



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

APLICADO A UN ADULTO MAYOR CON
AISLAMIENTO SOCIAL, RELACIONADO CON PROCESO
INFECCIOSO CRÓNICO, MANIFESTADO POR
SENTIMIENTOS DE RECHAZO A SU PERSONA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

LUCILA CORTINA LÓPEZ

No. DE CUENTA:
405116267

DIRECTORA DE TRABAJO:
MTRA. LETICIA SANDOVAL ALONSO.



MEXICO, DF

MARZO DEL 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS.....

PRIMERO QUE TODO POR DARME LA OPORTUNIDAD DE VIVIR Y REALIZARME COMO PROFESIONISTA, MADRE Y ESPOSA Y DARME LA FUERZA PARA SEGUIR ADELANTE. NUNCA ME CANSARE DE DARTE LAS GRACIAS POR TODO LO QUE ME HAS DADO.

A MIS HIJOS....

A LOS AMORES DE MI VIDA,
LUIS ROBERTO, VANESSA, YESSICA LIZETTE Y LIZBETH STEFFI POR SOPORTAR MI AUSENCIA EN ESTA META.
SIEMPRE HAN SIDO Y SERÁN LA FUERZA QUE ME IMPULSA PARA SEGUIR ADELANTE.
!!DIOS LOS BENDIGA SIEMPRE!!

A MI ESPOSO....

NOE, AL HOMBRE QUE DIOS PUSO EN MI CAMINO, GRACIAS POR TU GRAN APOYO Y COMPRENSIÓN.
MI MÁS SINCERO AGRADECIMIENTO.

A MIS PADRES....

† CARITINA:
PORQUE YO SE QUE DESDE EL CIELO SIGO RECIBIENDO TUS BENDICIONES.

NATALIO: POR IMPULSARME SIEMPRE PARA SEGUIR ADELANTE.
INFINITAMENTE LES ESTOY AGRADECIDA.

A MI SOBRINO...

SERGIO, POR ESTAR CONMIGO EN TODO MOMENTO, POR TU GRAN APOYO INCONDICIONAL.
DE TODO CORAZON!!GRACIAS!!

A MI MAESTRA LETY....

POR CONTAR SIEMPRE CON SU GRAN APOYO Y DISPOSICIÓN PARA LA REALIZACION DE ESTE PROCESO.
!!DIOS LA BENDIGA SIEMPRE!!

ÍNDICE

	PÁGINA
1.- INTRODUCCIÓN	1
2.- OBJETIVOS	3
3.- METODOLOGÍA	4
4.- MARCO TEÓRICO	5
4.1 Historia de la enfermería	6
4.2 Proceso de atención de enfermería	8
4.3 Modelo conceptual de Virginia Henderson	12
5.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	20
5.1 Presentación del caso	20
5.2 Desarrollo de las etapas del proceso atención de enfermería.	21
5.3 Cuadro de necesidades	37
6.- CONCLUSIONES	42
7.- SUGERENCIAS	43
8.- BIBLIOGRAFÍA	44
9.- ANEXOS	45
Anexo 1 Instrumento metodológico para la valoración de las 14 Necesidades Básicas del ser humano basado en el modelo de Virginia Henderson.	46
Anexo 2.- Control de la Lepra.	59

1.- INTRODUCCIÓN

El desempeño profesional de enfermería abarca todos los niveles relacionados con la salud sin importar condición, género, edad o práctica religiosa, en el que es importante el actuar de manera holística sin perder de vista la constante transformación global y la exigencia de una capacitación constante en la práctica de enfermería.

El presente trabajo tiene la finalidad de valorar a una persona, reconociendo su estado de salud, sus necesidades y problemas reales o potenciales en forma integral e individualizada a través de la reafirmación de conocimientos adquiridos durante la formación académica, fortaleciendo así la práctica profesional y permitiendo establecer planes de cuidados para llevar a cabo en beneficio de la persona, haciéndolo partícipe de su propio cuidado, así mismo dando continuidad en su atención y mejorando la calidad de dicha atención.

El proceso enfermero se aplicó a una persona de sexo masculino, adulto mayor con aislamiento social, relacionado con proceso crónico infeccioso manifestado por expresión de sentimientos de rechazo hacia su persona con base en el modelo de Virginia Henderson.

La primera parte del trabajo abarca los conceptos referidos al marco teórico donde se incluye el Proceso de Enfermería como metodología de cuidado y el modelo de Virginia Henderson.

Para la realización de la valoración se muestra la conclusión de Enfermería, este nos aporta datos sobre la persona ya que nos ayuda a acercarnos más al paciente tanto en sus necesidades físicas como emocionales, sociales así como conocer sus inquietudes, se aproxima al comportamiento del paciente, su familia y comunidad, abarcando con esto los factores biofisiológicos, psicológicos y socioculturales, proporcionándonos las herramientas necesarias para brindarle un cuidado holístico.

Los diagnósticos de enfermería estructurados fueron contruidos con base en la taxonomía diagnóstica de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).

Cabe mencionar que las intervenciones de enfermería fueron realizadas cuidando que la persona no se sintiera agredida hacia si mismo y con el mayor respeto, buscando la participación en su cuidado.

Para finalizar este trabajo se incluyen conclusiones y sugerencias.

2.- OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL: Aplicar el proceso de atención de enfermería con el modelo conceptual de Virginia Henderson.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Proporcionar una atención de enfermería con calidad.
- Informar y orientar al paciente sobre la resolución y satisfacción de sus necesidades y las que no se resuelvan.
- Concientización para el cambio de actitud en beneficio de la salud.
- Realizar la valoración de las 14 necesidades de acuerdo a Virginia Henderson.
- Realizar un plan de intervenciones individualizada a una persona con lepra.

3.- METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo fue necesario asistir a un seminario taller sobre Proceso Atención de Enfermería, impartido por personal docente de la ENEO, en el que se reafirmaron conocimientos en cuanto al modelo conceptual de Virginia Henderson, adquiriendo las bases para la realización del presente trabajo, el cuál fue dirigido en un primer momento.

Posteriormente se llevó a cabo el seguimiento de la asesoría vía correo electrónico.

Para la realización de la valoración de este paciente se realizaron tres entrevistas con duración de dos horas cada una, en tres días distintos de una semana (lunes, miércoles y viernes) en su domicilio particular, y así recopilar la suficiente información para integrar los diagnósticos de enfermería, posteriormente elaborar un plan de cuidados, tomando como base los datos de dependencia e independencia de las necesidades y de esta manera plantear las intervenciones de enfermería, estimulando y comprometiendo a la persona a que comprenda que es el principal responsable para cuidar de su salud.

Este proceso se llevo satisfactoriamente ya que la interacción se dió de manera empática, generando gran interés y actitudes siempre positivas así como la disposición para adquirir todos los conocimientos necesarios para su autocuidado.

Para la conformación del Proceso de enfermería se realizó una revisión bibliográfica con la finalidad de estructurar el marco teórico el cual da la pauta para trabajar con el modelo de Virginia Henderson. Para la estructuración de los diagnósticos de enfermería se utilizó la Taxonomía II de la NANDA, mismos que fueron retomados para la planeación de las Intervenciones de Enfermería previa formulación de objetivos.

4.- MARCO TEÓRICO

4.1 HISTORIA DE LA ENFERMERÍA.

La Enfermería ha venido practicándose desde los albores de la especie humana, desde entonces ha cambiado mucho y continuará cambiando a medida que el conocimiento científico y los avances tecnológicos se incrementan.

Se debe a Florencia Nightingale (1820-1910), el cambio de la dirección de la Enfermería y por ende, su concepción moderna. Ella pensaba que esta disciplina tenía que responder a una vocación pero que esta debería basarse en algo más que la intuición y la dedicación. Esta precursora demostró que la salud de los enfermos y de los heridos podía restablecerla mediante la instrucción y la formación clínica de las enfermeras. Los programas modernos de atención siguen siendo fieles a ese modelo. Florencia Nightingale dijo que *“la enfermería nos coloca en la mejor condición natural posible para recuperar y preservar la salud”*¹

La historia de la Enfermería abunda en definiciones que han sido acuñadas por aquellos que han sido reconocidos como autoridades de la enfermería y portavoces calificados de la práctica de esta disciplina. No obstante, los cambios que muestran las definiciones también nos muestran las transformaciones que ha sufrido esta disciplina y por las que continúa pasando.

La función que distingue a la enfermera es la de cuidar a la persona sana o enferma, mediante actividades que contribuyen a mantener la salud o a recuperarla o en todo caso a un buen morir, actividades que la persona puede llevar a cabo por su cuenta propia si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios.

