



Universidad Nacional Autónoma de México.
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.



“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA”

APLICADO A UN PACIENTE ADULTO CON ALTERACIÓN SIGNIFICATIVA
EN LA NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO, MEDIANTE EL MODELO DE
VIRGINIA HENDERSON.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

P R E S E N T A :

ALEJANDRO CRUZ CRUZ

No. DE CUENTA: 086176671

DIRECTORA DEL TRABAJO

M. C. E: MARÍA DEL PILAR SOSA ROSAS

MEXICO D.F. NOVIEMBRE DE 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.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	3
OBJETIVOS	5
1-MARCO TEÓRICO	6
1.1. Antecedentes de Virginia Henderson	
1.2. Modelo conceptual de Virginia Henderson.	10
1.3 Conceptos nucleares del metaparadigma de enfermería.	11
1.4 Postulados y conceptos.	14
1.5 Catorce necesidades de Virginia Henderson	16
2.- PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	18
2.1 Concepto	
2.2 Beneficios del uso del PAE.	
2.3 Objetivos del PAE	20
2.4 El desarrollo del PAE.	
2.5 Las ventajas del PAE.	
3.- VALORACIÓN	21
3.1 Tipos de datos	24
3.2 Métodos para obtener datos	24
3.3 Validación de datos.	29
3.4 Organización de datos	30
3.5 Documentación y Registro de la valoración	30
4.- DIAGNÓSTICO	33
5.- PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA	36
5.1 Planteamiento de los objetivos	38
5.2 Objetivos de enfermería	39
5.3 Objetivos del paciente.	40
6. DOCUMENTACION EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.	44
6.1 Partes que componen los planes de cuidado.	
6.2 Tipos de planes de cuidado.	45

7.- EJECUCION.	46
8.- EVALUACIÓN	48
9.-PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	49
11.- JERARQUIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS	53
12.-PLANES DE CUIDADOS	62 90
13.- PLAN DE ALTA	91
14 CONCLUSIONES	102
15.- BIBLIOGRAFÍA	103

INTRODUCCIÓN.

Una de las preocupaciones relevantes del personal de enfermería es garantizar la calidad en el cuidado que brinda a la persona, lo cual implica un pensamiento sistemático basado en una metodología científica propia.

El proceso de atención de enfermería constituye el método idóneo en la resolución científica de los problemas que el profesional identifica durante la interacción enfermera-persona; al mismo tiempo garantiza la calidad en el “cuidado enfermero” de una manera holística.

El trabajo incluye: justificación, objetivos, marco teórico con temas sobre el cuidado de enfermería; el modelo de Virginia Henderson, concepto de Proceso de Atención de Enfermería y sus etapas (valoración, diagnóstico, planeación, implementación y evaluación). En la etapa de diagnóstico se tuvo especial cuidado de incluir los módulos con los modificadores empleados para diagnósticos de enfermería; así como la importancia que implica para la enfermera y para la persona, el desarrollo de las etapas implementadas.

Se continúa con el instrumento de valoración de la persona en el que se compilaron datos que refleja el estado de salud: lo cual permite efectuar el análisis de estos datos, para darlos a conocer en la presentación del caso.

Los cuidados planteados y ejecutados metodológicamente nos permiten evaluar los resultados y así, poder adaptar la atención del paciente y sus necesidades individuales de forma más personalizada y menos empírica.

El proceso que se expone a continuación fue aplicado al señor E.S.P. con alteración significativa en la necesidad de descanso y sueño en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre y fue elaborado en todas sus etapas.

Comprende a su vez la jerarquización de los diagnósticos de enfermería elaborados a partir de los datos personales, lo que permitió implementar el “Plan de Atención de enfermería” con sus respectivos objetivos e intervenciones de enfermería lo que facilito proporcionar un cuidado al paciente elegido. El trabajo finaliza con conclusiones y la bibliografía consultada.

JUSTIFICACIÓN.

La práctica enfermera es mucho más que el cumplimiento de múltiples tareas, requiere una agudeza intelectual considerable que, vista desde el exterior, parece indicar la intuición, ya que se trata de acertar a escoger una acción pensada, reflexionada, que responda a las necesidades particulares de la persona. La práctica engloba la creación de un cuidado individualizado, la utilización de uno mismo en tanto que instrumento terapéutico y la integración de actividades específicas.

El cuidado comprende aspectos afectivos o humanistas relativos a la actitud y compromiso y aspectos instrumentales o técnicos y que es importante no separar ambos aspectos. Más allá de las tareas realizadas y de la manera de realizarlas, reside el significado del cuidado, la intención y la meta.

La práctica enfermera se debe ocupar de un cuidado más allá que une el que y el cómo de la interacción persona-enfermera. El cuidado debe recurrir a diversos procesos: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico y la intuición. Se trata de proporcionar un cuidado innovador que reúne la ciencia y el arte enfermero y que se centra en la persona, la cual, continua en constante interacción

La vigilia prolongada va acompañada de trastornos progresivos de la mente, comportamiento anormal del sistema nervioso, lentitud de pensamientos, irritabilidad y psicosis. El sueño restaura tanto los niveles normales de actividad como el equilibrio entre las diferentes partes del SNC, es decir, restaura el equilibrio natural entre los centros neuronales.

Se eligió este paciente por presentar “alteración significativa en el sueño” ya que

el descanso y el sueño son esenciales para la salud y básicos para la calidad de vida, sin sueño y descanso la capacidad de concentración, de enjuiciamiento y de participar en las actividades cotidianas disminuye, al tiempo que aumenta la irritabilidad.

Todo lo anterior ha dado motivo a realizar un Proceso de Atención de Enfermería con el enfoque de Virginia Henderson, de tal modo que se puedan proporcionar cuidados de enfermería de forma prioritaria, oportuna y eficiente que beneficie a la persona, favorablemente en el núcleo familiar y social. Lo que amerita una escrupulosa recopilación de datos de acuerdo al estilo de vida del paciente y los cuidados que el debe llevar a cabo durante y después del transcurso de la cirugía.

OBJETIVOS:

General

Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en una persona que tiene una alteración del sueño, utilizando el modelo de Virginia Henderson, para identificar sus necesidades y proporcionar los cuidados de enfermería que favorezcan su calidad de vida.

Específicos

- Identificar las necesidades reales y potenciales, para elaborar diagnósticos de enfermería acordes a las necesidades detectadas, para planear los cuidados a través del plan de intervenciones específicas que puedan beneficiar al paciente.
- Evaluar cuidadosamente el resultado obtenido al aplicar los cuidados específicos de enfermería, para identificar los avances en su salud.

1.- MARCO TEÓRICO

1.1.- Antecedentes de Virginia Henderson

La primera Teoría de enfermería nace con Florence Nightingale, a partir de allí nacen nuevos modelos, cada uno de ellos aporta una filosofía de entender la enfermería y el cuidado.

Desde sus orígenes la enfermería era considerada como una ocupación basada en la práctica y en el conocimiento común, no era considerada como ciencia, el conocimiento científico aparece con la primera teoría de enfermería. Las enfermeras comenzaron a centrar su atención en la adquisición de conocimientos técnicos que les eran delegados, con la publicación del libro " Notas de Enfermería " de Florence Nightingale en 1853, se sentó la base de la enfermería profesional, en su libro Florence intento definir la aportación específica de enfermería al cuidado de la salud.

Desde 1852 hasta 1966 se creó y desarrollo una corriente filosófica que buscaba los fundamentos de la profesión y es durante la década de 1950 a 1960, que surge la teoría de enfermería de Virginia Avenel Henderson.

Virginia Henderson nació en 1897; fue la quinta de ocho hermanos. Natural de Kansas City, Missouri, Henderson pasó su infancia en Virginia debido a que su padre ejercía como abogado en Washington D.C.¹

Durante la primera Guerra Mundial, Henderson desarrolló su interés por la Enfermería. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C. Se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera de plantilla en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1922 empezó a enseñar enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años más tarde entró en el

¹ Marriner Tomey Ann. Modelos y Teorías de Enfermería: 1989,p.p.67

teacher's Collage de la Universidad de Columbia, donde consecutivamente obtuvo los grados de Bachelor of Science y Masters of Arts, con especialización en docencia en Enfermería. En 1929 Henderson trabajó como supervisora docente en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. En 1930 volvió al Teacher College como miembro del profesorado para impartir cursos sobre el proceso analítico de enfermería y práctica clínica hasta 1948.

Henderson ha disfrutado de una larga carrera como autora e investigadora. Durante su estancia entre el profesorado del Teacher College revisó la cuarta edición del Textbook of Principles and Practice of Nursing, de Bertha Hamer, después de la muerte de ésta. La quinta edición del texto fue publicada en 1955 y contenía la propia definición de Enfermería de Henderson.

Henderson estuvo asociada a la Universidad de Yale desde principios de 1950 y realizó arduo empeño para promover la investigación de Enfermería a través de esta asociación. De 1959 a 1971 dirigió el proyecto Nursing Studies Index auspiciado por Yale. El Nursing Studies Index se elaboró en forma de un índice, comentado en cuatro volúmenes de textos biográficos, analíticos e históricos de la Enfermería de 1900 a 1959, al mismo tiempo fue la autora o coautora de otros trabajos importantes. Su folleto Basic Principles of Nursing Care se publicó por el consejo internacional de enfermeras en 1960 y fue traducido a más de veinte idiomas.

La colaboración de Henderson con Leo Simmons durante 5 años produjo un informe nacional sobre la investigación de enfermería que fue publicado en 1964. Su libro The Nature Nursing se publicó en 1966² y describía su concepto de función, original y primordial de la enfermería. La sexta edición de The Principles and Practice of Nursing, publicada en 1978: tuvo como coautoras a Henderson y a Gladis Nite y finalmente Henderson lo editó. Este libro ha sido utilizado ampliamente en los planes de estudio de diversas escuelas de Enfermería. En la década de 1980. Henderson permaneció activa como emerita asociada de la investigación en la Universidad de Yale. Los logros y la influencia de Henderson

² Ibidem. ,p..p..68

en la profesión de enfermera le han merecido más de 7 doctorados honorarios y el primer Christiane Reimann Award.

Henderson publicó por primera vez su “Definición de Enfermería” en la revisión de 1955 de *The Principles and Practice of Nursing*, de Hamer y Henderson. Tres hechos principales influyeron en la decisión de sintetizar su propia definición de Enfermería. Primero revisó el *Textbook of Principles and Practice of Nursing* en 1939. Henderson identificó su trabajo en este texto como la fuente que le hizo darse cuenta de la necesidad de “claridad sobre la función de las enfermeras.” Un segundo hecho fue su participación en una conferencia regional del Consejo Nacional de Enfermería en 1946 como miembro del comité. Su trabajo para el comité se incluyó en el informe *Nursing for the Future*, de Ester Lucile Brown, en 1948. Henderson mencionó que este informe representaba “mi punto de vista modificado por el pensamiento de otros del grupo”. Por último, la investigación de la American Nurses Association (ANA), efectuada en cinco años de duración, acerca de la función de la Enfermería, interesó a Henderson, que no estaba plenamente satisfecha con la definición adoptada por la ANA en 1955.

Henderson califica su trabajo como de definición más que de Teoría, porque esta no estaba en boga en aquel periodo. Describe su interpretación como la síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas”. En *The Nature of Nursing*, identifica las fuentes de influencia durante sus primeros años de Enfermería, entre las que se encuentran:

Annie W Goodrich.³

Carolina Stackpole

Jean Broadhurst

Dr. George Deaver

Dr. Edgard Trondike

Bertha Hamer

Ida Orlando

³ Ibid, p.p. 68

Se puede encontrar una correlación con la jerarquía de necesidades de Abraham Maslow en los 14 componentes de los cuidados de enfermería de Henderson: que empiezan con las necesidades fisiológicas, para continuar con los componentes psicosociales: aunque no cita a Maslow como una influencia, describe su teoría de la motivación humana en la sexta edición de Principles and Practice of Nursing Care, de 1978.⁴

⁴ Ibid Marriner Tomey: p.p. 69

1.2.- Modelo Conceptual de Virginia Henderson.

