



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

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA INTRADOMICILIARIO
A UN ADOLESCENTE CON ALTERACION EN LA NECESIDAD
DE ALIMENTACION, MOVILIDAD, POSTURA Y COMUNICACIÓN

PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA.
JOSE RODOLFO RODRIGUEZ MENDEZ
N° CUENTA 402555852

ASESORA.
L.E.O. GUADALUPE RODRIGUEZ BARAJAS

ZAMORA DE HIDALGO, MICHOACAN. SEPTIEMBRE 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
1. DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS	
2. INTRODUCCION	
3. JUSTIFICACION	
4. OBJETIVOS	
CAPITULO I	
METODOLOGÍA	
1.1. LA VALORACIÓN	09
1.1.1. RECOPIACION DE DATOS	10
1.1.2. ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS	11
1.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	12
1.3. PLANEACIÓN	12
1.4. EJECUCIÓN	13
1.5. EVALUACIÓN	13
CAPITULO II	
MARCO TEORICO	
2.1. PROCESO DE ENFERMERIA	14
2.1.1. ANTECEDENTES HISTORICOS	14
2.1.2. ETAPAS	15
2.1.2.1. VALORACION	15
2.1.2.2. DIAGNOSTICO ENFERMERO	18
2.1.2.3. ELABORACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	20

2.1.2.4. EJECUCIÓN.	21
2.1.2.5 EVALUACIÓN.	22
2.1.3.0 BIOGRAFÍAS	23
2.1.3.1 VIRGINIA HENDERSON	23
2.1.3.2 JOYCE TRAVELBEE	29
2.1.4.0 CONCEPTOS PRINCIPALES	30
2.1.4.1 PARADIGMA DE ENFERMERÍA	31

CAPITULO III

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA

3.1. HISTORIA CLINICA	33
3.2. VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES	35
3.3. HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD	38
3.3.1. HEMATOMA EPIDURAL	38
3.3.2. TRAQUEOSTOMIA	40
3.4. DETECCION DE NECESIDADES Y NIVEL DE DEPENDENCIA /INDEPENDENCIA	42
3.5. JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA	43
3.6. PLAN DE CUIDADOS	44
3.7. PLAN DE ALTA	50

CONCLUSIONES

PROPUESTA

GLOSARIO

BIBLIOGRAFIA

1. AGRADECIMIENTOS

A DIOS por permitirme concluir mis estudios.

A mis PADRES, por su esfuerzo y sacrificio al darme la mejor herencia, y por forjar en mi el gusto por el trabajo.

AL AMOR DE MI VIDA A.C.O., por estar a mi lado, por apoyarme, por enseñarme a luchar por lo que se quiere, por ser fuerte en la distancia por AMARME, GRACIAS AMOR, TE AMO.

A mis HERMANAS Y HERMANO, por su apoyo.

A BETTY Y LUPILLO, muchas, muchas gracias.

Al Dr. Bosco por todo su apoyo, sus enseñanzas, paciencia y creer en mi.

Al Dr. Valdés, por la oportunidad y confianza depositada en mí, por la paciencia y enseñanzas.

Al Dr. Manuel Gascón Cruz, por su confianza, paciencia y amistad, gracias Nino.

A todos mis amigos por su amistad y gratitud, lo más valioso que el ser humano puede dar.

A todas las personas que me impulsaron y motivaron a seguir adelante, que compartieron sus conocimientos.

DEDICATORIAS

A DIOS que con el todo se puede.

A MIS PADRES con todo mi cariño.

A mis hermanos, los quiero mucho.

A mis sobrinos, Dios los Bendiga.

A ti A.C.O. con todo mi AMOR, esto es por ti, TE AMO.

Al Dr. Juan Bosco Martínez M. con todo mi respeto, mi admiración y gratitud.

Al Dr. Mauricio Valdés V. con toda mi gratitud, admiración y respeto.

Al Dr. Manuel Gascón Cruz, por compartir sus conocimientos y enseñanzas.

2. INTRODUCCION

En el ejercicio de nuestra profesión se presenta una variedad de problemas en los cuales enfermería es la única que tiene competencia y para resolverlos necesita tener conocimientos científicos, tecnológicos y desarrollar habilidades y en base a ellos podrá emitir juicios profesionales, para ello es necesario contar con instrumentos, los cuales deben de contener un marco teórico conceptual, recopilación de datos, análisis e interpretación de los datos recabados; con este instrumento enfermería tiene una guía de orientación y de esta manera poder practicar el arte y la ciencia de enfermería.

En este proceso estamos utilizando el método científico con sus diferentes etapas; la metodología, el marco teórico en el cual abordaremos brevemente cambios físicos, psicológicos y sociales.

La realización del proceso nos basamos en la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson; se realizo la detección en base al expediente clínico y de sus familiares, una vez recabados los datos se procedió a elaborar los diagnósticos de acuerdo a prioridades así como el grado de dependencia-independencia, sus causas, objetivo e acciones de enfermería, una vez realizadas dichas intervenciones se procedió a la evaluación de la mismas.

En este proceso abordaremos una patología interesante y que afecta a gran parte de la población joven y que provoca discapacidad de forma parcial o total e incluso la muerte, de ahí la importancia de la intervención de enfermería en la limitación del daño.

3. JUSTIFICACION

El presente proceso enfermero se realiza con la finalidad de establecer un criterio y un tratamiento continuo de enfermería a un paciente con diagnóstico médico de traumatismo craneoencefálico, posterior a un accidente automovilístico; dicho proceso se llevará a cabo en el domicilio particular del usuario, donde se involucrará a la familia, y amigos.

Al demostrar la importancia de la actuación del personal de enfermería en la atención del paciente con traumatismo craneoencefálico al delimitar el daño, al involucrar a la familia en las actividades de protección y recuperación de la salud abarcando los aspectos biopsicosociales y espirituales. Es de suma importancia el que la familia tenga los conocimientos necesarios e indispensables sobre la enfermedad y el tratamiento, ya que el conocimiento nos favorece para evitar complicaciones y saber detectarlas de manera oportuna.

En este proceso demostrare la importancia del apoyo familiar y de todas aquellas personas cercanas al usuario para lograr la recuperación y su re integración a su vida cotidiana en el menor tiempo posible de acuerdo a su evolución.

Se elabora este proceso también con el objetivo de que todo el personal de enfermería se familiarice con el proceso de enfermería, en beneficio del paciente, al ser un método científico y que por lo tanto conlleva una continuidad.

Recordemos que el pilar y la piedra angular de nuestra profesión es el paciente y por lo tanto debemos de verlo desde un punto de vista holístico e involucrar a todo el equipo multidisciplinario al igual que familiares y amigos del usuario.

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Proporcionar un proceso de atención enfermería de manera científica y de manera holística a un paciente adolescente joven, y lograr su recuperación y rehabilitación en sus necesidades de nutrición e hidratación, movilidad, postura, higiene e hidratación, comunicación, así como la prevención de daños secundarios a estas necesidades.

