



**ESCUELA DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA ZAMORA A.C.
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO
CLAVE 8723**

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
CON DIAGNOSTICO MEDICO
DE PARALISIS FACIAL TIPO BELL**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBTETRICIA**

**PRESENTA:
RAMIREZ MARTINEZ HAYDEE IRENE
No. DE CUENTA 404528881**

**ASESOR:
L.E.O. GUADALUPE RODRIGUEZ BARAJAS**

**ZAMORA DE HIDALGO, MICHOACAN
SEPTIEMBRE 2008**



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.

AGRADECIMIENTO

Antes que nada quiero agradecer a Dios por permitirme llegar hasta el final de éste ciclo en mi vida, el cual cierro para dar inicio a otros; siendo éste trabajo la llave para abrirlos.

Agradezco a mis padres los cuales han estado a mi lado siempre, por la paciencia que han tenido al enfocar mis días, noches, mi tiempo a éste trabajo, pasando a dejarlos incluso en segundo plano.

Quiero dar un agradecimiento a los profesores los cuales me han brindado su apoyo, que han compartido sus conocimientos.

Agradezco la participación de la señora Alicia por su cooperación tan importante para éste trabajo, siendo ella el objeto de mi trabajo, y depositando su confianza para la realización del mismo y de su propia salud.

INDICE

CONTENIDO PAGUINA

1.- INTRODUCCIÓN	1
2.- JUSTIFICACIÓN	2
3. - OBJETIVOS.	3

CAPITULO I

1.- METODOLOGIA	4
1.1 VALORACION	5
1.1.1. RECOPIACION DE DATOS	5
1.1.2. ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS	6
1.1.2.1. VALORACION DE LOS DATOS	7
1.1.2.2 REGISTRO DE DATOS	7
1.1.2.3. HISTORIA CLINICA	7
1.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	8
1.3 PLANEACION	9
1.4 EJECUCION	10
1.5 EVALUACION	10

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO	12
2.1. PROCESO DE ENFERMERIA	12
2.1.1. ANTECEDENTES HISTORICOS	12
2.1.2. ETAPAS	14
2.1.2.1 VALORACION	15
2.1.2.2 DIAGNOSTICO	23
2.1.2.3 PLANEACION	26
2.1.2.4 EJECUCION	33
2.1.2.5 EVALUACION	33
2.2 BIOGRAFIAS	34
VIRGINIA HENDERSON	
2.3 PARADIGMA DE ENFERMERIA	43
2.4 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD	49
PARÁLISIS FACIAL TIPO BELL	

CAPITULO III

3. APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO	54
3.1 HISTORIA CLINICA	54
3.2 VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON	56
3.3 IDENTIFICACION DE LOS DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS	61
3.3.1 NECESIDADES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	65
3.4 PLAN DE ALTA	71
CONCLUSIONES	73
BIBLIOGRAFIA	74
ANEXOS	78
GLOSARIO DE TERMINOS	80

1.- INTRODUCCIÓN

El proceso atención de enfermería es un método sistemático, guiado con una fundamentación científica, el cual requiere de rigor metodológico y control para la prestación de asistencia de enfermería individualizada, que valora a los pacientes, identifica los problemas de asistencia de enfermería y finalmente valora el resultado de la asistencia brindada, constituyéndose en una herramienta para la toma de decisiones intelectuales basadas en el conocimiento, cuyo uso ayuda a la organización del trabajo del personal y amplía el campo de conocimientos científicos y la practica.

El proceso de atención de enfermería se aplico a una paciente con diagnostico medico de PARÁLISIS FACIAL TIPO BELL, la cual se le presento a causa de estrés, y fue atendida por vez primera el día 12 de abril del 2008.

Posterior a ésa primer cita, es que yo tomo su caso para la realización del presente trabajo, en el cual incluyo todos los diagnósticos de enfermería que, para mi ver, son relevantes para su pronta recuperación.

2.- JUSTIFICACIÓN

Éste trabajo tiene como finalidad, el cuidado del usuario, sea individualizado y planeado en base a las necesidades del mismo. Visto este como un ser único, holístico, con necesidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales; las cuales pueden ser satisfechas a través de la aplicación del PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA basado en el método científico.

Por éste se ayudará a la señora Alicia, con su tratamiento de rehabilitación, así mismo, brindarle la información necesaria para una mejor calidad de vida.

Otro aspecto importante a considerar en éste trabajo, es que el personal de enfermería se familiarice con éste método por las ventajas que éste alcanza, tanto para el paciente, el cual es la razón de ésta honorable profesión, así también como al propio personal de enfermería ya que nosotros somos quienes brindamos los cuidados necesarios a los usuarios, que están a nuestro cargo.

Por tal motivo espero que el presente trabajo repercuta en el servicio de los usuarios de la profesión y de mi formación personal.

3.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Proporcionar atención integral con base en conocimientos técnicos, científicos y humanísticos que de lugar a la sistematización del cuidado de enfermería a un paciente con diagnóstico médico de PARÁLISIS FACIAL TIPO BELL.

Objetivos Específicos.

- ♦ Por medio de la aplicación del proceso de enfermería se brindará apoyo físico, moral y espiritual al paciente, con el cual mejorará su estado de salud y ánimo.
- ♦ A la utilización del proceso de atención de enfermería, reforzaré los conocimientos, acerca de la aplicación del mismo.
- ♦ Se satisfarán las necesidades detectadas en el usuario.
- ♦ La realización de este proceso de atención de enfermería, servirá como guía y apoyo para otros profesionales de la salud.

MODELO UTILIZADO:

Para la realización de este proceso enfermero utilicé el modelo de Virginia Henderson que recoge las 14 necesidades básicas que todo individuo debe tener satisfechas.

CAPITULO I

1. METODOLOGÍA.

El presente trabajo, se realizó basándonos en tres etapas principalmente. En las que incluimos la selección de usuario, tomando en éste caso un individuo con parálisis facial tipo Bell; el cual nos da paso a la elaboración del marco teórico conceptual, ayudándonos a fundamentar los cuidados generales de enfermería aplicados a éste mismo. Teniendo los anteriores pasos, se procede a la aplicación del proceso de atención de enfermería, teniendo como base, todas y cada una de las necesidades afectadas, con el fin de satisfacerlas.

Dentro de la metodología de tal proceso, se incluyen dos tipos de métodos científicos alternativos, los cuales son método inductivo y el método deductivo, que se describen de la siguiente forma:

- ♦ ***El método inductivo*** se basa en la acumulación de datos cuya tendencia nos permite extrapolar o generalizar el comportamiento de los sistemas de estudio. La veracidad de sus conclusiones se ven reafirmadas con la generación de más y más datos que apunten en la misma dirección.
- ♦ ***El método deductivo*** es básicamente un proceso intelectual. En este caso una mente creativa imagina una explicación razonable para un conjunto de datos y elabora una teoría que permite compatibilizar la información disponible. La imagen del detective que logra resolver el rompecabezas de un crimen es perfectamente válida para ilustrar este método.

El método enfermero al ser de acción directa es inductivo, pero con pretensión deductiva al explicar los fenómenos del área asistencial porque no aporta leyes ni teorías. Podemos decir que el método científico en la práctica asistencial de la enfermera, es el

método enfermero. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.¹

El Proceso de Atención Enfermería es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:²

1.1. VALORACIÓN.

Este es el primer paso necesario para la realización de un diagnóstico enfermero adecuado. Se realiza utilizando el formato de valoración adoptado por la institución y/o centro educativo en el que se sitúe la práctica, en éste caso utilizamos la guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Independiente mente del método utilizado, la enfermera valora al usuario, vigilando la presencia de síntomas que ayudarían a formular un diagnóstico enfermero.

1.1.1. RECOPIACIÓN DE DATOS.

Un dato es una información concreta que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su enfermedad. Interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas y estado actual de las capacidades.³

Para recoger los datos, el investigador debe obtener el permiso del usuario y/o centro de donde se desarrolla el estudio. Los datos son recogidos y registrados de forma sistemática para cada sujeto, la cual deberá ser sencilla, práctica y entendible. Las técnicas para la recopilación de datos, pueden ser en forma directa e indirectas:

¹ IPN Ciencia arte y cultura. El método científico. Mayo 1996
<http://www.hemerodigital.unam.mx/ANUIES/ipn/arte-ciencia-cultural/may96/anota/sec-2.html>. Mario Bunge. Método científico, <http://docencia.udea.edu.co/IntroducciónCiencias/metodo.htm/>

² Alfaro-Lefevre, R. (1999) Aplicación del Proceso Enfermero: Guía paso a paso. Ed. Springer 4ª edición. España, 274 pp.

³them. Alfaro-Lefevre, R. (1999)

- **Recopilación directa.**- Son datos que se obtienen a través de un interrogatorio directo con el paciente, obteniendo todos los antecedentes hereditarios, personales patológicos y no patológicos; explorado físicamente al paciente, por medio de palpación, percusión, auscultación y la observación e identificando signos y síntomas relevantes de las actividades cotidianas.

- **Recopilación indirecta.**- Se realiza por medio de la familia y la comunidad realizando una serie de preguntas en relación al usuario. Las cuales nos aportaran datos sobre el comportamiento social, preferencias y estatus económico del usuario. Así mismo al el equipo de salud del cual podremos obtener datos sobre problemas anteriores, actuales y sobre su comportamiento anterior. Esta información se obtiene del expediente clínico, como lo son notas de registro, de enfermería, estudios de gabinete, Kárdex y comunicación directa del personal de salud. Con esta información se elabora la historia clínica de enfermería de acuerdo con las 14 necesidades de Virginia Henderson.

1.1.2. ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

En esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas. El modo utilizado en éste caso es el de la guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Una vez que la información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información. Estas categorías se comentan en el apartado de examen físico. La elección del criterio para la agrupación de datos, se debe realizar de tal forma que se adapte al modelo desarrollado.⁴

- Se manejan los modelos conceptuales de enfermería
- Modelos ajenos a la enfermería

1.1.2.1. VALORACIÓN DE LOS DATOS

⁴ lthem. Alfaro-Lefevre, R. (1999).

Se lleva a cabo una revalorización del usuario para reducir, organizar y dar significado a los datos. Ésta técnica se lleva a cabo según los objetivos de la investigación y método aplicado.⁵

1.1.2.2. REGISTRO DE DATOS.

Las normas que *Iyer* (1989), establece para la correcta anotación de registros en la documentación son:

- ♦ Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- ♦ Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- ♦ Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, "normal", "regular", etc.
- ♦ La anotación debe ser clara y concisa.
- ♦ Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble.
- ♦ Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común.⁶

1.1.2.3. HISTORIA CLINICA

La Historia Clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal. Además de los datos clínicos que tengan relación con la situación actual del paciente, incorpora los datos de sus antecedentes personales y familiares, sus hábitos, y todo aquello vinculado con su salud Bio-Psico-Social. También incluye el proceso evolutivo, tratamiento y recuperación.⁷

PARTES DE LA HISTORIA CLINICA.

1-INTERROGATORIO

⁵ Nancy Burns, Susan K. Grove, Investigación de Enfermería, 2004, Ed. Saunders, 3ra. Edición, España, pp. 50

⁶ Iyer P. (1999) Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería, Interamericana Mc Graw-Hill. México. p. 3-21

⁷ http://es.wikipedia.org/wiki/Historia_cl%C3%ADnica

2-EXAMEN FÍSICO INICIAL.

3-DIAGNÓSTICO DE INGRESO.

4-EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE.

5-PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS INVASIVOS. (Procedimientos de instrumentación quirúrgica)

6-EVOLUCIÓN.

7-PROCEDIMIENTOS INVASIVOS TERAPEUTICOS. (Tratamiento)

8-DESCRIPCIÓN. (Forma de toma medicamentosa, horarios, aplicación, y cantidad)

9-INFORME DE COMPLICACIONES. (Surgimiento de complicaciones a raíz del tratamiento medico.)

10-DOCUMENTOS ESPECIALES. (Notas de enfermería, referencias, contra referencias, cartas médicas, etc.)⁸

La historia clínica que se maneja en el proceso enfermero se elabora basada en la entrevista con el paciente, guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson, en éste caso; los diagnósticos enfermeros, la planeación de las acciones de enfermería, la ejecución de los mismos y la evaluación de nuestra paciente conforme a su evolución.

1.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Los diagnósticos están dentro del ámbito independiente de la práctica profesional ya que se refieren a situaciones que la enfermera identifica, valida y trata independientemente, siendo ella la responsable del logro del resultado deseado; por lo tanto únicamente en los diagnósticos enfermeros deben utilizarse las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A.⁹

La formulación de un diagnóstico enfermero puede tener dos o tres partes, (de riesgo y reales respectivamente):

El sistema de dos partes (de riesgo), consta de un diagnóstico enfermero y de la afirmación, <<relacionada>>, <<los factores relacionados son factores que parecen

⁸ http://www.abcmedicus.com/articulo/medicos/2/id/430/pagina/1/historia_clinica_elemento.html

⁹ Carpenito L J. (2000) Diagnósticos de Enfermería. Interamericana Mc Graw – Hill. 3ª edición. P.206-213

mostrar cierto tipo de relación constante con el diagnóstico enfermero: éstos factores pueden describirse como anteriores a, asociados a, relacionados con, contribuyentes a o incitadores>>.

El sistema de tres partes (reales), consta de un diagnóstico enfermero, la afirmación <<relacionada>> y las características definitorias, que son <<indicios/inferencias observables agrupados como manifestaciones de un diagnóstico enfermero real o de bienestar>>

La redacción de los diagnósticos enfermeros formulados de la forma presentada, se realiza de la siguiente manera:

De riesgo:

Problema _____, relacionado con _____.

Real:

Problema _____, relacionado con _____, manifestado por _____

1.3. PLANEACIÓN

En ésta fase de planeación del proceso enfermero, es el inicio real del plan de cuidados enfermeros; los resultados del usuario se alcanzan mediante la ejecución de las intervenciones enfermeras. Durante ésta fase el personal de enfermería continúa valorando al usuario para determinar si las intervenciones son efectivas. Una parte importante de ésta fase es la documentación.¹⁰

Dentro de la planeación se pretende determinar los resultados deseados (objetivos específicos), e identificar las intervenciones para lograr los resultados deseados.¹¹

Según la prioridad de los diagnósticos se agrupan en tres categorías:

- Alta Prioridad: problemas de riesgo vital. Que amenazan la vida

¹⁰ Betty J. Ackley, Gail B. Ladwig, Manual de diagnosticos de Enfermeria: GUIA para planificar los cuidados, 2006, Ed. Elsevier Mosby, España, pag.3 y 13, 1376pp.