El modelo de Virginia Henderson, está influenciado por la corriente de pensamiento de la integración y, según Meleis (1977), se incluye dentro de la escuela de necesidades. Las teorizadoras de esta escuela comparten dos características: La primera es basarse en teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano (A. Maslow, E.H. Ericsson) para conceptualizar a la persona, y la segunda característica común, es que lo que las impulso a desarrollar sus modelos fue el deseo de clarificar la función propia de las enfermeras.

El modelo de enfermería de Virginia Henderson: es el conjunto de conceptos, ideas y supuestos que se han generado en enfermería, para explicar su identidad y el objetivo de su práctica.

Con su trabajo intentaron responder a la pregunta ¿Qué hacen las enfermeras? y determinar en que se diferencia su aportación de las de otros profesionales de la salud, con el objetivo de delimitar el papel que debían asumir en los equipos multidisciplinares y de diseñar un currículo académico que les permitiera responder a esas expectativas, lo que aquí se representa es el modelo propuesto por Virginia Henderson en la que se ha tratado de transformar sus principios básicos (formulados de forma muy abstracta) en definiciones operativas de las que sea posible derivar indicadores empíricos.

Henderson extrae aparentemente de una forma deductiva de razonamiento lógico su definición de Enfermería, dedujo esta definición y las 14 necesidades de su filosofía de los principios fisiológicos y psicológicos. Las 14 necesidades básicas de Henderson corresponden íntimamente con la clasificación de las necesidades humanas desarrolladas por Maslow, Henderson elaboró las necesidades antes de leer el trabajo de Maslow.

Ante la necesidad de encontrar un modelo, para la enseñanza de enfermería que se aplique a la práctica, útil en nuestro medio y que además se le pueden hacer adaptaciones necesarias para ser aceptado, y puesto en práctica por las enfermeras clínicas, se selecciono el modelo de Virginia Henderson.

Henderson identificó tres niveles de relación entre la enfermera y el paciente: El modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería.⁵

- La enfermera como sustituto del paciente.
- La enfermera como ayuda del paciente.
- La enfermera como compañera y orientadora del paciente.

Henderson dice que “la enfermera es temporalmente, la conciencia del inconciente, la pierna del amputado, un medio de locomoción para el niño, conocimiento y seguridad para la madre joven”.

1.3 Conceptos Nucleares del Metaparadigma de enfermería.

Para Virginia Henderson.

La persona ⁶

Es un ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí, y tiende al máximo desarrollo de su potencial.

- Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional.
- El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar.
- El paciente requiere ayuda para conseguir la independencia.
- El paciente y la familia constituyen una unidad.
- La persona es un todo complejo de 14 necesidades básicas.

⁵ Ibid Marriner Tomey 1999, p.p. 109

⁶ Fernández Ferrin, “De la Teoría a la Practica, el Pensamiento de V.H., p.p. 35

- La persona requiere independencia y se esfuerza por lograrla.
- Cuando una persona no está satisfecha la persona no es un todo.

El entorno.

Si bien no está claramente definido, aparece en sus escritos y es el postulado que más evoluciona con el paso del tiempo. Inicialmente en el libro *Principles and Practices of Nursing* (Hamer y Henderson, 1955) se refiere al entorno “como si se tratara de algo estático”, aunque reconoce su influencia positiva o negativa sobre el paciente y recomienda a la enfermera que lo modifique de tal forma que renueve su salud.

Sin embargo, en escritos más recientes (Henderson), habla de la naturaleza dinámica del entorno y de su impacto sobre el usuario, la enfermera y su familia; en cuanto al entorno, se analizan los siguientes puntos:

- Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad.
- Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad.
- Las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.
- Las enfermeras deberán reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipos y mantenimiento.
- Los médicos se sirven de las observaciones y valoraciones de las enfermeras en las que basan sus prescripciones para aparatos de protección
- Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

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 del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de enfermería. Equipara salud con independencia.

Valores.

La enfermera tiene una función propia aunque comparta ciertas funciones con otros profesionales. La enfermera que orienta su práctica según las directrices de un modelo conceptual, tendrá una identidad profesional mas concreta y esto le ayudara a afirmarse como colega de los otros miembros del equipo de salud. ⁷

En la definición de enfermería de Henderson⁸ menciona que la única función profesional de las enfermeras es asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por si mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible. Las fuentes de la dificultad son los obstáculos, limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades y las define a continuación:

1. Falta de fuerza. Se interpreta por fuerza, no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, son 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, capacidades intelectuales etc.

⁷ Ibidem, Fernandez Ferrin. P.p. 36,37

⁸ Ibid Marriner Tomey, p.p 69

2. Falta de conocimientos 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 oportunas para satisfacer las 14 necesidades.⁹

1.4. Postulados y conceptos.

a) Postulados:

En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del paciente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son explicativos de la siguiente manera:

* **Necesidad fundamental**: Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y **promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.**

* **Independencia**: Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.

* **Dependencia**: La no satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

⁹Ibidem, Fernandez Ferrin. P.p. 36,37

* **Problema de dependencia:** Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.

* **Manifestación:** Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

* **Fuente de dificultad:** Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

* **Fuerza:** Se entienda por ésta no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.

* **Conocimientos:** Los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

* **Voluntad:** compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

Dichos postulados se resumen en:

- Cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia.
- Cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades.
- Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente.

b) Conceptos:

Los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera:

Objetivos: Conservar o recuperar la independencia del paciente en la satisfacción de sus catorce necesidades.

1.5 Las catorce necesidades de Virginia Henderson.

Paciente: Ser humano que forma un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden bio- psicosocial:

1.- Necesidad de respirar normalmente.

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

2.- Necesidad de beber y comer adecuadamente.

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

3.- Necesidad de eliminar por todas las vías.

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

4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura.

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

5.- Necesidad de dormir y descansar.

Hace referencia al dolor y al uso indiscriminado de somníferos.

6.- Necesidad de vestirse y desvestirse.

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

7.- Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.

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

8.- Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.

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

9.- Necesidad de evitar los peligros ambientales y los daños a otras personas.

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

10.- Necesidad de comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores, sensaciones.

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

11.- Necesidad según sus creencias y sus valores.

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

12.- Necesidad de ocuparse para realizarse.

Aceptación del rol de cada uno.

13.- Necesidad de recrearse.

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

14.- Necesidad de aprender.

La orientación, el adiestramiento o la educación forman parte de los cuidados

básicos de la mayoría de las personas. La enfermera tiene una función docente.

El paciente debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

Rol de la enfermera: Es un rol de suplencia-ayuda. Suplir, para Henderson, significa hacer por él aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos.

Intervenciones: El centro de intervención es el la dependencia del sujeto. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces en el nivel de la fuente de dificultad, según la situación vivida por el paciente. Las acciones de la enfermera consiste en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades.

2.- PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

2.1 Concepto.

El proceso de atención de Enfermería, es un método sistematizado y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de los objetivos. En enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (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.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se

hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- **Valoración:**
- **Diagnóstico**
- **Planificación.**
- **Ejecución.**
- **Evaluación.**

2.2.- Beneficios del uso del PAE.

Basado en los principios de la buena solución de problemas, el PAE promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente y guía a la enfermera para realizar los pasos intencionados que eviten las omisiones y las conclusiones prematuras. Esta filosofía del humanismo promueve una conducta cuidadora y ayuda a identificar los problemas únicos, objetivos, realistas e intervenciones individualizadas con las que se pueden obtener resultados favorables para nuestro paciente.¹⁰ Estimula la identificación y utilización de las capacidades, y evita que se pasen por alto los recursos: de esta forma las enfermeras se aseguran de que las intervenciones están adaptadas al individuo, no a la enfermedad. Aumentando la posibilidad de que las intervenciones sean efectivas.

Los requerimientos son precisos, lo que mejora la comunicación y la continuidad de los cuidados y previene los errores y las duplicaciones u omisiones. Estos requerimientos también están pensado para dejar un rastro de papel que se pueda seguir más tarde para poder evaluar la calidad de los cuidados de enfermería y posibilitar la investigación. La documentación de enfermería precisa y consistente es la clave para determinar lo que ha sucedido un paciente específico o aun grupo de pacientes: sin ella la evaluación es casi imposible y los datos requeridos para llevar estudios se hagan avanzar la ciencia de enfermería y mejorar la calidad de los cuidados de salud no existirían.

¹⁰ García González Ma. De Jesús, "El Proceso de Enfermería y el Modelo de V.H..,p.p. 21" 19

2.3.-Los objetivos.

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. Así como también:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

2.4.-El desarrollo del PAE:

Hace falta una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades:

- Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje).
- Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico.
- Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar).

2.5.-Las ventajas:

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

Las características:

- Tiene una finalidad: se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: ya que implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: el proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

3.-VALORACIÓN:

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de obtención y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

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

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

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

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

- **Criterios de valoración siguiendo un orden "céfalo caudal".** Sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano,

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

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

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

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

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

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

En la obtención de datos necesitamos:

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

Tipos de datos a recoger:

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

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

3.1.-Los tipos de datos:

- **Datos subjetivos:** No se pueden medir y son propios del paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica (sentimientos).
- **Datos objetivos:** Se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- **Datos históricos (antecedentes):** Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo, (hospitalizaciones previas).
- **Datos actuales:** Son datos sobre el problema de salud actual.

3.2.-Métodos para obtener datos:

A) Entrevista Clínica:

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

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

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

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

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos y también.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

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

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

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

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

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

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

- **Interferencia cognitiva:** Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.
- **Interferencia emocional** Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes e incluso des responsabilización de las obligaciones,
- **Interferencia social:** En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.
- Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:

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

Para finalizar la entrevista concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto.

- **Empatía:** Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del paciente, Y otro en el que le da a entender que la comprende.
- **Calidez:** Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal
- **Respeto:** Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos.
- **Concreción:** Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista.

B) La observación:

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

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa

práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

C) La exploración:

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

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

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

sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

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

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

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

3.3- VALIDACIÓN DE DATOS:

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es que debemos asegurarnos que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones.

Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa ejemplo (peso, talla, etc.).

Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

3.4.-ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS:

Es el cuarto paso es la obtención de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987), etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información.

Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnosticas y los tratamiento prescritos.
- Valoración física.
- Las 14 necesidades de Virginia Henderson.

3.5.-DOCUMENTACION Y REGISTRO DE LA VALORACIÓN:

Es el segundo componente de la fase de valoración y las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen:

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad.
- Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- Prueba de carácter legal
- Permite la investigación en enfermería

- Permite la formación pregrado y postgrado.

Las normas establecidas para la correcta anotación de registros en la documentación son:

- a) Deben estar escritos en forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar entre comillas, la información subjetiva que aporte el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- b) Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- c) Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, normal o regular.
- d) Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma tamaño, etc.
- e) La anotación debe ser clara y concisa.
- f) Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
- g) Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usaran solo las abreviaturas de uso común.

4.-DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico de enfermería es un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta humana de un individuo o grupo de personas, y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar en forma independiente¹¹

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

¹¹ Alfaro Rosalinda, p.p. 32

- UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NO ES SINÓNIMO DE UNO MÉDICO.

