo la cual se trata con curaciones y se cubre con gasa, indica tratamiento, indica nuevamente cambio de sonda y ejercicios vesicales con pinzamiento por 4 horas y despinzar por 15min.

Viernes* Junio 8:

Se registran signos vitales dentro de parámetros normales, se cambia sonda, y se cambia sonda de colostomía. Pediatría indica tratamiento anti-irritante oftálmico, ya que continua con hiperemia conjuntival, se realizan lavados oftálmicos, se descubren úlceras en talones ya cicatrizadas en un 75%.

Sábado *, Junio 9:

Buen estado general solo con ojos enrojecidos, signos vitales normales, se observa úlcera sacra e iliaca izquierda con exudado seroso, asiste a fisioterapia tolerando poco la actividad, se observa en úlcera de talón derecho secreción hemática colocándose op-site.

Domingo* Junio 10:

Cliente en cama con aparente buen estado general, colostomía funcional, gasas cubriendo úlceras sacra e iliaca, sonda de silastic suprapúbica, drenando orina de aspecto macroscópico normal, duerme al medio día, ingiere con agrado sus alimentos, curación como indicado, se moviliza tanto en cama como en silla de ruedas tratando de mantener la alineación con bolsas de arena y agua, infectología indica no colocar hidrocolooides en talones para ventilar las áreas afectadas, el total de orina en 24 hrs. es en promedio de 3000cc.

Lunes* Junio 11:

Buen estado general, endocrinología cambia dosis de insulina, continua con absceso a nivel de primer orjeo de pie derecho, salida de exudado verdoso, se inicio antibiótico VO, se rehúsa a ir a fisioterapia, por lo que suspende por el día de hoy, se cambia bolsa de colostomía, se cambia de posición frecuentemente, tolerando poco tiempo en silla de ruedas, se observan zonas hiperémicas en codos, se da masaje, la madre se observa muy preocupada ya que no sabe cual será el futuro de su hijo.

Martes, Junio 12:

Se aplica recobrerón N en primer orjeo con curación y colocación de gasa para protección, asistió a fisioterapia tolerando poco la actividad, urocultivo con desarrollo de *Cándida albicans*, se inicia Keflex, didiflucan y gentamicina IM, hasta el momento se observa que ya realiza con mayor facilidad el traslado de la cama a la silla de ruedas y solo requiere ayuda para mover los miembros pélvicos. Hoy menciona que ya se fastidió con la aplicación de la insulina, que ya no quiere ponérsela, se da orientación nuevamente sobre la necesidad que hay para la aplicación de ésta convenciéndolo, ya la aplica solo.

Miércoles, Junio 13:

Se observa el orjeo en mejoría, con secreción serohemática, calor local, acude a dental a colocarse amalgamas en molares, asistió a fisioterapia realizando solo lo que él podía.

Jueves, Junio 14:

Buen estado general, orina con sedimento, glicemia de 68 mg/dl, modifica dieta, disminuye dosis de insulina, continua con glicemia normal, el cultivo del orjeo reporta *Staphylococcus coagulasa*, se aumenta dosis de gentamicina.

Viernes, Junio 15:

Lo valora infectología, se muestra como siempre de buen humor, asiste como todos los días a recreación y a la escuela, le gusta jugar con los demás niños, se vuelve a canalizar ya que deja infectología triple cuadro de antibiótico.

Sábado, Junio 16:

Continua en las mismas condiciones, en úlceras se observa considerable mejoría, la madre se observa preocupada, y refiere dolor en un pie ya que se calló en el metro al trasladares al hospital.

Domingo *, Junio 17:

Buen estado general, signos vitales normales, úlceras ya cerradas casi en un 98%, en periférica de sonda suprapúbica se observa exudado seroso, se realiza curación y se cubre con gasa, se lubrica piel con crema indicada, se cambia bolsa de colostomía, vuelve a referir irritación ocular, se vuelve a indicar tratamiento con tobradex, asiste a fisioterapia refiriendo intenso dolor a nivel lumbar, teniendo que aplicar analgésico, sediendo la molestia, aplicando también masaje y compresas calientes, en urocultivo nuevamente hubo desarrollo de Pneumoniae aeruginosa.

Lunes, Junio 18:

Úlceras cerradas en un 90%, signos vitales, presentan rash en tórax y cuello, se vuelve a iniciar antibiótico, se dan cuidados a la piel aplicándose crema indicada por dermatología, observándose triste y ansioso, ya que en estos momentos refiere querer regresar a su casa, se da apoyo emocional.

Martes, Junio 19:

Se observa ligero rash, dándose cuidados, úlceras ya en mejoría, el ортеjo presenta ligero exudado serohemático, no se observa otra alteración, solo los ojos se observan un poco irritados, dándose el lavado y aplicándose medicamento indicado.

Miércoles* , Junio 20:

Buen estado general se registran signos vitales de TA: 120/79. RC: 89 por min., FR: 21 por min. y Tem.: 36.8°C, ya se aplica solo la insulina, asiste a fisioterapia refiriendo nuevamente intenso dolor, se le da nuevamente el analgésico vía oral como indicado, se le da masaje y se le colocan compresas calientes, mejorando su estado. Infectología indica exéresis ungueal de primer ортеjo, se realiza con técnica estéril, se realizar lavado y se coloca gasa limpia, se mantiene en observación.

Jueves, Junio 21:

Se observa con buen estado general, se observa tejido de granulación, en primer orjejo, realizándose curación, también en úlceras, no quiso asistir a fisioterapia, se trata de insistir sin obtener buenos resultados, ni aún hablando con el médico de su confianza, las úlceras se observan en fase terminal de cicatrización.

Viernes * , Junio 22:

Se niega rotundamente a ir a fisioterapia, hasta llegar al grado de enojarse, no queriendo realizar nada, ni siquiera ver a sus familiares, no queriendo ir a la escuela y mucho menos a recreación, come muy poco, y con el personal de enfermería solo habla lo necesario, diciendo que ya quiere irse a su casa, que se aburrió de estar hospitalizado, y que ya no quiere hacer nada se trata de explicar nuevamente la necesidad que tiene de estar en el hospital, y se explican las acciones que se le realizan.

Sábado* , Junio 23:

Se registran signos vitales dentro de límites normales, se observa escaso exudado serohemático en primer orjejo, se deja desde hoy descubierta la úlcera del iliaco izquierdo, soporta un poco más estar en silla de ruedas, ya se muestra más cooperador en comparación del día de ayer.