Es función de la enfermera desempeñar su labor de una manera que ayuden al paciente a recuperar su independencia lo más pronto posible.²

¹ Wolff L. L. Fundamentos de enfermería. Pág. 26 Traduc. Arturo Aparicio Vázquez, 4ª. Edición, Ed. Harla, México, 1992.

² *Ibidem*, p. 30.

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA:

Enfermería se describe como el arte del cuidado a la salud de la persona sana o enferma en su dimensión integral con el propósito de que utilice sus capacidades y potencialidades para la vida, su campo de acción son todos los espacios donde la persona se desarrolla y en el que atiende su salud.

El objeto de estudio de Enfermería es el cuidado, el cual se concibe como todas las acciones que realiza la enfermera con la intención de que las personas desarrollen al máximo sus capacidades para mantener y conservar la vida y permitir que continúe o esforzarse en compensar las alteraciones de las funciones ocasionadas por un problema de salud. En suma el cuidado de enfermería es cuidar de la vida humana integral, respetando los derechos y sentimientos de la persona que se cuida.³

Por lo que la práctica de Enfermería es mucho más que la realización de técnicas y procedimientos pues es el cuidado el objeto de estudio, requiere de agudeza intelectual para elegir (un cuidado) una acción pensada, reflexionada que responda a las necesidades particulares de la persona, lo que implica para quien lo realiza el dominio de conocimientos teóricos y metodológicos, de habilidades técnicas y de actitudes de compromiso hacia el sujeto del cuidado.

Enfermería se sustenta en cuatro núcleos básicos que son: el cuidado, la persona, el entorno y la salud.

- *El cuidado:* tiene diferentes connotaciones, cuidar de si mismo, cuidar de otros y cuidar con otros. Los cuidados están orientados hacia la vida, están vinculados hacia esta necesidad de garantizar la continuidad de la vida.
- *La persona:* se define como un ser fisiológico, psicológico, sociocultural y espiritual, un todo integral indisociable, mayor que la suma de sus partes y

³ Cárdenas J. M. pág. 37 Conceptualización de la enfermería, febrero 2000, UNAM-ENEO.

diferente a estas. que tiene maneras de ser únicas e relación consigo misma y con el universo; maneras de ser que están en una relación mutua y simultanea con el entorno. La persona no puede ser separada de su cultura, sus expresiones y estilo de vida, que reflejan los valores, las creencias y las prácticas en torno a su salud que le han permitido su supervivencia. Así la persona se considera única y particular, lo que determina necesidades propias, capacidades y potencialidades, las cuales se constituyen en el punto de referencia para el cuidado de enfermería, la noción de la persona abarca al individuo, a la familia, al grupo y a la comunidad.

- *El entorno*: comprende el medio interno (genético, fisiológico, psicológico y espiritual) y al medio externo, compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte. Se relaciona con todos los elementos contextuales en los que la persona se encuentra: físicos, ecológicos, sociales, culturales, políticos, económicos, es decir, con cualquier factor que tenga influencia sobre su estilo de vida de tal forma que las influencias del entorno proporcionan un significado a las experiencias de la vida de la persona. La interacción entre la persona y el entorno condiciona su proceso de salud-enfermedad.
- *La salud*: es un valor y una experiencia de vida según la perspectiva de cada persona, las creencias, las formas de actuar, que son culturalmente conocidas y utilizadas con el fin de conservar el bienestar de una persona o grupo y permite la realización de las actividades cotidianas, por consiguiente varia de una cultura a otra. Los factores de estilo de vida son agentes causales de salud y enfermedad, la experiencia de la enfermedad forman parte de la experiencia de salud la cual esta determinada por el potencial de vida, el estilo de vida, la calidad de vida, y el significado de vida de la persona.⁴

⁴ *Ibidem*, p. 37 y 38.

4.2 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

El Proceso de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro etapas (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.⁵

El Proceso de Atención de Enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de Enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales. Como todo método configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, solo tiene un carácter metodológico, ya que la puesta en práctica se superpone. Consta de cinco etapas “valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación” durante las cuales la Enfermería realiza acciones deliberadas para lograr los objetivos de Enfermería que son:

- promover, mantener o recuperar la salud o ayudar a los pacientes a lograr una muerte pacífica.
- permitir a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.
- proporcionar cuidados de Enfermería de la mejor calidad y eficiencia posible.

⁵ Rodríguez S.B. A. Proceso Enfermero, Edición 2006 pág.31 México.

Ventajas:

La aplicación del proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, la persona y sobre la enfermera; profesionalmente el proceso enfermero define el campo de ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; la persona es el beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de Enfermería; para el profesional de Enfermería produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Las ventajas para el paciente son:

- participación en su propio cuidado.
- continuidad en la atención.
- mejorar la calidad de la atención.

Las ventajas para la enfermera son:

- se convierte en experta.
- satisfacción en el trabajo.
- crecimiento profesional.

ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

Valoración:

La valoración es la primera etapa del proceso de atención de Enfermería; la primera parte de la identificación del problema en la que se reúne información para asegurarse de que dispone de todos los datos necesarios, para obtener una imagen clara del estado de salud de la persona. La fase de valoración trata principalmente de la obtención de los datos, y el examen de los mismos. Puesto que todas las decisiones e intervenciones de Enfermería se basan en los datos reunidos durante esta fase. Este proceso incluye las siguientes actividades.⁶

⁶ Alfaro V. R. L. Aplicación del proceso de enfermería, 2ª edición, pág. 7 Ed. Mosby, México, 1992.

La valoración se hará con base al modelo conceptual de Virginia Henderson identificando las catorce necesidades para implementar el plan de cuidados de Enfermería.

- obtención de datos: reunir información sobre el paciente/cliente.
- validación de datos: asegurarse de que conoce los datos que son hechos reales y los que son cuestionables.
- organización de datos: organizar los datos en grupos de información que ayudaran a identificar patrones de salud o enfermedad.

Diagnóstico:

Es la segunda fase o etapa del proceso de Enfermería, en donde después de haber reunido, examinado los datos y haber detectado falta de independencia para la satisfacción de necesidades se proceden a ordenar los datos, para identificar los problemas y capacidades (que serán usadas y reforzadas para desarrollar un plan de cuidados eficaz y eficiente.)

Razonamiento diagnóstico: el proceso de analizar los datos y reunirlos para formular un diagnóstico o el método que usa la lógica para llegar a conclusiones sobre el estado de salud de un individuo se denomina razonamiento diagnóstico. Su habilidad para identificar los diagnósticos de Enfermería y otros problemas de salud, dependerá de la habilidad para ser metódica sistemática y lógica para alcanzar conclusiones acerca de los problemas y capacidades de salud del paciente.

Planificación:

Una vez identificados los diagnósticos de Enfermería y problemas interdependientes específicos, damos inicio al tercer paso del proceso de Enfermería: la planificación, es el momento en que se determina como brindar los cuidados de Enfermería de forma organizada, individualizada y orientada a los objetivos, la planificación implica lo siguiente:

- Fijación de prioridades.
- Establecimiento de objetivos del paciente/resultados esperados.
- Determinación de las acciones/actividades de Enfermería.
- Documentación del plan de cuidados de Enfermería.

Ejecución:

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

- Continuar con la recolección y valoración de datos.
- Realizar las actividades de Enfermería.
- Anotar los cuidados de Enfermería.
- Dar informes verbales de Enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

La enfermera tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones de Enfermería dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales del paciente.

Evaluación:

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

- Obtención de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación de los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

4.3.- MODELO DE VIRGINIA HENDERSON:

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de Enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de Enfermería. Inicialmente no pretendió elaborar una teoría de Enfermería.

Lo que la llevo a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera desde su época de estudiante, sus experiencias teóricas y practicas la llevaron a preguntarse que es lo que deberían de hacer las enfermeras que no pudieren hacer otros profesionales de la salud.⁷ El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de Enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia.

A partir de la revisión propia de la bibliografía existente en aquellos años sobre Enfermería, se dio cuenta que los libros que pretendía ser básicos para la formación de enfermeras, no definían de forma clara cuales eran sus funciones y que sin ese elemento principal para ella no se podían establecer los principios y la practica de la profesión. En 1956 define la función propia de la enfermera en el libro "The nature of Nursing" de la siguiente forma:

"La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible"⁸

⁷ Fernández F. C. El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. Ed. Masson-Salvat, pág. 69 Barcelona, España, 1995.

⁸ *Ibidem*. P .70.

Los elementos más importantes de su teoría son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, y/o tener una muerte tranquila.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia de la persona en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.

Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow , las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la realización .