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

- **La dimensión dependiente** de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- **La dimensión interdependiente** de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo
- **Dimensión independiente** de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas:

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2.- Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

3.- Componentes de los Categorías Diagnósticos aceptadas por la NANDA:

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

- a) **Etiqueta descriptiva o título:** ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
- b) **Definición:** expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- c) **Características definitorias:** cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, esta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
- d) **Las características** que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50.79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.
- e) **Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo:** se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, como por ejemplo:
 - **Factores fisiopatológicos** (biológico y psicológicos), shock, anorexia nerviosa.

- **Factores de tratamiento** (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis etc.)
- **Factores de medio ambiente** como estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc.
- **Factores Personales**, como encontramos en el proceso de muerte, divorcio, etc.
- **Factores de maduración:** paternidad, maternidad, adolescencia, etc.

D) Tipos de diagnósticos:

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

- **Real:** representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definatorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el diagnóstico.
- **Alto Riesgo:** es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. Primera descripción concisa del estado de salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- **Posible:** Son enunciados que describen un problema sospechado para el

que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

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

Podemos añadir un quinto tipo:

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

A la hora de escribir un diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal

- Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del diagnóstico.
- No indique el diagnóstico de enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.

No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

5. PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

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

Etapas en el plan de cuidados

- **Establecer prioridades en los cuidados.** Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- **Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.** Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados

esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

- Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del paciente así como los cuidados proporcionados.
- Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades, así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.
- Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.
- **Elaboración de las actuaciones de enfermería**, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en la hoja correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.
- Para un **Diagnóstico de Enfermería real**, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.
- Para un **Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo** las intervenciones

tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

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

5.1. PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS:

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- Dirigir los cuidados.
- Identificar los resultados esperados.
- Medir la eficacia de las actuaciones.

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

Existen dos tipos de objetivos:

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

Normas generales para la descripción de objetivos

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.

- Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

5.2. OBJETIVOS DE ENFERMERÍA:

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

- A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- A conocer su estilo de vida y ayudarlo a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería no se suelen escribir en el plan de cuidados, a excepción de que sea para los alumnos, en cualquier caso deben responder a preguntas sobre: capacidades limitaciones y recursos del individuo que se pueden fomentar, disminuir/aumentar o dirigir.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- **Objetivos a corto plazo:** Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.
- **Mediano plazo:** para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
- **Objetivos a largo plazo:** Son los resultados que requieren de un tiempo largo.

Existen dos tipos:

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

5.3. OBJETIVOS DEL PACIENTE:

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera/o. Los objetivos del paciente se anotan en términos de lo que se espera que haga el paciente, esto es, como conductas esperadas.

Las principales características de los objetivos del paciente son tres:

- Deben ser alcanzables, esto es, asequibles para conseguirlos.
- Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.
- Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, donde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades, Ejemplo: el paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto).

Los contenidos se describen como verbos y como ya hemos dicho que sean mensurables. En cuanto a los objetivos cuyo contenido es el área de aprendizaje, referidos como objetivos de la educación.

- **Cognoscitivos:** estos objetivos se fundamentan en la memoria o reproducción de algo adquirido mediante el aprendizaje, así como objetivos que precisan actividad de carácter intelectual (determinación de problemas, reestructuración), Los objetivos abarcan desde un mero repaso a la alta originalidad.
- **Afectivos:** son objetivos que hacen hincapié en la tensión sentimental, una emoción o cierto grado de simpatía o repulsa. Oscilan entre una simple atención a la toma de conciencia de gran complejidad. Son objetivos que describen intereses, actitudes, conceptualizaciones, valores y tendencias emotivas,
- **Psicomotores:** estos objetivos se proponen el desarrollo muscular o motor, ciertas manipulaciones de materias u objetos, o actos que precisan coordinación neuromuscular, Son habilidades.

El tipo de actividades de enfermería se pueden catalogar en la siguiente clasificación:

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

Las características de las actuaciones de enfermería son:

- **Serán coherentes con el plan de cuidados,** es decir, no estarán en

desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.

- **Estarán basadas en principios científicos.** Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.
- **Serán individualizados para cada situación en concreto.** Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- **Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.**
- **Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.**
- **Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.**

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

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

A este tipo de actividades hay que añadir las actividades de estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad delegadas por la medicina, por ejemplo la realización de pruebas diagnósticas, aplicación de fármacos, etc.

El segundo paso de este método consiste en desarrollar todas las soluciones o alternativas posibles. El éxito de las actuaciones de enfermería dependerá de la capacidad del profesional para elegir actividades y posteriormente desarrollar las más adecuadas para obtener los resultados esperados, solución del problema/diagnóstico posibles,

Veremos de manera resumida y genérica las acciones de enfermería que

encontramos en un plan de cuidados:

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problema/diagnósticos de enfermería
- Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.
- aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.
- Consulta y remisión a otros profesionales.
- Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería
- Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por si mismos.

También, la determinación de actividades de enfermería para los problemas interdependientes, son:

- Realizar valoraciones frecuentes para controlar al paciente y detectar complicaciones.
- Remitir la situación al profesional adecuado cuando existan signos y síntomas de complicaciones potenciales, y
- Ejecutar las actividades interdependiente de enfermería prescritas por el médico (por ejemplo: lavado de sonda nasogástrica cada 2 horas con suero fisiológico).

Las directrices específicas para los cuidados de enfermería se denominan órdenes de enfermería y se componen de los siguientes elementos:

- La fecha.
- El verbo, con los calificativos que indiquen claramente la actuación.
- Especificación de quién (sujeto).
- Descripción de qué, dónde, cuándo, cómo y cuánto
- Las modificaciones a un tratamiento estándar
- La firma

Para terminar este apartado, digamos que, las actuaciones de enfermería son aquellas actividades que necesariamente deben hacerse, para obtener los resultados esperados, y deben definirse para cada diagnóstico de enfermería y problema interdependiente.

6.- DOCUMENTACIÓN EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

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

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

- Los cuidados individualizados,
- La continuidad de los cuidados,
- La comunicación.

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

6.1. Partes que componen los planes de cuidados:

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
- Objetivos del paciente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- Ordenes de enfermería (actividades),
- Evaluación (informe de evolución).

Hunt (1978) desarrolló tres documentos para recopilar toda la información necesaria para enfermería:

- Hoja de admisión que recopila la información de la valoración.
- Documento donde se registra: Los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Documento de evaluación.

De una manera u otra, en la actualidad, todos los planes de cuidados utilizan estos documentos.

6.2. Tipos de planes de cuidados:

Tipos de planes de cuidados: individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.

- **Individualizado:** Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda mas tiempo en elaborar.
- **Estandarizado:** Según Mayers (1983), un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.
- **Estandarizado con modificaciones:** Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- **Computarizado:** Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados,

7. EJECUCIÓN:

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

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

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

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

Durante esta etapa pondrá el plan en acción, lo que implica las siguientes actividades:

- Valorar el estado actual del paciente. ¿El plan de cuidados escrito continúa siendo apropiado? ¿Hay nuevos problemas? ¿Hay algún cambio que requiera un cambio de plan?
- Realizar las intervenciones y sus actividades prescritas durante la fase de

planificación.

- Seguir valorando al paciente. Y determinar las respuestas iniciales a sus acciones. ¿Cuál ha sido la respuesta? ¿Es la que esperaba? ¿Hubo alguna variación? Para introducir cambios no tiene que esperar el momento fijado formalmente para la evaluación si es obvio que debe hacerlos el mismo día.
- Comunicar y anotar cualquier cambio que pueda indicar la necesidad de tratamiento adicional (por ejemplo ordenes medicas). Se anotan las actividades de enfermería, la respuesta del paciente a esas intervenciones y otros datos significativos de la valoración.

Se tomaran las decisiones pertinentes, que han sido detectadas durante las fases de valoración y planificación, por lo que la enfermera encausara las actividades a ejercer; la dirección necesaria que se amerita para ayudar a recuperar la salud del paciente, esto implica ejercer las acciones de enfermería de manera que pueda coordinar las actividades con los integrantes del equipo de salud, con base a las necesidades del paciente.

Desde esta perspectiva se prevé que la atención que amerita un paciente que se encuentra en su casa requiera un tipo de personal sanitario distinto al que se ocupara del mismo paciente en un centro médico, donde se confiere especial atención a la enseñanza e investigación.

La ejecución es la fase del Proceso de Atención de Enfermería dirigida a la acción directa en el que la enfermera es responsable de la puesta en práctica del plan de atención de enfermería diseñado previamente. Y debe ser capaz tanto de prestar la atención directa al paciente, coordinar las actividades de cada integrante del equipo sanitario; así como delegar responsabilidades propias de los mismos, debido a que este personal posee diferente grado de preparación y distintas posibilidades de actuación.

8. EVALUACIÓN:

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes

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

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

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

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

2.- Señales y Síntomas específicos

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

3.- Conocimientos:

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios (test),

4.- Capacidad psicomotora (habilidades).

- Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional:

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

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

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

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

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

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

- Medir los cambios del paciente.
- En relación a los objetivos marcados.

- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

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

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

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

Presentación del caso clínico

El Sr. Enrique, es un paciente de 39 años de edad, que radica en el DF, es casado, de religión católica, con preparatoria terminada y es empleado administrativo; su casa cuenta con todos los servicios intradomiciliarios. Tiene como antecedentes heredo familiares hipertensión arterial (madre) y diabetes mellitus (padre), a su vez refiere tabaquismo ocasional y convivencia con personas fumadoras, ingesta de bebidas alcohólicas también ocasional, no presenta enfermedades crónico-degenerativas, es alérgico a clonixinato de lisina, no presenta fracturas, se ha transfundido en 2 ocasiones, ha sido intervenido en diversas ocasiones: circuncisión a los 18 años por fimosis, colecistectomía laparoscopica en 2000 (ISSSTE), apendicetomía laparoscopica en 2002 (ISSSTE), vasectomía en 2003, LAPE con resección intestinal y entero-entero anastomosis con hallazgo de divertículo de Meckel. , LAPE con hallazgos de hernia interna (marzo 2009), LAPE con hallazgos de absceso intra- abdominal en el lecho quirúrgico.

En el mes de septiembre inicio con oclusión intestinal, la cual fue tratada con tratamiento quirúrgico, dejando en ese momento una colostomía en flanco derecho, posterior a esa cirugía se programo para el cierre y reconexión de intestino, la cual se realizo con éxito, y conjuntamente se llevo tratamiento con soluciones parenterales, antibióticos y analgésicos. Sin alteración en sus signos vitales (T/A: 110/70 mmhg, FC: 85 latidos por minuto, FR: 22 respiraciones por minuto, Temperatura: 36.3°C)

A la valoración realizada en la semana del 19 al 23 de octubre del año en curso por el estudiante de enfermería en lo que corresponde a la exploración física se encontró, mucosa oral mal hidratada , pulmones con buena entrada y salida de aire, ruidos cardiacos rítmicos, campos pulmonares limpios y sin alteraciones; abdomen blando y depresible, globoso por abundante gas en colon, perístasis audible disminuida, inició con evacuación escasa pastosa en dos

ocasiones, uresis presente con orina de aspecto normal, columna íntegra, genitales de acuerdo a edad y sexo, extremidades: íntegras, sensibilidad conservada, pulso periférico de buena intensidad.

Durante la aplicación del instrumento de valoración se observó al paciente con una ligera palidez de tegumentos, ojeroso, apático, en cierta forma muestra desinterés, desalineado, aburrido, con bostezos intermitentes y cansancio al realizar ciertas actividades como, (cepillado de dientes, peinarse, etc.)

Una vez que se realiza la historia clínica se encontraron las siguientes necesidades alteradas: descanso y sueño, oxigenación, alimentación e hidratación, higiene, movimiento y mantener buena postura, evitar peligros, recreación y comunicación.

JERARQUIZACIÓN DE DIAGNOSTICOS.