Domingo* ,Junio 24:

Se observa orina concentrada, se insiste en la ingesta de líquidos, presenta evacuaciones normales, se moviliza, verbaliza estar triste ya que se comunicó vía telefónica con su tío, menciona extrañarlo y sentirse ya aburrido de estar en el hospital, no quiere ir a fisioterapia, se entabla una conversación con él, para poder escuchar sus dudas.

Lunes, Junio 25:

Se observa con muy buen estado general, se deja ya descubierto el orjejo. Acudió a fisioterapia refiriendo dolor nuevamente en tórax y espalda, de más intensidad que ayer, se le comunica al ortopedista quien indica analgésico con horario, se toma placa radiográfica, ya que sospecharon de desajuste del material de osteosíntesis en la columna, pero se observo en buenas condiciones, se da masaje, el urocultivo se reporta sin desarrollo de germenos. Continúa con las curaciones úlceras.

Martes, Junio 26:

Se observa tranquilo con buen estado general, se observa solamente escasa secreción de exudado seroso en úlceras, se le realiza curación como todos los días pero ya no se aplica el Kaltostat, en el orjejo también se realiza curación observándose ya en cicatrización casi total.

Miércoles, Junio 27:

Se aprecia con buenas condiciones generales, úlceras de cresta iliaca izquierda con secreción serohemática, se realiza curación, se aplica recoberón y se cubre con duoderm., recibe valoración urológica, indica realizar urografía, reportándose una glicemia de 78 mg/dl, no se lastimo tanto el brazo para obtener la muestra.

Jueves* ,Junio 28:

Se muestra tranquilo aparentemente, buen estado general, se realiza curación de úlceras, encontrándose en mejoría. Se cambia bolsa de colostomía y placa. Hoy acude en compañía de la señorita auxiliar de enfermería al Hospital Ingles a la realización de la urografía, retornando al medio día con dolor a nivel suprapúbico, se observa pene y región escrotal con edema y enrojecimiento. Se realiza destrostix reportando glucemia de 75 mg/dl, se coloca frío local en pene y escroto, así mismo se le aplica analgésico, después se aprecia notable mejoría. Posterior a la ingesta de alimentos refiere nauseas y mareo, se registran una TA:125/80, FC:80,FR22 por min. Y Temp.:36.6°C, se observa adinámico, se le da apoyo emocional refiriendo estar cansado, del traslado, duerme sediento posteriormente la molestia.

Viernes* , Junio 29:

Amanece con mejores condiciones, lo valora infactología, suspendiendo antibiótico, vuelve a indicar recoberon N, en escara de iliaco izquierdo cada 12 hrs., Y menciona lo dará de alta hasta recibir los resultados del nuevo urocultivo, mostrándose aún con más ansiedad ya que la doctora le mencionó que ya se podía ir, teniéndose le que explicar, que todavía no era el momento y que tenía que esperar hasta los resultados de la orografía, negándose nuevamente a ir a fisioterapia.

Sábado* , Junio 30:

Hoy amanece tranquilo, igual de cooperador como lo es normalmente, si aceptó ir a fisioterapia, refiriendo nuevamente dolor menos intenso, pero presente, se da nuevamente masaje, se colocan compresas y se ministra analgésico, las úlceras se encuentran ya casi cerradas al 100%, continua con frío local en pene y testículos ya en mucho mejores condiciones, cursa asintomático el resto del día, se aplica su humalog mix con adecuada técnica de aplicación subcutánea, ya con más seguridad.

Domingo, Julio 1:

Se observa al momento de realizar la curación en la úlcera de iliaco, gasa con escaso exudado seroso, ya con tejido de granulación, ya se quiere ir, va a fisioterapia refiriendo solamente ligero malestar, esta en silla de ruedas más tiempo.

Lunes* , Julio 2:

Se aprecia en muy buenas condiciones, la orina se torna concentrada, se insiste en la ingesta de líquidos, gasa con exudado seroso en cresta iliaca izquierda, que es la que más tiempo ha tardado en cerrar, las demás ya se encuentran cerradas en su totalidad, el lecho ungueal está completamente cerrado. Se indica revalorar por urología, ya que se recibieron los resultados de la orografía, en las cuales se menciona que hay una estenosis uretral, que el la causa principal de las infecciones urinarias por las que ha pasado.,

Martes, Julio 3:

Con buen estado general, úlcera ya casi limpia, se realizó curación, recibe la valoración por urología quién propone al familiar y al paciente, la posibilidad de realizar una derivación de uréteres continua tipo indiana, parecido a un estoma vesical, comentando el médico que lo piensen y que comenten con su medico tratante si lo realizarán o no, posteriormente mencionan ambos al personal de enfermería no estar de acuerdo con la cirugía, decidiendo la madre que lo mantendrá así, y que lo consultará con otros especialistas en su estado, y que ya se lo quiere llevar porque Alejandro dice ya estar desesperado por quererse ir a su casa, diciendo un rotundo "No", para la realización de la cirugía.

Miércoles, Julio 4:

Ortopedia éste día, vuelve a comentar al cliente y a la familia la realización de la cirugía, no obteniendo respuesta positiva, insistiendo en que Alejandro ya que quiere ir, que se siente muy bien así, decidiendo ortopedia e Infectología, darlo de alta en conjunto con pediatría y urología, así como endocrinología, se manifiesta buen entendimiento en cuanto al manejo en su casa tanto de la aplicación de la insulina como de su manejo de la sonda y de la colostomía, así como de las medidas de seguridad, tanto el paciente como los familiares.

Jueves, Julio 5:

Se encuentra con gran felicidad por que le otorgaron su alta, pero refiere al mismo tiempo tristeza, por que va a extrañar mucho al personal de salud, que lo atendieron muy bien dentro del Hospital Shriners. Egresó con úlceras cerradas en su totalidad sin punto de presión, con buen manejo de su tratamiento con insulina, entendió aparentemente bien las recomendaciones para su dieta, entendió bien , que de acuerdo con su padecimiento de base es muy vaga la idea de volver a caminar, estando de acuerdo y convencido. Se va con cita abierta a la clínica de Cd. Juárez, para que cuando decida realizarse la cistoplastía y esta dentro de la edad, se le haga.

Actualmente se encuentra con muy buenas condiciones, según comenta el paciente, ya que se lleva una comunicación ocasional con él vía telefónica, mencionando que ha controlado perfectamente, el control de la glucosa en la sangre, y que está pensando en regresar a la escuela.