Las necesidades humanas básicas de Virginia Henderson, son:

- 1º.-NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.
- 2º.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.
- 3º.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.
- 4º.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA.
- 5º.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO
- 6º.- NECESIDAD DE DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.
- 7º.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.
- 8º.-.NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN A LA PIEL.
- 9º.-NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.
- 10º.-NECESIDAD DE COMUNICARSE.
- 11º. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.
- 12º. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.
- 13º.-NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.
- 14º.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

Estas necesidades son comunes a todos los individuos y cada persona en su unicidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de forma diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida. Las diferencias personales en la satisfacción de las 14 necesidades básicas, están determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así como por la interrelación existente entre las diferentes necesidades que implica que cualquier modificación en cada una de ellas pueda dar lugar a modificaciones en las restantes. “esto quiere decir que el estudio por separado de cada una de estas necesidades, en ningún momento nos da la visión del ser humano en su totalidad sano solamente de una parte de la realidad de la persona, siendo necesaria la interrelación de cada una de estas necesidades con las restantes, para poder valorar el estado del individuo como un todo”.⁹

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comparten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

Virginia Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son

⁹ *Ibidem*, p. 71.

normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Virginia Henderson denomina cuidados básicos de Enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de Enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Definición de Henderson de los cuatro conceptos básicos del Metaparadigma de Enfermería:

➤ **Persona:**

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables.

La persona y su familia son consideradas como una unidad. Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

➤ **Salud :**

La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad de la persona para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.

Independencia.

La capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Dependencia.

Puede ser considerada una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades básicas. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

➤ **Entorno :**

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

Virginia Henderson, no incluyó un concepto de entorno en su modelo. Sin embargo si menciona de forma implícita y otras explícitamente la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales) para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados. Así podemos afirmar que el entorno esta contemplado sistemáticamente en la descripción de las características de las 14 necesidades básicas y de los factores que las influncian.

Causas de la dificultad:

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

1. Falta de fuerza: interpretamos por FUERZA: no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a termino las acciones pertinentes a la situación, lo

cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

2. Falta de conocimiento: en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
3. Falta de voluntad: entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportuna para satisfacer las 14 necesidades básicas

La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente, aspectos que deben ser valorados para la participación de las intervenciones correspondientes. El tipo de participación (de suplencia o de ayuda) vendrá siempre determinada por el grado de dependencia identificado.

➤ **Enfermería:**

Rol profesional/cuidados básicos de Enfermería y equipo de salud:

Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona.

Virginia Henderson afirma que *“los cuidados básicos de Enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, por que todos tenemos necesidades comunes”*¹⁰

Sin embargo varían constantemente por que cada persona interpreta a su manera estas necesidades. Así la enfermera se compone de los mismos elementos identificables, pero estos se han de adaptar a las modalidades y a la idiosincrasia

¹⁰ FERNANDEZ FERRIN Carmen. El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. Ed. Masson-Salvat, Barcelona, España, 1995, p. 69.

de cada persona. De ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.

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.

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.

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.

5.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: A.S.D.D Sexo: Masculino. Edad: 71 años. Peso: 94 Kgs. Talla: 1.80 CM. Fecha de nacimiento: 31-05-1937 Estado civil: viudo

Escolaridad: Secundaria

Ocupación: lava coches

Lugar de nacimiento: Zacatepec, Morelos Fuente de información: personal.

Diagnóstico médico: Lepra lepromatosa difusa.

Familiar responsable: Sobrino.

5.1 PRESENTACIÓN DEL CASO:

Persona masculino de 71 años, divorciado, después de 10 años de relación; vive solo, en un cuarto que renta, cuenta con estudios de secundaria trabaja de lavacoches, sus hijos le envían dinero de Estados Unidos.

Al interrogatorio refiere una alimentación deficiente en calidad, refiere de sufrir estreñimiento, insomnio, no hace ejercicio no le gusta leer ni escribir, se muestra apático y triste.

A la exploración física se observa lesión en miembro pélvico derecho, por el cual está asistiendo al Centro de Salud para la toma de tratamiento para la lepra, padecimiento por el cual refiere sentimientos de rechazo de la gente para con él.

Ver anexo No. 2

5.2 DESARROLLO DE LAS ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:

Valoración:

- ✓ Datos que manifiestan independencia:

El paciente respira normalmente, campos pulmonares bien ventilados, su estado de conciencia es alerta, al caminar no presenta problemas de esfuerzo, buena coloración de tegumentos, los signos vitales normales registrados en el momento de la valoración son:

T/A: 120/70 mmHg.

Pulso: 80 X ´

Respiración: 21 X ´

Temperatura: 36.5° C.

- ✓ Datos que manifiestan dependencia:

Al momento de la valoración no se observan datos que manifestaran dependencia.

2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Valoración:

- ✓ Datos que manifiestan independencia:

Boca y dientes en buen estado, así como las encías, no utiliza prótesis, realiza tres comidas al día, le gustan todos los alimentos, ingiere y mastica sin dificultad, el cepillado de dientes lo realiza 3 veces al día.

- ✓ Datos que manifiestan dependencia:

Habitualmente lleva una dieta inadecuada, consume alimentos con exceso de carbohidratos, carne 2 veces por semana, leche diario, no ingiere verduras, fruta en ocasiones, pan diario, tortillas de 13 a 15 diariamente, trastornos digestivos presentes como el estreñimiento, su piel es seca y poco hidratada.

Diagnóstico de Enfermería:

Desequilibrio nutricional por exceso relacionado con aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas manifestado por un peso de 94 Kgs. y una talla de 1.80 cm.

Plan de cuidados

Objetivo:

Lograr reducir la ingesta excesiva de carbohidratos en su dieta en un pequeño lapso de tiempo.

Intervenciones de enfermería:

- Identificar los alimentos que contienen carbohidratos
- Aumentar los conocimientos de la persona acerca de la cantidad y tipo de alimentos consumidos
- Comer despacio y masticar bien
- Realizar sesiones demostrativas sobre la preparación de alimentos nutritivos y de bajo costo
- Aporte adecuado de líquidos

Evaluación: La persona comprendió porqué presenta el riesgo de aumentar de peso y se comprometió a reducir la ingesta excesiva de carbohidratos.

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Valoración:

- ✓ Datos que manifiestan independencia:
Refiere no presentar hemorroides, no refiere dolor o ardor al orinar.

- ✓ Datos que manifiestan dependencia:
Presencia de evacuaciones cada dos días con heces duras y secas.

Diagnóstico de enfermería:

Estreñimiento relacionado con ingesta inadecuada de alimentos con fibra y aporte insuficiente de líquidos manifestado por eliminación de heces duras, secas y formadas.

Plan de cuidados

Objetivo: Llevar a cabo una dieta rica en fibra así como aumentar la cantidad de líquidos para lograr que su eliminación intestinal sea adecuada.

Intervenciones de enfermería:

- Enseñar la importancia de una dieta equilibrada.
- Aconsejar el aporte de líquidos diario mínimo 2 litros (8 – 10 vasos).
- Consumir alimentos que contengan fibra.
- Aconsejar el caminar diariamente.

- Incluir unos 800 grs. de frutas y verduras (unas 4 piezas de fruta fresca y una ensalada grande) para conseguir evacuaciones diarias normales de heces.
- Enseñar la importancia de responder a la necesidad urgente de defecar.
- Indicarle tomar líquidos orales calientes.

Evaluación:

El Sr. Á. comprendió la importancia que trae el ingerir líquidos, caminar, comer fibra para mejorar su problema de estreñimiento.

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA.

Valoración:

- ✓ Datos que manifiestan independencia:

Su estado de conciencia normal, orientado en lugar y espacio.

- ✓ Datos que manifiestan dependencia:

Al momento de la valoración presenta disminución del músculo de su pie derecho. Desde hace unos 2 años ha reducido progresivamente su actividad porque cada vez se cansa más.

Diagnóstico de enfermería:

Deterioro de la movilidad física, relacionado con disminución de la fuerza en la extremidad inferior derecha, manifestado por inestabilidad postural durante la ejecución de las actividades habituales de la vida diaria.

Plan de cuidados

Objetivo:

El Señor Á. conocerá la utilización de dispositivos de adaptación para aumentar la movilidad, en menos de un mes.

Intervenciones de enfermería:

- Evitar estar sentado en la misma postura durante períodos largos.
- Aconsejar que de paseos cortos y frecuentes (por lo menos tres veces al día).
- Aumentar progresivamente la duración de los paseos diarios.
- Realizar una demostración de : Los ejercicios de refuerzo
- Medidas de seguridad.
- Indicar cuando esté en su cama colocarse en decúbito lateral, colocar almohadas para sujetar la pierna desde la ingle al pie y otra para flexionar ligeramente el hombro y el codo; si fuera necesario, sujetar la parte inferior del pie en flexión dorsal.

Evaluación: El paciente comentó aumento de la fuerza y la resistencia en las extremidades.