- Perturbación del sueño relacionado con experiencias previas de hospitalizaciones por acto quirúrgico, manifestado por irritabilidad, cansancio, queja verbal de intolerancia a la hospitalización.
- Riesgo de desequilibrio hidro electrolítico relacionado con alteración del sistema digestivo.
- Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con la incapacidad de digerir, absorber los nutrientes debido a factores biológicos manifestado por peso corporal inferior al peso ideal con aporte nutricional adecuado y falta de información e interés por mejorar su conducta de salud.
- Riesgo de respiración ineficaz relacionado con ser fumador activo desde hace 18 años, y a su vez ser fumador pasivo
- Dolor en flanco derecho relacionado con cierre de herida de colostomia manifestado por inmovilidad, facies de dolor y referencia verbal.
- Afección de la integridad cutánea relacionado con alteración del estado nutricional manifestado por herida quirúrgica en proceso de cicatrización.
- Deterioro de la mucosa oral relacionado con falta de higiene bucal manifestado por xerostomía, mucosa espesa, fisuras en los labios
- Riesgo de deficiencia en el cuidado personal relacionado con conductas sanitarias inadecuadas.
- Aislamiento social relacionado con incapacidad para establecer relaciones personales satisfactorias manifestados por falta de personas significativas de soporte, expresión de sentimiento de rechazo, sentimiento de ser diferente a los demás.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN
BASADO EN EL MODELO DE NECESIDADES HUMANAS DE
VIRGINIA HENDERSON

DATOS GENERALES:

NOMBRE: E.S.P EDAD: 39 años PESO: 65 Kg. TALLA: 165 m. IMC: 18.92 Kg/m
FECHA DE NACIMIENTO: 19 de enero de 1970, OCUPACIÓN: Empleado
Administrativo, RELIGIÓN: Católica, ESCOLARIDAD: Preparatoria terminada,
FUENTE DE INFORMACIÓN: Propio paciente, expediente clínico (medico y de
enfermería), MIEMBROS QUE INTEGRAN LA FAMILIA: 3 (Esposo, Esposa e Hijo)
DOMICILIO: D.F., INSTITUTO DE SALUD: Issste

VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES HUMANAS:

**1. Necesidades básicas de: Oxigenación, nutrición e hidratación,
eliminación y termorregulación.**

a) Oxigenación.

SUBJETIVO:

¿Tiene algún problema para respirar? No ¿Fuma? Si ¿Cuántos cigarros al día?
2 ¿Convive con fumadores? Si ¿Tiene la sensación de que le falta el aire
cuando camina? No ¿Convive con fumadores? Si ¿Tiene la sensación de que le
falta el aire al subir escaleras? No ¿Toma bebidas embriagantes? Si
ocasionalmente. ¿Su casa está ventilada? Si ¿Tiene familiares con problemas
para respirar? No ¿Le han diagnosticado hipertensión? No ¿Tiene problemas
cardíacos? No ¿Tiene familiares con problemas del corazón? No

OBJETIVO:

Registro de signos vitales y características: T/A 120/80 mm Hg Temperatura axilar,
36.5°C, F.R. Toraco abdominal igual a 22 por minuto y amplitud de (XX); F.C. igual
a 80 por minuto, ritmo, amplitud y volumen.

Estado de conciencia: consciente, Coloración de la piel/ lechos ungueales/

peribucal: Piel, lechos ungueales peribucal con buena coloración rosácea con llenado capilar de 3 segundos..

b) Nutrición e hidratación.

SUBJETIVO:

Dieta: Por el momento en el hospital se encuentra en ayuno: Número de comidas diarias: En su casa se alimenta 3 veces al día,(desayuno, comida y cena con un intervalo de 8 horas), Trastornos digestivos: Ninguno,

Intolerancia alimentaria/alergias: Los alimentos que acostumbra consumir durante el desayuno, son: té, pan, verdura y jamón. Cantidades en raciones: 1 ración de cada una, durante la comida, arroz, consomé, pollo, verdura (jitomate, chayote), fruta (pera) y agua. Cantidades en raciones: 1 ración de cada una., no tiene problemas para deglutir. Toma aproximadamente 2 litros de agua al día.

OBJETIVO:

Turgencia de la piel: Fuerte y sin problemas, Membranas y mucosas: deshidratadas, Cabello y unas, sin problema, Aspectos de dientes y encías: Dentadura completa con 32 piezas dentales, sin caries, se nota ligera inflamación en encías así como pequeñas erosiones.

Heridas tipo y tiempo de cicatrización: Solo es observable la cicatriz del cierre de la colostomia que tenía de aproximadamente 5 cm. de largo y el de la laparotomía exploradora de aproximadamente 10 cm. de largo. Sin bordes ni abultamientos en proceso de cicatrización.

C) Eliminación.

SUBJETIVO.

Hábitos intestinales: Defeca una vez al día., sin presentar esfuerzo para defecar, no tiene dolor anal al evacuar, así como tampoco dolor abdominal, presenta flatulencias, no tiene hemorroides, no uso laxantes, la evacuación es líquida y

de color café claro. Orina de 3 a 5 veces al día, de color amarillo con olor Sui géneris, no tiene disuria, nicturia, poliuria o retención de orina.

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: No influye su estado emocional ni tampoco el lugar donde se encuentre, ya que al momento no tiene problemas de eliminación.

OBJETIVO.

Región abdominal y fosas renales: se percutieron fosas renales sin encontrar dolor o molestia, se palpó abdomen bajo encontrando dolor y rigidez., así como abdomen blando depresible, con ruidos peristálticos normales, con flatulencias, sin molestia a la palpación.

D) Termorregulación.

SUBJETIVO.

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: sin problemas ya que únicamente al hacer mucho frío es cuando se abriga más de lo habitual.

Ejercicio, tipo y frecuencia: No hace ejercicio salvo cuando camina dentro de las instalaciones del hospital aproximadamente alrededor de 15 minutos.

Objetivo:

Características de la piel Tibia, semihidratada (+) turgente, íntegra y ligeramente pálida.

Transpiración: Es muy escasa, ya que únicamente trae bata hospitalaria de tela delgada.

Condiciones del entorno físico, Su hogar se encuentra bien iluminado, ventilado, cuenta con todos los servicios de luz ,drenaje, agua potable, se compone de sala comedor, cocina, baño y un patio en donde esta su lavadero, la casa no presenta humedad.

2.- Necesidades Básicas de: moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel, Necesidad de evitar peligros.

A) Moverse y mantener una buena postura.

SUBJETIVO.

Capacidad física cotidiana: puede valerse por si mismo, sin embargo debe mantener el reposo ya que fue intervenido quirúrgicamente.

OBJETIVO:

Estado del sistema músculo esquelético: miembros superiores se encuentran simétricos, bien conformados, con buena movilidad, flexibilidad, fuerza y resistencia articular, reflejos tendinosos presentes; en cuanto a los miembros inferiores se encuentran simétricos, reflejos rotulianos presentes, pulso poplíteo presente, no se detectan problemas en la marcha; los movimientos y la flexibilidad articulares sin problema.

B) Descanso y sueño.

SUBJETIVO.

Horas de descanso: El paciente refiere no tener muchas horas de descanso, por lo que con dificultad duerme 6 horas, en todo el día, ya que en el hospital hay muchos ruidos y luces encendidas lo cual no favorece el sueño y descanso. Se siente cansado al levantarse en el hospital por las interrupciones que ocurren al administrar sus propios medicamentos y de los otros pacientes por las enfermeras.

OBJETIVO.

Estado mental: Ansiedad-estrés/lenguaje: Ligera palidez de tegumentos, ojeroso, apático, en cierta forma muestra desinterés, desalineado, aburrido, con bostezos intermitentes y cansancio al realizar ciertas actividades como, (cepillado de dientes, peinarse, etc.), ansiedad y preocupación por no poder conciliar el sueño de manera que pueda descansar,

C. Vestido.

SUBJETIVO.

Se viste por sí mismo, el escoge su ropa, su estado de animo no influye en su forma de vestir, no le interesa la moda, y utiliza ropa adecuada de acuerdo al clima o temporada.

OBJETIVO.

El paciente es capaz de vestirse y desvestirse solo, únicamente trae puesta una bata, se encuentra limpia ya que se le cambia la ropa diario.

D. Higiene y protección de la piel.

SUBJETIVO.

Se baña diario, después de cada baño el cambio de ropa es total en ocasiones utiliza cepillo de dientes, se lava las manos antes de comer y después de ir al baño.

OBJETIVO

Se encuentra la piel y el cabello limpios e hidratados, las uñas recortadas, rosadas, lisas y sin lesiones tanto de manos como de pies, sin lesiones bucales ni caries, se le cambian la bata y las sábanas de la cama todos los días, no presenta halitosis.

E.- Necesidad de evitar peligros.

SUBJETIVO

Prácticas sanitarias habituales; esquema de inmunizaciones completo: Si (Toxoide Diftérico, Toxoide Tetánico, Hepatitis B, Sarampión, Rubéola, Influenza) La percepción de su imagen corporal, se ve y se siente físicamente estable.

OBJETIVO.

El paciente se encuentra consciente, su movilidad está reducida por efecto de su cirugía, se le realizan curaciones para evitar alguna infección y reconoce las medidas de seguridad, que debe seguir para evitar tener algún accidente en su estancia en el hospital. Las condiciones en las que se encuentra el paciente son una adecuada iluminación de su entorno, limpieza y pulcritud,

Entre de los procedimientos invasivos el paciente, se encuentra la instalación de un catéter en el brazo izquierdo, no se encuentran sondas.

3.- Necesidades básicas de comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

a) Necesidad de comunicación.

Subjetivo.

Su idioma materno es el español, no tiene ninguna alteración que le impida comunicarse, tiene un carácter amable y cooperador, su auto percepción es pesimista, porque le preocupa su estado de salud, no tiene dificultad para comprender, aprender, concentrarse etc.

Objetivo:

El paciente utiliza un lenguaje común y fácil de manejar, de carácter tranquilo y amable aunque se percibe y se manifiesta preocupado por su estado de salud actual, se apoya de sus manos y gestos para comunicarse, se encuentra tranquilo y cooperador.

B) Creencias y valores.

SUBJETIVO.

Lo que es importante para el en la vida es su familia y la salud, además de ese valor considera su casa como algo importante, sus creencias le ayudan a enfrentar su situación actual.

Objetivo

Para el paciente es importante su familia y su salud, de religión católica y si considera que sus creencias le ayudan a enfrentar su situación actual, se observan símbolos propios de su religión, oraciones y peticiones relacionadas con la misma.

c.- Trabajar y realización.

Subjetivo

Actualmente no trabaja debido a su padecimiento, no tiene ninguna discapacidad, su integración social y con su familia es buena y logra con frecuencia sus metas que se propone debido a su perseverancia.

Objetivo:

El paciente trabaja como empleado pero últimamente se le dificultó a causa de su enfermedad, considera que tiene buena capacidad de relacionarse con las personas, es amable, cooperador y tranquilo; requiere de asistencia hospitalaria temporal.

d) Necesidad de recreación.

Subjetivo.

Su estado de ánimo con frecuencia se encuentra con ánimos de reír y divertirse con su esposa e hijo, acostumbra a leer, oír música y que su familia siempre este presente.

Objetivo.

A pesar de su condición actual, el paciente se encuentra de buen humor ya que refiere "gustarle sentirse bien", durante su hospitalización realiza actividades tanto

de lectura como escuchar música con un pequeño radio que le llevó un familiar.

e) Aprendizaje.

Subjetivo:

Considera que el aprendizaje siempre es bueno ya que adquiere nuevos conocimientos, aprendiendo de la lectura, de sus semejantes, de la televisión, de la radio y por supuesto de las enfermeras. Además ha adquirido actitudes y habilidades para mantener su salud.

Objetivo.