OBJETIVO ESPECIFICO:

1. Lograr la recuperación de un paciente y reincorporarlo a su vida cotidiana.
2. Involucrar a la familia y personas cercanas en la rehabilitación y tratamiento del paciente, mediante la participación en el plan de cuidados.
3. Demostrar la importancia del proceso de enfermería para la atención del paciente, a través de su aplicación continua y constante por el personal de enfermería.
4. Obtener el título de LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

OBSTACULOS

Falta de experiencia en la elaboración del Proceso Enfermero.

No lograr los objetivos planteados.

Poca colaboración o falta de interés por parte del paciente y familia.

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

METODOLOGÍA

Este trabajo se inicio con la búsqueda y selección de un paciente con problemas de salud posterior a una sufrir accidente automovilístico, resultando con traumatismo craneoencefálico hematoma epidural, y posteriormente traqueotomía.

Se inicia la aplicación del proceso de enfermería en base a su metodología y así asegurar que el profesional de enfermería lleve a cabo la sistematización, la individualización y el cuidado holístico.

Durante la aplicación de las etapas se va realizando una valoración ya que se dispone de datos objetivos y subjetivos, de poder realizar la jerarquización de las necesidades, de construir los diagnósticos, de identificar su tipo, de pensar en la planificación y ejecución de los cuidados y hasta de asegurar una evaluación favorable, si analizamos cada una de las etapas.

1.1 LA VALORACIÓN

La valoración se realizó solamente en base a la guía de valoración de las 14 necesidades de **Virginia Henderson**, y al método que establece el proceso de enfermería que consiste en la recogida y recopilación de los datos sobre el estado de salud del paciente. Se creo una base de datos de acuerdo a las respuestas del usuario y así determinar los cuidados que requiere y son necesarios para el paciente.

1.1.1. RECOPIACION DE DATOS

La recopilación de los datos se obtendrá de: Fuentes directas e indirectas para comprobación.

La recopilación de estos datos se obtiene a través de entrevista, exploración física, observación ordenada utilizando todos los sentidos para observar las necesidades reales y potenciales.

Con el interrogatorio se obtendrán datos, como antecedentes hereditarios, personales patológicos y no patológicos. De igual forma se identifican signos y síntomas de aparatos y sistemas, actividades y preocupaciones de la vida diaria.

Al realizar la exploración física se utilizan los métodos diagnósticos de palpación, percusión, auscultación y la observación para identificar los problemas del paciente.

FUENTES INDIRECTAS

Se consultaran y recopilaran datos que se obtendrán a través de la familia, expediente clínico.

La familia aportara información como:

- Hábitos higiénico-dietéticos.
- Actividades sociales, culturales y religiosas.

1.1.2 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

Tomaremos en cuenta el modelo conceptual de Virginia Henderson, basado en las 14 necesidades y se enlistarán de acuerdo a su prioridad.

VALORACIÓN DE LOS DATOS

En esta apartado analizaremos los datos obtenidos y tomaremos en cuenta los de mayor importancia de acuerdo a la patología del paciente.

REGISTRO DE DATOS

Se llevaran a cabo de forma clara, concisa y precisa; que sean de relevancia, y en caso de ser necesario se anotaran textualmente.

Se registrara fecha y hora de la realización.

HISTORIA CLINICA

Se elaborara siguiendo el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson mediante entrevista directa e indirecta.

1.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Es la 2da. Etapa del proceso que requiere diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia y comunidad, así como de los recursos existentes (capacidades). Este se redactara utilizando el siguiente formato.

Los diagnósticos enfermeros se dividen en dos:

Reales. Se redactan de la siguiente forma:

Problema-----, Relacionado con -----
-----, Manifestado por-----.

De riesgo. Estos se redactan igual al anterior.

Estos diagnósticos son confrontados con los aprobados por la NANDA.

1.3. PLANEACIÓN

Organización de las necesidades (diagnósticos de enfermería), en base a la organización y elaboración de estrategias diseñadas para reforzar, las respuestas del cliente dando prioridad a las necesidades más urgentes.

Problemas que amenazan la vida.

Problemas que interfieren con la seguridad y protección.

Problemas que interfieren con el amor y la pertenencia.

Problemas que interfieren con la autoestima.

Problemas que interfieren con la capacidad para lograr objetivos personales.

Al establecer los resultados se elabora el objetivo final y específico. Los cuales están dirigidos al usuario, familia o comunidad, porque en ellos se esperan los resultados; para lo cual se determinan las acciones de enfermería (estrategias concretas diseñadas para ayudar al paciente a conseguir los objetivos). Para esto es muy importante el registro que la

enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados de un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados.

1.4. EJECUCIÓN

Se aplican los cuidados de enfermería en base a lo planeado y documentado. Dando continuidad a los cuidados y educación del paciente y familiares, ajustando las necesidades para alcanzar los objetivos.

1.5. EVALUACIÓN

En esta etapa aparecen los resultados obtenidos en relación con lo esperado en caso de no ser resueltos en su mayor porcentaje se revaloran y ajustan nuevamente las acciones de enfermería.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 PROCESO DE ENFERMERIA

2.1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS

Wiedenbach (1953), Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación, ejecución).

Yura y Walsh (1967), agregaron una etapa más la realización, posteriormente Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976), analizaron y propusieron un proceso de 5 etapas:

- Valoración.
- Planeación.
- Ejecución.
- Realización.
- Evaluación.

Estas etapas son las que actualmente rigen al proceso enfermero.

El proceso enfermero adquiere legitimidad y es reconocido gracias a la publicación de la (ANA) Asociación Americana de Enfermería.

2.1.2 ETAPAS

2.1.2.1. VALORACION:

Es la primera etapa la cual consiste en recoger y organizar los datos de la persona, familia y entorno, son las bases para las decisiones y actuaciones posteriores.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de enfermería. Uno de los criterios de orden en la valoración es el de las catorce necesidades comenzando por los datos generales, luego la valoración focalizada en cada una de las necesidades y posteriormente con la exploración física que corresponde a cada necesidad.

Tipo de datos:

Datos subjetivos.- no se pueden medir y son los que expresa la persona, lo que dice sentir o percibir.

Datos objetivos.- están constituidos por información real, observable. Se puede medir por cualquier escala o instrumento.¹

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.

Métodos para obtener datos:

¹ Murray, ME, Atkinsón, LP. Proceso de atención enfermería. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1996. 225 pp.

Entrevista clínica: tiene como objetivo obtener información sobre la persona Existen dos tipos de entrevista, formal o informal.

La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, utilizando formularios ya establecidos, la enfermera realiza la historia del paciente.

La entrevista: es un proceso que tiene como finalidad, obtener información específica y necesaria para el diagnóstico de enfermería y la planificación de los cuidados, facilitar la relación enfermera/paciente, permitir a la persona informarse y participar en el identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos, además de ayudar a la enfermera a determinar, que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La observación: implica la utilización de los sentidos para obtener la información de la persona, como de cualquier otra fuente significativa en su entorno. La observación es una habilidad que precisa, práctica y disciplina.

La exploración física: determina la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad se obtienen datos para comparar y evaluar las eficacias de las actuaciones, se confirman los datos subjetivos de la entrevista. Para ello se realizan 4 técnicas:

Inspección: es el examen visual, cuidadoso y global del paciente. Se centra en las características físicas o comportamientos específicos.