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Valoración:

- ✓ Datos que manifiestan independencia:
Concentración adecuada, su estado mental se encuentra atento.
- ✓ Datos que manifiestan dependencia:
Duerme aproximadamente 6 horas diarias y se despierta con sensación

de cansancio, le cuesta trabajo conciliar el sueño.

Diagnóstico de enfermería No. 1

Deterioro del patrón de sueño, relacionado con pensamientos repetitivos antes del sueño manifestado por desvelo prolongado.

Plan de cuidados

Objetivo:

El señor Á. conocerá los diferentes métodos para lograr descansar y dormir.

Intervenciones de enfermería:

- Evitar el ruido para poder conciliar el sueño.
- Limitar la cantidad y la duración del sueño durante el día para mantener unas horas fijas para acostarse y levantarse.
- Mantener el dormitorio ligeramente fresco.
- Establecer una rutina relajante en la preparación para dormir (p. ej. Té de hierbas, baño caliente)
- Limitar la ingesta de bebidas con cafeína después de media tarde.
- Explicar a la persona las causas del trastorno del sueño/descanso y las posibles formas de evitarlo.
- Tomar un vaso con leche tibia.

Evaluación: El paciente A. Logró relajarse y evitar las tensiones emocionales para mantenerse tranquilo y concilió su sueño y manifiesta su actitud con entusiasmo.

Diagnóstico de enfermería No.- 2

Intolerancia a la actividad, relacionada con estilo de vida sedentario manifestada por informes verbales de fatiga o debilidad.

Plan de cuidados

Objetivo:

El Señor A. logrará aumentar la tolerancia a la actividad al deambular con más facilidad y seguridad.

Intervenciones de enfermería:

- Promover una actitud sincera de << puedo hacerlo>> para crear una atmósfera positiva que anime a aumentar la actividad.
- Transmitir al paciente el conocimiento de que puede mejorar su estado de movilidad.
- Reconocer sus progresos.
- Instar a la persona que utilice calzado cómodo para caminar.
- Cuando se realicen las actividades, es preferible permanecer sentado que de pie, siempre que sea posible.

Evaluación: el señor Á. logró su actividad sin problemas al esfuerzo hasta especificar el nivel de actividad deseado y con seguridad.

6.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

Valoración:

- ✓ Datos que manifiestan independencia:

Viste ropa apropiada para su edad, se considera una persona muy cuidadosa con su ropa, le gusta arreglarse de forma correcta y lleva la ropa adecuada a la temperatura ambiente.

- ✓ Datos que manifiestan dependencia:

No requiere de ayuda para vestirse.

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Valoración:

- ✓ Datos que manifiestan independencia:

Al momento de la valoración presentó temperatura normal de 36.5° C.

Evita temperaturas ambientales extremas.

- ✓ Datos que manifiestan dependencia:

Al momento de la valoración no se observaron datos que manifiesten dependencia.

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN A LA PIEL.

Valoración:

- ✓ Datos que manifiestan independencia:

Aspecto limpio y aseado con baño diario.

Una vez por mes va a la peluquería.

Dentadura y uñas bien cuidadas.

Se lava las manos antes de comer y después de ir al baño.

Higiene dental después de cada comida.

- ✓ Datos que manifiestan dependencia:

Debilidad y falta de sensibilidad en pie derecho.

Presenta lesión cutánea en pie derecho.

Diagnóstico de enfermería.

Deterioro de la integridad cutánea en miembro inferior derecho, relacionado con alteración de la sensibilidad, manifestado por alteración de la superficie de la piel (epidermis).

Plan de cuidados

Objetivo:

Controlar la aparición de signos clínicos de infección de la lesión en menos de un mes.

Intervenciones de enfermería:

- Recalcar la importancia de realizar curación diario.
- Lavar suavemente el área enrojecida con un jabón suave, aclarar con agua abundante para eliminar el jabón y secar a golpecitos.
- Aplicar un masaje suave sobre la piel sana que rodea el área afectada para estimular la circulación, no aplicar el masaje sobre la piel enrojecida.
- Desbridar el tejido necrótico en colaboración con el médico.
- Se orienta sobre medidas higiénico dietéticas de manera individual como en el hogar.

Evaluación: El paciente logró llevar a cabo los cuidados para prevenir complicaciones.

9.- NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Valoración:

- ✓ Datos que manifiestan independencia:

Atento, conciente y bien orientado, aunque vive solo sabe afrontar cualquier situación.

✓ Datos que manifiestan dependencia:

Riesgo de amputación por presencia de lesión recurrente.

Diagnóstico de enfermería:

Riesgo de infección en miembro inferior derecho, relacionado con lesión recurrente.

Plan de cuidados:

Objetivo:

Realizar curación diaria para evitar una probable amputación del pie.

Intervenciones de enfermería:

- Enseñar a la persona y a los familiares los signos y síntomas de la infección.
- Cambiar la gasa que cubre la lesión cuando se encuentre húmeda.
- Realizar curación diario.
- Informar a la persona y a los familiares las causas, los riesgos y la contagiosidad de la infección.
- Se educa al paciente sobre la importancia de recibir atención.

Evaluación:

El Señor Á. comprendió la importancia que tiene el realizar curación diaria, incluyendo sábado y domingo, ya que en estos días en ocasiones no se realizaba curación.

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

Valoración:

- ✓ Datos que manifiestan independencia:

Expresa sus sentimientos únicamente con la esposa de su sobrino, acude al centro de salud en busca de ayuda.

- ✓ Datos que manifiestan dependencia:

No le gusta compartir sus sentimientos con otras personas.

Diagnóstico de enfermería No.1

Aislamiento social, relacionado con proceso infeccioso crónico, manifestado por sentimientos de rechazo a su persona.

Plan de cuidados

Objetivo: Identificar las razones de los sentimientos de aislamiento.

Intervenciones de enfermería

- Animar a la persona a hablar de sus sentimientos de soledad y de las razones que existen.
- Movilizar el sistema de apoyo de la persona en los vecinos.
- Identificar actividades que ayuden a la persona a mantenerse ocupada, especialmente en épocas de alto riesgo de soledad.
- Observar a la persona durante la socialización y comentar después las interacciones.
- Elogiar los aciertos.
- Comentar las características de una conversación significativa como:
 - Inicio de las interacciones.

- Estar atentos.
- Mostrar interés por los demás y por actividades
- Ofrecer y recibir saludos.
- Solicitud de ayuda cuando sea necesario.

Evaluación: El paciente comentó la disminución de la sensación de aislamiento.

Diagnóstico de enfermería No.2

Afrontamiento familiar incapacitante relacionado con relaciones familiares muy ambivalentes manifestado por abandono.

Plan de cuidados:

Objetivo:

La familia Santos mostrará un afrontamiento familiar efectivo que contribuya al beneficio del paciente.

Intervenciones de enfermería:

- Ayudar a la familia a plantearse expectativas más realistas.
- Aclarar los sentimientos de los miembros de la familia.
- Recordarle a los hijos que ellos son los responsables directos de la atención hacia su padre.
- Considerar las conductas de afrontamiento que son perjudiciales para la familia.

Evaluación: Se logró establecer una buena comunicación y diálogo con sus familiares.

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Valoración:

- ✓ Datos que manifiestan independencia:

Es católico y habitualmente acude a la iglesia, no le preocupa demasiado el no poder asistir a los servicios religiosos, manifiesta “estoy en paz con Dios. Él sabe que lo llevo en mi corazón”.

- ✓ Datos que manifiestan dependencia:

Al momento de la valoración no se observaron datos que manifestaran dependencia.

Diagnóstico de enfermería

Deterioro de sufrimiento espiritual, relacionado con el afrontamiento inefectivo de la enfermedad, manifestado por necesidad de volver a entrar en contacto con patrones anteriores de creencias y costumbres.

Plan de cuidados:

Objetivo: Lograr satisfacer su situación espiritual.

Intervenciones de enfermería

- Comunicar aceptación de las diversas creencias religiosas y prácticas espirituales.
- Reconocer la importancia de las diferentes religiones.
- Aconsejar que los rituales espirituales no son perjudiciales para la salud.
- Aconsejarle realizar la oración diaria.

- Mostrarse disponible y dispuesta a escuchar cuando el cliente expresa inseguridad, culpa u otros sentimientos negativos.

Evaluación: La persona expresó satisfacción por su religión que es la católica.

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Valoración:

- ✓ Datos que manifiestan independencia:

En ocasiones trabaja lavando coches, donde recibe voluntariamente poco dinero, éste le impide el mantenimiento de su hogar, vive solo.

- ✓ Datos que manifiestan dependencia:

Al momento de la valoración no se observaron datos que manifestaran dependencia.

Diagnóstico de enfermería:

Dificultad en el mantenimiento del hogar, relacionado con recursos económicos insuficientes.