¹¹ Rosalinda Alfaro-LeFevre, Aplicación del proceso enfermero: Fomentar el cuidado en colaboración, 2003, Ed. Elsevier Mosby, España, pag.6, 247pp.

- Mediana Prioridad: suponen una amenaza para la salud.
- Baja Prioridad: surge de necesidades normales del desarrollo, requiere apoyo mínimo de enfermería.¹²

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Existen dos tipos de objetivos:

- Objetivos de enfermería o criterios de proceso.
- Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado.

1.4. EJECUCIÓN.

En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona atendida.

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase es importante resaltar el valor que tiene la revaloración, debido a que al realizar la ejecución de intervención es común el reconocimiento de nuevos datos, que deberán ser revisados y tomados en cuenta en la confirmación diagnóstica o en la identificación de nuevos problemas.¹³

1.5. EVALUACIÓN.

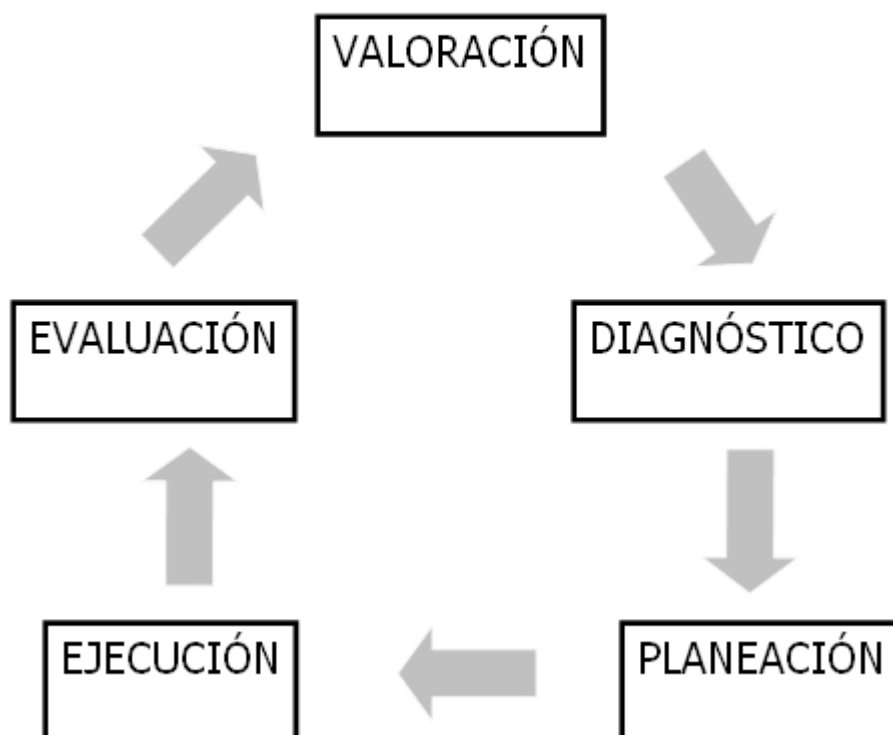
Aunque la evaluación se coloca en la fase final del proceso enfermero, es realmente una parte importante. Si los resultados no se consiguieron, el personal de enfermería empieza de nuevo la valoración y determina la razón por la que no se consiguieron. ¿Eran alcanzables los resultados?, ¿se realizó un diagnóstico enfermero erróneo?, ¿deberían cambiarse las intervenciones?; en éste momento el personal enfermero puede buscar cualquier síntoma o condición nueva que se ha identificado y adaptarlo al plan de cuidados según sea necesario.¹⁴

¹² Koziar Bárbara, Enfermería fundamental: Conceptos, procesos y práctica, Ed. Interamericana-McGraw-Hill, 1996, 1597 pps.

¹³ Rodríguez S. (2000) Proceso enfermero. Ed. Cuellar. México. 267 pp.

¹⁴ Ithem. Betty J. Ackley,(2006)

FASES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA



CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. PROCESO DE ENFERMERÍA

2.1.1. ANTECEDENTES HISTORICOS

La profesión de enfermería ha evolucionado en los últimos 50-60 años, de una forma constante, para conseguir la categoría de científica, teniendo que empezar desde una cimentación que abarca nuevos conceptos de formación, de trabajo, investigación (desarrollo y publicación), una taxonomía diagnóstica de enfermería, una nueva tecnología, etc.

Las trabas en el camino han sido constantes, desde el choque con la rama médica, hasta la de los propios enfermeros, que por carencia de interés o formación, les costaba desarrollarse, teniendo que acudir a la formación desde la universidad generando promoción a promoción el desarrollo del PAE y su aplicación.

Florencia Nightingale sentó las bases de investigación en enfermería, éstas sin embargo nunca fueron ciencia y educación.¹

El término de Proceso Enfermero aparece en los escritos de enfermería a mediados de 1955, cuando Lidia Hall describía a la enfermería como un proceso, sin embargo su descripción tardó varios años en tener aceptación como parte del cuidado integral de enfermería. Posteriormente en 1967, Yura y Walsh crearon un primer texto que describía un proceso con cuatro fases: valoración, planeación, ejecución y evaluación. Blodi en 1974 y Roy en 1975 añadieron la etapa de diagnóstico dando lugar a un proceso de cinco fases.²

¹ [http:// www.enfermundi.com/jaen/enfer/teorias7.htm](http://www.enfermundi.com/jaen/enfer/teorias7.htm) - EVOLUCIÓN ENFERMERAS TEÓRICA de José Raúl Dueñas Fuentes

² Iyer P, Tapich B. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. Interamericana McGraw Hd. 2a. Edición. Madrid 1993. p.13.

La lucha de las enfermeras por definir el campo de la profesión y con el objetivo de obtener un status profesional enfocó sus investigaciones hacia el desarrollo del diagnóstico de enfermería. De esta forma la American Nursing Association (ANA) apoyó e impulsó el diagnóstico de enfermería puesto que el campo de acción iba aumentando en la promoción de la salud y por ello se destacaba la necesidad de obtener una comunicación más apropiada entre los profesionales de enfermería y así asegurar la atención y un cuidado integral que es la meta de este proceso.

Aunque el Proceso de Enfermería está siendo utilizado por las enfermeras desde hace dos décadas, ha sido en los últimos 5 - 10 años que se ha experimentado un enorme desarrollo.³ Las facultades de enfermería del país lo enseñan teóricamente y lo aplican parcialmente en las prácticas a usuarios hospitalizados delimitándolos por grupos o divisiones por ciclo vital humano. Dentro de estas rotaciones los estudiantes elaboran planes de atención con base en el proceso; sin embargo, el poco tiempo dedicado a las prácticas dificulta la ejecución de esas actividades creando en ocasiones sentimientos de frustración al no poder ejecutar su plan.

Una de las definiciones actuales de proceso de enfermería es: El proceso de atención de enfermería es el método, que le imprime el carácter científico a la profesión. Es en el desarrollo del mismo donde el educando o profesional de enfermería a partir de una situación dada comienza a brindar su atención especializada, logrando integrar conocimientos, habilidades, hábitos, que permitirán prevenir, recuperar y rehabilitar la salud del hombre, aplicando acciones, independientes, dependientes e interdependientes, científicamente justificadas por principios básicos, para resolver los problemas identificados. La aplicación del proceso de atención de enfermería también le permite al estudiante actualizar de forma sistematizada, conocimientos básicos y clínicos.⁴

El Proceso de Enfermería fomenta la innovación y creatividad a la hora de solucionar los problemas de atención de enfermería. Esto evita el aburrimiento que podría deberse a un enfoque repetitivo orientado a una tarea.⁵

³ Alfaro LR. Aplicación del Proceso de Enfermería. Doyma Editores. 2a. Edición. Barcelona 1996 Prefacio.

⁴ Fenton Tail M. "Manual de Enfermería". La Habana; Pueblo y Educación. 1990.

⁵ Ithem. Iyer P, Tapich B. p.19.

“Se considera el proceso de enfermería con sus seis características a saber: tiene finalidad, es sistemático, dinámico, flexible, interactivo y posee una base teórica”.

- Finalidad, debe entenderse que se dirige a un objetivo.
- Sistemático, nos dice que es un planteamiento organizado para el logro del objetivo. (evitar la intuición).
- Dinámico, es porque responde a un cambio continuo,(se caracteriza evolutivo porque se orienta según las respuestas del paciente, se dice que es de naturaleza interactiva porque se basa en las relaciones reciprocas entre enfermera-paciente).
- Flexible, porque se puede adaptar al ejercicio de enfermería en todas sus áreas.
- Base teórica, nos habla de que el proceso es el resultado de conocimientos científico y humano y se puede aplicar en cualquier modelo de enfermería.⁶

2.1.2. ETAPAS.

Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- ♦ *Valoración:* es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
- ♦ *Diagnóstico de Enfermería:* es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- ♦ *Planificación:* se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- ♦ *Ejecución:* es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- ♦ *Evaluación:* comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

⁶ Kerouac, S, Pepin, J, et al. El pensamiento enfermero. Editorial Masson, Barcelona, 167 pp.

2.1.2.1 VALORACIÓN.

Es la primera fase del proceso de enfermería. En el contexto de la valoración de enfermería, se pueden definir los datos como información específica obtenida acerca del usuario. Organizar de forma sistemática la información necesaria para diagnosticar las respuestas sanitarias del usuario e identificar los factores que intervienen. Esta base de datos será la base para las restantes fases del Proceso de Enfermería: Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

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

El personal de enfermería debe poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración de la persona, estos requisitos son:

- ♦ Las convicciones del profesional. Conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre el personal de enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- ♦ Los conocimientos profesionales. El personal de enfermería debe tener una base de conocimientos sólida, que le permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- ♦ Habilidades. Éstas se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- ♦ Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.

- ♦ Observar sistemáticamente. Se refiere a la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que se necesitan recoger.
- ♦ Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través del uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. A menudo se hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.⁷

La valoración se define como el proceso organizado y sistemático de recoger y recopilar datos sobre el estado de salud del paciente a través de dos fuentes principalmente:

- ♦ La fuente primaria: es el sujeto de atención (Paciente, Familia y Comunidad) cuya información se obtiene a través de entrevistas y exploración física.
- ♦ La fuente secundaria la representan: entrevistas a personas significativas y a profesionales que participan en la atención del paciente, registros clínicos de enfermería y el expediente del paciente (Historia Clínica, exámenes de laboratorio, interconsultas, notas de evolución etc.).

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, el personal de enfermería, adquiera un hábito que se traduce en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería.

La sistematización a seguir puede basarse en distintos criterios:

- ♦ Criterios de valoración siguiendo un orden cefalocaudal. Sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- ♦ Criterios de valoración por "sistemas y aparatos". Se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- ♦ Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": La recolección de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia

⁷ McCloskey D. J., Bulechek, G. (2001) Clasificaciones de Intervenciones de Enfermería (CIE), Ed. Harcourt Mosby. 3ª edición España. 952 pp.

determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de salud.

- ♦ Criterio de valoración de acuerdo a la perspectiva teórica utilizada.⁸

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde se debe buscar:

- ♦ Factores personales, familiares y del entorno.
- ♦ Datos generales sobre los problemas de salud detectados en el paciente.

Las valoraciones posteriores se hacen en forma “focalizada”, para lo cual se debe considerar los siguientes puntos:

- ♦ Señalar datos específicos del problema de salud de la persona.
- ♦ Confirmar los problemas de salud detectado.
- ♦ Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- ♦ Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- ♦ Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.⁹

TIPOS DE DATOS A RECOGER.

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

- ♦ *Datos Objetivos*: guardan cierto paralelismo, especialmente si se refiere, a cuestiones clínicas, a los signos de los que habla la medicina. (datos que son medibles).
- ♦ *Datos Subjetivos*: datos relativos al modo de pensar o sentir, las situaciones del propio enfermo. Son síntomas tan relativos, como la propia percepción de nuestro paciente. (datos que no son medibles).
- ♦ *Datos Históricos*: antecedentes, son hechos que han ocurrido, anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento.
- ♦ *Datos Actuales*: información sobre el problema de salud actual.¹⁰

⁸ Ithem. Carpenito L J. (2000)

⁹ Fernández, C. / Novel Martí, G., EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. Estudio de casos, Ed. Masson, 1993, p. 10

¹⁰ Bellack J, Bamford P. Nursing Assessment A multidimensional approach. Belmont, CA:Wadsworth Inc. 1984:284.

METODOS PARA OBTENER DATOS.

Métodos para obtener datos:

A) Entrevista Clínica

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal:

- ♦ La entrevista formal, consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.
- ♦ El aspecto informal de la entrevista, es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista consta de tres partes:

- ♦ *Iniciación:* se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- ♦ *Cuerpo:* la finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.
- ♦ *Cierre:* es la fase final de la entrevista. No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

Las técnicas verbales son:

- ♦ El interrogatorio, permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- ♦ La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar (validar) y profundizar en la información.

- ♦ Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.

Las técnicas no verbales:

Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:

- ♦ Expresiones faciales.
- ♦ La forma de estar y la posición corporal.
- ♦ Los gestos.
- ♦ El contacto físico.
- ♦ La forma de hablar.¹¹

Se reconoce que las cualidades básicas que debe tener un entrevistador son:

- ♦ *Empatía:* la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor.¹² La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, y otro en el que le da a entender que la comprende.¹³
- ♦ *Calidez:* es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal.
- ♦ *Respeto:* es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos.¹⁴ Implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.⁽²⁶⁾
- ♦ *Concreción:* es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista.⁽²⁸⁾ La autenticidad, ésta supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos».⁽²⁶⁾

¹¹ Ithem. Alfaro-Lefevre, R. (1999).

¹² CIBANAL JUAN Luis, Interrelación del profesional de enfermería con el paciente, Ed. Doyma, 1991, 166 pps.

¹³ Briggs Leslie J.Robert M. Gagné, La planificación de la enseñanza: Sus principios, Ed. Trillas, 1983, 287 pps.

¹⁴ Ithem. Briggs,(1983).

EXÀMEN FÍSICO.

Se debe explicar al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en la obtención de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, además de confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista.

La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas:

- Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.
- Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino.

También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.¹⁵

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico:

- ◆ Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- ◆ Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
- ◆ Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.¹⁶

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

VALIDACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE DATOS

Aquí tratamos de verificar los datos obtenidos mediante la observación, la entrevista y el examen físico. Al tratar de validar los datos, tanto objetivos como subjetivos, lo que estamos intentando es confirmar su veracidad y/o en su caso corroborar su desviación de la norma.