- Auscultación.- consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio.
- Palpación.- se utiliza el tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel.
- Percusión.- Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal con el fin de obtener sonidos.

VALIDACION Y ORGANIZACIÓN DE DATOS

Se confirma la información, sometiendo los datos a confrontación con datos que apoyen o bien se contrapongan a la información obtenida y de esta manera podamos evaluarlos. "La organización de los datos, nos ayudan a identificar problemas y posibles diagnósticos de enfermería, los modos más habituales de organizarlos es por necesidades humanas".²

DOCUMENTACION Y REGISTRO DE LA VALORACION

En esta fase nos corresponde informar y registrar los datos obtenidos y así dar un seguimiento y/o acelerar el diagnóstico y tratamiento del paciente, se enlista a continuación su finalidad:

- 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.

Existen normas para la correcta anotación de los registros en la documentación de acuerdo con Iyer (1989) son:

1. Deben estar descritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor y opinión personal, se deberá anotar (entre comillas), aquella 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).
4. Los hallazgos deben describirse de manera metódica, forma tamaño.
5. La anotación debe ser clara y concisa.

² Marriner, TA, Raile, AM. Modelos y teorías de enfermería. 4ª Ed. editorial Harcourt Brace, España, 1999.

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.

Diagnostico de enfermería: “enunciado de un juicio clínico sobre las reacciones a los problemas de salud reales o potenciales, a los procesos vitales de la persona. Los diagnósticos de enfermería, sirven de base para elegir la intervenciones encaminadas a lograr lo objetivos que son responsabilidad de la enfermería”.³

2.1.2.2. **DIAGNOSTICO ENFERMERO**

Tipos de diagnósticos.

Si se considera el diagnostico enfermero según su virtualidad, se pueden decir 4 tipos:

Real.- el problema es actual y las manifestaciones son observables, consta de 3 partes

PES.- problema (P) + etimología, factores causales o contribuyentes (E) + signos y síntomas (S).

Alto riesgo.- existe probabilidad por ser vulnerables a desencadenar un problema en comparación con otros en situación similar y consta de 2 componentes, formato P: problema + etimología/factores de riesgo (E).

Posible.- se sospecha de un problema pero debemos obtener más datos adicionales para confirmar o excluirlos.

De bienestar.- Aquí la persona esta en un nivel de bienestar y requiere y/o desea un nivel más elevado, para eso deben existir dos hechos: el desear un nivel mayor de bienestar y un estado funcional que lo permita. La persona debe de ser capaz de entender y comprender que lo puede lograr en la medida que lo desea.

³ Phaneuf, M. La planificación de los cuidados enfermeros. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México.

Planificación. Esta etapa consiste en prevenir, reducir y/o eliminar las necesidades, de acuerdo a la prioridad las agruparemos en tres categorías:

- Alta Prioridad.- problemas de riesgo vital, por ejemplo paro cardiaco.
- Mediana Prioridad.- suponen una amenaza para la salud.
- Baja Prioridad: surge de necesidades normales del desarrollo, requiere apoyo mínimo de enfermería.⁴

Planteamiento de los objetivos de la persona con resultados esperados:

Describiremos lo que se espera conseguir de acuerdo a nuestra valoración y jerarquización de los problemas y/o necesidades que hemos detectado; y una vez detectados definiremos nuestros objetivos de todos y cada uno de los problemas, cuya finalidad es:

- Dirigir los cuidados.
- Proporciona un plazo para las actividades planificadas.
- Servir como criterio para evaluar el progreso del paciente.
- Medir la eficacia de las actuaciones.

La redacción de los objetivos se redactara de acuerdo a las siguientes normas:

- La formulación debe ser simple, clara y concisa.
- El objetivo debe ser propio de una persona.
- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- La formulación debe indicar un plazo preciso para la realización del objetivo.
- Debe evolucionar con la situación.
- escribir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar.
- Elaborar objetivos cortos.

Existen dos Tipos de Objetivos:

⁴ Kozier, B, et al. Fundamentos de enfermería. 5ª Ed, vol 1 Conceptos, procesos y practica. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1999.

Objetivos de enfermería.- ¿Qué espera lograr la enfermera?, los objetivos deben ir dirigidos a encontrar las fortalezas de la persona y la familia, la capacidad de comprensión de los cambios biofisiológicos de la persona así como las respuestas emocional, psicológica e intelectual y estos los clasificamos en:

Objetivos a corto plazo.- aquellos que podemos lograr de forma rápida y favorable y en cuestión de horas o días.

Objetivos a mediano plazo.- su logro no es tan rápido ya que requerirán de semanas o meses, pero nos sirven de motivación al reconocer los logros alcanzados por el paciente y la familia.

Objetivos a largo plazo.- son los resultados que requieren de un tiempo mas prolongado.⁵

La ejecución de estos objetivos puede ser compleja.

Objetivos del paciente.- son aquellos que el paciente se fija de acuerdo a las necesidades o problemas detectados y las acciones de enfermería realizadas, dichos objetivos deben ser medibles, alcanzables y específicos.

2.1.2.3 Elaboración de las intervenciones de enfermería. Son estrategias concretas o actividades necesarias para favorecer, mantener o restablecer la salud de la persona. La persona y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. El plan se individualiza enfocándolo en el factor relacionado, en las fuerzas y debilidades del paciente y en la gravedad y urgencia de su estado. Para lo cual se realizan diferentes intervenciones contando con el equipo de salud para realizarlo:

Intervenciones independientes: es toda acción reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales.

Intervenciones dependientes.- incluye problemas que son responsabilidad directa del médico, el designa las intervenciones que debe realizar la enfermera.

⁵ Kozier, B, et al. Fundamentos de enfermería. 5ª Ed, vol 1 Conceptos, procesos y practica. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1999.

Intervenciones interdependientes.- trabajan y colaboran en el tratamiento, las enfermeras y otros profesionales de la salud.

Documentación en el plan de cuidados de enfermería.

Es un método de información y comunicación entre los profesionales de salud cuyo objetivo es establecer, dirigir y coordinar las actividades de enfermería.

Los cuidados de enfermería tiene una característica importante que es el ser dinámicos y ello favorece la actualización continua de los planes.

2.1.2.4. Ejecución. Es la puesta en práctica del plan de cuidados elaborado previamente con el fin de conducir al paciente hacia la óptima satisfacción de sus necesidades.

Dentro de lo posible debemos motivar al paciente a que sea él mismo quien lleve a cabo los cuidados planificados con la ayuda y supervisión del personal de enfermería. En un inicio las acciones y cuidados serna ejecutados o realizados por el personal de enfermería y conforme se produzca una evaluación satisfactoria y positiva se dejara de manera progresiva la “responsabilidad” al paciente con el fin de que logre ser independiente.

En esta fase la relación enfermera-paciente es la más significativa ya que debemos entender al paciente y proporciona un cuidado holístico y no solo el satisfacer sus necesidades de salud.