Plan de cuidados:

Objetivo:

Lograr que la persona organice sus gastos.

Intervenciones de enfermería:

- Determinar con la persona y la familia la información que necesitan recibir y aprender.
- Comentar las consecuencias de la asistencia a un miembro de la familia con una enfermedad crónica.

- Dar oportunidad al cuidador de compartir los problemas y sentimientos.
- Determinar el tipo de material necesario, teniendo en cuenta la disponibilidad, el costo y la durabilidad.
- Solicitar apoyo de las autoridades municipales para conseguirle una despesa.

Evaluación: Se logró la expresión de satisfacción con la situación del hogar.

13.- NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Valoración:

- ✓ Datos que manifiestan independencia:

Para distraerse ve la televisión, le gusta mucho la música, leer de vez en cuando.

- ✓ Datos que manifiestan dependencia:

Durante la entrevista expresa en varias ocasiones “que se aburre mucho”

-

Diagnóstico de enfermería:

Déficit de actividades recreativas relacionadas con la inactividad secundaria a depresión manifestada por expresiones de aburrimiento.

Plan de cuidados

Objetivo: Aumentar la tolerancia a la actividad.

Intervenciones de enfermería:

- Estimular la motivación mostrando interés y animarlo a compartir sentimientos y experiencias.
- Ser creativo, variar el entorno físico siempre que sea posible.
- Permitir que la persona elija las actividades recreativas que le resultan más interesantes.

- Identificar actividades recreativas que puedan mejorar la calidad de vida.
- Integrarse a un grupo de amigos.

Evaluación: El señor Á. se comprometió en pertenecer y participar al equipo de voleibol de la tercera edad y acudir a los eventos que realizan.

14.-NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

Valoración:

- ✓ Datos que manifiestan independencia:

Se muestra receptivo a todo lo que se le informa, tiene gran interés en mejorar.

- ✓ Datos que manifiestan dependencia:

Desconoce qué medidas preventivas puede tomar acerca de su enfermedad y tratamiento, aunque el médico le ha explicado su enfermedad, no la ha entendido del todo.

Diagnóstico de enfermería:

Conocimientos deficientes, acerca de su padecimiento relacionados con poca familiaridad con los recursos para obtener la información, manifestado por seguimiento inexacto de las instrucciones.

Plan de cuidados:

Objetivo: Lograr que aprenda el manejo de su enfermedad y así logre prevenir las complicaciones.

Intervenciones de enfermería:

- Esclarecer las dudas que tenga el paciente de su enfermedad.

- Brindarle confianza para que exprese sus dudas relacionadas a su tratamiento.
- Información necesaria para conseguir y mantener una salud óptima.
- Que conozca las medidas preventivas para evitar complicaciones.
- Recordar el cumplimiento de las indicaciones médicas.

Evaluación: Logró comprender sobre los riesgos de su enfermedad y de las posibles complicaciones.

5.3 CUADRO DE NECESIDADES

Necesidad	Grado de dependencia	Datos de dependencia	Causas de dificultad	Diagnóstico de enfermería
1 Oxigenación	I			
2 Nutrición	D	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación con exceso de carbohidratos • Alimentación deficiente en hierro y vitaminas 	Falta de voluntad Falta de conocimiento	Desequilibrio nutricional por exceso, relacionado con aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas, manifestado por un peso de 94 Kg. y una talla de 1.80 cm.

<p>3 Eliminación</p>	<p>D</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evacuaciones cada dos días duras y secas 	<p>Falta de conocimiento</p>	<p>Estreñimiento, relacionado con ingesta inadecuada de alimentos con fibra y aporte insuficiente de líquido, manifestado por eliminación de heces duras, secas y formadas.</p>
<p>4 Moverse y mantener buena postura</p>	<p>PD</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Debilidad muscular • Ha reducido progresivamente su actividad 	<p>Falta de fuerza Falta de voluntad</p>	<p>Deterioro de la movilidad física, relacionado con disminución de la fuerza en la extremidad inferior derecha, manifestado por inestabilidad postural durante la ejecución de las actividades habituales de la vida diaria.</p>
<p>5 Descanso y sueño</p>	<p>PD</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio • Cansancio 	<p>Falta de voluntad</p>	<p>Deterioro del patrón de sueño, relacionado con pensamientos repetitivos antes del</p>

				sueño, manifestado por desvelo prolongado.
	D	<ul style="list-style-type: none"> • Fatiga • Debilidad • Sedentarismo 	Falta de fuerza	Intolerancia a la actividad, relacionada con estilo de vida sedentario, manifestada por informes verbales de fatiga o debilidad.
6 Usar prendas de vestir	I			
7 Termorregulación	I			
8 Higiene y protección de la piel	PD	<ul style="list-style-type: none"> • Lesión pie derecho • Debilidad muscular 	Falta de conocimiento	Deterioro de la integridad cutánea, relacionado con alteración de la sensibilidad, manifestado por alteración de la superficie de la piel (epidermis).
9 Evitar peligros	PD	<ul style="list-style-type: none"> • Temores • Angustia • Riesgos • Infección 	Falta de conocimiento	Riesgo de infección, relacionado con lesión recurrente, manifestado por temor de

				amputación de pie.
10 Comunicarse	PD	<ul style="list-style-type: none"> • Abandono familiar • Incomprensión • Preocupación 	Falta de voluntad	Aislamiento social, relacionado con proceso infeccioso crónico manifestado por sentimientos de rechazo a su persona
	PD	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de rechazo • Apatía • Tristeza 	Falta de voluntad	.Afrontamiento familiar incapacitante, relacionado con relaciones familiares muy ambivalentes manifestado por abandono.
11 Vivir según sus creencias	PD	<ul style="list-style-type: none"> • Católico • De vez en cuando asiste a misa 	Falta de voluntad	Deterioro de la religiosidad, relacionado con el afrontamiento o inefectivo de la enfermedad, manifestado por necesidad de volver a entrar en contacto con patrones anteriores de creencias y costumbres.

<p>12 Trabajar y realizarse</p>	<p>D</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trabaja muy poco • Expresión de preocupación 	<p>Falta de fuerza</p>	<p>Deterioro en el mantenimiento del hogar, relacionado con recursos económicos insuficientes, manifestado por enfermedad.</p>
<p>13 Jugar y participar en actividades recreativas</p>	<p>D</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aburrimiento • Se distrae viendo televisión • Le gusta la música 	<p>Falta de fuerza y voluntad</p>	<p>Déficit de actividades recreativas, relacionadas con la inactividad secundaria a depresión, manifestada por expresión de aburrimiento.</p>
<p>14 Aprendizaje</p>	<p>PD</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En ocasiones no cumple las indicaciones médicas 	<p>Falta de conocimiento</p>	<p>Conocimientos deficientes, relacionados con poca familiaridad en los recursos para obtener la información, manifestado por seguimiento inexacto de las instrucciones.</p>

6.- CONCLUSIONES

El proceso de atención de enfermería es un método sistemático para brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente, que nos ayuda a planear y proporcionar una mejor atención al paciente, tomando en cuenta sus necesidades primordiales no sólo el estado físico, sino que toma en cuenta todos los aspectos: psicológico, social, cultural y espiritual del ser humano.

El presente trabajo fue aplicado a una persona con lepra, desde hace tres años, que no tiene los conocimientos suficientes de su padecimiento. Fue necesario tener un acercamiento con él para que tuviera confianza, y así lograr obtener toda la información necesaria que se requería para que la valoración fuera lo más completa posible.

Durante este proceso de atención de enfermería, adquirí la habilidad, destreza y criterio clínico prestando cuidados integrales, detectando las necesidades de la persona para lograr así un buen cuidado. La persona mostró interés y buena disponibilidad de querer aprender. Finalmente dentro de los objetivos primordiales de este proceso es brindar orientación, consejería, educación e instrucciones apropiadas para lograr fomentar el bienestar de la persona, labor que debe ser valorada por él y su familia.

Es así como la enfermera fomenta el bienestar pues la enfermera juega un papel importante con la persona, ya que es la encargada de dar consejería, educación e instrucciones apropiadas para la atención en lo que a salud se refiere.

7.- SUGERENCIAS

La labor de enfermería está orientada no solamente a la atención de la persona enferma, que requiere actividades concretas para el alivio de su padecimiento y la recuperación de su salud, sino también hacia la persona sana, en el área de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, tanto desde una perspectiva asistencial, como desde una vertiente pedagógica, detectando los posibles factores de riesgo y brindando la información más oportuna.

Para evitar los peligros que puedan amenazar la salud de una persona, una familia o una comunidad, debemos enfatizar las medidas preventivas principalmente en nuestra comunidad proporcionando medidas educativas por medio de pláticas para conservar la salud y evitar así muchas enfermedades porque si nuestra población está educada, menor riesgo tiene de enfermarse, es por ello que propongo diferentes estrategias de trabajo.