8.-PLAN DE ALTA

Después de evaluar los resultados, y habiendo tenido contacto estrecho en el tratamiento del paciente, y de su evolución intrahospitalaria y habiéndosele brindado los cuidados establecidos en el plan de cuidados de Enfermería, se observó que egresó una mejoría marcada y con una ideología muy diferente, con la cual llegó, se fue netamente convencido del estado real de su padecimiento y que su idea o convicción de poder volver a caminar en muy superflua, habiendo quedado aparentemente convencido de esto.

Se pudiera decir que el plan de alta es muy somero para éste paciente pero es de suma importancia ya que, se tubo una larga trayectoria de enseñanza aprendizaje, principalmente en la aplicación de la insulina , que es el tratamiento agregado con el que el cliente egreso, quedando tanto el personal de enfermería satisfecho con la técnica adecuada de aplicación subcutánea de la insulina, como el paciente, así mismo se refuerza a su egreso la información sobre los alimentos que puede o no consumir, haciendo hincapié, en que las revisiones médicas son de suma importancia para el control de su estado general, entendiendo las indicaciones perfectamente también los familiares.

En cuanto a la alteración de la movilidad y sensibilidad de los miembros pélvicos, se insistió en la importancia que hay en la movilización y vigilancia estrecha de los mismos para evitar caer nuevamente en las complicaciones agregadas con las que ingresó, las úlceras.

Se reforzó también la información en cuanto a las técnicas de seguridad y protección del paciente en su hogar, ya que continuo con la actitud y pensamiento de que él se sabe manejar bien y que no le pasará nada, pero se insistió a los familiares en la posibilidad de que Alejandro pase el menor tiempo posible solo, para evitar accidentes.

Se sugirió la posibilidad de dejar poco a poco sus adicciones, mencionando estar dispuesto a dejarlas , ya que dentro de la estancia hospitalaria, llegaba el momento en que se le olvidaba que las realizaba y se sentía muy bien.

Por último se le reafirmaron las técnicas de higiene y protección de para piel y para el manejo adecuado tanto de la colostomía como de la sonda suprapúbica, quedando aparentemente entendidas todas las indicaciones y sin ninguna pregunta.

9.-CONCLUSIONES:

Para ir acercándonos al final del presente trabajo, se llega al punto en el que hay que desarrollar las conclusiones, como primer punto se hace interesante mencionar, la importancia que tiene la Enfermería en el desarrollo de la vida, no solo con el hecho de cuidar de ella, si no con el hecho también de investigar cómo cuidarla y enseñar a los demás a cuidarla, siendo que este es uno de los pasos principales, de la punta de lanza de nuestra profesión, no solo con el hecho de evitar caer en desequilibrios homeostáticos a los que el ser humano está predispuesto, si no de ir creando poco a poco, como se llena una jarra de agua gota a gota, en cada uno de nosotros, los estudiantes o profesionales en un futuro de Enfermería una conciencia y formar una cultura, de la prevención, del cuidado, para poder posteriormente transmitirlo, no solo a nuestros clientes, en nuestro ámbito de trabajo, si no a toda la comunidad o personas con las que convivimos, siendo de que a pesar de que ésta dinámica es muy sencilla, muchas veces se omite, ya que de acuerdo con el desarrollo industrial y tecnológico dentro del cual nos desarrollamos, tomamos muchas veces en cuenta más esas situaciones que implican la utilización de “nueva tecnología” que “ayuda” a mejorar las condiciones de vida de los seres humanos, noándonos cuenta de que sin querer, nos vemos inmersos en esa nube de los tratamientos “intensivos”, basados en la tecnología de punta, olvidándonos de lo más importante, médula espinal de nuestra profesión:

“El cuidado, y con ello va de la mano la prevención...”

Lo anterior obliga indiscutiblemente a nuestra profesión a llevar a cabo un desarrollo científico y tecnológico constante, a la par del desarrollo de nuestro mundo, para que éstos conocimientos sean puestos en práctica y poder brindar una atención de calidad y calidez efectiva a nuestros clientes, es necesario que nosotros como parte de los profesionales en Enfermería no ganemos la confianza de esas personas que requieren de nuestros servicios, llevando a cabo una atención más individualizada.

Al realizar el presente Proceso de Enfermería, se busca en primera instancia identificar el estado de salud de un cliente en específico, para poder establecer un plan de cuidados específico de acuerdo con sus necesidades y poder satisfacerlas en la medida de lo posible, que fue lo que se realizó, las cuales fueron basadas en los postulados de Virginia Henderson, implicando el hacer revisión de sus postulados y teorías, las cuales nos dan pauta para mayores revisiones en el futuro.

Con base en estas revisiones se permitió llegar a conocer más específicamente las necesidades de los seres humanos, siendo que las actuaciones del personal de enfermería no solo son necesarias para personas con ciertas alteraciones o enfermas, si no también son de suma importancia para las personas en plenitud de su salud, para poder mantenerla.

Aterrizando específicamente en éste proceso se pudo recabar y organizar una base de datos, y con esto valorar el estado de salud / enfermedad de nuestro cliente, que nos dio la pauta para establecer el plan de cuidados, que se puso en práctica obteniendo resultados satisfactorios en cuanto a que nuestro cliente egresó con una mejoría marcada y con respecto a la educación para la salud, se pudo observar, que ésta fue continua no solo para el cliente, si no que se extendió a los familiares, observándose y confirmándose con la observación directa de la facilidad para el manejo de ciertas actividades que tenia que realizar, por mencionar un ejemplo, en éste caso se observo que la enseñanza para la aplicación de la insulina y para la movilización adecuada, fueron excelentes.

Teniendo con lo anterior un escrito fundamentado de las acciones de enfermería para la atención a éste paciente en especial, plasmándolo y estructurándolo de tal forma que sirva como instrumento de evaluación profesional para poder obtener un Título de Licenciado en Enfermería y Obstetricia, teniendo obviamente la función de soporte para el desarrollo profesional de las actividades que se esperan realizar con muchos más clientes que se pongan a nuestro cuidado.