Debemos establecer una comunicación verbal y no verbal con el paciente, así como pedagógica.

En esta etapa el plan de cuidados es solo una guía ya que se siguen obteniendo información del paciente en base a las respuestas de las acciones de enfermería y ello conlleva a modificar y/o completar dicho plan de cuidados, de ahí la importancia de registrar las acciones realizadas así como los resultados obtenidos.

2.1.2.5 Evaluación.

Es la última etapa del proceso de enfermería y corresponde a una actividad continua que determina hasta que punto se han logrado los objetivos establecidos y los resultados del plan de cuidados, se anexan datos obtenidos de la evolución del paciente.

Los resultados obtenidos del plan de cuidados pueden ser positivos, también negativos o inesperados, por lo tanto la evaluación continua y constante permite modificar el plan de cuidados oportunamente para el logro de los objetivos.

En la evaluación comprobaremos el logro de los objetivos y también podremos detectar nuevas necesidades y la aplicación de las etapas del proceso de enfermería, esto favorece un proceso cíclico y continuo que nos sirve de retroalimentación al personal de enfermería.

2.1.3 BIOGRAFIAS

2.1.3.1 VIRGINIA AVENEL 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.
- 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.

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.

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.

- 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.

FUENTES TEORICAS

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 clasifico 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.

TENDENCIA Y MODELO

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.

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definatoria 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 está 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 se denominan 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.

Definición de 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 tuviera 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 afectan 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.

Necesidades

Señala catorce necesidades básicas y estas son:

- Respirar normalmente.
- Comer y beber de forma adecuada.
- Evacuar los desechos corporales.
- Moverse y mantener una postura adecuada.
- Dormir y descansar.
- Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).
- Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
- Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.
- Evitar peligros y no dañar a los demás.
- Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.
- Profesar su fe.
- Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.
- Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles.

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 TEORICAS

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.
- 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.

METODO LOGICO

Henderson utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Dedujo esta definición y las catorce necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos.

2.1.3.2 JOYCE TRAVELBEE

Nació en 1926 y terminó su formación básica en enfermería en 1946, en la Escuela de Enfermería del Charity Hospital de Nueva Orleans.

Comenzó su carrera como educadora de enfermería en 1952 dando clases en la escuela afiliada al Hospital Deplau en Nueva Orleans.

Obtuvo el grado de BS en enfermería en 1956 por la Universidad del Estado de Louisiana, y el grado de MS en enfermería por Yale en 1959.

Empezó a publicar artículos de revista de enfermería en 1963.

Escribió un libro como “internacional aspecto of nupeina” en 1968.

En 1973, Travelbee comenzó un programa de doctorado en Florida, pero no pudo terminarlo debido a su prematura muerte, ocurrida ese mismo año. Falleció a la edad de 47 años tras una breve enfermedad y sin dejar descendencia.

Travelbee pensaba que la enfermería necesitaba una revolución humanística que volviera a centrarla en su función de “cuidadora” en la atención y apoyo al paciente.

Ella afirma que la enfermera y paciente interaccionan mutuamente.

Establece que el propósito de enfermería es ayudar al individuo, familia y comunidad a prevenir o enfrentarse a la enfermedad, el sufrimiento y si es posible también encontrar un sentido a dicha experiencia.

2.1.4.0 CONCEPTOS PRINCIPALES.

Ser humano. Individuo único e irremplazable.

Paciente. Es un estereotipo útil para la economía en la comunicación.

Enfermera/o. posee conocimientos y capacidad para aplicarlos.

Enfermedad. Es una situación en la que se carece de salud

Sufrimiento. Es una sensación de malestar, físico, mental o espiritual.

Dolor. Es una experiencia individual difícil de comunicar y única para cada individuo.

Esperanza. Es el deseo de alcanzar una meta o lograr un objetivo.

Desesperanza. Es la carencia de la esperanza.

Comunicación. Es la forma de establecer una relación de persona a persona.

Interacción. Cualquier contacto entre dos individuos.

Interacción enfermera-paciente. Cualquier contacto entre enfermo y enfermera.

Necesidad de enfermería. Cualquier requerimiento de la persona.

Empleo terapéutico del yo. Es la capacidad de usar la propia personalidad.

Empatía. Proceso por el cual un individuo comprende el estado psicológico de otro.

Simpatía. Deseo de ayudar al individuo sometido a estrés.

Acercamiento. Es un proceso de actividades de acercamiento de un individuo a otro.

Relación persona-persona. Es principalmente una experiencia entre dos persona

2.1.4.1 PARADIGMA DE ENFERMERÍA

Es una declaración que indica fenómenos relevantes relacionados con todas las variables que afectan a la respuesta del individuo de los factores estresantes.

El paradigma de la integración se ubica entre 1950-1975, se caracteriza por: la urgencia de programas sociales y el desarrollo de los medios de comunicación como consecuencia de la crisis provocada en la Segunda Guerra Mundial, lo que favoreció la creación de la seguridad social y el reconocimiento de la necesidad de un ser).

El servicio de enfermería se centra en el cuidado a la persona, la cual es definida como un todo más que la suma de sus partes, con interrelación de los componentes biológico, psicológico y sociocultural. La salud se concibe como un ideal que se consigue según el contexto de la persona, influyendo el entorno de manera positiva o negativa.

El trabajo de enfermería es considerado de colaboración, sus intervenciones se traducen en actuar con la persona a fin de ayudarla a resolver sus necesidades, el cuidado a la salud, poniendo énfasis en lo físico, mental y social. Se aplica el proceso de enfermería con mayor sustento teórico de la disciplina, la investigación avanza al apropiarse de conocimientos de otras disciplinas como la psicología, epidemiología, sociología, entre otras.

Por último **el paradigma de la transformación** que abarca de 1975 en adelante, se caracteriza por la apertura de las fronteras, la mentalidad, el intercambio cultural, la movilización de dinero y de personas. A la persona se le considera como un ser indisociable, único, mayor a la suma de sus partes y diferente a esta suma, capaz de ser agente de su propia salud y autocuidado.

La enfermera interactúa con la persona en una relación de iguales, con respeto y reconociendo sus potencialidades para aprovecharla en beneficio de su salud y su desarrollo personal.⁶

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

Gracias a que la enfermería tiene historia, teoría, práctica, filosofía, método, cuerpo de conocimiento, lenguaje propio y tecnología, se ha convertido en una disciplina.

CAPITULO III

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA

3.1. HISTORIA CLINICA

Arturo Rodríguez, de 16 años, de ocupación estudiante, estado civil soltero,
Diagnóstico Médico: Traumatismo craneoencefálico, hemorragia subaracnoidea en
región frontal, traqueotomía.

ENTREVISTA.- indirecta.

HIGIENE PERSONAL.- baño diario hasta en 2 ocasiones al igual que el cambio de
ropa. Aseo bucal al levantarse, después de cada alimento y al acostarse.

HABITOS DE ELIMINACION.- micciones frecuentes aproximadamente 5 al día,
evacuaciones diarias en ocasiones hasta 2 veces al día.