Es necesario que el personal del centro de salud trabaje en equipo, ya que esto nos dará resultados de una verdadera promoción y educación y nuestros objetivos se reflejaran en el cambio que nos proponemos.

Esto es para disminuir o erradicar esta enfermedad tan agresiva que deteriora la imagen del ser humano.

Promover programas de seguimiento de las personas con lepra ya que desconocen los cuidados y complicaciones que se pueden presentar durante esta enfermedad infectocontagiosa llegando a evitar tener una muerte más en las estadísticas.

El proceso de atención de enfermería en nuestro país, cada día adquiere mayor relevancia en la formación de enfermeras (os) y en su aplicación durante la práctica, sin embargo, todavía nos falta camino por recorrer en éste terreno, el cual resulta desconocido para muchas compañeras (os) aún en nuestros días. Asimismo promover en las instalaciones de salud que el personal de enfermería esté actualizado en lo referente al proceso de atención de enfermería y aplicarlo como parte del ejercicio profesional en los tres niveles de atención.

8.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- ALFARO, Velasco Rosa linda. Aplicación del proceso de enfermería, 2ª edición, Ed. Mosby, México, 1992, p.7.
- 2.- ARANCETA J. Dieta en la tercera edad. En Nutrición y dietética clínica. Ed Salas Salvador J, Bonada A, Trallero R, Engracia Saló M. Barcelona: Masson SA. 2000, P 107-117
- 3.- CÁRDENAS, Margarita. Conceptualización de la enfermería, febrero 2000, UNAM-ENEO, México, p. 37.
- 4.- FERNÁNDEZ, Ferrín Carmen. El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. Ed. Masson-Salvat, Barcelona, España, 1995, p. 69.
- 5.- NANDA, "Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2005-2006" Elsevier, Madrid España.
- 6.- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-027-SSA2-1999, PARA LA PREVENCIÓN, CONTROL Y ELIMINACIÓN DE LA LEPROSIA.
- 7.- PROCEDIMIENTO PARA EFECTUAR UNA BACILOSCOPIA PARA LA LEPROSIA. DISPONIBLE EN:
http://www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/Learning_Guides/lg3sp.pdf
- 8.- RODRÍGUEZ, Sánchez Bertha Alicia. Proceso Enfermero. Aplicación Actual
- 9.- SECRETARÍA DE SALUD, Manual de procedimientos operativos para el control de la lepra.
Subsecretaría de servicios de Salud.
Dirección General de Medicina Preventiva
Abril-1996. p.3, 9
- 10.- WOLFF LEWIS, Luverne. Fundamentos de enfermería. Traduc. Arturo Aparicio Vázquez, 4ª. Edición, Ed. Harla, México, 1992, p.26.

9.-

ANEXOS

ANEXO 1

INTRUMENTO PARA LA VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS DEL SER HUMANO BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Ángel Santos Delgado Delgado Edad: 71 años Peso: 94 kg. Talla: 1.80

Fecha de nacimiento: 31 de mayo de 1937 Sexo: Masculino Procedencia: Morelos.

Ocupación: Lavado de autos. Escolaridad: Secundaria

Fecha de admisión: 28 de Enero del 2005 Hora: 8:30

Fuente de información: Personal, Directa

Fiabilidad: (3): 1 Miembro de la familia/ persona significativa: Pariente.

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Oxigenación, nutrición e hidratación, Eliminación y termorregulación.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Subjetivo:

Disnea debido a: No presenta. Tos productiva /seca: No presenta. Dolor asociado con la respiración: No presenta. Fumador: No. Desde cuando fuma/ cuántos cigarrillos al día/ varía la cantidad según su estado emocional: Comenta que hace 15 años era fumador, fumaba 3 cajetillas al día.

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: Presión arterial 120/70 mm Hg, Frecuencia cardiaca 80 por minuto, frecuencia respiratoria 21 por minuto, temperatura 36.5 grados centígrados

Tos productiva /seca: No presenta. Estado de conciencia: Alerta
Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: Buena coloración de tegumentos, dientes en buen estado, encías normales, no presenta molestias al masticar.

Circulación del retorno venoso: No presenta.

Otros: _____

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): Desequilibrada. Número de comidas diarias: 3

Trastornos digestivos: Estreñimiento Intolerancia alimentarias/ Alergias: Ninguna.

Problemas de la masticación y deglución: No presentes.

Patrón de ejercicio: No realiza ningún tipo de ejercicio.

Objetivo: El paciente llevará una dieta baja en carbohidratos, y grasas.

Turgencia de la piel: Normal.

Membranas mucosas hidratadas/ secas: Hidratadas.

Características de uñas/cabello: Onicomycosis, cabello delgado totalmente canoso.

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Normal.

Aspecto de los dientes y encías: Dientes amarillosos y encías normales.

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: No presente.

Otros: _____

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Subjetivo:

Hábitos intestinales: Evacua 1 vez cada tercer día. Características de las heces/orina: Heces duras, compactadas, orina en cantidad y color normal.

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: Ninguna.

Uso de laxantes: Ninguno. Hemorroides: No presenta.

Dolor al defecar/menstruar/orinar: en ocasiones presenta dolor al defecar

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: Deficiente

Objetivo:

El paciente llevará una dieta rica en fibra y aumentará la cantidad de líquidos.

Abdomen, características: _____

Ruidos intestinales: Normales. Palpación de la vejiga urinaria: Normal.

Otros: _____

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Se adapta sin ningún problema a los cambios de temperatura.

Ejercicio, tipo y frecuencia: No realiza ningún ejercicio.

Temperatura ambiental que le es agradable: Calor.

Objetivo:

Características de la piel: Normal.

Transpiración: Normal.

Condiciones del entorno físico: Habita solo en un cuarto que es prestado por su sobrino.

Otros: _____

2.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Moverse y mantener una buena postura, Usar prendas de vestir adecuadas, Higiene y protección de la piel y Evitar peligros.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: Acude de lunes a viernes al centro de Salud de Zacatepec por su tratamiento supervisado.

Actividades en el tiempo libre: Escucha música.

Hábitos de descanso: ver la televisión por las tardes, y en ocasiones duerme ya que presenta insomnio con frecuencia.

Hábitos de trabajo: Trabaja por las mañanas lavando autos en el Tecnológico de Zacatepec.

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético, fuerza: Normal.

Capacidad muscular, tono/resistencia/flexibilidad: Normal.

Posturas: Normal.

Necesidad de ayuda para la deambulaci3n: Ninguna se vale por si mismo

Dolor con el movimiento: En ocasiones le molesta su pie derecho debido a su lesi3n.

Presencia de temblores: Si, en los pies en ocasiones. Estado de conciencia: Consiente, orientado en las tres esferas en tiempo lugar y espacio.

Estado emocional: Triste, angustiado.

Otros: _____

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo:

Horario de descanso: en las tardes de 18:00 a 21:00 hrs. Horario de sueño: de 23:00 - 5:00 am.

Horas de descanso: 3 horas. Horas de sueño: 6 horas.

Siesta: si realiza Ayudas: ninguna.

Insomnio: presente Debido a: preocupaciones familiares.

Descansado al levantarse: al levantarse ya no descansa hasta en la tarde.

Objetivo: Lograr que el señor Ángel logre su patrón de sueño.

Estado mental. Ansiedad / estrés / lenguaje: normal.

Ojeras: no Atención: atento Bostezos: en ocasiones concentración: adecuada.

Apatía: si Cefaleas: en ocasiones.

Respuesta a estímulos: normales.

Otros: insomnio recurrente.

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: no

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: en ocasiones.

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: viste como el quiere.

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: no.

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: si.

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: no necesita de ayuda.

Vestido incompleto: completo Sucio: limpio Inadecuado: adecuado.

Otros: _____

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Subjetivo:

Frecuencia del baño: diario hasta 2 veces al día.

Momento preferido para el baño: por la mañana y por la tarde.

Cuántas veces se lava los dientes al día: diario

Aseo de manos antes y después de comer: si Después de eliminar: si.

Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: no.

Objetivo: Convencimiento para continuar acudiendo diario a su centro de salud de su lesión.

Aspecto general: Regular.

Olor corporal: normal Halitosis: no presenta.

Estado del cuero cabelludo: canoso en su totalidad, normal, sin presencia de calvicie.

Lesiones dérmicas:

Tipo: en su pie derecho con presencia de ulcera.
(Anote la ubicación en el diagrama)

Otros: _____

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Subjetivo:

Que miembros componen la familia de pertenencia: parientes.

Como reacciona ante situación de urgencia: lo atienden con rapidez sus parientes.

Conoce las medidas de prevención de accidentes:

Hogar: sí.