Atento a todas las indicaciones médicas que se le prescriben aunque no se le mencionen directamente a el, posteriormente se le brindó por parte del personal de enfermería, una sesión informativa acerca de su padecimiento, así como también de las posibles complicaciones, de su tratamiento y de los cuidados que debería tener en casa para evitar una posible recaída; durante la misma el paciente se mostró bastante atento y pregunto todo lo que no entendía, expresaba y manifestaba deseos de aprender. Después de ésta se le cuestionó acerca de los beneficios que ésta le trajo argumentando que le iban a servir para modificar y mantener su estado de salud.

PLANES DE CUIDADOS.

DIAGNOSTICO No. 1

Perturbación del sueño relacionado con experiencias previas de hospitalizaciones por acto quirúrgico, manifestado por irritabilidad, cansancio, queja verbal de intolerancia a la hospitalización.

OBJETIVO:

Lograr que la persona concilie el sueño y duerma dos horas más de las que ha estado durmiendo últimamente

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
<p>Enseñarle al paciente hábitos que favorezcan la conciliación del sueño como:</p> <p>Leer libros relacionado con la literatura clásica.</p> <p>Escuchar música tranquila (música instrumental)</p> <p>De ser posible ducharse 3 horas antes de la hora de dormir. Cenar ligero.</p>	<p>Una parte importante de la vida de los seres humanos esta dedicada al sueño y al reposo. El sueño es esencial para el crecimiento y la recuperación del organismo. Durante el sueño las actividades fisiológicas decrecen. El sueño libera al individuo de sus tensiones, tanto físicas como psicológicas y le permiten encontrar la energía necesaria para sus actividades cotidianas una actividad física adecuada predispone a los individuos a un sueño reparador.</p> <p>Ciertos hábitos antes de acostarse (ducha, baño caliente, lectura, cenar ligero) favorecen el sueño.</p>

<p>No realizar actividades de esfuerzo físico antes de dormir.</p>	<p>Las personas debilitadas gastan cantidades inusuales de energía solo para recobrar la salud.</p> <p>El ejercicio moderado suele conducir al sueño pero el ejercicio excesivo puede retrasarlo</p>
<p>Limitar la ingesta de líquidos por la noche e inducir a la persona para que elimine orina antes de dormir.</p>	<p>El limitar la ingesta de líquidos antes de dormir favorece el sueño ya que no se tiene que levantar por las noches para ir al baño</p>
<p>Procurar un entorno adecuado</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cama confortable -Posición adecuada -Habitación oreada y relajante 	<p>El ambiente puede favorecer o dificultar el sueño, la ausencia de los estímulos usuales o la presencia de estímulos no familiares pueden evitar que la persona duerma.</p>
<p>Dejar de fumar.</p>	<p>La nicotina tiene un efecto estimulante sobre el organismo y los fumadores, suelen tener mas dificultad para dormir que los no fumadores</p> <p>El reposo y el sueño son esenciales para la salud. Las personas que están enfermas con frecuencia requieren más reposo y sueño de lo normal.</p>

<p>Enseñar al paciente técnicas de relajación.</p>	<p>La técnica puede ser en posición sentado con brazos sobre las piernas, o parado acostado con los brazos al costado del cuerpo y los pies ligeramente abiertos</p> <p>En caso de que la posición sea parada o sentada puede aplicarse las manos con ligera presión a mitad de las costillas o debajo de ellas para sentir la presión del diafragma.</p> <p>1.- Respirar profundo.</p> <p>2.- contar mentalmente hasta 3 exhalar lentamente por la boca sin mover los labios.</p> <p>Repetir 1 y 2 por cinco veces.</p> <p>3.- Respirar profundo.</p> <p>4.- Luego de contar mentalmente hasta 3 exhalar lentamente como si sopláramos una vela.</p> <p>Repetir 3 y 4 por cinco veces.</p> <p>5.- Respirar profundo.</p> <p>6.- Luego de contar mentalmente hasta 3 exhalar lentamente como si dijéramos siiiii.</p> <p>Repetir 5 y 6 por cinco veces.</p>
--	---

EVALUACION.

El Sr. Enrique mostró interés durante toda la intervención ya que alcanzó un grado de relajación, cuando se le enseñó una técnica de relajación simple, la cual por propia voz del paciente cuando se le pregunto al día siguiente si había podido dormir a lo cual contesto que si había dormido al menos dos horas mas.

DIAGNOSTICO No.2

- Riesgo de desequilibrio hidro electrolítico relacionado con alteración del sistema digestivo.

OBJETIVO:

Mantener un equilibrio hidroelectolítico acorde a los requerimientos diarios.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
<p>Llevar un estricto control de líquidos, haciendo las anotaciones pertinentes en la hoja disponible para tal efecto. Para medir la entrada de líquidos, se debe de anotar en la hoja cada elemento líquido ingerido o administrado al paciente, especificando la hora y el tipo de líquido.</p> <p>Líquidos por via oral.</p> <p>Alimentos administrados por sonda</p> <p>Líquidos parenterales como solución salina, mixta o glucosada.</p> <p>Medicamentos intravenosos, como antibióticos, analgésicos.</p>	<p>El control de líquidos es un registro que se lleva a cabo para saber de una manera mas especifica los ingresos y egresos de líquidos, porque cuando hay un desequilibrio hidro electrolítico se altera el estado metabólico del paciente. El equilibrio hidro electrolítico nos habla del funcionamiento renal, digestivo y respiratorio del paciente.</p> <p>Los cambios de peso significativos en corto periodo de tiempo indican cambios importantes en los niveles de líquidos. Estos aumentos o pérdidas indican un comportamiento específico intravascular</p>

<p>Registro de egresos:</p> <p>Diuresis.</p> <p>Vómitos y evacuaciones líquidas.</p> <p>Drenajes de heridas o fístulas</p> <p>Perdidas insensibles.</p> <p>Toma de peso diario.</p> <p>Reposición hidroelectrolítico por vía parenteral prescritos por el médico.</p>	<p>Las determinaciones diarias del peso proporcionan una valoración precisa del estado hídrico del paciente.</p> <p>Un rápido aumento o pérdida del 5 al 8% del peso corporal indican importantes déficit o exceso de volumen de líquidos.</p> <p>El registro preciso de de los ingresos y de los egresos durante un periodo de 24 horas proporcionan información importante acerca del equilibrio hidroelectrolítico del paciente.</p>
---	---

EVALUACION.

El Sr. Enrique mantuvo un equilibrio hidroelectrolítico adecuado, es decir que la cantidad de líquidos tanto eliminados como administrados fue proporcional.

DIAGNÓSTICO No. 3

Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con la incapacidad de digerir y absorber los nutrientes debido a factores biológicos manifestado por peso corporal inferior al peso ideal con aporte nutricional adecuado y falta de información e interés por mejorar su conducta de salud.

OBJETIVO:

Recuperar el peso perdido por deficiencia nutricional en corto plazo en un tiempo de 15 días.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACION
<p>Asesoramiento nutricional. Informarle sobre las características de una dieta saludable, a que se refiere cada una de estas y su importancia de llevarlo a cabo. DIETA SALUDABLE: Completa. Suficiente. Equilibrada. Inocua. Variada. Adecuada. Accesible.</p>	<p>El asesoramiento dietetico es una función muy amplia que no puede limitarse a proporcionar información. Las enseñanzas se deben adaptar a las necesidades del paciente que indicara si necesita información en general o asesoramiento sobre un aspecto en concreto. La enfermera también puede ayudar a los pacientes que tienen problemas debido a una ingesta inadecuada de nutrientes ayudándolos a equilibrar su dieta.</p>

<p>Evitar el consumo de distractores del apetito tales como golosinas jugos de frutas industrializadas, refrescos, etc. ya que su alto contenido calórico producirían fácilmente saciedad e inhibirían el apetito</p> <p>Proporcionar material informativo, que se atractivo de guías de comidas en la habitación del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plato del buen comer. • Raciones de cada grupo de alimentos para la edad que cubren las recomendaciones diarias de energía. • Equivalentes en raciones de cada alimento. • Mantener una hidratación adecuada. 	<p>Al cumplir con el aporte calórico y la ingesta requerida de proteínas aunada a una dieta equilibrada y completa se le brindara la paciente el sustrato necesario para el crecimiento celular que redundará en la obtención del peso óptimo para la edad y permitirá a cada una de sus células optimizar sus funciones obteniendo un adecuado desarrollo.</p> <p>Beber y comer es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad y en cantidad suficiente para asegurar el crecimiento, el mantenimiento de los tejidos y la energía indispensable para su optimo funcionamiento</p>
---	---

EVALUACIÓN

El sr. Enrique y su esposa se mostraron muy interesados durante la intervención, manifestaba que por su problema de salud quería saber como se debía de alimentar. Se mostraron atentos a cada una de las explicaciones brindadas.

DIAGNOSTICO No. 4

Riesgo de respiración ineficaz relacionado con ser fumador activo desde hace 18 años y a su vez ser fumador pasivo en la actualidad.

OBJETIVO:

Conseguir que el paciente a largo plazo deje de fumar.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACION
Se recomienda que no asista a bares o discotecas.	El asistir a lugares tales como bares o discotecas favorece a que inhale mas humo de lo que puede consumir si fuma, y este humo influyen en la oxigenación afectando el aparato cardiovascular y el respiratorio.
Evite ir a lugares muy concurridos, tales como eventos masivos	El asistir a lugares concurridos lo expone a accidentes que pueden poner en riesgo su vida. El frío o el calor afecta la oxigenación de las personas expuestas a la contaminación del aire.

<p>Proponer al paciente que deje de fumar a través de los diferentes métodos existentes tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parches de nicotina • Enjuagues bucales • Clínica de tabaquismo 	<p>A través del humo, se incorporan los distintos elementos contenidos en el tabaco, provocando efectos nocivos en fibroblastos, células sanguíneas e inflamatorias, en el sistema inmunitario celular y humoral.</p> <p>El calor producido por la combustión del cigarrillo tendrá contacto directo con la mucosa oral, provocando efectos nocivos sobre la misma, entre ellos, periodontitis, gingivitis, aumento de la pérdida de inserción, etcétera.</p> <p>También se atribuye al tabaco la falta de absorción de las vitaminas A, B y C.</p> <p>La acción del monóxido de carbono, el alquitrán y la nicotina además de producir adicción: aumenta el riesgo de cáncer pulmonar, de laringe, órganos digestivos y aparato urinario, predispone a la bronquitis crónica, al enfisema, a la EPOC y a la úlcera péptica. Está demostrado que predispone a la arteriosclerosis con sus manifestaciones a nivel coronario, arterial periférico y cerebral. Es factor de riesgo en el aneurisma de la aorta abdominal y factor agravante de la hipertensión arterial.</p>
---	--

<p>Enseñar ejercicios respiratorios.</p> <p>Realizar los ejercicios respiratorios 2 veces al día durante unos 15 minutos</p>	<p>Los ejercicios de respiración son actividades específicas que se enfocan en fortalecer órganos internos como el estomago o los pulmones, mediante la respiración, en estos ejercicios no se desarrollan rutinas como tal, pero es muy común ver en los gimnasios, SPA y en otros lugares, la practica de estos ejercicios.</p> <p>Una de las grandes virtudes que traen los ejercicios de respiración son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de sistemas y órganos internos. • Proporcionan descanso y relajación. • Favorece la capacidad mental. • Ayuda significativamente a mantener un buen estado físico interno. • Contribuye a mejorar el rendimiento en actividades deportivas.
--	---

EVALUACIÓN.

El Sr. Enrique se mostró interesado durante la enseñanza de los ejercicios respiratorios, las posiciones que favorecen la respiración y las recomendaciones brindadas.

DIAGNÓSTICO No. 5.