HABITOS ALIMENTICIOS.- alimentación buena en cantidad y calidad, consume
carne a diario, verduras 3 a 4 veces por semana, frutas refieren que casi no le gustan,
legumbres 3-4 veces por semana, pastas 2 a 3 veces por semana.

EJERCICIO.- practica ejercicio ciclismo, atletismo y squash todos los días de la
semana.

HABITOS DE RELAJACIÓN Y SUEÑO.- por las tardes toma una siesta de 1 a 2 horas
posterior a la comida, por la noche su horario para dormir es alrededor de las 22:00 y
23:00 horas y se levanta regularmente a las 6:30 horas.

ESTADO FISICO:

SIGNOS VITALES:

Peso: 70 kilos.

Estatura: 175 centímetros.

Tensión Arterial: 110/75 mmHg.

Frecuencia cardiaca: 72 por minuto.

Frecuencia respiratoria: 18 por minuto.

Temperatura (axilar): 36.6 °C.

NIVEL DE CONCIENCIA.- Conciente, orientado en sus 3 esferas, activo y reactivo.

SENTIDOS: Su vista esta limitada. El resto de sus sentidos aparentemente normales.

DENTADURA.- Completa y aparentemente sana.

PIEL.- Hidratada, turgente con buena coloración.

ANTECEDENTES SOCIALES, CULTURALES, Y ECONOMICOS.-

Habita casa habitación urbana, con todos los servicios intradomiciliarios.

Refieren que le gusta asistir a fiestas e ir de campamento.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.-

Antecedentes de cáncer pulmonar y de estomago por ambos padres.

EXPLORACION FISICA.-

Paciente masculino adolescente de 16 años de edad; Consciente, orientado, tranquilo, cabeza normo cefálica, buena implantación cabello, con buena coloración de piel y tegumentos, buen estado de hidratación, ojos simétricos isocóricos, ojo izquierdo con cicatriz posterior a cirugía reconstructiva, narinas permeables, de con traqueotomía, ruidos cardiacos normales rítmicos de buena intensidad, tórax con buena amplexación y amplección, una cicatriz del lado izquierdo a nivel de la 4° y 5° costilla, abdomen blando, depresible, con peristalsis presente, extremidades integras, aumento del tono muscular y disminución de la fuerza en hemicuerpo izquierdo.

PADECIMIENTO ACTUAL.-

Paciente que sufrió accidente automovilístico tipo choque frontal el día 15 de septiembre, al ingreso al hospital con tubo endotraqueal, pasa a unidad de cuidados

intensivos durante 15 días aproximadamente, posteriormente es egresado a piso y semanas después es dado de alta a su domicilio.

Egresada con cánula de traqueotomía.

TRATAMIENTO

- 1.- Dieta en papilla.
- 2.- Baño diario.
- 3.- Epamin tabs. 100 mg 1 cada 8 horas.
- 4.- Epival tabs 1 tab cada 12 horas.
- 5.- Omeprazol 40mg 1 tableta diario.
- 6.- Mucosolvan jarabe 5ml cada 8 horas.
- 9.- Tylex 750 mg 1 tableta cada 8 horas en caso de fiebre o dolor.

3.2. VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES

Arturo, de 16 años de edad, soltero, estudiante de secundaria, originario y residente de Zamora, Mich.

Se inicia su proceso el día 16 octubre del año 2007.

1.- Necesidad de oxigenación.

Con traqueotomía funcional, no dificultad respiratoria, buena oxigenación.

2. Necesidad de nutrición e hidratación.

Regularmente consume: pollo 3/7, verduras 3/7, frutas 6/7, carne roja 2/7, cereales 3/7., ingiere en promedio 1 ½ litros de agua al día, realiza 5 alimentos al día.

Actualmente su alimentación es a base de papillas, por la traqueotomía.

Refiere molestarle al tragar.

3. Necesidad de eliminación.

Evacua una vez cada diario, las características de las heces son de consistencia blanda.

Micción total en 24 hrs es de 2000 ml.

A la auscultación se escuchan ruidos intestinales normales.

4. Necesidad de movilidad y postura.

Esta necesidad se ve afectada por presentar rigidez y aumento del tono muscular en hemicuerpo izquierdo, por lo que la marcha se ve limitada al igual que la postura.

5. Necesidad de descanso y sueño.

Su descanso y sueño es bueno duerme durante toda la noche y despierta de 1 a 2 veces por la noche, a orinar y vuelve a dormir, concilia el sueño de manera rápida. Durante el día toma siestas por lo regular a las 12 pm y 4 y de la tarde.

6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.

La ropa que utiliza es cómoda y acorde a su edad, esta necesidad no se ve afectada pues su ropa no interfiere en su patología.

En esta necesidad, es independiente.

7. Necesidad de termorregulación.

En su casa regularmente la temperatura es templada, tiene buena ventilación e iluminación, además de contar con clima artificial.

Su temperatura corporal es de 36.5 °C, en la medición axilar.

En esta necesidad, el es independiente.

8. Necesidad de higiene y protección de la piel

Se baña diario, por las mañanas y en ocasiones por la noche. Se lava los dientes 3 veces al día, El aseo de manos lo realiza después de ir al baño.

Su piel esta hidratada y con buena coloración. El área de la herida de traqueotomía se cubre con gasa.

9. Necesidad de evitar peligros.

Esta necesidad está afectada por la rigidez y aumento de tono muscular del hemicuerpo izquierdo, por su marcha limitada, esto podría ocasionar caídas.

Es parcialmente dependiente ya que por su limitación y por algunos problemas al caminar aumenta el riesgo de algún daño.

10. Necesidad de comunicarse.

Su comunicación verbal esta afectada por la traqueotomía, por lo que su comunicación será a base de señas, gestos y escritura.

11. Necesidad de creencias y valores

Asiste a misa cada semana, su habitación tiene imágenes religiosas. Actualmente su familia lee pasajes de la biblia y realizan oración en su habitación.

12. Necesidad de trabajo y realización.

Trabajaba ayudando a su padre en su negocio.

13. Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.

Participaba en actividades recreativas como el ciclismo, atletismo y campismo, así como tocar guitarra.

14. Necesidad de aprendizaje

No tiene ningún problema que interfiera con su aprendizaje. Sabe leer y escribir.

Acepta recibir enseñanzas y recomendaciones.

3.3. HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

3.3.1. HEMATOMA EPIDURAL

DEFINICION

Es una colección de sangre entre el cráneo y la duramadre, frecuentemente el hematoma epidural aparece a consecuencia de una lesión traumática de la arteria meníngea media.

Aproximadamente entre el 1 y 3 % de todos los casos de traumatismo craneales son hematomas epidurales y representan el 1.5% de los ingresos hospitalarios.¹

En los traumatismos craneales contusos fatales, se encuentran un hematoma epidural entre un 5 y 15% de los casos, con una edad media de 24 años y predominio varones.²

CAUSAS

Accidentes automovilísticos.

Contusiones directas en cráneo.

Fracturas de cráneo.

SIGNOS Y SINTOMAS

Inconsciencia.

Coma.

Cefaleas.

Inquietud.

Náuseas.

Vómitos.

Vértigo.

Confusión.

Ausencia de respuestas.