10.-SUGERENCIAS:

Siendo que las sugerencias son específicas para el paciente, y su cuidado se recalcará lo siguiente:

- ❖ Se sugiere que Alejandro trate de llevar una vida más tranquila en todos los aspectos, ya que por querer vivir tan rápido, el final estuvo a punto de llegar.
- ❖ Por medio del presente, me gustaría hacer una llamado a la población en general, y principalmente a los padres, cuiden a sus hijos, porque los niños y los jóvenes no son el futuro de nuestro planeta, son el presente, y así como están ahora, se verán los resultados en el futuro.
- ❖ A los familiares de Alejandro les sugeriría, y a él mismo tratar de aprender lo mejor posible todo lo correspondiente a su manejo, y principalmente a las medidas de seguridad, para protección de él y de ellos.
- ❖ A toda la población en general, cuidémonos, que en realidad nadie sabe el valor de la salud, hasta que se pierde, pero no hay que preocuparse, también en esos momentos hay alguien a nuestro lado, ...*"La Enfermera (o) , convirtiéndose muchas veces; en la conciencia de la inconsciencia"*.

11.- BIBLIOGRAFIA:

- ALFARO, ROSALES, Aplicación del proceso de Enfermería, Ediciones Doyma, México, pp. 181.
- BRUNNER Y DUDDAPATH, Enfermería médico - quirúrgica, séptima edición, Vol. II, 1994, Nueva Editorial interamericana, México.
- COLLOERES, Marie Françoise, Promover la vida. "De la práctica de la mujeres cuidadoras de enfermería." Ed. Interamericana Mc - Graw Hill, 1982.
- COLLIERE, Marie Françoise, Encontrar el sentido Original de los Cuidados Enfermeros, Barcelona, Interamericana, Mc. Grawn - Hill, 1997.
- .CONESA, Hernández y Cols., Fundamentos de la enfermería: Teoría y Método, Ed. Mc Graw Hill, México, 1999, pp.152.
- CARPENITO, Lunda, Juall, Diagnósticos de Enfermería: Aplicación a la práctica clínica, 5° edición, Edit. Interamericana Mc Graw - Hill, 1995.
- .. Compilación de textos de: El proceso de Enfermería. Seminario - Taller, Coordinación de educación continua, Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.
- .. Diagnósticos Enfermeros de la NANDA, Definiciones y clasificación, 1998, pp. 304.
- Diccionario terminológico de ciencias médicas, Salvat Editores, S.A., Barcelona España, 1987, pp 1073.
- Diccionario Mosby de Medicina y Ciencias de la Salud, Ed. Mosby, Doyma libros, Vol. 2, F - S, México, 1995, pp. 1039.
- FERNANDEZ, Fermín, Carmen, et. al. El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. Dirigido a pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Mayo, 2001.
- .. PHANEUF, Margaret, Las necesidades fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson en: Cuidados de Enfermería. El proceso de Atención de Enfermería., Ed. Interamericana Mc Graw - Hill, Madrid, 1993, pp. 17 - 48.
- KEROVAC, Suzanne, et. al. El pensamiento Enfermero, Ed. Masson, S.A., México, 1994, pp. 165.
- KOZIER, Bárbara, et. al., Enfermería fundamental, Ed. Interamericana, 4° Ed, Madrid, España, 1997.
- KOZIER, Bárbara, et. al., Conceptos y temas en la práctica de la Enfermería, Ed. Interamericana, Mc Graw - Hill, 2° ed., México, 1995, pp 654.
- KOZIER, Bárbara, et. al., Manual Clínico de Fundamentos de Enfermería, 5° edición, Edit. Interamericana Mc Graw Hill, México, 1998, pp. 304.
- KOZIER, Bárbara, et al, Fundamentos de Enfermería, Ed. Interamericana Mc Graw - Hill México, 1994, pp. 964.

- MOLINA, Teresa, Historia de la Enfermería, Buenos Aires, Inter – Médica, 1961, pp. 15.
- POTTER, D.O. y M.B. Rose, Estudio clínico integral, Nueva editorial Interamericana, México D.F., 1985, pp. 845.
- RIOPELLE, GRONDIN y PHANEUF, Cuidados de Enfermería: Un proceso centrado en las necesidades de la persona, Ed. Interamericana Mc. Graw – Hill, México, 1997, pp. 357.
- RODRIGUEZ, Jiménez, Sofia, et. al., Antología de Fundamentos de Enfermería, México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Sistema de Universidad Abierta, Universidad Nacional Autónoma de México, 1996.
- ROSALES, Bárbara, Susana y Reyes Gómez Eva, Fundamentos de Enfermería, Ed. Manual Moderno, México, 1997.
- SKINNER, Harry B., Diagnóstico y tratamiento en ortopedia, Ed. Manual Moderno, México DF. 1998. PP. 755.
- SOLIS ,Guzmán, Carolina, et. al., Programa académico de servicio social y de titulación, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, 1997.
- TAPTICH, B.J., et al, Diagnósticos de Enfermería y Planeación de cuidados, Ed. Interamericana, Mc Graw - Hill, pp. 158.
- WESLEY, Ruby, Teorías y modelos de Enfermería, Ed, Interamericana, Mc Graw – Hill, 2º ED., México, 1995 pp. 179.

ANEXOS

Anexo No. 1:**Instrumento de valoración:****Ficha de identificación:**

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

Valoración de la necesidades humanas:**1.-Necesidades básicas de: Oxigenación, Nutrición e Hidratación, Eliminación y Termorregulación.****a) Oxigenación:**

Subjetivo:

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

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: _____

Tos productiva/seca: _____ Estado de conciencia _____

Coloración de la piel/lechos ungueales/peribucal: _____

Circulación del retorno venoso: _____

Otros: _____

b) Nutrición e Hidratación:

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): _____ Número de comidas diarias: _____

Trastornos digestivos _____
Intolerancia _____ alimentaria / _____ alergias:

Problemas de la masticación/deglución: _____

Patrón de ejercicios: _____

Objetivo:

Turgencia de la piel: _____

Membranas, _____ mucosas hidratadas /
secas: _____

Características de uñas/cabello: _____

Funcionamiento muscular y esquelético: _____

Aspecto de los dientes y encías: _____

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____

Otros: _____

c) Eliminación:

Subjetivo:

Hábitos intestinales: _____ Características de las heces, orina: _____

Historia de hemorragias / enfermedades renales,
otros: _____

Uso de laxantes: _____ Hemorroides: _____

Dolor al defecar/orinar: _____

Cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación: _____

Objetivo:

Abdomen/características: _____

Ruidos intestinales: _____
 Palpación de la vejiga urinaria: _____
 Otros: _____

d) Termorregulación:

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____
 Ejercicio/tipo y frecuencia: _____

 Temperatura ambiental que le es agradable: _____

Objetivo:

Características de la piel: _____

 Transpiración: _____
 Condiciones del entorno físico: _____
 Otros: _____

2.- Necesidades básicas de : Moverse y mantener una buena postura. Usar prendas de vestir adecuadas. Higiene y protección de la piel.