Los datos objetivos, se validan comprobando en primer lugar el instrumental y procedimiento empleado, en su recogida y más tarde comparando su coherencia con otras fuentes de información como pueden ser las pruebas complementarias (de laboratorio y gabinete) o las opiniones de otros miembros del equipo. Ante la falta de coherencia de algunos de los datos, será imprescindible repetir nuevamente el procedimiento.

Los datos subjetivos solo pueden validarse, con el enfermo o bien en caso de duda, con algún miembro de su entorno más cercano.¹⁷

¹⁵ Jean D. E. (1997) Enfermería Maternoinfantil. Ed. Mosby / Doymas Libros España 749 pp.

¹⁶ Murray, ME, Atkinsón, LP. Proceso de atención enfermería. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1996. 225 pp.

¹⁷ Enfermeros Del Consorcio Sanitario de Tenerife. Temario Volumen I., 2004, Ed. MAD-Eduforma, p.240, 670pp.

ORGANIZACIÓN DE DATOS.

En esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas. El modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (*Maslow, 1972*).

Una vez recogida y validada la información, se organiza en categorías de información, la elección de criterio para la agrupación de dichos datos, se realiza de forma tal que se adapte al modelo desarrollado.¹⁸

DOCUMENTACIÓN Y REGISTRO DE LA VALORACIÓN.

Es la actividad de informar y registrar los datos para dar un seguimiento o acelerar el diagnóstico y tratamiento.

- ♦ Mantener la comunicación entre los profesionales de salud.
- ♦ Demostrar la calidad de los cuidados al poder compararse con las normas de calidad establecidas.
- ♦ Permitir la evaluación para la gestión de los servicios de enfermería, incluida la gestión de la calidad.
- ♦ Evidencia de carácter legal.
- ♦ Permitir la investigación en enfermería.

Las normas para la correcta anotación de registros en la documentación de acuerdo con Iyer son:

1. Deben estar descritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor y opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
2. Las descripciones e interpretaciones de los datos subjetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
3. Evitar las generalizaciones y términos vagos (normal, Regular).

¹⁸ Ithem. Rodríguez S. (2000)

4. Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma tamaño.
5. La anotación debe ser clara y concisa.
6. Se describiera de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
7. Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Su usarán solo las abreviaturas de uso común.¹⁹

2.1.2.2 DIAGNÓSTICO.

Diagnóstico de enfermería:

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico. "Es una declaración de un estado de alteración de la salud real o potencial que se deriva de la valoración de Enfermería y el cual requiere de intervenciones del campo de enfermería". Carpenito Lynda ó "Es un juicio clínico sobre un individuo, familia o grupo de la comunidad que se deriva de un proceso deliberado y sistemático de recolección y análisis. Sirve de base para precisar una terapia que esta bajo la responsabilidad del profesional de Enfermería Shoemaker, 1984".

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

Tipos de diagnósticos:

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

- ♦ Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El

¹⁹ Iyer, Patricia W. Proceso y Diagnostico de Enfermería. Tercera edición. McGraw-Hill Interamericana.1997.

enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real.

Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

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

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

- ♦ Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir.

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

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

Podemos añadir un quinto tipo:

- ♦ De síndrome: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

Al momento de escribir un Diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

- ◆ Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- ◆ La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- ◆ Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal
- ◆ Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- ◆ Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- ◆ No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- ◆ No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- ◆ No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- ◆ No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.
- ◆ No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.²⁰

COMPONENTES DE UN DIAGNÓSTICO:

- *Etiqueta:* proporciona un nombre al diagnóstico. Es un término o frase concisa que representa un patrón de clases relacionadas. Puede, incluir calificativos (angustia, agudo, alterado, crónico, deficiente, disfuncional, potencial de mejora)
- *Definición:* proporciona una descripción clara y precisa, delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.
- *Características definitorias:* claves inferencias, observables que se agrupan como manifestaciones en un diagnóstico enfermero (a). Aparecen en los diagnósticos reales u de salud.
- *Factores relacionados:* condiciones y/o circunstancias que contribuyen al desarrollo/mantenimiento de un diagnóstico enfermero (a).

²⁰ Dueñas, F, JL. El Proceso de Atención de Enfermería. Consultado el 22 de abril 2006. Disponible en: www.terra.es/personal/duenas/pae.htm

- *Factores de riesgo*: factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad ante un evento no saludable.²¹

2.1.2.3. PLANEACIÓN.

Esta tercera etapa se inicia con los diagnósticos de Enfermería y concluye cuando se registra las intervenciones del cuidado de Enfermería. En esta fase se trata de establecer los cuidados de enfermería, que conduzcan al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación en el proceso de atención de enfermería incluye cuatro etapas: *Carpenito (1987)* e *Iyer (1989)*.

Etapas en el Plan de Cuidados:

- ❖ Establecer prioridades en los cuidados. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- ❖ Planteamiento de los objetivos del paciente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.
 - Los resultados esperados son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos y/o resultados esperados permiten evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.
 - Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de

²¹ Ahsinson, Murray. **Proceso de Atención de Enfermería, Segunda edición.** Editorial El Manual Moderno S.A. de CV, México DF. 1993.

apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad.

- Por último es importante que los objetivos y/o resultados esperados se decidan y se planteen de acuerdo con el paciente, la familia y/o la comunidad.
- ❖ Elaboración de las actuaciones de enfermería: determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para lograr los objetivos.
 - Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.
 - Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.
 - Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.
- ❖ Documentación y registro.

DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES.

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, *Maslow (1972)*.

Daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensuadamente con el personal.

Al jerarquizar la atención de las personas debe considerar las siguientes necesidades en orden de importancia:

- ◆ Problema que amenaza la vida e interfieren con las necesidades fisiológicas.
- ◆ Problemas que interfieren con la seguridad y la protección.
- ◆ Problemas que interfieren con el amor y la pertenencia.
- ◆ Problemas que interfieren con la autoestima.

Es preciso hacer hincapié en la importancia que tienen las acciones de promoción de la salud enfocadas desde el cambio de estilo de vida, actividades que son exclusivamente responsabilidad del personal de enfermería.²²

PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS.

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

NORMAS GENERALES PARA LA DESCRIPCIÓN DE OBJETIVOS

Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse. Además su descripción se realiza en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería. Así mismo, se sugiere atender las siguientes recomendaciones:

- ◆ Elaborar objetivos cortos.
- ◆ Hacer específicos los objetivos.
- ◆ Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- ◆ Señalar un tiempo específico para alcanzar cada objetivo.

Existen dos tipos de objetivos:

Objetivos de enfermería o criterios de proceso. Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

- ◆ Encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- ◆ Buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.

²² Ithem. Alfaro-Lefevre, R. (1999)

- ♦ Conocer su estilo de vida y ayudarlo a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

Objetivos a Corto Plazo: Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.

Objetivos a Mediano Plazo: para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.

Objetivos a Largo Plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos:

- Uno, abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.
- Otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo.

Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado. Los objetivos del paciente se anotan en términos de lo que se espera que haga la persona, esto es, como conductas esperadas.

Las principales características de los objetivos del paciente son tres:

- Deben ser alcanzables, esto es, factibles de conseguir.
- Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.
- Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, dónde, etc.).

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA.

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán

acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema.

Las actividades de enfermería se clasifican en tres tipos:

- ♦ Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica.
- ♦ Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.
- ♦ Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Las características de las actuaciones de enfermería son, según *Iyer (1989)*, las siguientes:

- ♦ Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- ♦ Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.
- ♦ Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- ♦ Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- ♦ Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- ♦ Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- ◆ Promoción de la salud.
- ◆ Prevenir las enfermedades.
- ◆ Restablecer la salud
- ◆ Rehabilitación.
- ◆ Acompañamiento en los estados agónicos.

Las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de enfermería integrales, entorno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

El diagnóstico enfermero real:

- Reducir o eliminar factores contribuyentes.
- Promover mayor nivel de bienestar.
- Controlar el estado de salud.

Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:

- Reducir o eliminar los factores de riesgo,
- Prevenir que se produzca el problema.
- Controlar el inicio de problemas.

Para el diagnóstico enfermero de bienestar:

- Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.

Para problemas interdependientes:

- Controlar los cambios de estado del paciente.
- Manejar los cambios de estado de salud.
- Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera y el médico.²³

DOCUMENTACIÓN EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

²³ Ithem. Iyer P. (1999)

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería. Ello se obtiene mediante una documentación.

El plan de cuidados de enfermería, según *Griffith-Kenney y Christensen*, "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".²⁴

Es evidente que si no hay planeamiento o si este no se registra, se interrumpe todo el proceso y se carece de un sistema para evaluar los cuidados que se presenten. Un plan de cuidado no es fruto del azar ni de la intuición; para hacerlo se requiere demostrar la capacidad para valorar y diagnosticar. Cuando decimos que planeamos pero no aparece escrito el plan, no hay evidencia y no puede cumplir con las finalidades que se persiguen.

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- Los cuidados individualizados.
- La continuidad de los cuidados.
- La comunicación.
- La evaluación.²⁵

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

Finalmente los planes de atención de enfermería deben:

- ♦ Ser escritos por enfermeras profesionales.
- ♦ Iniciarse al primer contacto con el paciente.
- ♦ Estar disponibles para que el resto del personal los conozca.

²⁴ Griffith y Christensen. Proceso de Enfermería, aplicación de teorías, guías y modelos. Manual Moderno. México. 1986.

²⁵ David Werner, Bill Bower, Aprendiendo a Promover la Salud, Ed. Centro de Estudios Educativos, 1995, 622 pps.

- ♦ Estar actualizados y ser pertinentes con la condición clínica del usuario.²⁶

2.1.2.4. EJECUCIÓN.

En la etapa de ejecución tan importante como las demás, el profesional de enfermería, entra en contacto directo con el paciente no solo para aplicar el plan sino para valorar y evaluar el estado del usuario y ajustar el plan.

De acuerdo con los planes y la condición del usuario, la ejecución del plan puede estar a cargo del usuario y la familia; del usuario y el profesional de Enfermería; el profesional de Enfermería; el profesional de Enfermería y otros miembros del equipo para actuar bajo la dirección del profesional de Enfermería.

La ejecución, implica las siguientes actividades de enfermería:

- ♦ Continuar con la recogida y valoración de datos.
- ♦ Realizar las actividades de enfermería.
- ♦ Anotar los cuidados de enfermería.
- ♦ Dar los informes verbales de enfermería.
- ♦ Mantener el plan de cuidados actualizado.²⁷

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase es importante resaltar el valor que tiene la revaloración, debido a que al realizar la ejecución de intervención es común el reconocimiento de nuevos datos, que deberán ser revisados y tomados en cuenta en la confirmación diagnóstica o en la identificación de nuevos problemas.

2.1.2.5. EVALUACIÓN.

La evaluación de los resultados se dirige a los comportamientos y es la que con más frecuencia se utiliza cuando se habla de la etapa de evaluación en el PAE.

²⁶ McCloskey D. J., Bulechek, G. (2001) Clasificaciones de Intervenciones de Enfermería (CIE), Ed. Harcourt Mosby. 3ª edición España. 952 pp.

²⁷ Ithem. Alfaro-Lefevre, R. (1999)

Estos resultados son los que se propusieron como resultados esperados en la etapa de planeamiento. Su formulación en forma de conductas objetivamente observables hace posible ese juicio ya que son indicadores del progreso. Si los resultados están dentro de la dirección deseada, se considera que los diagnósticos existentes, los juicios clínicos, las órdenes de enfermería y los métodos de intervención permanecerán inmodificados. En caso de que no se logren los resultados será necesario iniciar nuevamente la recolección de datos adicionales, formular diagnósticos, hacer planes e intervenciones nuevas.²⁸

2.2. BIOGRAFIAS

VIRGINIA HENDERSON.

(1897-1996)

DATOS BIOGRAFICOS:

Nació en Kansas City, Missouri el 19 de Marzo de 1897.

- 1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de enfermería del ejército en Washington D. C...
- 1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.
- 1922 inicia su carrera como docente.
- 1926 ingresa al Teachers College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y magíster en arte en 1934.
- 1929 ocupa el cargo de Supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York.
- 1930 a su regreso al Teachers College es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas en esta Universidad hasta 1948.
- 1948 hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del Textbook of the Principles and practice of Nursing, de Berta Harmer publicado en 1939.
- 1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la Definición de Enfermería de Virginia Henderson.
- 1953 ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de Enfermería.

²⁸ Hernández, CJ, Esteban, AM. Fundamentos de enfermería. Teoría y Método. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, España 1999. 152 pp.

- 1959 a 1971 dirige el Proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.
- 1960 su folleto Basic Principles of Nursing Care para el International Council of Nurse.
- 1953 hasta 1958 trabajo en el Proyecto dirigido por Leo W Simmons, quien edito durante cinco años una Encuesta Nacional sobre la Investigación en Enfermería la cual fue publicada en 1964.
- 1966 publica su obra The Nature of Nursing aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.
- Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale.²⁹

Recibe nueve títulos doctorales honoríficos de las siguientes Universidades:

- Catholic University.
- Pace University.
- University of Rochester.
- University of Western Ontario.
- Yale University.
- Old Dominion University.
- Boston College.
- Thomas Jefferson University.
- Emery University.³⁰

Es honrada con el primer Premio Christiane Reimann, con el Premio Mary Adelaide Nutting de la National League for Nursing de los Estados Unidos, fue elegida miembro honorario de la American Academy of Nursing, de la Association of Integrated and Degree Courses in Nursing, Londres y de la Royal College of Nursing de Inglaterra.

²⁹ Enfermeras Teóricas. Virginia Henderson. www.teleline.terra.es/
Abril Pag 1, 2,3.

³⁰ Tendencias y Modelos más utilizados en Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. [http:// www.aibarra.org/](http://www.aibarra.org/)
Abril Pag 15, 16,17.

- 1983 recibió el Premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau Internacional por su labor de Liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad.

La Biblioteca Internacional de Enfermería de la Sigma Theta Tau fue bautizada con el nombre de Virginia Henderson.

- 1978 publica la sexta edición de *The Principles of Nursing* fue elaborada por Henderson y Gladis Nite, editada por Virginia.
- 1988, en la convención de la American Nurses Association (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida.

Virginia Avenel Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de Noviembre de 1996.³¹

FUENTES TEÓRICAS.

Tres factores la condujeron a compilar su propia Definición de Enfermería el primero de ellos ocurrió al revisar el texto de Berta Harmer. El segundo factor fue su participación como integrante del Comité de la Conferencia Regional de la National Nursi Council en 1946, y el tercer factor estaba representado por su propio interés en el resultado de cinco años de Investigación de la American Nurses Association (ANA) sobre la función de enfermería en 1955. Henderson clasificó su trabajo como una definición más que como una teoría, la describió como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas.

Otras de las fuentes que influenciaron su trabajo fueron: Annie W Goodrich, Caroline Stackpole, Jean Broadhurst, Dr Edward Thorndike, Dr George Deaver, Bertha Harmer, e Ida Orlando.³²

TENDENCIA Y MODELO.

³¹ Marriner. T.A. Raile, A.M. (1999) *Modelos y Teorías en Enfermería* .4 ta Edición. Editorial Harcourt Brance.

³² Henderson, V.A. (1966) *an Overview of Nursing Research*. Nursing Research October. Pag 10, 11, 16.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.³³

SUPUESTOS PRINCIPALES.

La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas. La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.

La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.

Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas.

AFIRMACIONES TEÓRICAS.

➤ Relación enfermera – paciente:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

La enfermera como sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.

³³ Henderson, V.A. (1964) the Nature of Nursing American Journal of Nursing. Pag 63, 64, 68.

La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

➤ **Relación enfermera – médico:**

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

➤ **Relación enfermera – equipo de salud:**

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.³⁴

DEPENDENCIA

Se presenta cuando una necesidad no esta satisfecha por la presencia de alguna dificultad, apareciendo así manifestaciones de dependencia.

INDEPENDENCIA

“Virginia Henderson, considera que todas las personas que tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continua. A fin de mantener en estado optimo la propia salud. Cundo esto no es posible, aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como: falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad”.³⁵

Los niveles de independencia en la satisfacción de las necesidades son específicos y únicos para cada individuo, por lo tanto estos criterios deben ser considerados de acuerdo con las características de cada persona, variando según sus aspectos psicológicos, socioculturales y espirituales.

CAUSAS DE LA DIFICULTAD

³⁴Item. Henderson, V.A. (1966)

³⁵Item. Marriner. T.A. Raile, A.M. (1999)

Son obstáculos, limitaciones personales, o problemas del entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades, estas son:

- a) Falta de fuerza: no solo se refiere a la capacidad física o habilidades mecánicas de la persona, sino también a la capacidad para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, tomando en cuenta el estado emocional e intelectual.
- b) Falta de conocimiento: se refiere a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y la enfermedad.
- c) Falta de voluntad: la persona no se compromete o esta incapacitada para satisfacer sus necesidades.³⁶

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES.

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando esta sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es denominadas por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

³⁶ Furukawa, C.Y. Howe, J.K (1995) Virginia Henderson in Nursing Theories Practice Group.

- **Enfermería.** Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.
- **Salud.** Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.
- **Entorno.** Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo.
- **Persona (paciente).** Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.³⁷

Henderson definió enfermería en términos funcionales. La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, sano o enfermo a recuperar la salud (o a una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o con el conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la independencia lo más rápido posible, afirmaba que a medida que cambiase las necesidades del paciente también podía cambiar la definición de enfermería.

Para Henderson su definición de enfermería no era definitiva, consideraba que enfermería cambiaría según la época en que se practicase y que dependía de lo que realizara el personal de salud.

Virginia Henderson incorpora los principios fisiológicos y psicopatológicos a su definición de enfermería en sus innumerables trabajos explicó la importancia de la independencia de enfermería y, a la vez, de su interdependencia con respecto a otras ramas dentro del área de la salud.

Este es un trabajo de tipo documental donde se realiza una breve reseña de su biografía y su teoría de enfermería, la cual se basa en los catorce componentes de enfermería, es decir, en las catorce necesidades básicas del ser humano.³⁸

³⁷ lthem. Henderson, V.A. (1964)

1. NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE

Matiza también el control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores. Hace referencia al masaje cardíaco y al control de oxigenación.

2. NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

La enfermera debe conocer los aspectos psicológicos de la alimentación y establecer una supervisión constante sobre la comida, teniendo en cuenta gustos, hábitos etc.

3. NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS

La enfermera deberá observar si la eliminación es normal. Incluye la protección de la piel contra la irritación y una buena utilización de ropas de vestir y de cama.

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA DEBIDA POSTURA

Hace un matiz sobre los cambios posturales y la prevención de úlceras por decúbito, e incluye la rehabilitación.

5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

Hace referencia al dolor y al uso indiscriminado de somníferos.

6. NECESIDAD DE SELECCIONAR LA ROPA ADECUADA, A VESTIRSE Y DESVESTIRSE.

Es importante reducir al mínimo la interrupción de costumbres establecidas y el uso de ropas que lo hagan sentir un miembro activo de la comunidad.

7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA DEL CUERPO DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES, POR MEDIO DE ROPAS ADECUADAS Y LA MODIFICACIÓN DE LA TEMPERATURA AMBIENTE

Hace referencia también al control de insectos, prevención de la polución de las aguas y la contaminación de la comida.

³⁸ Henderson, V. (1991). *The nature of nursing--Reflections after 25 years*. NY: Macmillan.

8. NECESIDAD DE MANTENERSE LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER LA PIEL

Tiene en cuenta el valor psicológico, aparte del fisiológico. El número de baños completos deben determinarse de acuerdo con la necesidad física y la voluntad del paciente.

9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES Y LOS DAÑOS A OTRAS PERSONAS.

Hace referencia a la prevención de accidentes y a la protección de si mismo y de las personas que le rodean. La autoestima. También introduce el conocimiento sobre esterilización.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE CON OTROS PARA EXPRESAR EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES, O “SENSACIONES”

En la medida en que fomenta las buenas relaciones del paciente, promueve el bienestar del mismo. Ayuda a la persona a comprenderse así mismo y cambiar ciertas condiciones, que son las que lo han convertido en enfermo y aceptar aquello que no puede ser cambiado.

11. NECESIDAD DE PRACTICAR SU RELIGIÓN.

Respeto y tolerancia a la raza, color, religión, creencias y valores. Secreto profesional.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR EN ALGO QUE DE LA SENSACIÓN DE UTILIDAD.

Aceptación del rol de cada uno.

13. NECESIDAD DE JUGAR O PARTICIPAR EN DIVERSAS FORMAS DE RECREO.

Puede ser un estímulo y un medio de hacer ejercicio. La enfermera puede ayudar a los familiares y amigos del paciente a que atiendan las necesidades recreativas del mismo.

14. NECESIDAD DE APRENDER A SATISFACER LA CURIOSIDAD, AFÁN QUE CONDUCE AL DESARROLLO NORMAL DE LA SALUD.

La orientación, el adiestramiento o la educación forman parte de los cuidados básicos de la mayoría de las personas. La enfermera tiene una función docente.³⁹

APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

Este modelo es aplicable en todas las etapas, ya que en las etapas de valoración y diagnóstico sirve de guía en la recogida de datos, en el análisis y síntesis de los mismos; determinándose el grado de independencia/dependencia de cada necesidad, las causas de la dificultad, la interrelación de unas necesidades con otras y la definición del problema y su relación con las causas de dificultad.

En las etapas de planificación y ejecución, se formulan objetivos en base a las causas de dificultades detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia, ayuda o compañía) y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo, cuando sea posible, en su propio cuidado.

En la etapa de evaluación, este modelo ayuda a determinar los criterios que indicaran los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, según esta autora la meta es ayudar al individuo a conservar su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápido posible, nuestra actuación tiene como objetivo ayudarle a alcanzar dicha independencia por sí mismo de acuerdo a sus capacidades y recurso.

2.3. PARADIGMA DE ENFERMERÍA

Enfermería tiene el desafío de generar sus propios conocimientos a través de la investigación y construir su realidad desde su propia perspectiva, es decir, su práctica y objeto disciplinar, que es el cuidado. Los fundamentos de enfermería como profesión sustentan conocimientos filosóficos, éticos y biopsicosociales como soporte al desarrollo de la misma. Las actividades de docencia, asistencia e investigación en enfermería

³⁹ García, GM de J. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. 1º Edición. Editorial Progreso, México, 1997. 323 pp.

representan los escenarios para la construcción de conocimiento, siguiendo caminos que le faciliten dicha construcción; para esto hará uso de aquella macro visión que le permita acercarse de manera más efectiva a la comprensión y, por que no, también a la explicación de los sujetos/objetos de su interés. De acuerdo a esta premisa, enfermería no por moda utilizará los paradigmas, sino con la convicción que puede desarrollar su producción científica desde el espectro que brindan los paradigmas.⁴⁰

La disciplina de enfermería ha ido evolucionando con los acontecimientos y con las corrientes de pensamiento que se han ido sucediendo a lo largo de la historia, lo que ha provocado situaciones de cambio dentro de esta ciencia, para cuyo conocimiento es necesario abordar los diferentes paradigmas y concepciones que han ido configurando su desarrollo en conjunto con otras ciencias. De ahí la importancia de que el personal de enfermería comprenda los cambios que se están produciendo para poder adaptarse mejor a las necesidades que van surgiendo, tanto profesionales como de la comunidad a la que brinda sus cuidados.

Con estas observaciones en el área de la ciencia de enfermería se comienza a usar el concepto de paradigma como referente para el desarrollo de la ciencia y base para múltiples ciencias. Al utilizar este concepto debe hacerse referencia a *Thomas Khun*, que lo utiliza como eje central de su visión de la ciencia a partir de su concepción de "ciencia normal" y de la naturaleza de las evoluciones científicas.⁴¹ Es evidente que la filosofía de la ciencia, dictada por *Khun*, ha servido de gran ayuda para comprender la evolución de la teoría de la enfermería mediante los modelos paradigmáticos de la ciencia.

En enfermería, su objeto disciplinar es el cuidado, el cual se realiza en seres humanos quienes, como tales son dinámicos, cambiantes y únicos, por lo tanto no están sujetos necesariamente a un proceso ordenado por etapas, más sí, a través de procesos sistematizados, que le permitan en primer término comprender, interpretar y explicar un fenómeno. El objetivo de la investigación en enfermería debe estar por encima del dilema

⁴⁰ Muñoz. L. A. (1995a). Ciencia y enfermería, el desafío de investigar en enfermería (1) 17-21.

⁴¹ Tazon Ansola M, García Campayo J. Asequinolaza Chopitea L. Relación y comunicación. La relación interpersonal: fundamento de la ciencia y disciplina de la enfermería. Madrid: Editorial Difusión Avances de Enfermería; 2000:48-50.

de los paradigmas, es comprender los fenómenos que existen, que están allí, que influyen en las interacciones del cuidado, para apoyar intervenciones favorables a la vida misma.⁴²

Metaparadigma: Según *Kérovac et cols.*, es la perspectiva de conjunto de una disciplina, que precisa de los conceptos centrales de la misma (cuidado, persona, salud, entorno) e intenta explicar sus relaciones.⁴³

Paradigma.: el paradigma es el término utilizado para expresar la *relación entre ciencia, filosofía y teoría, aceptado en un cierto campo científico. La ciencia, la filosofía y la teoría son componentes esenciales de cualquier disciplina científica.*⁴⁴

Khun sobre paradigma, quien resaltó este término como *sinónimo de comunidad científica o de individuos contemplados en el ámbito de una disciplina dotando al término de un significado que corresponde al conjunto de elementos comunes compartidos por los miembros de la comunidad científica. El paradigma dominante dirige las actividades de una disciplina.*

- **ENFERMERÍA.** Es la profesión que teniendo como base las necesidades humanas, la importancia de su satisfacción y los aspectos que la modifican y afectan, aplica en su competencia y desempeño los principios de las ciencias, biológicas, físicas, químicas, sociales, psicológicas, médicas entre otras, proporcionándoles atención integral al hombre sano o enfermo.⁴⁵
- **PACIENTE O PERSONA.-** Este término responde a la definición de ser humano individuo único e irremplazable que se encuentra en un proceso continuo de progresión, evolución y cambio.
- **SALUD.-** Ésta la define según criterios objetivos y subjetivos. El estado de salud de una persona es un estado de bienestar definido individualmente según la propia apreciación del estado físico, emocional y espiritual. La salud objetiva es “ausencia de enfermedad, discapacidad o defecto detectable por el examen físico, las pruebas de laboratorio, la valoración por un director espiritual o un consejero psicológico.

⁴² Alarcón, María; Astudillo, Paula; Rivas, Edith (2000). Metodología de la investigación en enfermería. Manual. Proyecto de Desarrollo Docente N° 1620-499. Chile.

⁴³ Kérovac et cols., 1996: 142-147 (basadas en la definición de paradigma del filósofo Khun y el físico Kapra)

⁴⁴ Ithem. Marriner Tomey, Raile Alligood, 1999

⁴⁵ Ithem. Femton

➤ **ENTORNO.**- Aquí define la condición humana y las experiencias vividas por el ser humano como sufrimiento, esperanza, dolor y enfermedad. Estas situaciones pueden equipararse en el entorno.

En el área de la ciencia enfermera, y según relatan Kérovac y et colls. los autores han propuesto, entre otros, los siguientes paradigmas:

Paradigma de la categorización: Entiende los fenómenos como divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables. En las ciencias de la salud, este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda del factor causante de la enfermedad. Además inspira dos orientaciones en enfermería: Una centrada en la salud pública y otra centrada en la enfermedad.

Paradigma de la integración: Prolonga el paradigma anterior reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa. Este paradigma ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona.

Paradigma de la transformación: Representa un cambio de mentalidad sin precedentes. Entiende cada fenómeno como único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Este paradigma es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo y ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina.

Además de los anteriores, Marriner Tomey y Raile Alligood destacan:

Paradigmas postpositivista e interpretativo: Han alcanzado un grado actual de aceptación en enfermería como paradigmas que orientan el desarrollo del conocimiento.

Paradigma crítico: Se describe como emergente y posmoderno y ofrece un sistema conceptual válido para indagar las interacciones entre factores sociales, políticos, económicos, sexuales y culturales y las experiencias sobre salud y enfermedad.

CONCEPTOS DE CUIDADO

Desde el punto de vista de la disciplina el cuidado es el objeto de conocimiento de la enfermería y criterio fundamental para distinguirlas de otras disciplinas en el campo de

la salud. El adjetivo *caring*, en enfermería se utiliza para designar los cuidados profesionales, que la enfermera lleva acabo y que suponen un compromiso humanista y un interés por los semejantes.

El cuidado es el elemento esencial de la relación enfermera-paciente y la capacidad de la enfermera para empatizar o “sentirse desde” el paciente, representa la principal característica de las relaciones profesionales.

El cuidado ayuda a otra persona, *permite el desarrollo y la actualización del yo*, es un proceso de interrelación que implica el desarrollo, de la misma manera que la amistad solo aparece a través de la confianza mutua que produce una transformación profunda y cualitativa de la relación.

Cuidar no consiste en imponer pautas de conductas ajenas a la persona, sino mas bien, contribuir a la realización de su proyecto personal, de aquí se deriva un atributo del cuidado; “*la comprensión*”. Comprender requiere una actitud activa de empatía, de sentir con el otro.

“Cuidar es un acto de vida, que representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida permitiendo que continúe y se reproduzca.

*Cuidar es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que, temporal o definitivamente, requiere ayuda para satisfacer sus necesidades”.*⁴⁶

Cuidados de costumbres y habituales: son los cuidados permanentes y cotidianos (capacidades y habilidades) que tienen como única función mantener la vida se basan en todo tipo de costumbre y creencias de un grupo.

Cuidados de curación: garantizan la continuidad de la vida, cuando se obstaculiza por: hambre, enfermedad, guerra, etc. Su objetivo es limitar la enfermedad, luchar contra ella y limitar sus causas. Cuando prevalecen los cuidados de curación sobre los de cuidado de costumbre “se aniquilan progresivamente las fuerzas vivas de la persona, todo aquello que la hace ser y querer reaccionar, ya que se agotan la fuentes de energía vital ya

⁴⁶Collier, MF. Promover la vida. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, España, 1993. 395 pp

sean físicas, afectivas sociales, etc., esta aniquilación puede llegar a un deterioro irreversible”⁴⁷ (Collier, 1996)

ELEMENTOS PARA EL CUIDADO

Se necesitan los siguientes elementos:

Conocimientos. Se adquieren durante la formación, son importantes por ser la base de los cuidados, estos deben ser variados, para que puedan cubrirse de manera satisfactoria las necesidades de las personas, familias o comunidades.

Tecnología. Es el conocimiento de los instrumentos que emplea enfermería en su práctica, sus cuidados recurren a diversas tecnologías para el mantenimiento de la vida y para curación. El cuerpo es el primer instrumento usado por una persona para prestar cuidados por sus propiedades energéticas, mecánicas., etc. El cuerpo utiliza los órganos de los sentidos para cuidar, a través del tacto puede tocar, levantar, vendar, sentir, etc.; con el oído transmite mensajes, diferencia silencios anormales, oye llantos e intenta comprender el simbolismo de las palabras. La vista sitúa a las personas en su entorno, descifra mensajes enviados por el cuerpo.

Se deben tomar en cuenta, además, las tecnologías para el mantenimiento de la vida, para curación y las tecnologías de información.

Tecnología para el mantenimiento de la vida compensa defectos funcionales, buscando dar una autonomía parcial o total a la persona cuidada. El conocerlos, utilizarlos, recomendarlos y enseñar a servirse de ellos, forma parte del dominio de los cuidados de enfermería.

Tecnología de curación la utilizan los médicos, son ellos quienes las prescriben para que enfermería las lleve a cabo, “todo instrumento para la curación requiere una justificación de su utilización con respecto a la naturaleza del mal o del daño funcional que espera curar o suplir, centrándolo en las costumbres y actividades de la vida” (Collier, 1996)

Tecnologías de información utiliza instrumentos para recoger y organizar datos, para dar así continuidad y evaluar los cuidados.

⁴⁷ Ithem. Collier (1993)

Creencias y valores. Los cuidados de enfermería están marcados por las concepciones, creencias y valores, estando vinculados tanto los que cuidan como los que requieren cuidados; por eso es importante comprender el funcionamiento de las creencias, su naturaleza, la forma en que se transmiten y cambian, para tomar conciencia de la variedad de las creencias y valores que pueden influir en la concepción de los cuidados de enfermería.

2.4. HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD PARÁLISIS FACIAL TIPO BELL.

DEFINICIÓN

Es una forma temporal de parálisis facial unilateral de comienzo súbito y causa desconocida. La hemiparesia facial es un signo neurológico frecuente^{48,49}

CAUSAS

La parálisis de Bell es una forma de mono neuropatía del VII par craneal y es el tipo más común de daño a este nervio. Este tipo de parálisis afecta a 2 de cada 10.000 personas.

La parálisis de Bell implica daño al séptimo par craneal (facial), el nervio que controla el movimiento de los músculos de la cara. La causa a menudo no es clara, aunque las infecciones por herpes pueden estar implicadas.

⁴⁸ Manual MERCK, 10ªed., edición del centenario.SEC.14 NEUROLOGÍA,CAP.178
TRASTORNOS NEUROOFTALMOLÓGICOS Y DE LOS PARES CRANEALES, TRASTORNOS DE
LOS PARES CRANEALES, TRASTORNOS DEL NERVIOS FACIAL.

⁴⁹ ETIOLOGIA Santos-Lasaosa S, Lopez del Val J, Iñiguez C, Ortells M, Escalza I, Navas I. Parálisis facial periférica: etiología, diagnóstico y tratamiento. Rev Neurol 2000; 31:14-16

Se presume además que esta parálisis está relacionada con hinchazón (inflamación) del nervio en el área o

- ♦ Diabetes
- ♦ Enfermedad de Lyme
- ♦ Sarcoidosis

SIGNOS Y SINTOMAS

Los síntomas generalmente comienzan de manera súbita y fluctúan entre leves y severos.

Dichos síntomas pueden abarcar:

- ♦ Cambio en la expresión facial (por ejemplo, hacer muecas)
- ♦ Dificultad para comer y beber
- ♦ Babeo debido a la falta de control de los músculos de la cara
- ♦ Caída del párpado o de la comisura de la boca
- ♦ Resequedad en los ojos o en la boca
- ♦ La cara se siente templada o estirada hacia un lado
- ♦ Parálisis facial de un solo lado de la cara que dificulta el cierre de un ojo
- ♦ Dolor de cabeza
- ♦ Pérdida del sentido del gusto
- ♦ Dolor detrás o en frente del oído
- ♦ Sensibilidad al sonido (hiperacusia) en el lado de la cara afectado
- ♦ Fasciculaciones en la cara
- ♦ Debilidad en la cara ¹¹

DIAGNOSTICO

La paresia de toda la mitad de la cara permite diferenciar la parálisis de Bell de las lesiones supranucleares (p. ej., ictus, tumor cerebral), en las que la debilidad es parcial, afectando menos al músculo frontal y al orbicular del ojo que a los músculos de la parte inferior de la cara. La parálisis de Bell también debe diferenciarse de la paresia facial unilateral debida a otros trastornos del nervio o su núcleo, principalmente el herpes geniculado (síndrome de Ramsay-Hunt), las infecciones del oído medio o la mastoides, la sarcoidosis, la enfermedad de Lyme, las fracturas petrosas, la invasión carcinomatosa o

leucémica del nervio, las infecciones meníngeas crónicas y los tumores del ángulo pontocerebeloso o del glomo yugular. Cuando el diagnóstico es dudoso, pueden ser útiles la radiografía de cráneo, TC o RM. La RM puede mostrar un realce del nervio facial con el contraste, pero la radiografía craneal y la TC son típicamente negativas. Sin embargo, pueden detectar una línea de fractura, una erosión ósea secundaria a infección o neoplasia o una expansión del conducto auditivo interno por un tumor del ángulo pontocerebeloso. La TC y la RM pueden mostrar también una masa en el ángulo pontocerebeloso que se realza con el contraste o un tumor glómico. Las pruebas en sangre para la enfermedad de Lyme ayudan al diagnóstico. Una radiografía de tórax y la detección de ECA en suero se utilizan para el diagnóstico de la sarcoidosis que es una causa frecuente de parálisis del nervio facial, sobre todo en la raza negra.¹¹

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL^{50,51}

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	CARACTERÍSTICAS
Parálisis facial de origen central. Antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad vascular periférica, cardiopatías, alteraciones de la coagulación.	Presentación generalmente unilateral, con afectación predominante de músculos de mímica facial inferior contra lateral a la lesión, mínima o nula. Afectación de músculos frontal y orbicular de los párpados. Alteraciones agregadas de otros pares craneales, así como alteraciones motoras y sensoriales generalmente unilaterales de miembros torácicos y pélvicos, acompañadas con alteraciones de conciencia.
Parálisis facial congénita	Detección perinatal acompañada o no de lesiones a otros pares craneales. Asimetría en la expresión facial ante el llanto y la succión.
Parálisis de origen traumático	Antecedente de trauma en región temporal o parietal,

⁵⁰ Brach JS, VanSwearingen JM. Not all facial paralysis is Bell's palsy: a case report. Arch Phys Med Rehabil 1999;80:857-859.

⁵¹ Keane J. Bilateral seventh nerve palsy: analysis of 43 cases and review of the literature. Neurology 1994;44:1198-2002.

	alteraciones de mímica facial siempre unilaterales.
Parálisis facial lentamente progresiva.	Más de tres semanas o no retorno de la función dentro de seis meses, sugiere neoplasia.
Parálisis unilateral recurrente.	Descartar neurinoma del acústico, que puede presentarse en las parálisis idiopáticas hasta en 30 % de casos.
Parálisis facial simultánea bilateral.	Excluye a la parálisis de Bell como un diagnóstico.
Parálisis facial con infección sistémica de herpes Zoster.	Presencia de alteraciones dermatológicas tipo vesículas, dolorosas, disestesias, en cualquier región del cuerpo.

TRATAMIENTO

En todos los pacientes, independientemente del grado en el cual se clasifiquen, deberá iniciarse tratamiento básico, que consta de cuatro aspectos fundamentales:

Protección ocular:

- ◆ Prevenir la sequedad corneal. Las medidas necesarias consisten en el uso frecuente de lágrimas naturales o gotas de suero salino isotónico y metilcelulosa, así como bandas cutáneas para ayudar a la oclusión del ojo.
- ◆ la oclusión temporal del ojo, pueden ser suficientes para proteger el ojo expuesto; cuando la hendidura palpebral queda ensanchada como secuela puede ser necesaria una tarsorrafia.
- ◆ Evitar el lavado ocular con té de manzanilla, ya que propicia procesos infecciosos o alérgicos.
- ◆ Uso de lentes oscuros con protección lateral, para evitar la irritación por rayos solares, efecto traumático del polvo y prevenir la lesión corneal por desecación.
- ◆ Férula bucal para provocar estiramiento de la comisura labial afectada.⁵²

⁵² lthem. Manual MERCK, 10ªed.

Educación al paciente:

- ♦ Informar al paciente sobre características de su patología y alternativas de tratamiento y diagnóstico, a fin de disminuir la ansiedad generada por la patología (III).
- ♦ El uso de la goma de mascar y de vibradores mecánicos no se recomienda ya que puede provocar fatiga muscular por acción global de la musculatura facial y de los músculos de la masticación (III).⁵³

Tratamiento farmacológico:

- ♦ El tratamiento con corticosteroides demostró mejorar la incidencia de recuperación en pacientes con parálisis facial completa, a dosis de 400 mg de prednisona, en los primeros siete días de iniciada la paresia facial (Ia A).⁵⁴
- ♦ Ante factores de riesgo o situaciones que contraindiquen el uso de esteroides (cuadro II), se requiere vigilancia estrecha por el médico especialista.*
- ♦ El aciclovir (combinado con prednisona) es seguro y efectivo en la mejoría de la recuperación de pacientes con parálisis facial (Ia A).¹⁷ La combinación aciclovir-prednisona mejora la recuperación y disminuye la degeneración neural, en comparación con la prednisona sola. La dosis de 1000 mg diariamente (200 mg cinco veces al día) como se recomienda para infección recurrente por herpes simple; se deben considerar los efectos gastrointestinales colaterales y ante su presentación, hacer ajustes (Ib, Ib A).⁵⁵

Tratamiento no farmacológico a pacientes que requieren programa en casa:

- ♦ Las técnicas de ejercicio frente al espejo van encaminadas a que el paciente logre una rápida recuperación y óptima función del nervio facial, para lo cual se le instruirá y proporcionará una lista de ejercicios y masajes faciales que debe efectuar en casa frente al espejo (anexo 1), dos veces al día en aquellos pacientes manejados por el médico familiar.*
- ♦ La estimulación eléctrica ligera del nervio y el masaje de los músculos faciales no han demostrado ser beneficiosos. La anastomosis del nervio facial con el

⁵³ Rev Med IMSS 2004; 42 (5): 425-436.

⁵⁴ Cruz CJC, Novelo GE, Rodríguez PMA, Cruz MS. *Parálisis facial*. Rev Sanid Mil 1999;53(6):409-410.

⁵⁵ Gary J, von Doersten PG. The facial nerve. Current trends in diagnosis, treatment and rehabilitation. Med Clin North Am 1999;83(1):179-95.

hipogloso puede restablecer parcialmente la función de los músculos faciales cuando no se ha recuperado en 6 a 12 meses, pero tiene como consecuencia una dificultad para la alimentación y el habla, por lo que su papel es limitado.

DX DE LA Paciente

Parálisis Facial Tipo Bell.

CAPITULO III

3. APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO

3.1 HISTORIA CLÍNICA

Señora Alicia de 54 años de edad, casada, con 4 hijos varones y 3 mujeres, con un diagnóstico clínico médico de parálisis fácil tipo Bell, la cual da inicio el día 9 de Abril del año 2008, siendo controlada por medio de rehabilitación, teniendo 5 sesiones semanales durante el primer mes, 3 sesiones semanales durante el segundo mes y 2 sesiones semanales durante el tercer mes y con carbamazepina (tabletas de 200 mgs) tomando una cada 12 horas y complejo B (frasco ampula) se aplicó una diaria por 5 días.

ENTREVISTA.- Los siguientes datos se obtuvieron interrogando directamente con la usuaria y del expediente clínico médico.

HIGIENE PERSONAL.- Baño diario, cambio de ropa dos veces al día, higiene bucal dos veces al día, se lava las manos 5 veces al día, el aseo de las uñas no lo realiza con frecuencia, debido a su trabajo.

HABITOS DE ELIMINACIÓN.- Micciones de 4 a 5 durante el día en cantidad suficiente indolora, inodoras y de aspecto transparente, evacuaciones diarias con frecuencia 2 veces al día, las cuales son de color y aspecto normal.

HABITOS ALIMENTICIOS.- Ingiere sus alimentos 3 veces al día e incluye una colación a media tarde, la cual incluye los alimentos básicos, refiere su gusto por el refresco más que el agua de sabores, no procura alimentos llamados “chatarra”.

EJERCICIO.- Refiere no practicar ningún ejercicio debido al tipo de labor que ella realiza, mas sin embargo se traslada diario a su trabajo caminando.

HABITOS DE RELAJACION Y SUEÑO.- La usuaria refiere dormir sus 8 horas diarias y que antes de dormir se recrea viendo televisión y toma un vaso de leche.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN LA QUE NECESITA AYUDA.- La paciente es autosuficiente.

ESTADO FÍSICO

NIVEL DE CONCIENCIA.- La usuaria se encuentra ubicada en tiempo, lugar y espacio, esta consiente y activa.

SENTIDOS.- Sus cinco sentidos básicos se encuentran dentro de los parámetros normales.

DENTADURA.- La paciente presenta una dentadura completa y limpia.

PIEL.- Integra limpia y con buena coloración e hidratación.

ESTADO PSICOLÓGICO.- Presenta un estado de inseguridad y temor debido a su padecimiento, ya que no puede comunicarse ampliamente.

ANTECEDENTES SOCIALES, CULTURALES Y ECONÓMICOS.- Su casa de tipo rural-urbano, cuenta con todos los servicios básicos, su trabajo es en el campo y el hogar, sabe leer y escribir mas no acudió a la escuela, gusta de actividades manuales como el tejido, se recrea viendo televisión y salir a conversar, profesa la religión católica.

DESEOS Y ESPERANZAS.- Tiene el deseo y la esperanza de que su padecimiento se resuelva lo mas pronto posible, ya que para ella es complicado la comunicación verbal y el socializar libremente como lo hacia antes de que apareciera su problema.

COMPRENCIÓN DEL ESTADO ACTUAL DE SALUD.- La usuaria, comprende el estado de salud en cual se encuentra actualmente, mas sin embargo no se le claras algunas cosas respecto a su padecimiento en su totalidad.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Paciente de 54 años de edad con una estatura de 1.54 metros, de complexión robusta, cabeza normocefala, cabello de color castaño oscuro, bien implantado, refiere dolor en la parte izquierda de su cara, así como en el oído del mismo lado, ojos asimétricos, ya que el ojo derecho se encuentra parcialmente cerrado a consecuencia a su padecimiento, narinas permeables y con humedad normal, mucosas orales hidratadas y labios desviados hacia su lado derecho, pulso rítmico palpable dentro del rango normal, tensión arterial dentro de limites normales durante el tiempo de seguimiento, campos pulmonares limpios y bien ventilados, ruidos cardiacos normales, abdomen

blando y depresible con perístasis presente, extremidades superiores e inferiores íntegras y sin lesiones.

PADECIMIENTO ACTUAL

Paciente femenino de 54 años de edad la cual acude al servicio médico por su propio pie, por presentar ptosis palpebral de ojo derecho, labios bucales desviados a su lado derecho y dislexia, refiere dolor facial del lado izquierdo y oído del mismo, llevando así 3 días de evolución, la paciente refiere que su padecimiento es originado a raíz de un disgusto, toma de signos vitales dentro de los parámetros normales, cuello, tórax, abdomen y extremidades sin problemas aparentes. Sistemas cardiorrespiratorio, intestinal, genitourinario y óseo-muscular en aparente buen estado, no consume tabaco, alcohol y ningún otro tipo de droga.

TRATAMIENTO MÉDICO

- ♦ Farmacológico: complejo B en frasco aplicar 2 cc diarios intramuscular por una semana, carbamazepina tabletas de 200 mg tomar una cada 12 horas por una semana, amoxicilina tabletas de 250mg una cada 8 horas durante 7 días.
- ♦ Terapéutico: rehabilitación en el primer mes 5 sesiones por semana, en el segundo 3 sesiones por semana y en el tercer mes 2 sesiones por semana, haciendo ejercicios faciales en su casa a partir del segundo mes.

3.2 VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

1. Necesidad de respiración y circulación.

Respiración.

Vía aérea permeable, sin intubación ni traqueotomía, sin obstrucción parcial o total de nariz, boca, traqueal o pulmonar. Sin cánulas naso traqueal u oro traqueal, sin mascarilla ni gafa nasal. Con una frecuencia respiratoria de 20 por minuto, sin signos aparentes de dificultad respiratoria. Con movimiento toraco-abdominal normal, sin secreciones buco nasales. Persona no fumadora, sin intoxicación respiratoria ni metabólica

Circulación.

Frecuencia cardiaca de 70 latidos por minuto, con pulso de localización radia, con una tensión arterial de 120/80, sin datos aparentes de dolor torácico, sin edemas, hemorragias, aparentes, con coloración de piel y tegumentos normales y sin cambios bruscos de temperatura.

2. Necesidad de nutrición e hidratación.

El usuario no refiere vómitos. Su estado bucal es deficiente debido a su parálisis facial, su dentadura suficiente, sin prótesis. La mucosa oral rosada, así como su lengua, sin heridas y húmeda, su masticación es lenta, reflejo de deglución presente, su apetito es normal para su edad, con su saciedad también normal, sus comidas las realiza a las 9:00, 15:00 y 21:00 horas en cantidades normales, teniendo una colación entre las 15:00 y 21:00 horas de una cantidad regular, tomando una cantidad normal de líquidos durante el día. Su digestión es ligera. Sus alimentos preferidos son las carnes, verduras y frutas, incluyendo los refrescos de cola; los alimentos que le disgustan es la carne de puerco ya que refiere que sentía pesadez estomacal, así mismo no procura comer dulces y frituras.

3. Necesidad de eliminación.

Urinaria.

Cantidad 800 a 1000 cm³ al día en una frecuencia de 4 a 5 veces al día, siendo de una cantidad de 200 cm³ aproximadamente, siendo satisfactoria, sin dolor, con olor débil, coloración transparente. Vía uretral permeable, sin sonda vesical.

Fecal.

Frecuencia de dos veces al día siendo satisfactoria, sin estreñimiento o diarrea, sin dolor, de coloración marrón de cantidad normal, con olor débil de consistencia entre blanda y dura, sin obstrucción, sin uso de laxantes y sin sonda rectal.

Sudor.

Cantidad normal sin olor.

4. Necesidad de movilidad y postura.

El usuario tiene una deambulación normal, una postura normal tanto en el sillón como en la cama, se levanta y se sienta sin dificultad, mantiene una posición adecuada,

sin aparentes lesiones, sin deformidades, ni dolor. Realiza un ejercicio pasivo debido que camina a diario para dirigirse a su trabajo, teniendo una fuerza muscular normal para su edad, es capaz de levantar un peso de alrededor de 5 kilos aproximadamente, tiene capacidad de estiramiento así mismo es capaz de agarrar y alcanzar objetos; no utiliza prótesis ni ningún medio mecánico para su traslado

5. Necesidad de descanso y sueño.

Refiere presentar sueño nocturno normal y satisfactorio, con una duración de 8 horas, ya que dice dormir desde las 22:00 horas hasta las 6:00 aproximadamente, siendo en algunas ocasiones menor; no refiere bañarse antes de ir a dormir, así como leer o tomar medicamento alguno; también comenta que toma un vaso de leche en ocasiones.

6. Necesidad de vestirse y desvestirse.

Comenta el usuario que no tiene dificultad alguna para vestirse y desvestirse; su atuendo diario es adecuado para el frío y en cuanto a la temporada de calor, ya que su trabajo le impide usar la ropa adecuada para la temporada; durante época de lluvias, es la misma situación que en temporada de calor; usa ropa adecuada para el movimiento que realiza durante las actividades laborales, mas no es la adecuada para el trabajo ni para evitar peligros, pero si para protegerse del sol; siempre utiliza ropa limpia al irse a trabajar y en sus labores cotidianas en casa.

7. Necesidad de termorregulación.

Temperatura de 36.7° C, la cual fue tomada de forma axilar; siendo homeotérmica, sin sensación de frío, calor, escalofríos ni sudor; manteniendo una piel rosada, sin cianosis, ni periférica ni central.

8. Necesidad de higiene y protección de la piel

Estado de la Piel:

Su piel es limpia, hidratada, integra, de coloración normal, sin pigmentaciones, sin turgencia, lisa, de suavidad y flexibilidad normal para su edad, con transpiración normal y sin olor. Refiere bañarse diariamente una vez al día, con duración de 20 min. Aproximadamente, utilizando los productos de estropajo, jabón y crema corporal, siendo esta última utilizada con mayor frecuencia durante la temporada invernal; cabello limpio, integro de 20cm de longitud aproximadamente, de aspecto normal, el cual se lava a diario,

utilizando jabón y ocasionalmente shampoo; ojos limpios, íntegros de hidratación normal, sin prótesis y sin uso de anteojos; Teniendo la usuaria una nariz limpia, mucosa íntegra y de humedad normal; boca limpia, íntegra y humedad normal; dientes limpios, los cuales se lava dos veces al día, que normalmente es antes de irse a trabajar ó al regreso del mismo y antes de dormir, utilizando pasta y cepillo dental; orejas limpias, íntegras, de configuración normal; vello escasa; el aspecto de sus uñas es íntegro, sucio, corto y con una configuración un tanto rugosa; genitales limpios, íntegros, de humedad normal; área peri anal, limpio íntegro, sin lesiones, y de aspecto normal; un dato importante a considerar es que la usuaria hace labores de campo.

9. Necesidad de seguridad.

La usuaria refiere inseguridad física, por el temor que ella tiene a que continúe su padecimiento; mantiene seguridad biológica; no se siente segura psicológica ni emocionalmente ya que teme a quedar con alguna malformación facial; su entorno social disminuyo a raíz del inicio de su padecimiento, ya que siente vergüenza del aspecto de su rostro; mantiene un constante estrés atemorizante, por el mismo problema que presenta: su entorno familiar es seguro, ya que mantiene el apoyo de su familia; su medio ambiente es seguro; su inmunidad no es segura ya que tiene un alto riesgo de infección debido a su trabajo; su cartilla de la mujer la tiene actualizada; no mantiene un trabajo seguro, ya que tiene el riesgo de que el trabajo llegue a fin y por ende quede desempleada; las medidas preventivas son escasas; no mantiene factores de riesgo hereditarios; esta al tanto de los riesgos que corre en su empleo, así mismo trata de tomar las medidas de protección necesarias durante el mismo; su entorno con respecto a la temperatura ambiental no es el adecuado, ya que por su mismo empleo (trabajo de campo) la imposibilita para regularlo, así mismo la humedad no esta dentro de los estándares idóneos, la iluminación y la ventilación en su hogar es favorable; el ruido es normal ya que es de 120 desvíeles aproximadamente; en su área laboral esta rodeada por ambiente lleno de humos, polvos, microorganismos y productos químicos; la usuaria debido a su trabajo utiliza aparatos y artefactos con los cuales aumenta su riesgo de accidentes; También tiene conocimiento solo los mecanismos de protección, pero desconoce las normativas legales; la usuaria profesa una religión católica y en cuanto al factor social es escaso debido a su enfermedad; debido a su padecimiento inicia un régimen terapéutico; sin riesgo de accidente, infección y/o agresión.

10. Necesidad de comunicación.

Presenta una comunicación verbal moderada, precisa, asertiva, no agresiva y con la voluntad de comunicarse, pero presenta limitaciones verbales, debido a la dificultad en los movimientos bucales; su lenguaje no verbal es el adecuado, presentando algunos movimientos significativos, pero mantiene dificultad con las expresiones gestuales, contando con una mirada es significativa, manifestando necesidades, opiniones, ideas, sentimientos y experiencias; solicita información, no presenta alteración intelectual, mas sin embargo presenta alteración psicológica y social; teniendo sentido de orientación, lugar y fecha, sus sentidos físicos, de oído, vista, tacto, olfato y gusto sin alteración alguna; puede mantenerse en silencio por periodos largos, y manifiesta sentimiento de llantos y risas sin dificultad; La usuaria manifiesta Perfección objetiva de mensaje recibido; tiene capacidad de verificar sus percepciones; ella manifiesta una búsqueda de atención afectiva, no solo de su familia si no también de la sociedad, tiene reacciones particulares de comunicación; manifiesta actitudes de recepción y confianza

11. Necesidad de creencias y valores

La usuaria, ha solicitado ayuda religiosa desde el inicio de su padecimiento, no teniendo limitaciones religiosas, culturales y/o morales, utilizando objetos religiosos y culturales tales como figuras religiosas.

12. Necesidad de trabajo y realización.

Ella se siente satisfecha con su vida actual.

13. Necesidad de ocio y recreación.

La usuaria en sus momentos de ocio teje, ve televisión, sale a platicar; no lee por su escaso grado de le

14. Necesidad de aprendizaje

La señora conoce su estado de salud actual, así como su diagnostico medico, sus medios terapéuticos, sus fármacos orales así como sus horarios; no manifiesta ninguna inquietud por aprender, tiene una capacidad de memoria y recepción normal, no existen factores que limiten su aprendizaje y si necesita medios de apoyo para el mismo.

3.3 IDENTIFICACIÓN DE DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS

NECESIDAD	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS	CONDICIÓN DE LA PERSONA
Respiración y Circulación.	No hay dificultad respiratoria ni circulatoria, no fuma y no toma.	FR: 20 por min. FC: 76 por min. T/A: 120/80. Llenado capilar al instante.	Independiente.
Nutrición e Hidratación.	Dieta habitual: pollo 4/7, verduras 6/7, frutas 7/7, carne 2/7, cereales 2/7, legumbre 6/7, pescado 1/7, ingiere 2 litros de agua al día aprox. No consume frituras, realiza 3 comidas y 1 colación.	Piel y mucosa oral hidratadas. Peso de 74 kg. Talla de 1.54 cm., índice de masa corporal 31%.	Independiente
Eliminación	Evacua 2 veces al día, de color marrón, de consistencia entre blanda y dura. Micción de 800 a 1000ml. Por día.	A la palpación encontramos abdomen blando depresible perístasis presente.	Independiente
Movilidad y postura	Actividad física moderada, sin problemas para levantarse, caminar, inclinarse, sentarse, acostarse, tomar objetos.	La señora Alicia no refiere dolor en articulaciones. Recorre el trayecto de su casa al trabajo caminando.	Independiente

NECESIDAD	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS	CONDICIÓN DE LA PERSONA
Descanso y sueño	Duerme 8 horas diarias aproximadamente, con una calidad de sueño normal.	Alerta, participante, atenta y segura.	Independiente
Usar prendas de vestir adecuadas	No necesita ayuda para vestirse, su forma de vestir no es la adecuada en temporada de calor, por su trabajo requiere de usar prendas que la protejan de los rayos solares, en casa usa ropa adecuada según la temporada.	Viste acorde a su edad, su ropa esta limpia, usualmente en casa usa falda, calzado cerrado, pero en su trabajo, usa pantalón, y el mismo calzado.	Independiente
Termorregulación	En casa usa ropa ligera o gruesa según sea el caso, en su trabajo usa ropa gruesa como protección.	Temperatura corporal axilar, 36.4°C	Independiente
Higiene y protección de la piel	Baño diario, aseo dental 2 veces al día, aseo de manos al llegar del trabajo, antes de comer, después de ir al baño, solo en su casa (por la ubicación de su área de trabajo no hay posibilidad de hacerlo), antes de preparar los alimentos.	Observamos la piel limpia, hidratada y sin señales de lesión.	Independiente

NECESIDAD	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS	CONDICIÓN DE LA PERSONA
------------------	-----------------------------	------------------------	--

<p>Seguridad</p>	<p>La seguridad de la paciente tanto física, psicológica y emocionalmente es nula, se siente insegura, ya que teme quedar con alguna secuela de su enfermedad. Debido a su trabajo su inmunidad es deficiente, ya que es un área abierta llena de contaminantes. Las medidas preventivas son escasas. Sus medidas de protección no son las adecuadas.</p>	<p>Su entorno social ha disminuido desde el inicio de su padecimiento, su trabajo es por temporada lo que aumenta su estrés por quedar sin empleo. Es consiente de los riesgos de su labor. Su entorno laboral y en hogar no es sano ya que desde el inicio de su enfermedad se ha recluso mas en este ultimo. La paciente utiliza artefactos y/o aparatos los cuales favorecen a posibles accidentes. conoce</p>	<p>Independiente</p>
<p>Comunicación</p>	<p>Ella refiere que en su familia existe poca comunicación, la cual se acentúo a raíz de su problema.</p>	<p>Debido a la condición laboral de la familia, la comunicación es muy escasa, ya que todos son trabajadores del campo, pero no todos laboran en la misma área. Su comunicación verbal es limitada debido a su padecimiento.</p>	<p>Parcialmente independiente</p>

NECESIDAD	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS	CONDICIÓN DE LA PERSONA
Creencias y valores	Es católica, pero no acude con regularidad a misa. Sus valores los arraigados, los cuales transmitió a sus hijos.	En casa cuenta con imágenes religiosas.	Independiente
Trabajo y realización	Ella se siente satisfecha por cumplir con sus logros familiares (mujer, madre, abuela). En cuanto al área laboral desearía tener un trabajo más remunerado, cercano a su casa y menos desgastante.	Para ella es importante el realizar su trabajo satisfactoriamente, ya que así sería mas remunerado.	Parcialmente dependiente
Jugar y participar en actividades recreativas	La paciente refiere que sus pasatiempos son el tejer (con ganchillo e hilo) y ver televisión, no sale mucho de casa por su mismo padecimiento.	Se le ve con temor, insegura y un poco deprimida.	Dependiente
Aprendizaje	Refiere tener poco interés por aprender, mas sin embargo su interés por aprender los cuidados para su enfermedad los tiene presentes.	Independientemente de sus problemas palpebral y labial-oral, todos su demás sentidos están en buenas condiciones.	Independiente

3.3.1 NECESIDADES Y DIGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

NECESIDAD	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
1. Seguridad.	<ul style="list-style-type: none">➤ Aislamiento social: relacionado con: alteraciones en el aspecto físico, manifestado por sensación de sentirse distinto a los demás, inseguridad ante demás personas.➤ Trastorno de la autoestima, relacionado con deformación facial, manifestado por sentimientos de vergüenza.➤ Temor, relacionado con condicionantes sociales manifestado por disminución de la autoconfianza.➤ Afrontamiento individual ineficaz relacionado con: falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación manifestado por: cambios en la comunicación y relaciones interpersonales, disminución del apoyo social, incapacidad para afrontar la situación o para pedir ayuda.
2. Comunicación	<ul style="list-style-type: none">➤ Alteración de la mucosa oral relacionado con estrés manifestado por disminución del gusto, dificultad para hablar.➤ Riesgo de síndrome de desuso relacionado con parálisis facial.
3. Aprendizaje	<ul style="list-style-type: none">➤ Alteración en el mantenimiento de la salud, relacionado con, problemas significativos de comunicación (verbal y gestual), manifestado por, Referencia de interés por mejorar los comportamientos destinados a conservar la salud. Falta evidente de los conocimientos de las prácticas sanitarias básicas.

1.- Necesidad: Seguridad.

Diagnóstico Real.- Aislamiento social, relacionado con alteraciones en el aspecto físico, manifestado por sensación de sentirse distinto a los demás e inseguridad ante demás personas.

Objetivo: la señora Alicia reanudará su relación social y afectiva con, pláticas de auto confianza en sí misma.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
Platicar con ella, acerca de la seguridad en mejoría de su aspecto físico.	El conocimiento de su padecimiento y mejoría aumentan sus expectativas de seguridad y elevan su autoestima.	La señora Alicia, comprende que el padecimiento que le afecta, no interviene en absoluto en su relación interpersonal.	La señora Alicia en cada una de sus consultas reforzó su confianza y autoestima personal y social.

Diagnóstico Real.- Trastorno de la imagen, relacionado con parálisis facial, manifestado por temor al rechazo y/o reacciones negativas de las demás personas.

Objetivo: la señora Alicia, recobrará la confianza de su imagen, y su temor irá desapareciendo conforme las mejorías en su rostro, vayan recobrándose.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
Compresa caliente, a tolerancia, durante 15 minutos en la parte de rostro afectado.	El calor de la compresa ayuda a la relajación de los músculos faciales para poder trabajarlos con masaje y ayudar a la reactivación de la sensibilidad del rostro afectado.	La señora Alicia, tolera la compresa de forma favorable.	La señora Alicia refiere sentir relajación en parte del rostro afectado donde se le coloca la compresa.
Masajes faciales.	Los masajes faciales, favorecen a la circulación, y estimulación de los músculos afectados, para recobrar la movilidad y reforzamiento de los mismos.	Con los masajes se logra el reforzamiento de los músculos faciales afectados,	La señora Alicia, mejora recobra poco a poco la movilidad y fuerza del rostro.
Ejercicios faciales	Los ejercicios faciales ayudan a recobrar la movilidad, a retomar fuerza y tono de los músculos faciales.	La señora Alicia recobrará y retoma la fuerza, tono y movilidad de su rostro.	La usuaria recobra y recupera poco a poco los movimientos de su rostro.
Aplicación de Electroestimulación	La electroestimulación en músculos faciales, ayudan a re-sensibilizar los músculos afectados, a la movilidad y reforzamiento de los músculos.	La electroestimulación, es aplicada dos veces por semana, lo cual favorece a recobrar la sensibilidad en los músculos faciales de la paciente	La usuaria refiere, recobrar la sensibilidad del rostro conforme continúa con la electroestimulación

Diagnóstico Real.- Temor, relacionado con condicionantes sociales manifestado por disminución de la autoconfianza.

Objetivo: se le dará a la usuaria los medios y apoyos necesarios para que recupere su autoconfianza.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
Apoyo para recuperar la seguridad en sí misma.	El apoyo con platicas de seguridad basadas en sus temores, aumentan la confianza de la persona misma.	Se le dará a la usuaria los apoyos necesarios, para que sus temores disminuyan.	La confianza de la señora Alicia, conforme al tiempo que se le ha brindado el apoyo, ha estado aumentando su confianza.

Diagnóstico Real.- Afrontamiento individual ineficaz, relacionado con falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación, manifestado por cambios en la comunicación y relaciones interpersonales, disminución del apoyo social, incapacidad para afrontar la situación o para pedir ayuda.

Objetivo: se le Proporcionará a la usuaria la seguridad necesaria, para afrontar la situación por la cual cursa al momento, reforzando su confianza para sus relaciones interpersonales.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACIÓN
Se le da orientación para el conocimiento de los recursos de apoyo.	El conocimiento de los recursos de apoyo, brindan al usuario la confianza suficiente para acudir a una institución en la cual le puedan ayudar.	La señora Alicia acude a la unidad de salud para que se le informe acerca de su evaluación clínica y su rehabilitación.	La señora Alicia buscó el apoyo en la clínica, hasta la fecha y ha cumplido con cada una de sus citas, por lo cual la orientación de la búsqueda de recursos de apoyo tuvo un impacto favorable ante la usuaria.

2.- Necesidad: Comunicación.

Diagnóstico Real.- Alteración de la mucosa oral, relacionado con estrés manifestado por disminución del gusto, dificultad para hablar.

Objetivo: la señora Alicia mejorara su alteración en su mucosa oral, disminuyendo su estrés por medio de la rehabilitación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACIÓN
Se le proporcionara su rehabilitación.	La rehabilitación es un medio de apoyo para el individuo, para a ayudarle a alcanzar su máximo potencial físico, reintegrando y/o manteniéndolo en su vida cotidiana.	La rehabilitación otorgada a la señora Alicia ayuda al déficit sensorial que ella padece por lo cual disminuye el estrés que le afecta a la usuaria debido a su padecimiento.	La señora Alicia, recobra su confianza y seguridad, en la mejora de su padecimiento, disminuyendo su estrés y su alteración de la mucosa oral.

3.- Necesidad: Comunicación y aprendizaje.

Diagnóstico Real.- Riesgo de síndrome de desuso, relacionado con parálisis facial.

Objetivo: la señora Alicia logrará la movilización de los músculos afectados por la parálisis facial, por medio de ejercicios músculo- faciales.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACIÓN
Se le enseña a la usuaria a ejercitar los músculos afectados por la parálisis facial.	La educación del usuario acerca de los ejercicios rehabilitadores, favorecen a su pronta recuperación para comunicarse.	Los ejercicios enseñados a la señora Alicia, le ayudarán a facilitar su comunicación oral.	La señora Alicia aprende sus ejercicios para continuar con el programa ejercitador, en su casa de 2-3 veces al día (mañana, tarde y noche), logrando así un mejor uso de sus músculos, para evitar su deterioro.

4.- Necesidad: Aprendizaje.

Diagnóstico Real.- Alteración en el mantenimiento de la salud, relacionado con, problemas significativos de comunicación (verbal y gestual), manifestado por, Referencia de interés por mejorar los comportamientos destinados a conservar la salud. Antecedentes de falta de conductas generadoras de salud. Referencia u observación de deterioro de los sistemas interpersonales de apoyo.

Objetivo: la paciente mejorará los problemas de comunicación, salud y entorno social, a través de la educación, sobre las técnicas de mejora en su calidad de vida.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
Enseñar a la paciente acerca de las condiciones para mejorar su calidad de vida incluyendo, su entorno, salud y comunicación.	El aprendizaje de las técnicas y/o ideas nuevas para mejorar la condición de vida de una persona favorecen a una pronta recuperación y mejora en su estado de salud, entorno y comunicación.	Efectivamente, que la paciente, lleve a cabo las mejoras y la integración de nuevas técnicas en salud para vida, logrando así una mejor calidad de ella.	La señora Alicia integra poco a poco las mejoras de técnicas en su vida para aprender a llevarlas a cabo cotidianamente.

3.4. PLAN DE ALTA

Se atendió a la señora Alicia desde 12 abril del 2008 hasta el 25 de julio de 2008, fecha en que se culmino la terapia con la paciente.

Con la autorización de la señora Alicia, fue como se le dio seguimiento a este proceso.

El 25 de julio del año 2008, dimos por terminado el proceso laboral con ella, dando los siguientes resultados.

NECESIDAD	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	VALORACION DEL ALTA
1.- Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social: relacionado con: alteraciones en el aspecto físico, manifestado por sensación de sentirse distinto a los demás, inseguridad ante demás personas. • Trastorno de la imagen, relacionado con parálisis facial, manifestado por temor al rechazo y/o reacciones negativas de las demás personas. • Temor, relacionado con condicionantes sociales manifestado por disminución de la autoconfianza. • Afrontamiento individual ineficaz relacionado con: falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación manifestado por: cambios en la comunicación y relaciones interpersonales, disminución del apoyo social, incapacidad para afrontar la situación o para pedir ayuda. 	<p>La señora Alicia en cada una de sus consultas reforzó su confianza y autoestima personal y social. La señora Alicia refiere sentir relajación en parte del rostro afectado donde se le coloca la compresa.</p> <p>La señora Alicia refiere sentir relajación, mejoría, recobrando fuerza y mayor movilidad en parte del rostro afectado, así como su sensibilidad</p> <p>La confianza de la señora Alicia, conforme al tiempo que se le ha brindado el apoyo, ha estado aumentando su confianza.</p> <p>La señora Alicia buscó el apoyo en la clínica, hasta la fecha y ha cumplido con cada una de sus citas, por lo cual la orientación de la búsqueda de recursos de apoyo tuvo un impacto favorable ante la usuaria.</p>

NECESIDAD	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	VALORACION DEL ALTA
2.- Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la mucosa oral relacionado con estrés manifestado por disminución del gusto, dificultad para hablar. • Riesgo de síndrome de desuso relacionado con parálisis facial. 	<p>La señora Alicia, recobra su confianza y seguridad, en la mejora de su padecimiento, disminuyendo su estrés y su alteración de la mucosa oral.</p> <p>La señora Alicia aprende sus ejercicios para continuar con el programa ejercitador, en su casa de 2-3 veces al día (mañana, tarde y noche), logrando así un mejor uso de sus músculos, para evitar su deterioro.</p>
3.- Aprendizaje.	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración en el mantenimiento de la salud, relacionado con, problemas significativos de comunicación (verbal y gestual), manifestado por, Referencia de interés por mejorar los comportamientos destinados a conservar la salud. Antecedentes de falta de conductas generadoras de salud. Referencia u observación de deterioro de los sistemas interpersonales de apoyo. 	<p>La señora Alicia integra poco a poco las mejoras de técnicas en su vida para aprender a llevarlas a cabo cotidianamente.</p>

CONCLUSIONES.

Hemos visto a lo largo de este trabajo los diferentes tipos de necesidades que pueden ser afectados por alguna enfermedad.

En el caso concreto de nuestro PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, nuestra paciente, con diagnóstico médico de parálisis facial tipo Bell, observamos que el apoyo brindado, fue de mucha utilidad, ya que al finalizar el tratamiento, se logro llegar a la meta deseada, la cual era el que la paciente recobrara la confianza en si misa, su seguridad, aprendiera el manejo de sus terapias en casa y sobre todo que se reintegrara nuevamente a las actividades sociales que acostumbraba.

A raíz de la realización de éste trabajo, me di cuenta de la importancia de unificación de criterios, tanto para la enseñanza y aplicación del proceso de atención enfermería, así como para el requisito de titulación.

BIBLIOGRAFÍA

1. IPN Ciencia arte y cultura. El método científico. Mayo 1996, <http://www.hemerodigital.unam.mx/ANUIES/ipn/arteciencia-culturalmay96/anota/sec-2.html>. Mario Bunge. Método científico, <http://docencia.udea.edu.co/IntroducciónCiecias/metodo.htm/>
2. Alfaro-Lefevre, R. (1999) Aplicación del Proceso Enfermero: Guía paso a paso. Ed. Spronger 4ª edición. España, 274 pp.
3. Ithem, Alfaro-Lefevre, R. (1999)
4. Ithem Alfaro-Lefevre, R. (1999)
5. Nancy Burns, Susan K. Grove, Investigación de Enfermería, 2004, Ed. Saunders, 3ra. Edición, España, pp. 50
6. Iyer P. (1999) Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. Interamericana Mc Graw-Hill. México. p. 3-21
7. Carpenito L J. (2000) Diagnósticos de Enfermería. Interamericana Mc Graw – Hill. 3ª edición. P.206-213
8. Betty J. Ackley, Gail B. Ladwig, Manual de diagnosticos de Enfermeria: GUIA para planificar los cuidados, 2006, Ed. Elsevier Mosby, España, pag.3 y 13, 1376pp.
9. Rosalinda Alfaro-LeFevre, Aplicación del proceso enfermero: Fomentar el cuidado en colaboración, 2003, Ed. Elsevier Mosby, España, pag.6, 247pp.
10. Kozier Bárbara, Enfermería fundamental: Conceptos, procesos y práctica, Ed. Interamericana-McGraw-Hill, 1996, 1597 pps.
11. Rodríguez S. (2000) Proceso enfermero. Ed. Cuellar. México. 267 pp.
12. Ithem. Betty J. Ackley (2006)
13. Iyer P, Tapich B. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. Interamericana McGraw Hd. 2a. Edición. Madrid 1993. p.13.
14. Alfaro LR. Aplicación del Proceso de Enfermería. Doyma Editores. 2a. Edición. Barcelona 1996 Prefacio.
15. Femton Tail M. “Manual de Enfermería”. La Habana; Pueblo y Educación. 1990.
16. Ithem. Iyer P, Tapich B. p.19.
17. Kerouac, S, Pepin, J, et al. El pensamiento enfermero. Editorial Masson, Barcelona, 167 pp.

18. McCloskey D. J., Bulechek, G. (2001) Clasificaciones de Intervenciones de Enfermería (CIE), Ed. Harcourt Mosby. 3ª edición España. 952 pp.
19. Ithem. Carpenito L J. (2000)
20. Fernández, C. / Novel Martí, G., EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. Estudio de casos, Ed. Masson, 1993, p. 10
21. Bellack J, Bamford P. Nursing Assessment A multidimensional approach. Belmont, CA:Wadsworth Inc.1984:284.
22. Ithem. Alfaro-Lefevre, R. (1999)
23. CIBANAL JUAN Luis, Interrelación del profesional de enfermería con el paciente, Ed. Doyma, 1991, 166 pps.
24. Briggs Leslie J. Robert M. Gagné, La planificación de la enseñanza: Sus principios, Ed. Trillas, 1983, 287 pps.
25. Ithem. Briggs, (1983).
26. Jean D. E. (1997) Enfermería Maternoinfantil. Ed. Mosby / Doymas Libros España 749 pp.
27. Murray, ME, Atkinsón, LP. Proceso de atención enfermería. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1996. 225 pp.
28. Enfermeros Del Consorcio Sanitario de Tenerife. Temario Volumen I., 2004, Ed. MAD-Eduforma, p.240, 670pp.
29. Ithem. Rodríguez S. (2000)
30. Iyer, Patricia W. Proceso y Diagnostico de Enfermeria. Tercera edición. McGraw-Hill Interamarticana.1997.
31. Ahsinson, Murray. Proceso de Atención de Enfermería, Segunda edición. Editorial El Manual Moderno S.A. de CV, México DF. 1993.
32. Ithem. Alfaro-Lefevre, R. (1999)
33. Ithem. Iyer P. (1999)
34. Griffith y Christensen. Proceso de Enfermería, aplicación de teorías, guías y modelos, Manual Moderno. México. 1986.
35. Bower Bill, David Werner, Aprendiendo a Promover la Salud, Ed. Centro de Estudios Educativos, 1995, 622 pps.
36. Ithem. McCloskey D. J., Bulechek, G. (2001)
37. Ithem. Alfaro-Lefevre, R. (1999)
38. Hernández, CJ, Esteban, AM. Fundamentos de enfermería. Teoría y Método. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, España 1999. 152 pp.

39. Marriner. T.A. Raile, A.M. (1999) Modelos y Teorías en Enfermería .4 ta Edición. Editorial Harcourt Brance.
40. Henderson, V.A. (1966) an Overview of Nursing Research. Nursing Research October. Pag 10, 11, 16.
41. Henderson, V.A. (1964) the Nature of Nursing American Journal of Nursing. Pag 63, 64, 68.
42. Ithem. Henderson, V.A. (1966)
43. Ithem. Marriner. T.A. Raile, A.M. (1999)
44. Furukawa, C.Y. Howe, J.K (1995) Virginia Henderson in Nursing Theories Practice Group.
45. Ithem. Henderson, V.A. (1964)
46. Henderson, V. (1991). The nature of nursing--Reflections after 25 years. NY: Macmillan.
47. García, GM de J. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. 1º Edición. Editorial Progreso, México, 1997. 323 pp.
48. Muñoz. L. A. (1995a). Ciencia y enfermería, el desafío de investigar en enfermería (1) 17-21.
49. Tazon Ansola M, García Campayo J. Asequinolaza Chopitea L. Relación y comunicación. La relación interpersonal: fundamento de la ciencia y disciplina de la enfermería. Madrid: Editorial Difusión Avances de Enfermería; 2000:48-50.
50. Alarcón, María; Astudillo, Paula; Rivas, Edith (2000). Metodología de la investigación en enfermería. Manual. Proyecto de Desarrollo Docente N° 1620-499. Chile.
51. Kérovac et cols., 1996: 142-147 (basadas en la definición de paradigma del filósofo Khun y el físico Kapra)
52. Ithem. Marriner Tomey, Raile Alligood, 1999
53. Ithem. Femton
54. Manual MERCK, 10ªed., edición del centenario.SEC.14
NEUROLOGÍA, CAP.178, TRASTORNOS
NEUROOFTALMOLÓGICOS Y DE LOS PARES CRANEALES,
TRASTORNOS DE LOS PARES CRANEALES, TRASTORNOS
DEL NERVIO FACIAL.

55. ETIOLOGIA Santos-Lasaosa S, Lopez del Val J, Iñiguez C, Ortells M, Escalza I, Navas I. Parálisis facial periférica: etiología, diagnóstico y tratamiento. Rev Neurol 2000; 31:14-16
56. Brach JS, VanSwearingen JM. Not all facial paralysis is Bell's palsy: a case report. Arch Phys Med Rehabil 1999;80:857-859.
57. Keane J. Bilateral seventh nerve palsy: analysis of 43 cases and review of the literature. Neurology 1994;44:1198-2002.
58. Ithem. Manual MERCK, 10ªed.
59. Rev Med IMSS 2004; 42 (5): 425-436.
60. Cruz CJC, Novelo GE, Rodríguez PMA, Cruz MS, Parálisis facial. Rev Sanid Mil 1999;53(6):409-410.
61. Gary J, von Doersten PG. The facial nerve. Current trends in diagnosis, treatment and rehabilitation. Med Clin North Am 1999;83(1):179-95.

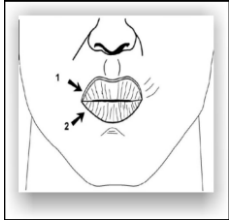
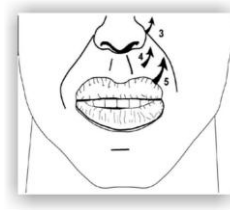
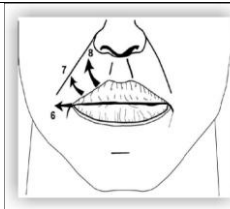
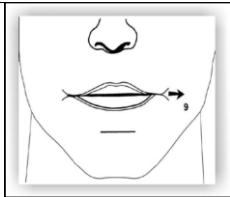
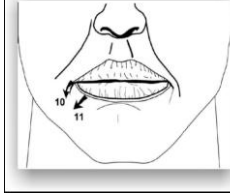
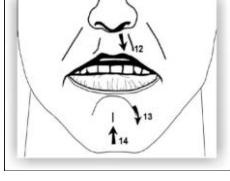
BBIBLIOGRAFÍA WEB

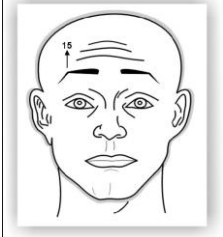
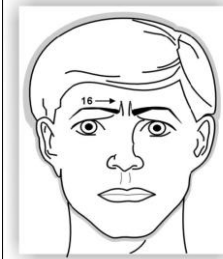
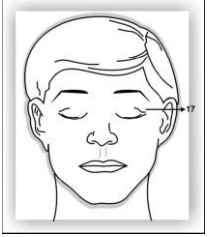

62. http://es.wikipedia.org/wiki/Historia_cl%C3%ADnica
63. http://www.abcmedicus.com/articulo/medicos/2/id/430/pagina/1/historia_clinica_elemento.html
64. Dueñas, F, JL. El Proceso de Atención de Enfermería. Consultado el 22 de abril 2006. Disponible en: www.terra.es/personal/duenas/pae.htm
65. Enfermeras Teóricas. Virginia Henderson. www.teleline.terra.es/ Abril Pag 1, 2,3.
66. Tendencias y Modelos más utilizados en Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. [http:// www.aibarra.org/](http://www.aibarra.org/), Abril Pag 15, 16,17.
67. www.enfermundi.com/jaen/enfer/teorias7.htm - EVOLUCIÓN ENFERMERAS TEÓRICA de José Raúl Dueñas Fuentes

ANEXOS

Anexo 1

Reeducación muscular facial y técnicas de masoterapia para relajación en parálisis facial.

<p>Contraer los labios como si se fuera a dar un beso (1. Orbicular de los labios. 2. Compresor)</p>	
<p>Dilatar el ala de la nariz hasta levantar el labio superior y enseñar los dientes (3. Dilatador de la nariz. 4. Canino. 5. Elevador del labio superior)</p>	
<p>Expulsar aire lentamente como si se soplara a través de un popote (6. Buccinador. 7. Cigomático mayor. 8. Cigomático menor)</p>	
<p>Sonrisa amplia dirigiendo la comisura labial hacia afuera y atrás (9. Risorio)</p>	
<p>Apretar los dientes lo más fuerte posible (10. Cutáneo del cuello. 11. Triangular de los labios)</p>	
<p>Arrugar el mentón (12. Mirtiforme. 13. Cuadrado de la barba. 14. Borla de la barba)</p>	

<p>Elevar las cejas (15. Occipitofrontal)</p>	
<p>Juntar las cejas (16. Ciliar)</p>	
<p>Cerrar los ojos (17. Orbicular de los párpados)</p>	
<p>Colocar el pulgar izquierdo en el interior de la mejilla derecha, con el índice y el medio en el exterior; mantener la mejilla estirada entre los tres dedos oblicuamente hacia abajo y hacia el lado sano sin tirar del Párpado inferior derecho.</p>	

GLOSARIO DE TERMINOS

Signo de Bell: movimiento ocular sinérgico que se evidencia por la incapacidad del paciente para ocluir el ojo. Al intentarlo, el globo ocular se dirige hacia arriba hasta que la córnea visible queda oculta por el párpado superior (III).

Ectropión: eversión del párpado inferior con descubrimiento de la carúncula lagrimal.

Lagofthalmía: el ojo del lado afectado está más abierto que el del lado sano, debido al predominio del tono del músculo elevador del párpado superior innervado por el tercer par craneal, sobre el orbicular de los párpados innervados por el facial (III).⁽¹⁶⁾

Algiacusia: intolerancia al ruido.

Disgeusia: alteración en el sentido del gusto.

Epífora: lagrimeo debido a que las lágrimas no progresan hacia el saco lagrimal por la debilidad orbicular de los ojos.

Sincinesia: movimiento involuntario y anárquico de la hemicara afectada.

Hemiespasma facial: síndrome de compresión vascular caracterizado por contracción sincrónica de los músculos unilaterales, por aumento del tono en hemicara afectada que desaparece con el sueño (III).

Blefaroespasma: contracción involuntaria asincrónica del músculo orbicular de los párpados (con frecuencia involucra la frente). Cuando se acompaña de movimientos de la parte baja de la cara, labios, lengua y músculos del cuello, se integra el síndrome de Meige. Se sospecha un componente extrapiramidal en su etiología (III).⁽¹⁷⁾

Movilización pasiva: ejercicios realizados por el fisioterapeuta, mediante manipulación manual y reeducación frente al espejo; se llevan a cabo cuando la afectación muscular es severa y el paciente no es capaz de iniciar el movimiento voluntariamente.

Movilización activa asistida: ayuda manual sumada al esfuerzo muscular del paciente, que culmina en movimiento cercano al normal, con reeducación frente al espejo.

Movilización activa: ejercicios llevados a cabo frente al espejo por el paciente sin intervención manual del fisioterapeuta.

Reeducación neuromuscular: ejercicio terapéutico cuyo objetivo es el dominio voluntario de la musculatura, mediante la activación, coordinación y resistencia a la fatiga. En parálisis facial estos ejercicios deben ser siempre realizados frente al espejo a fin de que el paciente tenga oportunidad de retroalimentar el movimiento.

Ptois: también llamada "párpado caído", es una condición causada por debilidad del músculo responsable de levantar el párpado, por daño a los nervios que controlan esos músculos o por flacidez de la piel que rodea los párpados superiores.⁽¹⁸⁾

ANEE: Asociación Nacional de Estudiantes de Enfermería.

Calidad de atención: prestación de un servicio de enfermería en forma oportuna y respetuosa sin omitir detalles.

Cuidado de enfermería: conjunto de planes diseñados, acciones ejecutadas y evaluadas por el personal de enfermería tendiente a preservar o mejorar el estado de salud de una persona familia o comunidad.

Identidad: convencimiento del profesional de enfermería en el desempeño de actividades contempladas para su profesión.

Institucionalizar: tomar leyes o normas existentes para ponerlas en práctica dentro de una institución hospitalaria.

Metodología de trabajo: conjunto de pasos y procedimientos que el profesional de enfermería utiliza para realizar diariamente sus funciones.

Proceso de enfermería: método sistemático y dinámico de la profesión de enfermería para valorar, diagnosticar, planear, ejecutar y evaluar los cuidados de enfermería.

Profesional de enfermería: persona con formación y título universitario responsable de la atención de enfermería, capaz de promover, conservar y restablecer la salud de un individuo. Una familia o una comunidad.

Toma de decisiones: capacidad del profesional de enfermería para decidir y priorizar acciones mediatas e inmediatas con el fin de optimizar los cuidados de enfermería en su campo de acción.