Convulsiones.

Signos de hipotensión intracraneal.

Midriasis del lado hematoma.

¹ L.Bakay/F.E.Glauser, TRAUMATISMOS CRANEALES. Edit, GOYMA, pag 126, 1983

² Op.cit.

Otorrea.

Desviación de la mirada al lado de lesión.

DIAGNOSTICO

Historia clínica.

Rx de cráneo.

TAC cráneo.

TRATAMIENTO

Quirúrgico.

Conservador.

TAC inmediato en caso de deterioro.

TAC de control en 1 semana.

TAC de control en 1 a 3 meses.

PRONOSTICO

Mortalidad entre 20-55% en serie antiguas.

Con un diagnóstico y tratamiento oportuno se ha llegado a reducir hasta un 5-10%.

3.3.2 TRAQUEOSTOMIA

Cricotiroidotomía o Traqueotomía es la simple apertura de la traquea y colocación de una cánula de manera urgente, con el único objetivo de mantener y liberar la vía Aérea de forma temporal, para salvar una vida de una posible asfixia.

Cricotiroidostomía, Coniostomía o más bien conocida como Traqueotomía se considera que es toda técnica quirúrgica que comunica a la traquea con el medio ambiente, a través de un puente de piel o de traquea. Es una operación electiva del médico en donde se realiza un estoma durante un tiempo parcial o definitivo según sea su necesidad.

CAUSAS

- 1) Por lesiones de.- Traquea, Laringe, cuello, Maxilofacial y en el tórax.
- 2) Por obstrucción.- En forma Extrínseca como lo son los tumores de Orofaringe, rinofaringe, esófago o de tiroides. En la forma Intrínseca como lo son los cuerpos Extraños atascados en la traquea, edema, tumores de laringe y de glotis.
- 3) Infecciosa.- Abscesos Periamigdalinos muy avanzados, abscesos del piso de la boca que desplace estructuras.
- 4) Por alteraciones funcionales:

COMPLICACIONES

- 1) Enfisema subcutáneo.
- 2) Hemorragia.
- 3) El Neumotórax y el neumomediastino.
- 4) Infección.
- 5) Esfacelación o Necrosis.
- 8) Tapón mucoso constituido por secreciones bronquiales espesas que causa una obstrucción de la luz de la cánula.
- 9) Lesión de las cuerdas vocales.
- 10) Afonía.
- 11) Estenosis.
- 12) Fístulas Traqueoarteriales.
- 13) Fístulas traqueoesofágicas

14) Alteraciones Cosméticas.

15) El queloide, umbilicalización de la piel y su fijeza a la traquea, son alteraciones cosméticas

3.4 DETECCIÓN DE NECESIDADES Y NIVEL DE DEPENDENCIA /INDEPENDENCIA

NECESIDAD	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS	CONDICIÓN DE LA PERSONA
Comunicación	Comunicación por medio de señas y gestos	Traqueotomía	Parcialmente dependiente
Movilidad y postura		Esta limitada por la disminución aumento del tono muscular, rigidez y contracturas articulares.	Parcialmente dependiente
Descanso y sueño	Descansa en promedio 3 horas, duerme entre 7 horas con intervalos de inquietud de 10 a 15 minutos, No padece insomnio.	Alerta, cooperador, atento.	Parcialmente dependiente
Vestirse	Necesita ayuda para vestirse, elige su ropa de manera independiente.	Viste acorde a su edad, su ropa esta limpia.	Parcialmente dependiente
Higiene y protección de la piel	Baño y aseo de cavidades diario, por la mañana. Aseo bucal tres veces al día, aseo de manos antes de comer, después de ir al baño	Durante la exploración se observa aseado. Piel hidratada e integra.	Parcialmente dependiente
Evitar peligros		Disminución en la agudeza visual en ojo izquierdo por traumatismo ocular, movilidad con la marcha.	Parcialmente dependiente

3.5 JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

NECESIDAD	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
1. Nutrición e hidratación	REAL: Deterioro de la deglución relacionado con obstrucción mecánica por traqueotomía manifestado por: ingesta de alimentos por periodos largos
2. Movilidad y postura	REAL: Deterioro de la movilidad física relacionado con rigidez y contracturas articulares manifestado por disminución de la marcha y velocidad, paso cortos, balanceo postural, arrastre de pies.
3. Higiene y baño	REAL: Déficit de autocuidado en el baño e higiene, relacionado con deterioro músculo esquelético manifestado por incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo e incapacidad para secarse el cuerpo.
4. Higiene y baño	REAL: Déficit de autocuidado en el vestido relacionado con deterioro músculo esquelético manifestado por incapacidad para ponerse y quitarse la ropa en la parte superior e inferior del cuerpo.
5. Comunicación	REAL: Deterioro de la comunicación verbal, relacionado con impedimentos físicos para hablar (traqueotomía), manifestado por la incapacidad para hablar el lenguaje dominante.
6. Evitar peligros	Riesgo: de caídas relacionado con disminución visual, disminución en la fuerza en extremidades inferiores

3.6. PLAN DE CUIDADOS

1. NECESIDAD: Nutrición e Hidratación.

DX DE REAL: Deterioro en la deglución **RELACIONADO** don obstrucción mecánica por traqueotomía **MANIFESTADO POR:** ingesta de alimentos por periodos largos.

OBJETIVO: Arturo mejorara su deglución y con ello lograr el retiro de la traqueotomía, así como la ingesta adecuada de líquidos.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
<p>Favorecer alimentación adecuada de acuerdo a sus necesidades y capacidades de deglución.</p> <p>Se recomienda ingerir de 2 a 3 litros de agua al día, evite las bebidas como el café y las aguas dulces y los refrescos</p>	<p>Una alimentación adecuada en calidad y cantidad favorece la nutrición y la recuperación de la salud.</p> <p>El agua es líquido fundamental, actúa en el metabolismo celular, y es el medio de transporte de nutrientes (Rosales, 1999)</p>	<p>Mostrará un estado nutricional favorable.</p> <p>Turgencia y coloración adecuada de piel y mucosas.</p> <p>Arturo tendrá la capacidad de ingerir entre 1 ½ y 2 litros de agua al día, de preferencia natural.</p> <p>Mejorara la nutrición y turgencia de la piel.</p>	<p>Acepta su dieta y la deglución y velocidad de los alimentos ha mejorado notablemente, ya deglute alimentos sólidos en trozos pequeños.</p> <p>Arturo ha mejorado su hidratación y turgencia de la piel.</p> <p>La ingesta de líquidos es de 1 ½ litros promedio al día,</p>

2. NECESIDAD: Movilidad y postura.

DX REAL: Deterioro de la movilidad física RELACIONADO CON rigidez y contracturas articulares MANIFESTADO POR disminución de la marcha, pasos cortos, balanceo postural, arrastre de pies, disminución de fuerza en brazos y piernas, disminución en la velocidad de la marcha.

OBJETIVO: el equipo multidisciplinario de medicina física y rehabilitación, el personal de enfermería, la familia logran mejorar la movilidad y la marcha, con la participación de Arturo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
El medico fisioterapeuta, enfermería, la familia, elaboraran un plan ejercicios que se adapte sus necesidades y favorezca la recuperación,	El ejercicio produce efectos fisiológicos benéficos sin importar la edad y el nivel de incapacidad. Los ejercicios mejoran la fuerza, movilidad y equilibrio en brazos y piernas.	Aumentará la fuerza y tono en brazos y piernas Lograr que mejore su marcha.	Aumento la fuerza. Disminuyo la rigidez. Requiere ser constante en los ejercicios.

3. NECESIDAD: HIGIENE Y BAÑO

DX DE REAL: Déficit de autocuidado en el baño e higiene, RELACIONADO CON deterioro músculo-esquelético MANIFESTADO por incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo e incapacidad para secarse el cuerpo.

OBJETIVO: Lograr que Arturo con ayuda de forma pasiva logre satisfacer su necesidad de baño e higiene y lograr que lo realice en forma total y activa.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
<p>Enseñar y capacitar a Arturo y familia sobre técnica de baño en regadera.</p> <p>Se proveerá de insumos adecuados para el baño.</p>	<p>El baño es necesario e indispensable y favorece un estado de ánimo óptimo.</p> <p>La buena higiene evita complicaciones de tipo infeccioso en el paciente.</p>	<p>La incapacidad disminuirá conforme la evolución del paciente en su fisioterapia, y lograra lavar y secar su cuerpo totalmente.</p>	<p>Arturo se baña completamente sin ayuda, únicamente requiere vigilancia durante el baño.</p>

4. NECESIDAD: Higiene y Baño.

DX REAL: Déficit de autocuidado en el vestido **RELACIONADO CON** deterioro músculo esquelético **MANIFESTADO POR** incapacidad para ponerse y quitarse la ropa en la parte superior e inferior del cuerpo.

OBJETIVO: Arturo lograra vestirse y desvestirse con menor dificultad cada día.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
Ayudar a Arturo y enseñarlo como lograr vestirse y desvestirse prácticamente sin ayuda. Se le proporcionara ropa que facilite su propósito respetando su decisión y opinión	El realizar las actividades propias y personales favorece y motiva la recuperación y el bienestar. El derecho de toda persona a elegir y que respeten sus preferencias en cuanto a su forma de vestir.	Arturo elegirá su ropa de acuerdo a su preferencia y grado de dificultad y/o facilidad para ponerse y quitarse. Mostrara satisfacción con la ropa elegida.	Arturo ha logrado el vestirse y desvestirse con más facilidad, se recomiendo continuar con sus ejercicio.

5.- NECESIDAD: Comunicación.

DX REAL: Deterioro de la comunicación verbal, **RELACIONADO CON** impedimentos físicos para hablar (traqueotomía), **MANIFESTADO POR** la incapacidad para hablar el lenguaje dominante.

OBJETIVO: Arturo mejorara su comunicación para satisfacer sus necesidades.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACIÓN
<p>Favorecer un ambiente de confianza, desde el primer contacto con Arturo.</p> <p>Iniciar la comunicación y profundizar en la identificación de sus necesidades.</p>	<p>La comunicación asegura un alto grado de equilibrio psicológico.</p> <p>Una atención basada en la comprensión, aceptación y apoyo, estimula el comportamiento para disminuir, controlar o eliminar problemas emocionales y espirituales.</p>	<p>Arturo mostrara confianza en la interacción enfermera y familia y así lograr expresar sus necesidades.</p>	<p>Arturo mostró confianza y apertura, logro expresar sus necesidades con la familia y entorno.</p>

6. NECESIDAD: Evitar peligros.

DX DE RIESGO: Riesgo de caídas **RELACIONADO CON** disminución visual, disminución en la fuerza en extremidades inferiores,

OBJETIVO: Arturo disminuirá el riesgo caídas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
Recomendar la revaloración oftalmológica y la asistencia a sus consultas subsecuentes Recomendar el uso de zapato cerrado, amplio y bajo, de agujeta y ligero.	Una visión adecuada disminuye el riesgo de caídas y lesiones. El uso de calzado apropiado proporciona estabilidad y ayuda a evitar caídas.	Arturo identificará los beneficios de las revisiones oftalmológicas, así como cambiar el calzado para evitar accidentes.	Manifiesta asistir a sus consultas oftalmológicas. Manifestó sentirse seguro y cómodo con el calzado, el calzado se fue modificando de acuerdo a su evolución.

3.7. PLAN DE ALTA Se trabajo con Arturo en su domicilio posterior a su alta hospitalaria por mejoría, a petición de sus familiares. Con el consentimiento de los Padres de Arturo se hizo el seguimiento de su caso en su domicilio y sus visitas médicas que abarco del día: 10 de Octubre año 2007 hasta el día 15 de Enero año 2008.El día 5 de enero del 2008 se dio por concluido el proceso con Arturo, obteniendo como resultados:

NECESIDAD	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	VALORACION DEL ALTA
1. Nutrición e Hidratación	Deterioro de la deglución relacionado con obstrucción mecánica por traqueotomía manifestado por: ingesta de alimentos por periodos largos.	Arturo logro mejorar su deglución, al retiro de la cánula de traqueotomía favoreció notablemente su deglución e ingesta de alimentos.
2. Movilidad y postura	Deterioro de la movilidad física relacionado rigidez y contracturas articulares manifestado por disminución de la	Aumento la fuerza. Disminuyo la rigidez articular, su marcha mejoro al igual que la velocidad. Requiere ser constante en los ejercicios.

	marcha y velocidad, pasos cortos, balanceo postural y arrastre de pies.	
3. Higiene y Baño	Déficit de autocuidado en el baño e higiene, relacionado con deterioro esquelético manifestado por incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo e incapacidad para vestirse.	Arturo logro mejorar su incapacidad para lavar y secarse el cuerpo, así como se logro bienestar y tranquilidad.
4. Higiene y baño	Déficit de autocuidado en el vestido relacionado con deterioro músculo esquelético manifestado por incapacidad para ponerse y quitarse la ropa en la parte superior en inferior del cuerpo.	Arturo mejoro su incapacidad para vestirse y desvestirse, por si mismo con minima ayuda, así como también sentirse satisfecho al escoger su ropa.
5. Comunicación	Deterioro de la comunicación	Arturo logro comunicarse en un inicio por lenguaje manual y señas de manera satisfactoria, posteriormente al retirarse

	verbal, relacionado con impedimentos físicos para hablar (traqueotomía), manifestado por la incapacidad para hablar el lenguaje dominante.	la cánula de traqueotomía y cicatrización de la herida, su comunicación verbal se inicio y fue satisfactoria
6. Evitar riesgos	Riesgo de caídas relacionado con disminución visual y disminución de la fuerza en extremidades inferiores.	Arturo asiste a sus consultas oftalmológicas. Cambio su calzado, ahora usa zapatos.

CONCLUSIONES

Arturo obtuvo una mejoría de un 70 % en el tiempo estimado.

Su familia logra adaptarse y aprender sobre los cuidados con Arturo, se involucran en su rehabilitación lo que fue indispensable para su recuperación

Podemos concluir que el proceso enfermero es funcional y de mucha ayuda para la recuperación del paciente, la integración de la familia en el tratamiento, la interacción enfermería-paciente, paciente-familia, familia-enfermería.

Bien es cierto que todavía nos falta practica y conocimientos acerca del proceso enfermero, pero en realidad no es tan complicado como parece, simplemente tenemos que ponerlo en practica.

Debemos de recordar que nosotros estamos en contacto durante muchas horas con el paciente y que su evolución o su retroceso nosotros somos los primeros en verlo.

Una limitante del proceso enfermero, es que hasta ahora no existe un modelo universal, y todos nos basamos por el que desde nuestro punto de vista es el más conveniente, al unificar un proceso enfermero el beneficiado será el paciente. Existe todavía renuencia de parte de enfermería en la aplicación de este proceso por diversos factores, es por ello que al haber criterio establecido y estandarizado el proceso enfermero y todo el personal de enfermería podrá llevar la secuencia del mismo.

PROPUESTA

Es necesario que se estandarice, se defina una metodología clara, donde independientemente del modelo a utilizar; pues a la fecha se utilizan diferentes métodos para elaborar el proceso enfermero y esto provoca confusión ya que el personal de enfermería no tiene formato definido, que sea completo pero no complejo.

El proceso debe de contener los mismos datos independientemente de la teórica o modelo utilizado, por ello podemos implementar la elaboración de manuales, guías de procedimientos, conceptos básicos, generales y específicos; de manera que su aplicación sea más funcional, practica y sobre todo profesional.

GLOSARIO

ABSCESO: Colección de pus, producida en general por una infección bacteriana. Puede formarse en distintas regiones del organismo (cerebro, huesos, piel, músculos). Puede ocasionar fiebre, escalofríos, temblores y enrojecimiento y dolor de la zona afectada.

FC. Frecuencia cardíaca.

FISTULAS: Comunicación anormal entre dos órganos o dos secciones del mismo órgano entre sí o con la superficie. Posee un conducto de paredes propias. **INFECCION:** Enfermedad producida por la invasión de un germen (bacteria, virus, hongo, etc.), a un organismo superior. Como consecuencia de la misma, suelen producirse alteraciones en la estructura o funcionamiento de los tejidos comprometidos, ocasionando fiebre, decaimiento general, y un sinnúmero de síntomas que dependen del tipo de germen y de la reacción inmunológica ante el mismo.

FR frecuencia respiratoria.

NANDA North American Nursing Diagnosis Association

PE. Proceso enfermero.

PAE proceso atención enfermería.

PES. Problema + etimología, factores causales, contribuyentes + signos y síntomas.

TEMP. Temperatura.

BIBLIOGRAFIA

1. Collier, MF. Promover la vida. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, España, 1993. 395 pp.
2. Donahue, PM. Historia de la enfermería. Editorial Doyma, España, 1985. 506 pp.
3. Fernández, FC, Novel, MG. El proceso de atención enfermería. Estudio de casos. Editorial Masson, 1999. 115 pp.
4. García, GM de J. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. 1º Edición. Editorial Progreso, México, 1997. 323 pp.
5. Hernández, CJ, Esteban, AM. Fundamentos de enfermería. Teoría y Método. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, España 1999. 152 pp.
6. Iyer, W, Taptich, B, et al. Proceso y diagnóstico de enfermería. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1995. 437 pp.
7. Kerouac, S, Pepin, J, et al. El pensamiento enfermero. Editorial Masson, Barcelona, 167 pp.
8. Kozier, B, et al. Fundamentos de enfermería. 5ª Ed, vol 1 Conceptos, procesos y practica. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1999.
9. Marriner, TA, Raile, AM. Modelos y teorías de enfermería. 4ª Ed. editorial Harcourt Brace, España, 1999. 555 pp.
10. Murray, ME, Atkinsón, LP. Proceso de atención enfermería. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1996. 225 pp.
11. Phaneuf, M. La planificación de los cuidados enfermeros. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México.
12. Rosales, BS, Reyes, GE. Fundamentos de enfermería. Editorial Manual Moderno, México, 1999. 556p.
13. Siles, J. Historia de la Enfermería. Editorial Aguaclara, España, 1999. 375 p
14. Dueñas, F, JL. El Proceso de Atención de Enfermería. Consultado el 22 de abril 2006. Disponible en: www.terra.es/personal/duenas/pae.htm
15. Lic. Enf. Berta Alicia Rodríguez Sánchez. Proceso enfermero. Ediciones Cuellar; 35.

16. L.Bakay/F.E.Glauser, TRAUMATISMOS CRANEALES. Edit, GOYMA, pag 126, 1983.
17. Krupp Marcus A., Chatton Milton J.- Diagnóstico Clínico y Tratamiento, Editorial El Manual Moderno, Edición 14ava., México D.F., pg. 126-127, año 1979.
18. Levy-Pinto, S.- Diccionario Clínico terapéutico de O.R.L., Primera Edición, Editorial Científica PLM, S.A. - México D.F., 1985.
19. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica.- Técnica Quirúrgica Numero de la Clínica Lahey, Edición Única, Editorial Interamericana, S.A., Philadelphia, Junio 1965.
20. Schrock, T.- Manual de Cirugía, Sexta Edición, Editorial El Manual Moderno S.A. de C. V. México D.F., pg. 210-211, año 1999.
21. Hospital General Universitario "Vall D'Hebron".- Manual de Urgencias de ORL, División Iquínosa, Editorial Grupo FAES, Barcelona, España, año 1994.
22. Grant Harvey D., Murray Robert H. Jr., Manual Internacional de Urgencia y Rescate, Primeros Auxilios, Editorial Ciencia y Técnica grupo Noriega, Volumen 2, México D. F., pg. 223-225, año 1994.
23. Perera Santiago G., García Hugo A.- Cirugía de Urgencia, Primera Edición, Editorial Panamericana, pg. 85-88, año 1997
24. Agrawal D, Cochrane DD: Traumatic retroclival epidural hematoma-a pediatric entity? **Childs Nerv Syst**, 2006.
25. Heyman R, Heckly A, Magagi J, Pladys P, Hamlat A: Intracranial epidural hematoma in newborn infants: clinical study of 15 cases. **Neurosurgery** 57:924-929; discussion 924-929, 2005.
26. Mendonca R, Lima TT, Dini LI, Krebs CL: Bilateral isodense epidural hematoma: case report. **Arq Neuropsiquiatr** 63:862-863, 2005.
27. Paterakis KN, Karantanas AH, Hadjigeorgiou GM, Anagnostopoulos V, Karavelis A: Retroclival epidural hematoma secondary to a longitudinal clivus fracture. **Clin Neurol Neurosurg** 108:67-72, 2005.
28. Radulovic D, Janosevic V, Rakic M, Durovic B, Slavik E, Lakicevic N: [Delayed epidural hematoma after mild head injury]. **Vojnosanit Pregl** 62:679-682, 2005.

29. L.Bakay/F.E.Glauser, TRAUMATISMOS CRANEALES. Edit, GOYMA, pag
126, 1983