a)Moverse y mantener una buena postura:

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: _____
 Actividades en el tiempo libre: _____

Hábitos de descanso: _____

Hábitos de trabajo: _____

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: _____

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: _____

Posturas: _____

Ayuda para la deambulaci3n: _____

Dolor con el movimiento: _____

Presencia de temblores: _____

Estado emocional: _____

Otros: _____

b) Descanso y sueño:

Subjetivo:

Horario de descanso: _____

Horas de descanso: _____

Horario de sueño: _____

Horas de sueño: _____

Siesta: _____

Presenta insomnio: _____

A qué considera que se deba: _____

¿Se siente descansado al levantarse?: _____

Objetivo:

Estado mental: ansiedad/estrés/lenguaje: _____

Ojeras: _____

Atenci3n: _____

Bostezos: _____

Concentración: _____
Respuesta a estímulos: _____
Otros: _____

c) Uso de prendas de vestir adecuadas:

Subjetivo:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir?: _____

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir?: _____

¿Sus creencias le impiden vestirse como a él le gustaría? _____

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario? _____

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

Vestido incompleto: _____

Sucio: _____

Inadecuado: _____

Otros: _____

d) Necesidad de higiene y protección de la piel:

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: _____

Momento preferido del baño: _____

Cuántas veces se lava los dientes al día: _____

Aseo de manos antes y después de comer: _____

Después de eliminar: _____

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?: _____

Objetivo:

Aspecto general: _____

Olor corporal: _____

Halitosis: _____

Estado del cuero cabelludo: _____

Lesiones dérmicas, qué tipo (Anotar ubicación en el diagrama): _____

Otros: _____

e) Necesidad de evitar peligros:

Subjetivo:

¿Qué miembros componen su familia de pertenencia?: _____

¿Cómo reacciona ante una situación de urgencia?: _____

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?: _____

En el hogar: _____

En el trabajo: _____

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados?: _____

Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida: _____

Objetivo:

Deformidades congénitas: _____

Condiciones del ambiente en su hogar: _____

Trabajo: _____

Otros: _____

3.-Necesidades básicas de : Comunicación, Vivir según creencias y valores, Trabajar y realizarse, Jugar y participar en actividades recreativas o de Aprendizaje.

a) Necesidad de comunicarse:

Subjetivo:

Estado civil: _____

Años de relación: _____

Vive con: _____

Preocupaciones/estrés: _____

Otras persona que pueden ayudar: _____

Rol en la estructura familiar: _____

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad/estado: _____

¿Cuánto tiempo pasa solo?: _____

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: _____

Objetivo: _____

Habla claro: _____

Confuso: _____

Dificultad en la visión: _____

Audición: _____

Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas significativas: _____

Otros: _____

b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores:

Subjetivo:

Creencia religiosa: _____

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: _____

Principales valores en su familia: _____

Principales valores personales: _____

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?: _____

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir(grupo social religioso): _____

¿Permite el contacto físico?: _____

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?: _____

Otros: _____

c) Necesidad de trabajar y realizarse:

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente?: _____

Tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____

Cuánto tiempo le dedica al trabajo: _____

¿Está satisfecho con su trabajo?: _____

¿Su remuneración le permite cubrir con sus necesidades y las de su familia?: _____

¿Está satisfecho con el rol familiar que juega?: _____

Objetivo:

Estado emocional/calmado/ansioso/enfadado/temeroso/iirritable/inquieto/eufórico: _____

Otros: _____

d) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas:

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: _____

_____¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?: _____
_____¿Existen recursos en su comunidad para la recreación? _____
_____¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa? _____

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: _____

_____¿Rechaza las actividades recreativas? _____
_____¿Su estado de ánimo es apático/aburrido/participativo?: _____

_____Otros: _____

e) Necesidad de aprendizaje:

Subjetivo:

Nivel de educación: _____

Problema de aprendizaje: _____

Limitaciones cognitivas: _____

Preferencias: leer/escribir: _____

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad?: _____

¿Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo?: _____

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?: _____

Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: _____

Órganos de los sentidos: _____

Estado emocional/ansiedad/dolor: _____

Memoria reciente: _____

Memoria remota: _____

Otras manifestaciones: _____

Anexo No. 2:**Instrumento de valoración complementado:****Ficha de identificación:**

Nombre: Alejandro Edad: 17 años Peso: 82 Kg. Talla: 1.94 cm.
 Fecha de nacimiento: 24 de abril de 1984. Sexo: Masculino. Ocupación: Comerciante.
 Escolaridad: Segundo de secundaria. Fecha de admisión: 11 de Mayo del 2001. Hora: 13:00 hrs.
 Procedencia: Cd. Juárez, Chihuahua. Fuente de información: Entrevista directa y observación.
 Fiabilidad: (1 - 4): 3 Miembro de la familia/persona significativa: Es el hijo único de una familia pequeña.

Valoración de la necesidades humanas:**1.-Necesidades básicas de: Oxigenación, Nutrición e Hidratación, Eliminación y Termorregulación.****f) Oxigenación:**

Subjetivo:

Disuena debido a: No presenta. Tos productiva/seca: No presenta. Dolor asociado con la respiración: Solo cuando realiza sus ejercicios físicos. Fumador: Si
 Desde cuando fuma/cuántos cigarrillos al día/varía la cantidad según el estado emocional:
Fuma desde los 13 años, en promedio 4 cigarrillo diarios, aumenta la cantidad si está nervioso, y desde hace tres años fuma también marihuana ocasionalmente.

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: TA: 120/70 FC: 89 por min. FR: 20 por min. y Temp.: 36.7, pulsos distales presentes y centrales de buena intensidad.
 Tos productiva/seca: No Estado de conciencia: Alerta ubicado en las tres esferas.
 Coloración de la piel/lechos ungueales/peribucal: Adecuada coloración de tegumentos.
 Circulación del retorno venoso: Alterado en extremidades inferiores, ya que presenta úlceras por decúbito.
 Otros: Solo se queja de dolor en espalda y cansancio después de realizar sus ejercicios en fisioterapia, que en ocasiones son intolerables, ritmo y respiraciones normales, tórax anterior sin alteraciones aparentes, ruidos pulmonares y cardiacos perceptibles y rítmicos.

g) Nutrición e Hidratación:

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): Come lo que le dan en la dieta del hospital.

Número de comidas diarias: 3 ó 4.

Trastornos digestivos: Ninguno, se maneja a la perfección la colostomía.