Trabajo: sí.

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: sí

Familiares: no vive con ellos.

Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida: por si mismo con sus angustias y temores.

Objetivo: Mostrará un afrontamiento individual efectivo que contribuya en su beneficio.

Deformidades congénitas: ninguna.

Condiciones del ambiente en su hogar: Agradable ya que vive solo.

Trabajo: Se le dificulta.

Otros: _____

3.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Subjetivo:

Estado civil: divorciado Años de relación: 10 años Viven con: familiares políticos.

Preocupaciones / estrés: le preocupa la pérdida de su pie derecho Familiar: se comunica de vez en cuando con sus hijos.

Otras personas que pueden ayudar: sus parientes Rol en estructura familiar: lo tratan con respeto.

Comunica problemas debidos a la enfermedad / estado: sí con el personal médico del centro de salud.

Cuánto tiempo pasa solo: todo el tiempo.

Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: no.

Objetivo: Disminuir la angustia del señor Ángel y escuchar que exprese sus sentimientos que afectan su autoestima.

Habla claro: Sí.

Confuso: no.

Dificultad. Visión: no.

Audición: normal.

Comunicación verbal / no verbal / con la familia / con otras personas significativas: tiene comunicación con la gente que le lava los carros, con sus parientes y con el personal médico y de enfermería del centro de salud donde recibe el tratamiento de su enfermedad.

Otros:

NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES

Subjetivo:

Creencia religiosa: Católico, asiste a misa ocasionalmente.

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: En ocasiones con sus parientes.

Principales valores en la familia: Sí, principalmente el respeto.

Principales valores personales: El respeto.

Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: Si.

Objetivo: Lograr que el señor Ángel convenza a sus parientes de respetar su decisión por su fe católica.

Hábitos específicos de vestido.(grupo social religioso): Normal.

Permite el contacto físico: No.

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: Devoto a la virgen de Guadalupe y a Dios

Otros: _____

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:

Trabaja actualmente: Si Tipo de trabajo: Lavado de autos.

Riesgos: Ninguno Cuánto tiempo le dedica al trabajo: 5 horas.

Esta satisfecho con su trabajo: Sí. Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia: No.

Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega: No.

Objetivo: Proponer alternativas de solución a la falta de empleo y remuneración económica.

Estado emocional./calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico: calmado, eufórico en ocasiones.

Otros: _____

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Le gusta escuchar música.

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: en ocasiones.

Recursos en su comunidad para la recreación: ninguna.

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: no.

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: normal.

Rechazo a las actividades recreativas: en ocasiones.

Estado de ánimo. apático/aburrido/participativo: participativo poco participativo.

Otros: _____

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

Nivel de educación: Secundaria.

Problemas de aprendizaje: ninguno.

Limitaciones cognitivas: no. tipo: _____

Preferencias. Leer/escribir: ninguna.

Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: sí.

Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo: si, pero no le interesa por que el sabe leer y escribir.

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: no.

Otros: _____

Objetivo: El señor Ángel mostrará sus conocimientos sobre los cuidados que debe tener para conservar la salud

Estado del sistema nervioso: normal.

Órganos de los sentidos: normales.

Estado emocional ansiedad, dolor: en ocasiones ansiedad

Memoria reciente: normal.

Memoria remota: normal otras manifestaciones: ninguna.

INSTRUMENTO PARA LA VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

Necesidad	Grado de dependencia	Diagnóstico de enfermería.
1.-Oxigenación	I Respiración normal PD _____ D _____	_____ _____ _____ _____
2.-Nutrición Hidratación	I <u>El mismo prepara sus alimentos.</u> PD <u>no le gustan las verduras consume fruta en ocasiones, toma poca leche y le gusta mucho el pan y consume 10 tortillas al día.</u> D _____	<u>Desequilibrio nutricional por exceso, relacionado con aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas manifestado por un peso de 94 Kgs. Talla 1.80 cm.</u>
3.-Eliminación	I _____ PD <u>Ingiere muy poco agua, su eliminación de heces una vez cada 2 días.</u> D <u>Ingesta de líquidos y fibra.</u>	<u>Estreñimiento relacionado con ingesta inadecuada de alimentos con fibra y aporte insuficiente de líquidos manifestado por heces duras, secas y formadas.</u>
4.-Moverse y mantener una buena postura	I <u>Su estado de conciencia es alerta y se encuentra ubicado en las 3 esferas en lugar tiempo y espacio.</u> PD _____ D _____	<u>Deterioro de la movilidad física, relacionado con la disminución de la fuerza en la extremidad inferior derecha, manifestado por inestabilidad postural durante la ejecución de las actividades habituales de la vida diaria.</u>
5.-Descanso y sueño	I <u>Normal en su estado de concentración duerme 6 horas, presenta insomnio en ocasiones.</u> PD _____ D _____	<u>Dx 1. Deterioro del patrón de sueño, relacionado con pensamientos repetitivos antes del sueño manifestado por desvelo prolongado.</u> <u>Dx 2. Intolerancia a la actividad, relacionada con estilo de vida sedentario manifestada por informes verbales de fatiga o debilidad.</u>

6.-Usar prendas de vestir adecuadas	<u>I no presenta dificultad para vestirse y desvestirse cambio de ropa diario.</u> PD _____ D _____	_____ _____ _____ _____
7.-Termorregulación	<u>I Se adapta con facilidad a los cambios de temperatura de preferencia le gusta el clima caluroso.</u> PD _____ D _____	_____ _____ _____ _____
8.- Higiene y protección de la piel	<u>I Se lava las manos antes comer y después de ir al baño, realiza baño diario 2 veces al día.</u> PD _____ D _____	<u>Deterioro de la integridad cutánea en miembro inferior derecho, relacionado con alteración de la sensibilidad, manifestada por alteración de la superficie de la piel (epidermis).</u>
9.-Evitar peligros	<u>I Cuenta con un solo cuarto y no existen peligros.</u> PD _____ D _____	<u>Riesgo de infección en miembro derecho, relacionado con lesión recurrente.</u>
10.-Comunicarse	<u>I Es divorciado desde hace 10 años</u> PD _____ <u>D sus hijos viven en Estados Unidos y le envían dinero de vez en cuando para ayudarlo a subsistir.</u>	<u>Aislamiento social, relacionado con proceso infeccioso crónico manifestado por sentimientos de rechazo a su persona.</u> <u>Afrontamiento familiar incapacitante relacionado con relaciones familiares muy ambivalentes manifestado por abandono.</u>
11.-Vivir según sus creencias y valores	<u>I Su religión es católica, asiste a misa los domingos sus parientes son de religión cristiana, el es devoto a la virgen de Guadalupe y a Dios principalmente.</u> PD _____ <u>D Es muy creyente a Dios.</u>	<u>Deterioro de sufrimiento espiritual, relacionado con el afrontamiento inefectivo de la enfermedad manifestado por necesidad de volver a entrar en contacto con patrones anteriores de creencias y costumbres.</u>

12.-Trabajar y realizarse	I <u>Lava autos con lo poquito que le dan se va manteniendo económicamente.</u> PD _____ D _____	<u>Dificultad en el mantenimiento del hogar, relacionado con recursos económicos insuficientes manifestado por preocupación.</u>
13.-Jugar y participar en Actividades recreativas	I <u>Le gusta escuchar música principalmente.</u> PD _____ D _____	<u>Déficit de actividades recreativas relacionadas con la inactividad secundaria a depresión manifestada por expresiones de aburrimiento</u>
14.-Aprendizaje	I <u>Su educación educativa es media.</u> PD _____ D _____	<u>Conocimientos deficientes, acerca de su padecimiento relacionados con poca familiaridad con los recursos para obtener la información, manifestado por seguimiento inexacto de las instrucciones.</u>

*(I) Independiente (PD) Parcialmente dependiente (D) Dependiente

Fecha: 02 de Marzo del 2009

Hora: 13:00 hrs.

Firma _____

ANEXO 2.

TRATAMIENTO DE LA LEPROMATOSA.

La Lepra constituye un problema de salud pública en nuestro país por su elevada frecuencia y distribución irregular, pero fundamentalmente debido a las deformidades que produce en los enfermos si no son atendidos en su fase temprana y que conducen a secuelas incapacitantes con una acentuada repercusión en los aspectos social y económico.

El padecimiento existe en México desde el siglo XVI, fue introducido por los conquistadores. Posteriormente se extendió en el país hasta conformar focos delimitados y aumentando gradualmente el número de casos hasta estabilizarse la tendencia debido a la cronicidad del padecimiento, su largo período de incubación y la aparición de medicamentos adecuados para su tratamiento.