Dolor en flanco derecho relacionado con cierre de herida de colostomía manifestado por inmovilidad, facies de dolor y referencia verbal.

OBJETIVO:

Restablecer la movilidad para recuperar el tono muscular, a través de una actividad física.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACION
Valoración del dolor a través de la aplicación de una escala numérica de 0 a 10	<p>El dolor es una experiencia común a todo ser humano. Desde el nacimiento hasta la muerte el individuo está sometido a una interacción constante entre su entorno y su propia realidad psicofísica, y de ambas vertientes puede provenir la agresión que se traduzca en dolor.</p> <p>Para la persona encargada de valorar el poder cuantificar el dolor siempre ha sido una ardua tarea, pues hay que tener presentes las características personales de cada paciente.</p> <p>El dolor es una manifestación clínica que el observador es incapaz de apreciar directamente, es siempre el paciente el que comunica la presencia de este síntoma. Lo primero que se debe determinar es si existe o no una causa que pueda originar dolor, y lo segundo cuantificarlo si es posible.</p> <p>Para el diagnóstico del dolor clínico existen tres abordajes básicos:</p>

	<ul style="list-style-type: none">- Conseguir información subjetiva por parte del paciente, por sus manifestaciones verbales o escritas.- Observar la conducta del sujeto con dolor, con indicadores como agitación, intranquilidad, nerviosismo, gestos, lloros, gritos, etc.- Medición con instrumentos de las respuestas autonómicas acompañantes del dolor, como aumento de la Tensión arterial, de la frecuencia cardiaca y respiratoria etc. <p>La descripción subjetiva del paciente, es probablemente el mejor indicador del dolor. Si una persona dice que tiene dolor, lo mas posible es que sea cierto, y si dice que tiene mucho dolor, es mejor asumir que efectivamente lo tiene.</p> <p>La mejor manera de conseguir medir un dolor es pedir al paciente que nos indique la intensidad de su dolor. Para ello se han propuesto una serie de escalas, teniendo todas ellas sus ventajas e inconvenientes, y en todas hay que tener en cuenta una terminología común de uso más habitual.</p>
--	--

<p>Cambios de posición cada dos horas manteniéndola por 20 minutos (posición semifowler a sedente).</p>	<p>Moverse y mantener una buena postura es una necesidad de todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo con movimientos coordinados y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo. La habilidad que posee el individuo para moverse libremente permite evaluar su estado de salud y su forma física. La actividad motriz es además un medio de eliminar sus emociones.</p>
<p>Enseñar al paciente ejercicios pasivos.</p>	<p>Los ejercicios pasivos sirven para que las articulaciones se mantengan flexibles y tan saludables como sea posible.</p> <p>Sin los ejercicios, la flexibilidad de sus articulaciones puede disminuir y también el flujo sanguíneo a las articulaciones, como las rodillas y los codos, haciendo que estas se vuelvan rígidas.</p> <p>Además van encaminados a una serie de objetivos tales como; el aumento de la tolerancia al ejercicio, el fortalecimiento de la musculatura accesoria y de los miembros, mejorar la independencia en las actividades de la vida diaria, evitar el sedentarismo, la inactividad y la depresión en los pacientes.</p>

<p>Iniciar con la deambulaci3n, y caminar por lo menos durante 15 minutos dos veces por turno.</p>	<p>El ejercicio es una forma de actividad f3sica caracterizada por ser un movimiento corporal planificado, estructurado y repetitivo, que se realiza para mejorar o mantener uno o m3s componentes de la forma f3sica.</p> <p>Los individuos que acostumbran a permanecer inactivos o que han de luchar contra la inactividad a causa de alguna lesi3n o enfermedad est3n expuestos a muchos problemas que pueden afectar a los principales sistemas corporales. Que la inmovilidad produzca o no alg3n problema depende de la duraci3n de la inactividad, del estado de salud del paciente, y de su capacidad sensorial.</p> <p>Los pacientes experimentan una reducci3n considerable de la fuerza y la agilidad muscular si no mantiene cierto grado de actividad f3sica. Adem3s, la inmovilidad afecta negativamente a los sistemas cardiovascular, urinario y psiconeurologico, as3 como el aparato respiratorio y al metabolismo. El profesional de enfermer3a debe conocer estos efectos y animar al paciente para que se mueva lo m3s posible.</p>
--	---

EVALUACI3N.
El se1or Enrique estuvo deambulando durante el tiempo indicado (15 minutos dos veces por turno), sin molestia alguna y con semblante sin facies de dolor.

DIAGNÓSTICO No. 6:

Afección de la integridad cutánea relacionado con alteración del estado nutricional manifestado por herida quirúrgica en proceso de cicatrización.

OBJETIVO:

Mantener la integridad cutánea de la piel, para prevenir infecciones cutáneas que puedan penetrar en el tejido.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
Cambiar al paciente de posición cada dos horas por 15 minutos.	La piel tiene un papel muy importante a realizar en el organismo, es la encargada de regularizar la temperatura corporal, participa en la eliminación de residuos, refleja el equilibrio electrolítico del organismo y transmite las sensaciones térmicas, de tacto, de presión y de dolor. Para cumplir estas funciones, la piel debe estar limpia, aseada y cuidada. La piel se prolonga a través de las mucosas que protegen los orificios que deben estar aseados y cuidados para asegurar el bienestar del individuo y facilitar el buen funcionamiento de sus órganos. La piel tiene también la función de absorción de ciertas sustancias como cremas hidratantes.
Mantener la piel siempre limpia y seca	El organismo humano está recubierto por tegumentos que le protegen contra agentes externos. No obstante, aparecen a menudo agentes mecánicos, químicos o incluso una ligera presión en la piel que le pueden provocar una herida en sus tegumentos.

<p>Desinfectar las heridas con antisépticos</p> <p>Enseñar al paciente a lavar su herida quirúrgica durante la ducha.</p>	<p>A menudo observamos también enrojecimiento a nivel de la piel provocado por una presión contra un objeto, si esta presión persiste pueden aparecer alteraciones profundas hasta llegar a ulceraciones de los tejidos. Toda herida o llaga de la piel es una puerta abierta a la invasión bacteriana.</p> <p>A pesar de que el cuerpo esta extraordinariamente protegido contra los traumatismos, por medio de la piel y de los tejidos subcutáneo y adiposo, los traumatismos se producen de todos modos de forma intencional o no intencional</p> <p>Limpiar adecuadamente la piel alrededor de la herida. Luego lavar la herida con solución salina o agua bidestilada y eliminar cuerpos extraños con una pinza.</p> <p>Dejar secar y aplicar un antiséptico (<u>Povidona yodada</u>).</p> <p>Vendar la herida con una compresa esterilizada y con gasa</p> <p>Colocar un apósito encima de la herida si fuese necesario:</p> <p>Cambiar el vendaje, en lo posible, a diario</p>
---	--

<p>Curación de catéter largo.</p>	<p>La colocación de una curación sobre el sitio de inserción del catéter sirve para varios propósitos. Debe ser oclusivo y repelente al agua para proteger el área de contaminación extrínseca y mantener el sitio limpio de cualquier secreción o drenaje de lugares anatómicos de las proximidades. La curación también ayuda a sujetar el catéter y agrega protección a la porción del cuerpo del mismo próxima al punto de inserción. Se debe utilizar material estéril para prevenir la introducción de microorganismos patógenos al efectuar la curación.</p>
-----------------------------------	---

<p>EVALUACIÓN</p> <p>La herida permaneció limpia y el tejido circundante se mantuvo en buen estado</p> <p>El sitio de inserción del catéter se mantuvo limpio</p>
--

DIAGNÓSTICO No. 7

Deterioro de la mucosa oral relacionado con falta de higiene bucal manifestado por xerostomía, mucosa espesa, fisuras en los labios

OBJETIVO:

Mejorar la hidratación de la mucosa oral para evitar enfermedades bucales a corto plazo

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
Humidificación de la boca con agua inyectable 2 veces por turno.	<p>La mucosa oral está constituida por un epitelio pluriestratificado plano no queratinizado y abundantes glándulas salivales accesorias que le dan características especiales como la de tener un pH levemente alcalino que impide el desarrollo bacteriano.</p> <p>La secreción salival es rica en enzimas como lisozima, amilasa, inmunoglobulinas (principalmente IgA) e interferón. La mucosa oral posee un recambio celular muy alto lo que constituye un mecanismo de defensa y reparación muy eficaz.</p> <p>Algunas lesiones de la cavidad oral pueden ser manifestación de una enfermedad sistémica y a veces las lesiones elementales en la cavidad oral pueden confundirse con o ser lesiones preneoplásicas</p>

<p>Medidas higiénicas sobre el lavado de dientes.</p>	<p>Una de las funciones más importantes de la flora es participar en las defensas del huésped frente a enfermedades infecciosas originadas en la piel o mucosa (estimulación inespecífica de la respuesta inmune, estimulación específica de la respuesta inmune, estimulación específica por reacciones cruzadas, interferencia bacteriana competitiva, etc).</p> <p>La misión del cepillado es eliminar la placa bacteriana, donde se encuentran unos gérmenes que forman parte de la flora bacteriana de la boca y que, si bien no son patógenos, al degradar los azúcares procedentes de los alimentos elaboran unas sustancias ácidas que pueden deteriorar la superficie de los dientes. Aunque la placa bacteriana se forma de manera continua, su acción más nociva se desarrolla después de comer, cuando la producción de ácidos es más elevada porque los gérmenes cuentan entonces con las sustancias nutritivas de las que también se alimentan. Por ello es fundamental cepillarse los dientes después de cada comida y antes de que pasen treinta minutos, que es lo que tardan las bacterias en producir sus secreciones ácidas</p>
---	---

<p>Utilizar lápiz labial para humectar los labios y la comisura de la boca.</p>	<p>La flora comensal se compone de variados microorganismos, especialmente bacterias que habitan en condiciones normales el tracto respiratorio superior y oral que, en determinadas ocasiones, ya sea por factores del huésped o del ambiente, adquieren mayor virulencia o alcanzan sitios cercanos a su localización normal y producen enfermedades</p> <p>Los labios son una de las zonas más sensibles del rostro debido a que la piel que los cubre es fina y carece de glándulas sebáceas y sudoríparas, encargadas de crear el manto natural (capa hidrolipídica) que protege contra deshidratación e inclemencias climáticas a otras regiones de la epidermis. Asimismo, el paso del tiempo, consumo de tabaco y constante movimiento al que los sometemos cuando hablamos y gesticulamos son motivos suficientes para explicar su tendencia a researse, formar arrugas y envejecer en forma prematura.</p> <p>El labio exterior y la semimucosa son regiones que se encuentran sometidas permanentemente a cierto nivel de humedad (saliva, bebidas, alimentos), misma que al evaporarse por factores ambientales se lleva también al agua de los tejidos; la repetición constante de este ciclo generan deshidratación y muerte celular que se traducen en grietas y descamación. Cabe señalar que esto ocurre con mucha frecuencia no sólo en tiempos de intenso frío o viento, sino prácticamente en cualquier época del año, ante todo si la persona posee piel seca o sensible</p>
---	---

EVALUACIÓN.

El señor Enrique demostró que adquirió nuevos conocimientos sobre la técnica correcta del cepillado, el profesional de enfermería verificó la devolución del procedimiento.

DIAGNÓSTICO No. 8

Riesgo de deficiencia en el cuidado personal relacionado con conductas sanitarias inadecuadas

OBJETIVO:

Reforzar los conocimientos sobre hábitos higiénicos y de salud para mejorar el cuidado personal del paciente.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
Baño diario con cambio de ropa total.	<p>El baño tiene una serie de funciones como eliminar la secreción sebácea, la transpiración, células muertas y algunas bacterias que se han acumulado. También estimula la circulación: un baño caliente o templado dilata los vasos superficiales, trayendo más sangre y más nutrientes a la piel. El masaje vigoroso tiene el mismo efecto. Frotar con fricciones largas y suaves desde las partes distales a las proximales de las extremidades es particularmente eficaz para facilitar el flujo venoso.</p> <p>El baño también provoca un sentido de bienestar en las personas. Es refrescante y relajante y ayuda frecuentemente a la moral, apariencia y auto respeto del individuo. El procedimiento del baño nos da la oportunidad de valorar al paciente, tanto desde el punto de vista físico, condiciones de la piel, erupciones, edema sacro, como desde el punto de vista mental y/o emocional, P. ej.: orientación en el tiempo, estado anímico etc.</p>

<p>Cepillado de dientes</p>	<p>La misión del cepillado es eliminar la placa bacteriana, donde se encuentran unos gérmenes que forman parte de la flora bacteriana de la boca y que, si bien no son patógenos, al degradar los azúcares procedentes de los alimentos elaboran unas sustancias ácidas que pueden deteriorar la superficie de los dientes. Aunque la placa bacteriana se forma de manera continua, su acción más nociva se desarrolla después de comer, cuando la producción de ácidos es más elevada porque los gérmenes cuentan entonces con las sustancias nutritivas de las que también se alimentan. Por ello es fundamental cepillarse los dientes después de cada comida y antes de que pasen treinta minutos, que es lo que tardan las bacterias en producir sus secreciones ácidas</p>
<p>Lavado de manos y uñas.</p>	<p>La transferencia de microorganismos por las manos ha sido identificada como el factor más importante en la transmisión de infecciones.</p> <p>La flora bacteriana de las manos puede ser dividida en flora residente y transitoria. Los gérmenes que componen la flora residente no son habitualmente patógenos. La flora transitoria, en cambio, se adquiere por contacto con objetos contaminados, tiene gran importancia en la cadena de transmisión de las infecciones y es fácilmente removida con el uso de la técnica adecuada del lavado de manos.</p>

<p>Cuidado de los pies.</p>	<p>Cuando un paciente requiere ayuda para el cuidado de las uñas, la cuidadora necesita un cortaúñas o unas tijeras de punta, una lima, un palillo para reseca cutículas, una loción de manos o aceite mineral para lubricar cualquier tejido seco alrededor de las uñas y una palangana con agua para sumergir las uñas que estén especialmente gruesas o duras.</p> <p>Se sumerge una mano y se seca, luego se cortan o liman las uñas en línea recta. Los enfermos diabéticos, o con problemas circulatorios deben limárselas, en vez de cortárselas. Después de esto, se liman los bordes y la cuidadora las limpia por debajo. Luego se retiran suavemente las cutículas, teniendo cuidado de no producir heridas. Cualquier anomalía como una cutícula infectada o una inflamación alrededor de la uña se notificara al medico o a la enfermera.</p> <p>Se pueden evitar muchos problemas haciendo que los pacientes sigan las pautas siguientes: Llevar un calzado que se adapte correctamente, de forma que no aprieten ni rocen sobre ningún área.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavarse los pies diariamente y secárselos bien. 2. Evitar o controlar un olor desagradable, debido a una transpiración excesiva, lavar y cambiar de calcetines y de zapatos con frecuencia. 3. Llevar medias o calcetines limpios diariamente.
-----------------------------	--

<p>Cuidado del pelo</p>	<ol style="list-style-type: none"> 4. Evite andar descalzo. 5. Evitar la sequedad excesiva de la piel de los pies empleando cremas o lociones. Para suavizar los callos, sumergir los pies en agua templada con sal y frotar suavemente con piedra pómez. Para el cuidado de las uñas se aplicará la misma técnica que para las de las manos. 6. Ir al podólogo regularmente <p>El pelo necesita que se cepille diariamente para que esté sano. Esta operación cumple tres funciones principales: estimula la circulación sanguínea del cuero cabelludo, distribuye el aceite a lo largo de la fibra del pelo y ayuda a asearlo, la mayoría de las personas emplea un cepillo para esto.</p> <p>El cabello largo es un problema para los pacientes cuando no pueden ir a la peluquería durante un tiempo prolongado. Para evitar que se enrede tienen que peinarse al menos una vez al día.</p> <p>La limpieza y aseo del pelo, tanto en los hombres como en las mujeres se relaciona estrechamente con el sentido de bienestar. A menudo, cuando los pacientes comienzan a sentirse mejor, el arreglarse el pelo es un estímulo para la moral y los sentimientos positivos sobre su apariencia.</p>
<p>EVALUACIÓN.</p> <p>El señor Enrique se mostró interesado y a la vez sorprendido durante la explicación de la importancia de medidas higiénicas y de la enseñanza del lavado de manos. Demostró que aprendió dicho procedimiento al repetirlo por si mismo de forma correcta.</p>	

DIAGNÓSTICO No. 9:

Aislamiento social relacionado con Incapacidad para establecer relaciones personales satisfactorias manifestado por Falta de personas significativas de soporte, expresión de sentimiento de rechazo, sentimiento de ser diferente a los demás.

OBJETIVOS:

Favorecer y facilitar la afirmación, el conocimiento y percepción positiva de si mismo, ayuda hacia una apertura hacia los demás.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN.
Dar valor a las capacidades, talento y a la realización del paciente.	El ser humano tiene necesidad de otros para responder al conjunto de sus necesidades vitales y para satisfacer sus aspiraciones superiores. En efecto para su desarrollo tanto físico como psíquico, al inicio de la vida y mas tarde a lo largo de toda su existencia, es por estos intercambios con sus semejantes que puede asegurar la satisfacción de sus necesidades fundamentales. La familia, el entorno y el conjunto de la misma sociedad ocurren por medio de la comunicación.

<p>Permitirle expresar sus ideas, sentimientos, necesidades y deseos.</p> <p>Enseñarle técnicas de afirmación de si mismo (aumentar la autoestima)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deje de criticarse y empiece a apreciarse a sí mismo. • El aceptarse le ayuda a hacer cambios. • Empiece a aprobarse. • Dése permiso para avanzar 	<p>La necesidad de comunicar es una obligación que tiene el ser humano, de intercambio con sus semejantes. Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras, llegar a la puesta en común de sentimientos opiniones, experiencias e información.</p> <p>La autoestima tiene dos componentes: un sentimiento de capacidad personal y sentimiento de valía personal.</p> <p>En otras palabras, la autoestima es la suma de la confianza y el respeto por uno mismo.</p> <p>Refleja el juicio implícito que cada uno hace de su habilidad para enfrentar los desafíos de la vida (para comprender y superar los problemas) y de su derecho a ser feliz (respetar y defender sus intereses y necesidades).las presiones que nos hacen sucumbir a la desaparición o a la derrota.</p>
---	--

<ul style="list-style-type: none"> • Puede dejar de preocuparse • Escúchese, Vd. sabe lo que le es más provechoso. • Vd. merece ser feliz. • Decida tratarse bien. • Tome el control de su vida. • Concéntrese en lo bueno de la s personas y de las situaciones. • Usted elige sus pensamientos. 	<p>Tener una alta autoestima es sentirse confiadamente apto para la vida, es decir, capaz y valioso, en el sentido que acabo de indicar. Tener una autoestima baja es sentirse inútil para la vida, equivocado, no con respecto a tal o cual asunto, sino equivocado como persona; cuánto más flexibles seamos, más resistiremos</p> <p>Desarrollar la autoestima es desarrollar la convicción de que uno es competente para vivir y merecer la felicidad y por lo tanto, ayuda a alcanzar nuestras metas y experimentar la plenitud. Desarrollar la autoestima es ampliar nuestra capacidad de ser felices.</p> <p>Cuanto más alta sea nuestra autoestima, mejor preparados estaremos para afrontar las adversidades</p>
<p>Ayudar al paciente a identificar sus posibilidades de escucha, de comunicarse con los demás y de crear lazos efectivos</p>	<p>La persona capaz de comunicarse con sus semejantes es físicamente apta para recibir los estímulos intelectuales, afectivos y sensoriales que se desprenden de su entorno.</p>

<p>Ofrecer actividades que respondan a sus gustos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jugar juegos de mesa (ajedrez, adivina quien, acertijos.) • Leer • Escribir • Escuchar música. 	<p>Mediante la práctica lúdica se perfeccionan diferentes habilidades y destrezas, favoreciéndose el desarrollo de una variada gama de actitudes de carácter social (colaboración, comunicación, solidaridad, respeto...) e individual (confianza en sí mismo, valoración de sus posibilidades, autonomía, participación, afán de superación...).</p> <p>Las actividades lúdicas no tienen que derivar necesariamente en aprendizajes deportivos, sino que tienen sentido en sí, favoreciendo la exploración corporal, las relaciones con los demás y el disfrute creativo del ocio.</p> <p>Teniendo en cuenta las limitaciones del espacio, se tendrá que seleccionar juegos que se adapten a dichas peculiaridades. De igual forma hemos de diseñar actividades que requieran la utilización de un material igualmente adaptado a dichas exigencias.</p>
---	--

EVALUACIÓN.

El señor Enrique se mostró interesado en aprender a jugar juegos de mesa, que a su vez sirvieron para que pudiera interactuar con sus compañeros de cuarto, así como también logro tener una comunicación más afectiva y asertiva.

PLAN DE ALTA

DIETA

DIETA BLANDA CON ABUNDANTES LIQUIDOS Y BAJA EN GRASAS.

Se trata de una dieta baja en residuos (pobre en fibra), que contiene muy pocos alimentos no cocinados (En una dieta blanda no entran alimentos crudos, todos deben de estar **hervidos** excepto el pan, la tortilla y el aceite.)

Hay que recordar que **en una dieta blanda es muy importante reponer líquidos** ya que muchas veces esta dieta blanda se inicia tras un periodo de tiempo donde nuestro organismo ha rechazado los alimentos sólidos y se han producido **vómitos** con la consiguiente **pérdida de nutrientes y sales minerales** y que por lo tanto una buena forma de recuperarlos es a través de la **reposición hidrolítica** bebiendo zumos, recomendados los de limón con 2 cucharadas de azúcar o sacarina, una pizca de sal y ½ cucharada de bicarbonato

DIETA BLANDA

Dieta líquida:

Leche y bebidas lácteas, pudines y natillas, helados, sorbetes, zumos vegetales, cereales refinados (crema de arroz), huevos en natillas y flanes, mantequilla de cacahuete, yogurt.

Todos los alimentos de dieta líquida mas:

Carne: Carne magra y suave, pescado o aves (picada o desmenuzada); salsa de espagueti con carne picada.

Alternativas a la carne: huevos revueltos, tortilla, huevos escaldados, requesón y otros quesos suaves.

Alimentos Vegetales: puré de patata, verduras en crema o salsa de queso, otras verduras cocinadas. (espinacas, coliflor, puntas de espárragos), picada o en puré, aguacate

Frutas: Frutas cocidas o en lata, plátano, uvas y naranja, compota de manzanas

Pan y cereales: Arroz, cebada, pasta, todo tipo de pan, cereales cocinados (harina de avena)

Postres: Pasteles suaves, pudin de pan

Alimentos Permitidos

ALIMENTO CON MUY BAJO CONTENIDO EN GRASA

Almeja fresca	Falda de res
Atún en agua	Hígado de pollo o res
Bacalao	Langosta
Calamar	Milanesa de pollo
Camarón grande (5pzas.)	Muslo de pollo sin piel
Camarón pacotilla	Pata de res
Clara de huevo	Pechuga de pollo sin piel
Fajitas de pollo	Pescado fresco
Requesón	Pierna y muslo de pollo
Surimi	Queso fresco de cabra

ALIMENTO CON BAJO CONTENIDO EN GRASA

Aguayon	Pavo entero
Atún en aceite ¼ de lata	Pescado blanco
Cecina de cerdo	Pierna de res
Conejo	Pierna y pulpa de cerdo
Costilla de res	Pollo sin piel
Filete de cerdo ores	Queso cottage
Jamón bajo en grasa	Queso fresco
Jamón de pavo	Queso panela
Lomo de cerdo	Queso parmesano
Milanesa de res o cerdo	Salchicha de pavo
Pancita de res	Salmón fresco

Alimentos no permitidos

ALIMENTO CON MODERADO CONTENIDO EN GRASA

Arrachera de res	Mollejas
Chuleta ahumada	Morongá
Chuleta de cerdo	Pechuga de pollo con piel
Hamburguesa de res	Pierna o muslo con piel
Huevo entero	Queso Oaxaca
Jamón de cerdo	Queso parmesano
Longaniza de primera	Trucha

ALIMENTO ALTO CONTENIDO EN GRASA

Cecina de res	Queso amarillo
Chicharrón	Queso chihuahua
Longaniza	Queso cotija
Costilla de cerdo	Queso de puerco 1 reb
Espaldilla de cerdo	Queso holandés
Espinazo	Queso mozzarella
Fondue de queso	Queso roquefort
Molida popular	Salchicha de cerdo
Mortadela	Salchicha de pavo 1pza.
Peperoni	

Cantidad de fibra en diversos alimentos

ALIMENTOS	CONTENIDO EN FIBRA
Judías blancas	25,4
Habas secas	19
Higos secos, ciruelas secas	17
Guisantes secos	16,7
Puré de patata	16,5
Garbanzos, lentejas...	15
Almendras, pistachos...	-14
Avellanas	10
Maíz	9,2
Pan integral	8,5
Cacahuetes	8,1
Espinacas	6,3

Nueces	5,2
Galletas	5
Aceitunas	4,4
Cereales de desayuno	4
Plátanos	3,4
Coles y repollo	3,3
Judías verdes, zanahorias...	2,9
Higos y brevas	2,5
Pera	2,3
Pan blanco	2,2
Kiwi	2,12
Coliflor	2,1
Albaricoques, ciruelas...	2,1
Manzanas, naranjas...	2

MEDICAMENTOS.

MEDICAMENTO	DOSIS	HORARIO	REACCION ADVERSA
Cefatoxima Antibiótico	1 gr. Cada 8 horas	07:00 am 15:00 pm 23:00 pm	<p>Los efectos adversos mas frecuentes son dolor en el sitio de la inyección, induración y flebitis; puede desencadenar reacciones de hipersensibilidad en las que se incluye erupción, prurito, fiebre.</p> <p>La urticaria y el choque anafiláctico son menos frecuentes.} Se ha reportado que puede ocasionar colitis, diarrea, nausea y vomito.</p> <p>Otras reacciones menos frecuentes que se han reportado incluyen arritmias, cefalea.</p>
KETOROLACO. Analgésico	30 mgs cada 8 horas	Por razón necesaria solo en caso de dolor.	<p>Mas comunes; hinchazón de la cara, los dedos, los tobillos, los pies o la parte baja de las piernas, aumento de peso (inusual).</p> <p>Menos comunes; moretones, presión arterial alta, salpullido o picazón en la piel, pequeños puntos rojos en la pie, úlceras o manchas blancas en los labios o en la boca.</p>

			Raros; colicos o ardor severos en el estomago o abdomen orina con sangre u orina turbia, ardor, enrojecimiento, sensibilidad, engrosamiento descamación de la piel cambios en la visión, tos o ronquera, orina oscura, disminución en la cantidad de orina (súbita) fiebre, escalofríos o irritación en la garganta, fiebre, dolor severo de cabeza, somnolencia confusión, rigidez en la espalda o cuello, hinchazón en los parpados o alrededor de los ojos.
METAMIZOL. En caso de temperatura mayor a los 37.8°C	1 gr.	Por razón necesaria	Picor, quemazón, rubefacción, urticaria, hinchazón, molestias, gastrointestinales, urticaria generalizada, bronco espasmo grave, arritmias cardiacas.
OMEPRAZOL Disminuir la secreción de los ácidos gástricos.	40 mgs cada 12 horas	08.00 am 20;00 pm	Erupciones en la piel y/o prurito, diarrea, estreñimiento, dolor abdominal, nauseas, vomito, y flatulencia, malestar general, debilidad muscular.

DICLOFENACO. Desinflamatorio	75 mgs. Cada 24 hrs.	09:00 am	Ocasionales; Dolor epigástrico, náuseas, vómitos, diarrea, calambres abdominales, dispepsia, flatulencia, anorexia, cefaleas, mareos, vértigo, erupciones cutáneas. Raros; Hemorragia gastrointestinal (hematemesis, melena, diarrea sanguinolenta), úlcera gástrica o intestinal con o sin hemorragia o perforación. Somnolencia, urticaria.
-------------------------------------	--------------------------------	----------	--

EJERCICIOS FISICOS EN CASA

Rutina básica de ejercicio aeróbico

- Fase de calentamiento.

Durante 5 a 10 minutos realice movimientos suaves que involucren cuello, hombros, brazos, cadera, piernas, cabeza.



Flexión lateral de tronco izq. der.



Manos entrelazadas estire los hombros



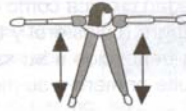
Eleve muslos, alterne

- Fase intensa o aeróbica.

Durante 10 a 20 minutos realice ejercicios más intensos y vigorosos, ésto le ayudará a mejorar la resistencia y funcionamiento de corazón y los pulmones.



Torsiones de tronco izquierda - derecha



Flexión - extensión del tronco al frente



Flexione y extienda las pierna

- Fase de enfriamiento o recuperación.

Durante 5 a 10 minutos disminuya paulatinamente la intensidad alternando con ejercicios suaves y de flexibilidad, con respiraciones profundas y espiraciones lentas para desacelerar el ritmo cardiaco y pulmonar.



Flexione piernas, toque con la mano contraria alterne



Camine en círculos, realice respiraciones profundas



Relajación. Respiración profunda

El ejercicio de fin de semana no debe ser la única opción, sino una actividad complementaria para lograr beneficios reales en la salud.

Ejercicios Respiratorios

Los ejercicios respiratorios contribuyen a mejorar la mecánica respiratoria. Contribuyen a evitar la aparición de enfermedades bronquiales y pulmonares. Realice los ejercicios 2 veces al día durante unos 15 minutos. Recuerde que inspirar es tomar aire del exterior hacia los pulmones a través de las fosas nasales. Expirar es soltar el aire, que haremos lentamente y por la boca.



Inspire por la nariz, con la boca cerrada, moviendo lentamente los codos hacia atrás, cuando llegue atrás traiga los codos hacia delante, espirando lentamente por la boca. Repita estos movimientos 10 veces.

codos hasta lograr profundamente, lentamente. Repita



Flexione el cuerpo hacia adelante aproximando los codos hasta contactar con las rodillas, espirando luego eche los codos hacia atrás e inspire estos movimientos 10 veces.



Sentado con una mano detrás de la nuca y la otra en la cintura inspire profundamente, eche el codo hacia delante y espire, luego cambie de brazos y repita la misma operación. Repita estos movimientos 10 veces con ambos brazos.



Flexione el cuerpo hacia delante, tocar con el codo la rodilla opuesta, espirando al mismo tiempo, desplace el codo hacia atrás e inspire lentamente, luego cambie de brazos y repita la misma operación. Repita estos movimientos 10 veces con ambos brazos.



Con los brazos en cruz inspire profundamente y lentamente vaya bajando los brazos espirando. Repita estos movimientos 10 veces.



Coloque una mano en la cintura y la otra estirada por encima de la cabeza e inspire profundamente, baje la mano lentamente y espire, luego cambie de brazos y repita la misma operación. Repita estos movimientos 10 veces con ambos brazos.



Coloque una mano en la cintura y la otra estirada hacia el suelo espirando profundamente, suba la mano hacia la cadera e inspire, luego cambie de brazos y repita la misma operación. Repita estos movimientos 10 veces con ambos brazos.

CONCLUSIONES.

Los profesionales de enfermería poseen la responsabilidad ética, moral y diversos atributos más; entre ellos la vocación para la profesión. Que en general todas son ampliamente difundidas y desarrolladas durante su formación académica y práctica.

Su función primordial es la de cuidar personas, lo que a su vez estas personas tienen distintas necesidades en su salud y diferentes maneras de sentir o expresar la enfermedad. Así mismo pertenecen a diversos orígenes, cultura, forma de pensar, status socioeconómico: etc.

Al aplicar el modelo de Virginia Henderson, en este paciente con alteración del sueño e ir identificando otras de sus necesidades alteradas, surgió en mí el deseo de llevar a cabo un Proceso de Atención de Enfermería, con el fin de realizar las intervenciones de enfermería que influyesen positivamente en su estado de salud.

En general considero haber conseguido los objetivos planeados al inicio del proceso, lo que me permitió reforzar aun más los conocimientos adquiridos sobre las técnicas ya existentes y a su vez brindar un cuidado holístico hacia el paciente.

El modelo utilizado y la información consultada en la taxonomía de la NANDA me sirvieron de apoyo para definir los diagnósticos de enfermería, los objetivos y mis intervenciones específicas de enfermería.

Al momento de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, no encontré dificultades para evaluar los resultados obtenidos de las intervenciones de enfermería ya que su evolución fue satisfactoria y actualmente se encuentra ya en franca recuperación en su domicilio, y acude a sus citas que tiene programadas.

BIBLIOGRAFIA.

B.J. Taptich y Co. "Diagnósticos de Enfermería y Planeación de Cuidados", México D.F. Editorial INTERAMERICANA McGRAW- HILL 1ª. Edición, 1989.

B.W. Du Gas "Tratado de Enfermería Práctica"__México D.F., Editorial INTERAMERICANA, 4ª. Edición.1998.

Benavente Garcés y Co. "Fundamentos de Enfermería" _Madrid-Valencia Editorial Date. 2ª. Edición. 2003.

Bruner "Manual de Enfermería,_México, D.F., Editorial INTERAMERICANA/MC GRAW-HILL, 2ª. Edición, 1986.

Conne H. Robinson, Fundamentos de nutrición normal, 3º edición, Editorial. COMPAÑÍA EDITORIAL CONTINENTAL

Fuentes Santoyo S. "Anatomía Humana General de Corpus,_ Barcelona-España Editorial TRILLAS, 1ª: Edición, 1997.

Harrison, Dennis L, Eugene Braunwald, Dan L., Ed, Principios de medicina interna, 16ª edición, editorial MC GRAW HILL/ INTERAMERICANA, 2007

Kathleen Mahan, Krause, "Nutrición y dietoterapia"Mexico D.F. Editorial INTERAMERICANA/MC GRAW HILL 8ª. Edición, 1992

Kozier Bárbara; Fundamentos de Enfermería, Editorial MCGraw-HILL/INTERAMERICANA, México, 2005, vol. I y II

M. de J. González, "Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson, México, D.F: Editorial, PROGRESO, 1ª. Edición, 1997.

Marriner Tomey, "Modelos y Teorías de Enfermería,_Madrid España, Editores ELSEVIER S.A.6ª: Edición 2007.

Rosales Barrera, Fundamentos de enfermería, México, D.F., Editorial MANUAL MODERNO, 2006

Sánchez Guerrero, Diccionario Ilustrado de Enfermería, México, D.F. Editorial TRILLAS 1ª: Edición. 2006

Bouchet A.; Cuilleret J. : Anatomía descriptiva, topográfica y funcional, capítulo Cara, cabeza, y órgano de los sentidos. 1980