Intolerancia alimentaria / alergias: A ningún alimento, no le gusta la leche, pero menciona ser alérgico a los guantes de látex, y alérgico a ciertos medicamentos como la dipirona, sulfas, amikacina y penicilinas.

Problemas de la masticación/deglución: Ninguno.

Patrón de ejercicios: Solo los de fisioterapia que no soporta, antes realizaba fut ball americano, box, bicicletas, patineta y patines.

Objetivo:

Turgencia de la piel: Húmeda con turgencia normal, elástica e hidratada, con adecuada coloración con ciertas manchas y cicatrices antiguas por cirugías previas en abdomen, cuello, espalda, músculos y piernas.

Membranas, mucosas hidratadas / secas: Hidratadas de adecuada coloración.

Características de uñas / cabello: Uñas en manos limpias y en buen estado, en orjeo de primer orjeo de pie izquierdo, con lesión ungueal, cabello limpio, integro, brillante, en adecuada cantidad.

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: En tronco y extremidades superiores, así como en cabeza, con adecuado estado de respuesta motora y sensitiva, en cinturón pélvico disminuida la actividad motora y sensitiva, en extremidades inferiores, nula la actividad sensitiva y motora, así como total flacidez en las mismas, al examen neurológico, se aprecia actividad sensitiva y motora nula, por daño a nivel de L 2, y actividad motora dañada a partir de T11, reflejo rotuliano, tibial posterior, aquileo ausentes bilateral, pulso inguinal, popíteo y pedio disminuido.

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: Heridas en cuello y abdomen, en región posterior de tórax, y en extremidades inferiores antiguas, y con mancha cicatrizante solamente, por cirugía previas, pero úlceras profundas por decúbito a nivel de sacro e iliaco y serohemática en talones, con proceso de cicatrización de 6 a 8 semanas, con presencia de gérmenes patógenos en todas, con tratamiento antibióticos, y zonas enrojecidas en codo, así como enrojecimiento en ténar e hipoténar, de ambas manos, que seden al masaje.

Otros: Es muy cuidadoso en su aseo personal, pero omite en ocasiones los cuidados especiales de la sonda vesical, ya que no le gusta.

c) Eliminación:

Subjetivo:

Hábitos intestinales: Evacua 2 ves al día.

Características de las heces y orina: Heces blandas, marrones, dependiendo de los que coma, y orina clara, en cantidad en promedio de 24 horas de 3000 cc, cuando no toma agua suficiente se torna concentrada y con sedimento.

Historia de hemorragias / enfermedades renales y otros: Hemorragia interna intestinal cuando sufrió el accidente a los 15 años y lesiones en vejiga por golpes originados de la misma situación.

Uso de laxantes: No

Hemorroides: No

Dolor al defecar/orinar: No

¿Cómo influyen la emociones en sus patrones de eliminación?: No influyen o al menos no lo ha notado.

Objetivo:

Abdomen y características: Abdomen blando, movimientos peristálticos normales, cicatrices quirúrgicas en flanco derecho e hipocondrio der., colostomía sigmoidea en buenas condiciones, poco pelo en abdomen, ombligo centrado, hundido, flácido, timpanismo generalizado, se palpa fácilmente bazo e hígado, la pared abdominal es delgada, a nivel suprapúbico se observa saliente de sonda vesical a permanencia, con periferia de inserción con saliente de exudado seroso.

Ruidos intestinales: Presentes de buena intensidad.

Palpación de vejiga urinaria: Se aprecia sin dolor a la palpación, saliente de sonda suprapúbica, conectado a cistoflo drenando orina de aspecto macroscópico normal.

Otros: Se observa muy lastimado el abdomen, producto de los golpes directos que recibió en el accidente.

d) Termorregulación:

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Adecuada pero le agrada más el frío, ya que el calor le desespera.

Ejercicio y frecuencia: Los que realiza en fisioterapia que son para movilización de miembro pélvicos y principalmente fortalecimiento de miembros superiores.

Objetivo: 113

Características de la piel: La piel se torna tersa, caliente del cinturón pélvico hacia arriba, húmeda y elástica, pero en miembros pélvicos en ocasiones se torna fría y rígida, con lesiones ulcerosas en sacro, iliaco y talones, y antiguas cicatrices de heridas quirúrgicas en piernas.

Transpiración: Adecuada para su edad y con la actividad aumenta.

Condiciones del entorno físico: Cuenta dentro del hospital y en su casa con la ventilación adecuada y cuenta con espacio suficiente para su desenvolvimiento.

2.- Necesidades básicas de : Moverse y mantener una buena postura, Usar prendas de vestir adecuadas, Higiene y protección de la piel.

a) Moverse y mantener una buena postura:

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: Lo normalmente realizado solo con las extremidades superiores, ya que en la inferiores no hay movilidad ni sensibilidad, asistiendo a fisioterapia, para la movilización de éstas, y fortalecimiento de las superiores

Actividades en el tiempo libre: Oír música, platicar con sus amigos, jugar con juegos de vídeo.

Hábitos de descanso: Duerme de 7 a 9 horas diarias.

Hábitos de trabajo: Lo hace de 5 a 6 horas diarias de acuerdo con la demanda, actualmente no lo hace por la hospitalización

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: En miembros pélvicos total flacidez y a nivel abdominal no controla esfínteres, ni a nivel vesical.

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: En tronco y extremidades superiores es normal, en miembros inferiores el tono es nulo, no hay resistencia y la flexibilidad es máxima.

Posturas: Se encuentra la mayor parte del tiempo en posición sedente en cama, llegando a cansarse por lo que tiene que acostarse.

Ayuda para la deambulaci3n: Necesita ayuda para trasladares en una silla de ruedas, y ayuda para movilizarse en cama.

Dolor con el movimiento: Sí, al realizar los ejercicios en fisioterapia.

Presenta temblores: No

Estado de conciencia: Alerta.

Estado emocional: Reactivo consciente de su estado de salud, trata de aprender todo en cuanto a su tratamiento pero a veces menciona que si en verdad es necesario.

b) Descanso y sueño:

Subjetivo:

Horario de descanso: Por la tarde

Horas de descanso: De 2 a 3 horas

Horario de sueño: De 10:00 p.m. A 7 a.m.

Horas de sueño: De 8 a 9 hrs.

Siesta: Solo en ocasiones.

Presenta insomnio: No

¿Se siente descansado al levantarse?: Si

Objetivo:

Estado mental: ansiedad/estrés/lenguaje: Adecuado, presento ansiedad solo porque va se quería ir a su casa.