Por la ausencia de procedimientos profilácticos, el control de la Lepra en la actualidad se basa en medidas aplicables en la prevención secundaria, es decir, el diagnóstico temprano de los enfermos, así como su tratamiento oportuno y adecuado, complementado con acciones tendientes a evitar la aparición de lesiones incapacitantes y una adecuada educación sanitaria de los enfermos, sus familiares y la población en general.

El tratamiento de la Lepra, fue tradicionalmente a base de monoterapia con diamino-difenil-sulfona, proporcionada prácticamente durante toda la vida de los enfermos.

El problema con el uso de la sulfona como monoterapia ha sido la presentación de resistencia de *M. Leprae* a dicho medicamento; gradualmente se fueron reportando casos de resistencia en diversos países hasta la actualidad, en que se considera que este fenómeno alcanza una proporción de 40 % de los pacientes tratados y esto la descarta como tratamiento único de la enfermedad.

Las acciones para el control de la Lepra deben realizarse integradas en las unidades del primer nivel, esto trae como consecuencia una ampliación en la cobertura de la población, así los enfermos tendrán siempre alguna unidad de salud cercana a su domicilio a la que podrán acudir a recibir su atención integral y llevar a sus familiares a revisiones frecuentes para lograr que el diagnóstico de los enfermos nuevos sea cada vez más temprano.

LEPRA: Es una enfermedad infectocontagiosa crónica, causada por el *Mycobacterium leprae* que afecta principalmente piel y nervios periféricos, puede afectar otros órganos y en ocasiones es sistémica.

OBJETIVOS:

Mediatos:

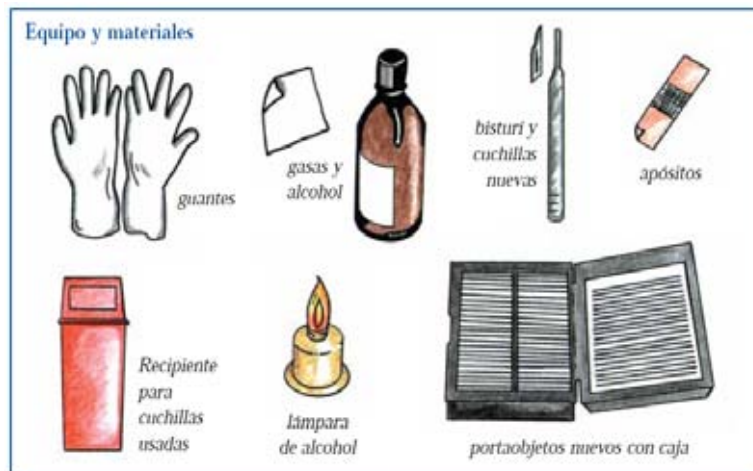
- Cortar las fuentes de infección para disminuir su incidencia y prevalencia y eliminarla como problema de salud pública.
- Establecer los criterios que permitan elaborar los procedimientos para la prevención, control y eliminación de la lepra.

Inmediatos:

- Asegurar que todos los enfermos que constituyan la prevalencia reciban tratamiento con poliquimioterapia supervisada en forma regular para alcanzar su negativación basiloscópica.
- Realizar búsqueda intensiva de casos nuevos en las áreas endémicas.
- Realizar el diagnóstico temprano e incorporación a la poliquimioterapia de todos los enfermos nuevos para evitar que se constituyan en fuentes de contagio.
- Prevenir, limitar o corregir incapacidades mediante procedimientos sencillos aplicables en el primer nivel de atención.
- Vigilar estrechamente a los enfermos al término de la poliquimioterapia para detectar recidivas y reincorporarlos oportunamente al tratamiento.
- Fomentar la participación de la comunidad en las acciones de control del padecimiento.
- Identificar las áreas con mayor riesgo de transmisión dentro de cada estado, jurisdicción y municipio.
- Intensificar acciones en áreas con mayor riesgo de transmisión.

PROCEDIMIENTO PARA TOMA DE MUESTRA DE LEPRO.

EQUIPO Y MATERIAL.



Colocar todo el material necesario sobre una mesa limpio

PROCEDIMIENTO.

EXAMEN BACTERIOLÓGICO:

La baciloscopía es obligatoria en todos los casos que se estudian por primera vez y consiste en tomar frotis de una lesión activa, del lóbulo de la oreja o de la mucosa nasal; cuando se trate de una lesión activa, se tomará el borde de ella, el resultado negativo no excluye el diagnóstico de lepra, es útil para determinar la clasificación clínica y la infecciosidad del enfermo.

EXPLICACIÓN PARA EL PACIENTE.

Se pide al paciente que se siente y relaje. Hay que explicarle lo que se va hacer y con qué fin.

Una vez obtenido su permiso se rellena la hoja de petición de la prueba.

Hay que lavarse las manos y colocarse los guantes.



A) LÓBULO DE LA OREJA.



TOMA DE MUESTRA PARA BACILOSCOPIA (TÉCNICA POR INCISIÓN).

Para hacer el frotis se limpia la piel seleccionada, frotando fuertemente con una torunda de algodón empapada en alcohol; en seguida se hace la isquemia colocando unas pinzas de ramas largas protegidas con hule o se comprime la piel con el dedo pulgar y el índice de la mano izquierda, y una vez que se haya secado el alcohol con que se limpio la piel, con una hoja de bisturí o una hoja de rasurar sujeta con unas pinzas de Pean, se hace una pequeña incisión de unos 5 mm. de largo por 2 mm. de profundidad y se limpia con una gasa la linfa y sangre que brota.

Con la punta del bisturí que no corta se raspa varias veces en la misma dirección, los lados y el fondo de la incisión, obteniéndose linfa y tejido con lo que se hace una extensión uniforme y delgada, en una laminilla portaobjeto, en la que previamente se ha marcado una zona de unos 7 a 10 mm. de diámetro y se fija en la flama de una torunda mojada con alcohol.

B) MUCOSA NASAL.

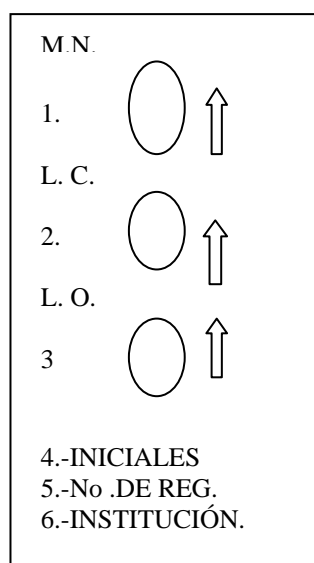


Para hacer el frotis con exudado de la mucosa nasal, se usa un aplicador o palillo con algodón, se raspa fuertemente la mucosa de la parte anterior y posterior el tabique nasal y con el material que se obtenga se hace la extensión en la laminilla porta-objeto y se fija al calor. Pueden fijarse ambas muestras (lóbulo y mucosa nasal), en la misma laminilla. Esta muestra solo se tomará por personal experto.

C) INTERPRETACIÓN.

Los frotis se colorean con el método de Ziehl-Neelsen o una de sus variantes y se examinan al microscopio con objetivo de inmersión; deben examinarse un mínimo de 100 campos.

El resultado del estudio puede ser cualitativo reportando solamente positivo o negativo, pero la mejor forma de reportarlo es cuantitativamente, empleando para ello los índices bacteriológico y morfológico, recomendados por la O.M.S.



- Los rótulos deben realizarse con lápiz diamante.
- Nunca utilizar cinta adherente(diurex, maskin tape, cinta adhesiva, cinta testigo, etc.,)

COLOCACIÓN DE MUESTRAS:

1.- M. N. (MUCOSA NASAL): SE REFIERE A LA POSICIÓN EN QUE DEBE COLOCARSE LA MUESTRA OBTENIDA DE ESTE SITIO ANATÓMICO.

2.-L. C (LESIÓN CUTÁNEA): MUESTRA OBTENIDA DE LOS NÓDULOS O PLACAS.

3.-L. O (LÓBULO DE LA OREJA): MUESTRA OBTENIDA POR PERFORACIÓN LEVEY RASPADURA DEL TEJIDO DE LA OREJA.

4.- INICIALES DEL PACIENTE (NOMBRE Y APELLIDO).

5.- No. DE REGISTRO (ASIGNADO POR EL LABORATORIO).

NOTAS ACLARATORIAS:

1.- EL **ORDEN** en que se presenta la colocación de las muestras debe de **RESPETARSE SIEMPRE** y en todo momento, en virtud de que este es un lineamiento técnico que se sigue en todos los laboratorios de la Red Nacional de Lepra y facilita el manejo e identificación para efectos de la lectura de la laminilla.

2.- En el caso particular de que no se obtengan las 3 muestras que se requieren para él diagnóstico, este orden debe conservarse en el portaobjetos sólo para el tipo de muestra que se obtenga del paciente.