Ojeras: No

Atención: Presente y comprensible.

Bostezos: No, solo cuando se duerme un poco tarde y no descansa por la tarde.

Concentración: Presente aunque a veces toma las cosas muy a la ligera.

Respuesta a estímulos: Adecuada, del cinturón pélvico hacia arriba, por debajo lesionado por padecimiento.

Otros: Se encuentra integro en su estado emocional bien ubicado en sus tres esferas.

c) Uso de prendas de vestir adecuadas:

Subjetivo:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir?: No más bien a dónde va a ir o si tiene que estar en el hospital.

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir?: Si, se ve muy a corde con su estado.

¿Sus creencias le impiden vestirse como a él le gustaría?: No.

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario?: No se pone la ropa que le dan en el hospital y en su casa se viste como él quiere.

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: Si y también de acuerdo a su región geográfica.

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: No hay problema para la ropa en tronco, pero necesita ayuda para colocar y quitar los pantalones y zapatos.

Vestido incompleto: Se coloca pantalones solo si va a salir, en el hospital un short.

Sucio: No

Inadecuado: No

Otros: Usa ropa de algodón y floja.

d) Necesidad de higiene y protección de la piel:

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: Baño diario con cambio de ropa, cambio de placa de colostomía cada vez que se le despega, o está muy sucia, procura mantener limpia la saliente de la sonda.

Momento preferido del baño: Las mañanas y en su casa si sale por las noches.

Cuántas veces se lava los dientes al día: 2 ó 3 veces al día.

Aseo de manos antes y después de comer: Solo antes de comer.

Después de eliminar: Casi nunca por que enfermería o sus familiares son los que cambian la bolsa.

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?: No.

Objetivo:

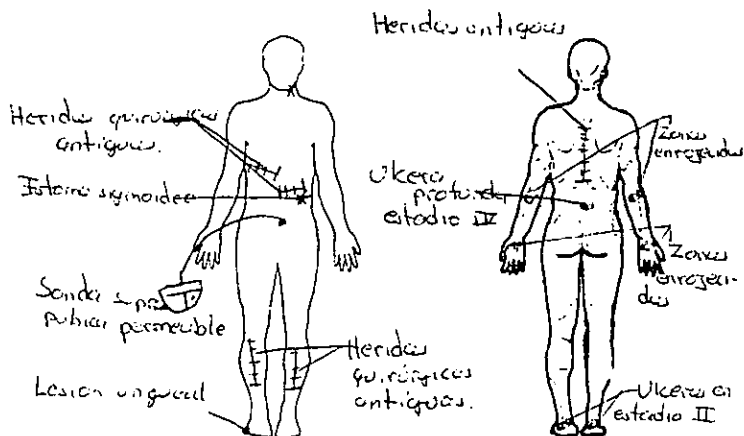
Aspecto general: Bueno, siempre está procurando que se vea bien.

Olor corporal: Limpio, usa perfumes y desodorantes.

Halitosis: No.

Estado del cuero cabelludo: Buenas condiciones, brillante, terso, distribuido uniformemente.

Lesiones dérmicas, qué tipo (Anotar ubicación en el diagrama): En codos zonas enrojecidas, en sacro, crestas ilíacas profundas con secreción seropurulenta, fétida, también lesiones ulcerosas en talones, saliente de sonda con periférica limpia, pero con ligera salida de exudado seroso, estoma sin alteraciones, y cicatrices quirúrgicas antiguas.



e) Necesidad de evitar peligros:

Subjetivo:

¿Qué miembros componen su familia de pertenencia?: Mamá y abuela.

¿Cómo reacciona ante una situación de urgencia?: Ambas son muy fuertes, la abuela a veces se asusta y se hipotensa.

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?: Si los sabe pero a veces les suenan exageradas, omitiendo algunas.

En el hogar: Si tienen información para ésta, cuentan con silla de ruedas, colocando rampas y piso antiderrapante en la casa.

En el trabajo: No cuenta con mucha seguridad.

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados?: Si, se controla muy frecuentemente.

¿Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida?: En los momentos de estancia en el hospital, prefiere quedarse callado, aunque a veces pelea con su mamá, cuando siente que algo está mal.

Objetivo:

Deformidades congénitas: No, no se observa ninguna.

Condiciones del ambiente en su hogar: Aparentan ser buenas esas condiciones, ya que a pesar de que sus padres están separados, lleva buena comunicación con su padre, en general es estable.

Trabajo: Aparentar ser buenas a pesar de su padecimiento menciona que asiste a trabajar, y aquí en el hospital le gusta ayudar en lo que enfermería le permite.

Otros: En general es un chico que está muy consciente de su padecimiento, y sabe los peligros que conlleva y trata siempre de aprender cosas nuevas, es muy aceptable.

3.-Necesidades básicas de : Comunicación, Vivir según creencias y valores, Trabajar y realizarse, Jugar y participar en actividades recreativas o de Aprendizaje.

a) Necesidad de comunicarse:

Subjetivo:

Estado civil: Soltero.

Vive con: Su mamá y su abuela.

Preocupaciones/estrés: No poder hacer nada de lo que hacía antes, pero está consciente de su situación, pero menciona buscar alternativas.

Familiares: Que su abuela o su mamá se enfermen, por el estado de salud que él padece sintiendo no poder hacer mucho por ellas.

Otras persona que pueden ayudar: Un tío, hermano de su mamá y su esposa que siempre los han apoyado, en conjunto con su papá.

Rol en la estructura familiar: Obviamente es una persona importante para su familia, ya que es hijo único y a pesar de algunas de sus acciones sociales negativas, ayuda o trata de ayudar a su mamá y a su abuela en lo que puede, teniendo mucha disponibilidad para la comunicación los 3.

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad/estado: Sí, comunica todo y a veces que exagera.

¿Cuánto tiempo pasa solo?: Dentro del hospital nunca, y en su casa por las tardes de aproximadamente de las 5 de la tarde a las 7, que es a la hora en que la madre regresa de trabajar cuando va.

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: Allá en donde trabaja por lo regular casi siempre está acompañado y asiste como espectador cada 8 días a los juegos de americano que ellos practican, y salen junto a divertirse, cuando llevan automóvil para facilitar su manejo.

Objetivo:

Habla claro: Sí

Dificultad en la visión: No.

Audición: No.

Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas significativas: Le gusta mucho platicar, es muy sociable y se le facilita entablar comunicación y hasta amistad con sus compañeros de cuarto, y todo el demás personal de salud, y hasta con el personal de intendencia lo conocen.

Otros: Es muy sensible, no se le dificulta la comunicación.

b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores:

Subjetivo:

Creencia religiosa: Católico.

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: No.

Principales valores en su familia: Respetar a u abuela, su madre y sobre todo quererse y respetarse a sí mismo, y el amor.

Principales valores personales: Ser libre.

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?: Sí, ya que él mismo menciona que por ser tan liberal tubo el accidente.

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): Ninguno en especial, le gustaba vestir de botas, jeans, y sombrero como todos en su comunidad, pero ahora en este estado le gusta mucho la ropa muy cómoda como la ropa deportiva y playeras.

¿Permite el contacto físico?: Sí además le gusta mucho abrazar y tocar a las personas y le gusta cargar a los niños.

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?: Sí, utiliza una cruz de madera, anillos de plata, y usa un arete en el oído izquierdo, el cual lo usan todos sus amigos.

Otros: No es muy afecto a la religión, menciona que la respeta pero nunca se ha interesado mucho por ella.

c) Necesidad de trabajar y realizarse:

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente?: En estos momentos por la hospitalización, pero le agrada acudir al sitio donde labora, aunque ya no con el mismo rendimiento.

Tipo de trabajo: Comerciante.

¿Está satisfecho con su trabajo?: Sí, ya que lo hacen sentir importante.

¿Su remuneración le permite cubrir con sus necesidades y las de su familia?: Solo le alcanza para comprar sus cosas personales.

¿Está satisfecho con el rol familiar que juega?: Sí pero le gustaría estar para que su abuela y su mamá no tuvieran que trabajar, y además le gustaría tener hermanos.

Objetivo:

Estado emocional/calmando/ansioso/enfadado/temeroso/iirritable/inquieto/eufórico: Calmando, pero a veces inquieto por que ya se quiere ir a su casa, ya que se fastidió de estar hospitalizado.

Otros: Ya estaba desesperado en los últimos días de hospitalización, porque a pesar de que le gustaba estar en el hospital y de que se sentía bien al realizar las actividades que hacía, ya añoraba su casa.

d) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas:

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Le gusta mucho asistir a recreación para realizar sus trabajos manuales y platicar con las niñas, oír música, y le gusta mucho dibujar haciéndolo muy bien.

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?: No mucho, pero si se pone un poco triste.

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación?: Si hay parques, canchas, salones de juego, etc., pero en realidad son pocos, ya que casi nunca organizan juegos de acuerdo con su padecimiento, como aquí en el hospital, que hay muchas actividades.

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?: Solamente aquí en el hospital con los demás niños, que organizan pequeños torneos de futbolitos, y hacen pequeñas obras de teatro guiñol.

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: Alterado desde el cinturón pélvico hacia abajo, provocando la parálisis flácida en miembros pélvicos y la falta de sensibilidad en el aparato genitourinario.

¿Rechaza las actividades recreativas?: No, es fácil que se adapte.

¿Su estado de ánimo es apático/aburrido/participativo?: Es participativo, muy sociable.

e) Necesidad de aprendizaje:

Subjetivo:

Nivel de educación: Segundo de secundaria, con bajas calificaciones.

Problema de aprendizaje: Ninguno pero no le gusta la escuela.

Limitaciones cognitivas: No, solo en estos momentos podría afectarle su dificultad para deambular.

Preferencias: leer / escribir: le gusta escribir pero le apasiona dibujar.

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad?: Solo las de la escuela a la que asistió.

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?: Si y mucho, pone suma atención cuando se le informa como cuidarse, se notó al aprender cómo aplicarse su insulina, al igual que su mamá.

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: Afectado por la lesión en la médula espinal, en miembros pélvicos pero a nivel cognoscitivo y de vida de relación no está afectado, solo en la movilización.

Organos de los sentidos: Reactivos y sin alteraciones solo por el padecimiento de base en miembros pélvicos.

Estado emocional/ansiedad/dolor: Tranquilo solo presenta ansiedad en los últimos días de hospitalización ya que se quería ir a su casa.

Memoria reciente: Sin problema.

Memoria remota: Sin problema.

Otras manifestaciones: No muestra ninguna de otra índole, es más es muy creativo, fue fácil que aprendiera cómo cuidarse, aunque la escuela no le agrada mucho.



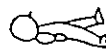
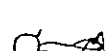




Anexo no. 3:

FISIOTERAPIA MOVILIZACION MIEMBRO INFERIOR


COLOCAR _____

hacer los ejercicios DIARIAMENTE, MAÑANA, TARDE, NOCHE, _____ veces cada uno.

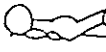

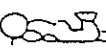


* BOCA ARRIBA

- | | | | | | |
|-----|---|------------------------|-----|---|-----------------------------|
| 1.- |  | Subir pierna extendida | 2.- |  | Llevar rodilla al tronco |
| 3.- |  | Abrir pierna extendida | 4.- |  | Girar pierna adentro-afuera |
| 5.- |  | "Patada" | 6.- |  | Pie arriba y abajo |
| 7.- |  | Abdominales | 8.- |  | "Puentes" |

* ACOSTADO DE LADO

- 9.-  Subir pierna extendida abriendo y cerrando

* ACOSTADO BOCA ABAJO

- | | | | | | |
|------|---|--------------------------|------|---|---------------------------------------|
| 10.- |  | Levantar pierna estirada | 11.- |  | Levantar pierna con rodilla levantada |
| 12.- |  | Doblar y estirar rodilla | 13.- |  | Lagartijas |
- 

**** Recuerde mantener siempre sujeta la cadera ****




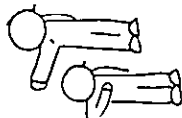




Anexo no. 4:

FISIOTERAPIA MOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR

COLOCAR _____

hacer los ejercicios DIARIAMENTE. MAÑANA, TARDE, NOCHE. _____ veces cada uno.

*** BOCA ARRIBA**

- 1.-  Subir brazo estirado hacia la cabeza.
- 2.-  Abrir y cerrar brazo estirado.
- 3.-  Con codo doblado llevar mano arriba y abajo.
- 4.-  Estirar y doblar codo.
- 5.-  Con codo doblado llevar la palma de la mano adentro y afuera.
- 6.-  Mover solo muñeca arriba y abajo.
- 7.-  Cerrar y abrir dedos.
- 8.-  Pegar la yema de cada dedo con la del pulgar.

Anexo No. 5**PLAN DE SEGUIMIENTO DEL CUIDADO**

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES