



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

CLAVE: 8327

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A
USUARIA CON ESCLEROSIS MULTIPLE E INCAPACIDAD DE
MOVIMIENTO**

Que para obtener el título de:

LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

GERARDO ORTEGA ALVAREZ

406530585

ASESORA L.E.O: GUADALUPE RODRIGUEZ BARAJAS

ZAMORA DE HIDALGO MICHOACAN, OCTUBRE DEL 2011.



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.



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

CLAVE: 8327

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A
USUARIA CON ESCLEROSIS MULTIPLE E INCAPACIDAD DE
MOVIMIENTO**

Que para obtener el título de:

LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

GERARDO ORTEGA ALVAREZ

406530585

ASESORA L.E.O: GUADALUPE RODRIGUEZ BARAJAS

ZAMORA DE HIDALGO MICHOACAN, OCTUBRE DEL 2011.

AGRADECIMIENTO

A **Dios**, por permitirme tener la vida, y formarme como persona con valentía, fuerza y gran bondad hacia el necesitado enfermo, por saberme guiar, en mi mejor elección, mi profesión, y nunca olvidar la confianza y creencia, que me ha sabido llevar en mi memoria todos los días hasta el fin de mi existencia...

A mi MADRE DELIA; a quien por su gran esmero y dedicación, me brinda la fuerza y valentía para seguir siempre adelante...

A mi hermana ALMA DELIA, quien por su gran apoyo incondicional que siempre me ha brindado, defendiendo y aceptando la identidad que he demostrado...

Y a todos aquellos que siempre estuvieron apoyándome hasta el término de mi profesión, hermanos, profesores y demás.

INDICE	
AGRADECIMIENTOS	
INTRODUCCION.....	5
JUSTIFICACION.....	7
OBJETIVOS (General- Específicos).....	8
METODOLOGIA.....	9
MARCO TERICO	
Antecedentes	
Históricos.....	10
Marco Teórico de	
Referencia.....	15
Valoración.....	16
Diagnóstico.....	19
Planeación	21
Ejecución	25
Evaluación	26
Biografía de Virginia	
Henderson.....	27
Valoración de	
Enfermería.....	38
Organización de	
Datos.....	43

Jerarquización de las Necesidades.....	46
Diagnósticos de Enfermería.....	48
Plan de Cuidados.....	53
COCLUSIONES.....	73
Plan de Alta.....	78
ANEXOS	
Propuestas de Trabajo.....	79
Escala de Medición de Lawton.....	81
Obesidad.....	85
Evaluación de la Marcha y el Balance de Tinetti.....	86
Historia Natural de la Enfermedad	
ESCLEROSIS MULTIPLE.....	88
BIBLIOGRAFÍAS.....	94

INTRODUCCION

Las políticas de salud señalan las áreas en que las enfermeras se desempeñan, por lo que es una profesión con grandes perspectivas.

La enfermera y el enfermero forma parte como equipo de salud, cumpliendo un rol relevante en el cuidado integral de la persona y familia, ayudando al individuo en la satisfacción de sus necesidades para que pueda adaptarse a las circunstancias de la vida en forma armoniosa y saludable.

Se analiza el surgimiento de la enfermería profesional como ciencia que ocupa un lugar importante en el desarrollo de las ciencias de la salud.

Se muestra en el trabajo que la enfermería como profesión está adquiriendo la categoría de una disciplina científica, el dar la atención necesaria a un paciente en su domicilio no es una situación excepcional en la historia de la medicina. La atención domiciliaria (AD) es una alternativa, que da respuesta a las necesidades asistenciales, donde, cada vez son más escasas.

Las personas con autonomía plena suelen desarrollar su existencia activa alternando la bipedestación, y el movimiento con la sedestación o el decúbito para descansar y reparar energías.

Por diversas circunstancias, el ser humano puede verse obligado a permanecer en cama de forma temporal o permanente, perdiendo toda o

parte de su autonomía y precisando que otras personas realicen por él, las actividades necesarias y queden cubiertas sus necesidades. La Esclerosis Múltiple, es una enfermedad progresiva e incurable, pero aun así, con un tratamiento previo, detiene su progreso dentro de las funciones vitales, precisando el movimiento para realizarse satisfactoriamente.

Valorando, el estado de mayor dependencia como lo dice el trabajo de estudio, en sus necesidades básicas, elaborando diagnósticos para trabajar en ellos, conformándose en los cuidados necesarios y otorgados para evaluar su mejora en tiempo transcurrido del trabajo de estudio.

JUSTIFICACION

Hoy en día, las enfermedades crónicas degenerativas arrebatan la felicidad e identidad personal de aquellos que lo sufren, el enfermar es un daño e irreparable, deja secuelas, quedando como afección sentimental.

La Esclerosis Múltiple es una enfermedad, desde su inicio al paso del tiempo demuestra agresión a, causa de sus efectos sobre el sistema nervioso central, dejando como consecuencia una inmovilidad e invalidez a los casos más severos. Quince años después tras la aparición de los primeros síntomas, si no es tratada, al menos 50% de los pacientes conservan un elevado grado de movilidad. Menos del 10% de los enfermos mueren a causa de las consecuencias de la esclerosis múltiple o de sus complicaciones.

Siendo la Esclerosis Múltiple una de las enfermedades neurológicas más frecuente entre los adultos jóvenes (mujeres) en los países occidentales donde afecta aproximadamente de 1 de cada 1000 personas y de las cuales se presenta aproximadamente entre 20 y 40 años, donde la enfermería es una profesión cuya misión es dar cuidados holísticos al individuo sano o enfermo, por tal motivo me pareció importante realizar este trabajo en la intervención del cuidado holístico, mejorando el deterioro que padece la persona, apoyándome por la teoría de relación de Virginia Henderson por medio a sus 14 necesidades básicas, sin dejar de contemplar la orientación de apoyo, por la teoría de Dorothea Orem y la teoría de Katie Eriksson.

OBJETIVOS

Objetivo General

*Proporcionar un cuidado holístico y de calidad, basándose en las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson determinando el plan de cuidados reduciendo complicaciones y logrando mejorar el autocuidado.

Objetivo Especifico

+Se realizará la valoración de acuerdo al modelo conceptual para detectar la necesidad humana.

+Priorizar las necesidades y formular diagnósticos para otorgar el cuidado.

+Elaborar y aplicar el plan de cuidados, conforme este surgiendo la necesidad de atención requerida.

+Determinar el logro de los objetivos identificando las variables que afectan revalorando y reformulando el plan de cuidados.

METODOLOGIA

Para elaborar el trabajo se aplica la metodología del proceso de enfermería, por medio a la sistematización de las etapas (valoración, planeación, diagnóstico ejecución y evaluación) para el cuidado y atenciones holísticas a la usuaria con quien se trabajó.

La valoración se realizó mediante una guía de apoyo, a las 14 necesidades de Virginia Henderson, como modelo de relación.

Es un Proceso Enfermero, considerado Descriptivo, de corto plazo, se inició a trabajar del mes de octubre del pasado año, dio por concluido en junio del presente año

Los cuidados necesarios otorgados, ayudan a la prevención, tratamiento y reducción del problema que interfiere, va a depender su incapacidad y condiciones de la paciente.

Se implementaron técnicas de trabajo, como la exploración física, la observación y la escala de LAWTON hace referencia a las actividades instrumentadas de la vida diaria (describiendo la dependencia, parcialidad o total independencia para realizar las cosas en la vida diaria, por su puntaje).

Y valoración de TINNETTI, referente en la marcha y equilibrio.

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES HISTORICOS

La enfermería a transcurrido por diferentes periodos históricos que han ocurrido en forma paralela a los movimientos sociales, políticos, y religiosos. Teniendo como fin el crear una identidad, la cohesión, el sentido colectivo fortaleciendo los valores sociales entre las y los enfermeros, para enfrentar las dificultades del presente y tener confianza para asumir los retos del porvenir.

En la reforma de Nightingale, la enfermería como ciencia tiene su antecedente, en la contribución filosófica de Florencia Nightingale, quien nació el 12 de mayo de 1820, en Florencia Italia, en su biografía por Woodham, expresa, a Florencia Nightingale, los pacientes la veneraban, su comprensión penetraba en todos los detalles de la vida de los enfermos, entendía su soledad y solidaridad hacia los más pobres.

Numerosos actores y teóricos de la enfermería han identificado, cuatro conceptos esenciales para la construcción de la ciencia de enfermería (enfermería, persona, salud y entorno) para el modelo de la enfermería para la interacción terapéutica.

Dichos conceptos enunciados como:

*Enfermería; iniciando como profesión durante el periodo de 1987 a 1991 confirmándose en la comunidad académica, después de la reforma de Florencia Nightingale a inicios del siglo XX, de la que han emergido cuatro valores universales, (la verdad, la dignidad, la salud y la vida).

-Verdad; el deber de buscar la propia naturaleza del hombre. Dios es la verdad misma. El sentido de la verdad que Dios ha puesto en el corazón del hombre lo obliga a practicar el bien y evitar el mal.

-Dignidad; según Kant la persona es un fin y no un medio, como fin, posee un valor intrínseco superior a todo precio y por lo tanto no permite equivalencia alguna. Corresponde a los y las enfermeras reconocer la dignidad del ser, donde se basa la exigencia del respeto hacia el propio cuerpo y hacia el ajeno particularmente cuando se sufre.

*Vida; es la capacidad de moverse, nutrirse, crecer, reproducirse y morir.

*Persona Humana: está conformada por elementos inseparables, psicosociales, culturales y espirituales, con fines académicos, que se integran dentro de las dimensiones funcionales y fisiológicas de los seres humanos.

*Salud: se considera como el resultado del cuidado de enfermería, dentro de un sistema de salud inmerso en un medio cultural determinado y un sistema socioeconómico quien la condiciona.

*Entorno: equivale a factores internos y externos próximos al paciente que influyen positiva o negativamente en situaciones de salud-enfermedad. Dentro a lo que es el sistema de salud, familia y comunidad.

En referencia a la cultura, producto de la persona humana en razón de su racionalidad, su socio habilidad y su comunicación simbólica a su lenguaje, forma de aprender y compartir el pensar, sentir y creer.

En referencia a las teorías más sobresalientes se inicia con:

Dorothea Elizabeth Orem, enfermera destacada que nació, en Baltimore Monland en 1914, quien a lo largo de los años aportó numerosas experiencias formativas, considerando que su trabajo con estudiantes licenciados, resultó muy valioso.

Se destacó por su Teoría del Déficit del Cuidado, como teoría general compuesta por tres teorías relacionadas.

La Teoría del Auto cuidado, describe el porqué y el cómo las personas gozan de sí mismas. Consiste en las prácticas de las actividades que las personas maduras o que están madurando inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, el interés para el mantenimiento y el funcionamiento vivo o sano continuando así con su desarrollo personal y su bienestar. (Victoria Moran Aguilar, Alba Lili Mendoza Robles, 230pp).

-La Teoría de Déficit del Autocuidado, describe y explica como la enfermera puede ayudar a la persona. Dentro de su descripción con la relación de las propiedades humanas de necesidades terapéuticas en autocuidados y cualquier actividad operativa que conozca y descubra de la propia necesidad en su terapia del autocuidado existente o proyectada.

-La Teoría de Sistemas Enfermeros, descubre y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero. Formulando las series y secuencias de las acciones prácticas, por enfermeras que actúan con acciones de actividades terapéuticas hacia pacientes, protegiendo el ejercicio y desarrollo de la actividad.

Orem manifiesta a un Agente, como a la persona que se compromete a realizar un curso de acción o que tiene el poder de comprometerse en cualquier curso de acción, para ayudar al individuo a recuperarse de su enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.

Katie Eriksson

Es una de las pioneras de la ciencia del cuidado en países escandinavos. Eriksson, nació el 18 de noviembre de 1943 en Jakobstad, Finlandia. Perteneciendo a la minoría fino-sueca del país. En 1965 se gradúa de la Escuela de Enfermería Sueca, quien en 1967 se gradúa como enfermera especialista en salud pública, continuando sus estudios académicos, hasta adquirir la licenciatura, quien años después se nombra docente de la ciencia del cuidado y en la investigación, así como supervisora en relaciones de congresos asistenciales como conferencista acerca de los cuidados humanos, primacía del amor y el sufrimiento existencial.

En relación a su Teoría del Cuidado Caritativo, como teoría general compuesta por sus conceptos principales que relevan para la caridad del enfermo.

-Caritas, es amor y caridad sin condiciones, implica el cuidado como misión, interfiriendo la fe, la esperanza y el amor.

-Comunión de la Asistencia, requiere una reunión en el tiempo y el espacio una presencia absoluta y duradera. La comunión de cuidar se caracteriza por intensidad y vitalidad, calor, (Ann Marner, Torney, Martha Raile, Alligood, 2003, 672pp) respeto, reposo, honestidad y tolerancia. No puede darse por sobreentendida, sino que presupone un esfuerzo consiente para estar con la persona.

*Sufrimiento con la Enfermedad, quien se experimenta en relación con ésta y su tratamiento.

*Sufrimiento relacionado con la asistencia, cuando se deriva de ésta o de su ausencia, no tomar seriamente al paciente, no acogerle, culparle o someterle a un ejercicio de poder.

*Toda la vida de un ser humano puede experimentarse como un Sufrimiento relacionado con la vida.

El motivo de la caritas se hace visible en el cuidado de una actitud ética especial, a lo que Eriksson llama una perspectiva caritativa, su misión es asistir, para brindar expresiones de amor para un desarrollo de las virtudes originales de la misericordia.

Eriksson, ha traído toda su teoría del cuidado caritativo por inicio de la idea caritas.

MARCO DE REFERENCIA TEORICO

La teoría de enfermería sobre la interacción terapéutica, con su concepción de dos ámbitos de acción, constituye al marco teórico de referencia para el ejercicio disciplinar. El ámbito socioemocional se basa sobre la teoría de enfermería sobre la percepción humana de la salud-enfermedad y en ciencias de la naturaleza psicosocial que la apoyan. El ámbito técnico-directivo o instrumental se basa en conocimientos de ciencias biomédicas, quien en conjunto se integran durante el proceso del cuidado, que además requiere conocimientos de naturaleza metodológica o instrumental tales como la administración estadística, investigación epidemiológica y didáctica para el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas, así como para la prevención de los problemas interdependientes.

Marco de Referencia Metodológico

Refiere, al Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E), el cual es el método científico simplificado que se caracteriza por la simplificación lógica para proceder el resultado de la intervención de enfermería en el cuidado de las respuestas humanas de la persona, familia ó comunidad, ante problemas de salud reales o potenciales. (Victoria Moran Aguilar, Alba Lili Mendoza Robles, 230pp)

El Proceso Atención de Enfermería, es el medio para el logro de la meta en el ámbito socioemocional y técnico directivo o instrumental; al nivel funcional óptimo de la respuesta humana a los problemas de salud reales y/o potenciales, estructurándose en cinco etapas de confirmación.

De acuerdo a los Antecedentes Históricos, se muestra por Hall, en 1955, lo describe como un proceso distinto, Jonshon 1959, Orlando 1961 y Wiedenbach 1963, desarrollaron un proceso solo de tres fases diferentes conteniendo elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actuales. En 1967, Yura y Walsh fueron los actores del primer texto en la que se describía un proceso de cuatro fases, Valoración, Planificación, Ejecución y Evaluación. A mediados de la década de los 70', Blach 1974, Roy en 1975 con Mundiger y Jauron, y Aspinall 1976 añadieron la fase Diagnostica, donde se complemento el Proceso Atención de Enfermería a cinco fases.

Para la Asociación Americana de Enfermería (A.N.A), el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión; su importancia ha exigido en cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de enfermería como disciplina científica e incrementada por la calidad de la atención al individuo, familia y comunidad. Este consta de cinco etapas como ya se ha mencionado que van estrechamente relacionados de tal forma que el complemento de cada una de ellas conduce a la siguiente.

VALORACION

La valoración utiliza la técnica de la obtención de datos para el diagnostico de enfermería la identificación de datos pertenecientes al marco de referencia teórico, conceptual, único y lógico para la valoración de una persona, familia y entorno.

La valoración que realiza la enfermera sobre el usuario(s) tiene que ser total e integradora por lo que debe seguir un enfoque holístico, es decir

un modelo enfermero para la identificación de las respuestas humanas y la integración de elementos de un modelo médico para la identificación de respuestas fisiopatológicas.

Tres pasos para realizar la valoración:

1. Recolección de la Información

- Se da inicio desde el primer encuentro con el usuario y se continua en cada encuentro subsiguiente hasta que l persona sea dada de alta.

- Recolección de la Información: entre fuentes directas primarias, como familia, al usuario en particular, directas secundarias, los amigos o profesionales de salud, para dar aporte a datos de interés al usuario y familia. Fuentes Indirectas, recurrencia al expediente clínico o alguna bibliografía relevante.

Algunos datos de recolección:

- Biográficos (usuario-familia) nombre, edad, sexo, estado civil y religión.
- Antecedentes personales y familiares de la enfermedad.
- Tipo de modelo enfermero que se utiliza.
- Exploración física.

Datos Subjetivos: son aquellos en las que el usuario nos refiere y manifiesta una percepción de carácter individual. (El dolor, el temor, la debilidad, impotencia, etc.).

Datos Objetivos: los que se observan y se miden a través de los órganos de los sentidos.

Datos Históricos: hechos del pasado que se relacionan con la salud del usuario (previas enfermedades o algún tratamiento médico)

Datos Actuales: hechos del momento actual.

Medios de la Recolección de los Datos

-Entrevista, labor compleja que requiere habilidad de comunicación y de interrelación estrecha con el usuario. Su objetivo, es la obtención de la información para el diagnóstico y planeación de actividades que conlleven al ambiente terapéutico caracterizado por el diálogo, respeto y confianza de la enfermera(o) con el usuario.

-Observación, es una habilidad de precisión práctica y de disciplina, a la vez debe ser de confirmar o de descartar datos. Implica la utilización de los sentidos para la obtención de la información tanto del paciente como de cualquier otra fuente significativa y el entorno para su interacción de estas tres variables.

-Examen Físico, requiere de cuatro técnicas principales, inspección, palpación, percusión y auscultación, además de la medición de las

constantes vitales y somatometría. Permite obtener una serie de datos para valorar el estado de salud de un individuo y determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería y médicas.

2. Validación de la información

Evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la información equivocada y cometer errores al identificar los problemas. Es de suma importancia para evitar dificultades en la formulación de diagnósticos, para la interpretación de la información.

3. Registro de la Información

Ultimo paso de la etapa de la valoración se informa y registra por los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen médico. Este varía de un centro laboral a otro, pero saber el cómo y que anotar, es importante como registro para el paciente y para la protección legal en la práctica profesional.

DIAGNOSTICO

El diagnostico, es un juicio clínico que se establece a partir de las respuestas humanas a problemas reales y/o potenciales de la salud de la persona, familia y entorno.

Constituye a una función intelectual compleja por medio de los recursos existentes, la función de enfermería tiene tres dimensiones; dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que

corresponda a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona, quien competirá a un campo y otro de actuación.

Los Diagnósticos pueden ser:

-Reales, describe respuestas humanas a procesos vitales, estados de salud a una persona, familia o comunidad.

-Riesgo, describe respuestas humanas a estados de salud y procesos vitales de una persona, familia o comunidad.

-Salud, describe respuestas humanas a niveles de salud de una persona, familia o comunidad que están a disposición de mejorar.

Los Componentes de Diagnostico

-Etiqueta Diagnostica, proporciona el nombre del diagnostico, definición y descripción clara y precisa.

-Características Definitorias, claves observables, inferencias que se agrupan, como las manifestaciones en un diagnostico de enfermería real o de salud.

-Factores de Riesgo, elementos ambientales, fisiológicos, psicológicos, genéticos y químicos.

-Factores Asociados, antecedentes.

+Formulación del diagnostico

Para el paciente como la persona única, integral e irrepetible, se formula considerando todos los ámbitos socioemocional y técnico-directivo o lo

instrumental. Todo diagnóstico comprende, etiqueta, factor relacionado y característica definitoria enlazados por los conectores, relacionado con y manifestado por.

PLANEACION

Es el designar un resultado, es el indicador, la escala de medición y los criterios de resultados como el formular la intervención y actividades que se van a realizar ante cualquier problema real o potencial de salud.

Una vez diseñados los diagnósticos, inicia la elaboración de estrategias diseñadas, para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir y corregir las respuestas del cliente enfermo.

Para ello hay que realizar ciertos pasos de confirmación.

*Establecer Prioridades

-Se identifican los problemas de salud, en los cuales se debe centrar la atención y realización de acciones inmediatas. Utilizando el pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenecen, lo que permite brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas.

*Elaboración de objetivos del cliente con resultados esperados

-Describe lo que la enfermera espera conseguir al realizar las intervenciones.

-Centración de la solución del problema (objetivo final) y la modificación o desaparición de factores causales del problema o de sus defectos (objetivos específicos).

Los objetivos para un plan de cuidados se deben de caracterizar reuniendo:

+Estar dirigidos al usuario, familia o comunidad esperándose de estos los resultados.

+Incluir verbos que se puedan observar y evaluar.

+Ser claros y precisos

+Haber involucrado al usuario, familia para perseguir el mismo fin y tener mayores posibilidades de éxito

+Utilizar un solo verbo

+Considerar los conductos de los dominios cognitivo, afectivo y psicomotriz de acuerdo a las características del problema de salud.

Existen dos tipos de objetivos.

Los objetivos de enfermería, es lo que se espera que logre la enfermera. Dirigiéndose a encontrar puntos fuertes de la persona y familia.

Se describen en el tiempo a:

-Corto plazo, son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido en cuestión de horas o días.

-Medio plazo, tiempo intermedio utilizado para adquirir logros del paciente y mantener la motivación.

Largo plazo, resultados que se requieren a un tiempo indeterminado.

(Kosier, B, 1999)

Objetivos del paciente, los cambios que logre el paciente después de haber recibido los cuidados de enfermería, como tratamiento de los problemas destacados, estos deben ser alcanzables, medibles y específicos.

*Determinar acciones de enfermería

Se emplea el pensamiento crítico, para analizar la situación problema, mediante cuestionamientos, que conducen a la selección de acciones de enfermería específicas.

Para un diagnóstico de enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el diagnóstico promover un mejor nivel de bienestar y monitorizar la situación.

Para un diagnóstico de enfermería de alto riesgo, las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo.

Elaboración de Intervenciones de Enfermería

La persona y familia deben participar siempre que sea posible en decisiones relativas a las intervenciones enfermero encaminadas al logro de objetivos. El plan se individualiza enfocándolo en el factor

relacionado, en las fuerzas y debilidades del paciente y en la gravedad o urgencia de su estado. Formulándose diversidad e intervenciones:

Intervenciones Independientes, toda acción reconocida legalmente con responsabilidad de enfermería no requiere de supervisión o dirección de profesionales.

Intervenciones Dependientes, incluye problemas de acción directa del medio designa intervenciones a realizar la enfermera.

Intervenciones Interdependientes, trabaja y colabora con el tratamiento de otros profesionales y de la enfermera, previniendo la presentación el problema, monitorizarlo desde su inicio.

Para un diagnostico de enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el diagnostico.

Los planes de cuidado se complementan de acuerdo al problema de salud encontrado, como lo es (diagnostico enfermero y/o problema interdependiente, objetivo, acción de enfermería y evaluación). Siempre y cuando refieran en si respuestas humanas con un diagnostico enfermero y otros con respuestas fisiopatológicas con problema interdependientes.

-De acuerdo a sus características

-Individualización del plan y factores relacionados de riesgo específicos

-La participación del usuario

-La actualización de cambios del usuario

- Su fundamentación científica de acciones
- Fuente de comunicación entre profesionales de enfermería

*Documentar el Plan de Cuidados

Una vez definido como método de comunicación de información importante sobre la persona. Su objetivo refiere, servir como anteproyecto para dirigir las actividades de enfermería coordinando y utilizando como instrumento la comunicación éntrelos profesionales.

Se clasifica en:

Individualizados: por medio de un formato en columnas divididas documenta los problemas del paciente, objetivos del plan de cuidados y acciones de enfermería en un paciente y su evaluación.

Estandarizado: permite la individualización al dejar abiertas las opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

Computarizado: requiere del orden de información previa a los diferentes tipos de planes estandarizados.

EJECUCION

Es el poner en práctica las intervenciones y actividades programadas con el paciente, familia y/o comunidad.

La ejecución inicia una vez de haber realizado los planes de cuidado, enfocándose, al inicio de intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados.

En tres pasos de complementación:

Preparación, Intervención y Documentación

Implica las siguientes actividades de enfermería:

- Continúa la recogida y valoración de datos.
- Realiza actividades de enfermería
- Anota los cuidados de enfermería
- Brinda informes necesarios
- Mantiene plan de cuidados más recientes

EVALUACION

Es la medición de resultados perceptibles en las respuestas humanas del paciente, familia y/o comunidad.

La evaluación se conforma por los resultados y cambios favorables o adversos en el estado de salud real o potencial de personas grupos o comunidades, que puede atribuirse, a los cuidados previos o coexistentes.

Es útil para determinar el logro de los objetivos; identificar variables que afectan, decidir si hay que mantener el plan modificándose o darse por terminado.

Si los resultados no son esperados o no hay respuesta satisfactoria, se debe de revisar las etapas del proceso detectar posibles fallas y proceder a corregir.

Para ello la enfermera y el paciente determinan el progreso o falta de progreso hacia la realización de retos.

- a) El paciente logró el resultado esperado
- b) El paciente está en proceso de logro del resultado esperado
- c) El paciente no á logrado el resultado esperado

Para ello se evalúa nuevamente al paciente para adquirir mejores resultados de valoraciones esperadas.

(Kosier, B,1999)

BIOGRAFIA DE VIRGINIA AVENEL HENDERSON

Virginia Avenel Henderson, nació en 1897, en Kansas City, quien estudió en Virginia Estados Unidos, en 1918, ingreso a la Escuela de Enfermería de Washington DC, quien se graduó en 1921, inició a ejercer como enfermera en la ciudad de New York un año más tarde inicia como profesora, en el Hospital del estado de Virginia, cinco años después

forma parte al colegio de enfermeras de la ciudad de Columbia, quien hizo la licenciatura como profesora de enfermería.

En 1929, trabajó como supervisora en profesorado de clínicas de New York y en 1930 inicia a impartir sobre proceso enfermero analítico y práctica clínica hasta 1948. En 1955, publica su libro *The Nature of Nursing* Henderson, quien define a la enfermería en términos funcionales, (la única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación y su muerte tranquila).

Henderson una vez siendo reconocida por la realización de sus obras y contribuciones a la investigación, educación y profesionalización de enfermería, ella definió la enfermería que sería conocida en todo el mundo y su trabajo continuaría fluyendo en la práctica, la enseñanza y la investigación de enfermería.

Virginia Avenel Henderson, muere en marzo de 1996, a la edad de 98 años, quien a sus obras se basa por influir en el mundo entero.

*Fuentes Teóricas

Henderson decidió elaborar su propia definición de enfermería, por tres motivos principales, en primer lugar, la revisión que realizó de *Textbook of The Principles and Practice of Nursing* en 1939, quien hizo darse por enterado la necesidad de especificar claramente la función de las enfermeras, en segundo lugar, se integra como miembro de la

Conferencia Regional del Nacional Nursing Council estadounidense de 1946. El tercer factor representado por su propio interés en el resultado de cinco años de investigación de la American Nurses Association (ANA), sobre la función de enfermería en 1955.

Entre otras fuentes de referencia; Annie W. Goodrich, Caroline Stackpole, Jean Broadhurst, Edward Thorndille, George Deaver, Bertha Hamer e Ida Jean Orlanda.

*Tendencia y Modelo

De acuerdo con este modelo la persona es un ser integral de componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en el Modelo de las Necesidades Humanas que parten de la Teoría de las Necesidades Humanas, para la vida y la salud como núcleo para acción de enfermería. Pertenece a la tendencia de suplencia o ayuda fomentando en mayor o menor grado de autocuidado, por parte del paciente de acuerdo a su ciclo vital, se ubica en esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

Principales Conceptos y Definiciones

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería se basa en las necesidades básicas humanas,

quien la función de la enfermera es atender al sano o enfermo y ayudar a morir tranquilo; su objetivo es hacer al individuo independiente para cubrir sus necesidades básicas, haciendo a la vez, un cuidado de enfermería por un plan de cuidados. Para Henderson la promoción a la salud es otro objetivo importante, así como la enfermera y paciente siempre trabajan para conseguir un objetivo, modificando su entorno, siempre que lo crean necesario como lo afirman. “Es más provechoso enseñar a las personas a llevar una vida sana que preparar a los mejores terapeutas para que atiendan a los enfermos.”

Se define la ENFERMERIA

En ayuda al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o recuperación(o a una muerte tranquila) y que éste podría realizar sin ayuda adquiriendo la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario.

SALUD

Considerada que la salud dependía de la persona para satisfacer por sí misma, sus 14 necesidades básicas sin ayuda, afirmaba, que es importante la calidad de salud que la vida en sí misma.

ENTORNO

Conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo.

PERSONA (Paciente)

Consideraba que el paciente era un individuo que precisaba ayuda para recuperar su salud y su independencia o para tener una muerte tranquila. El alma y el cuerpo son inseparables, de igual forma el paciente y familia son una unidad.

NECESIDADES

(14 Necesidades Básicas del Paciente)

- 1.- Respirar normalmente
- 2.- Comer y beber adecuadamente
- 3.- Eliminar por todas las vías corporales
- 4.- Moverse y mantener posturas adecuadas
- 5.- Dormir y descansar
- 6.- Escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse
- 7.- Mantener la temperatura dentro de los límites normales adecuando la ropa y modificando el entorno.
- 8.- Mantener la higiene corporal e integridad de la piel
- 9.- Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas
- 10.- Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones
- 11.- Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias
- 12.- Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal (trabajo en el hogar)
- 13.- Participar en actividades recreativas

14.- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usarlos recursos disponibles.

PRINCIPALES SUPUESTOS

+Enfermería

- Ayudar a los individuos sanos o enfermos.
- Formar parte del equipo de salud.
- El trabajo de enfermería es muy independiente al trabajo del médico, solo el colaborar con él al atender del paciente.
- Poseer conocimientos tanto en ciencias biológicas como sociales.
- Evaluar las necesidades humanas básicas, de acuerdo a los catorce elementos del cuidado enfermero.

+Persona-Paciente

- Se debe mantener el equilibrio emocional y fisiológico.
- El paciente requiere ayuda para conseguir su independencia.
- El paciente y familia son una unidad.
- Sus necesidades básicas se representan en los catorce elementos del cuidado enfermero.

+Salud

-Es la calidad de vida, es esencial para el funcionamiento humano, precisa independencia e interdependencia, así, como el promover la salud y el cuidado del enfermo.

-Mantención del individuo sano si poseen la fuerza, la voluntad o el conocimiento.

+Entorno

-Los individuos tienen la capacidad de controlar su entorno, pero la enfermedad puede afectar esta capacidad.

-Las enfermeras deben recibir enseñanza sobre la seguridad

-Brindar protección a pacientes de lesiones tanto en mecánicas, construcción de edificios, compra y mantenimiento de equipos.

-Conocer criterios en costumbres sociales y prácticas religiosas.

AFIRMACIONES TEORICAS

Relación Enfermera-Paciente (3 niveles de relación)

1.- Enfermera como sustituta del paciente

Se refleja del paciente el sentir por completo o independiente y no puede conseguir por falta de fuerza física, voluntad o conocimiento.

2.- Enfermera como compañera del paciente

En periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia

3.- Enfermera como ayudante del paciente

La enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado

Relación Enfermera-Médico

El trabajo de la enfermera es único y diferente al del médico, solo se deben seguir las órdenes del médico dirigidas hacia los pacientes y a otros profesionales sanitarios, y la enfermera es quien solo ayuda al paciente en sus problemas de salud, cosa que los médicos no están disponibles.

+Enfermera como Miembro del Equipo Sanitario

Henderson afirmó ningún miembro del equipo sanitario debe hacerle una petición demasiado exigente a otro miembro, de forma que este no pueda realizar sus propias tareas. La enfermería no debe existir en un vacío debe crecer y aprender para satisfacer las nuevas necesidades sanitarias de las personas conforme se van presentando.

*Relación entre el modelo de Virginia Henderson y el Proceso Enfermero

El planteamiento que Henderson hacía sobre el cuidado del paciente era reflexivo e implicaba tomar una decisión. Henderson creía que el Proceso de Enfermería es el proceso normal de la resolución de problemas y que no es específico de la enfermería.

En la fase de Valoración; la enfermera debe valorar al paciente según las 14 necesidades básicas, después de haber valorado la primera necesidad continúa a la siguiente hasta complementar las catorce. Para reunir los datos se deberán utilizar los cinco sentidos, especificando los tipos de datos a recolectar, siendo objetivos o subjetivos, de acuerdo al criterio, que la enfermera deberá analizar por medio de su conocimiento por lo que es normal en la salud o la enfermedad.

La función de la valoración es indiscutible, Henderson afirmó que la enfermería es un servicio disponible las 24 horas del día, 7 días de la semana, quienes cuales necesitan saber diferenciar el estado de salud del paciente normal o anormal.

En la fase de la Planeación; se debe ajustar a las necesidades del individuo, además del plan de cuidados, debe actualizarse siempre que sea necesario, se debe utilizar como un registro y debe ajustarse al plan prescrito por el médico. Un buen plan es aquel que incluye el trabajo de todos los miembros del equipo sanitario.

En la fase Diagnóstica; el modelo de Virginia Henderson determina los Problemas Relacionados con Autonomía y los Problemas Relacionados con la Independencia. Describiendo el problema, causa o causas por medio de la formula relacionado con y en datos objetivos y subjetivos manifestado por. En base a las categorías de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) 1990.

Los Problemas Relacionados a la Autonomía, reflejan la falta total o parcial de la capacidad física o intelectual del usuario para hacer por si

mismo las acciones apropiadas que satisfacen sus necesidades básicas, así, como la ausencia de algún cuidador.

Los Problemas Relacionados a la Independencia, se divide en:

Diagnósticos Reales, identificando situaciones en las que el usuario ha perdido o no ha alcanzado el nivel óptimo de desarrollo de su potencial para lograr su independencia en la satisfacción de las necesidades básicas.

Diagnostico de Riesgo; identifica situaciones en las que el usuario está a punto de perder su independencia.

Diagnostico de Salud; el usuario puede aumentar el nivel de su desarrollo de su potencial, demuestra conductas adecuadas pero puede y quiere mejorarlas. (Ann Marner Torney, Martha Raile, 2007)

Los Problemas de Colaboración, son aquellos problemas de salud, reales o potenciales. Se denominan problemas interdependientes o complicaciones potenciales en las que el usuario requiere que la enfermera realice por él las actividades de tratamiento y control prescrito por el médico, todo dependerá del estado de ánimo del enfermo, así como la patología quien lo sujeta.

En la fase de Ejecución, Henderson refiere que la enfermera ayuda al paciente para realizar actividades, para mantener la salud, para recuperarse de la enfermedad o para tener una muerte tranquila. Las

intervenciones se realizan por cada individuo, según sus condiciones fisiológicas, la edad, el nivel cultural, el equilibrio emocional y las capacidades físicas e intelectuales.

No olvidándose del trato digno y respetuoso hacia la persona quien lo necesita.

En la fase de Evaluación, se evaluaría al paciente según el grado de autonomía que posee, no obstante mencionaba, los bebés y las personas inconscientes son o pueden ser independientes pero no autónomos.

En algunas fases de la enfermedad la enfermera debe enterarse, lo que las personas deseen que se haga por ellas.

Para poder llegar a los resultados adquiridos de los objetivos formulados. Henderson afirmó, para que una enfermera pueda ejercer como experta, y utilice el planteamiento científico con el fin de mejorar la práctica, necesita sobre todo una educación universitaria.

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

VALORACION DE ENFERMERIA

(14 Necesidades Básicas)

Recolección de datos

Teresa de 52 años de edad, soltera, originaria de Jacona Michoacán, reside actualmente en Zamora Michoacán, con nivel académico medio superior en contaduría privada, católica, con diagnóstico médico Esclerosis Múltiple Avanzada. Quien inicia sus problemas desde los 17 años padeciendo lesión en pierna y muslo izquierdo, sin cuidados, hasta los 21 años que le diagnostica la enfermedad.

Se somete a estudios de laboratorio y gabinete, para determinar su diagnóstico e inicia tratamiento, a base de interferon beta, con lo que ha mejorado su salud, refiere haber perdido la cuenta de las aplicaciones, porque su tratamiento, ha sido irregular. Comenta con satisfacción y emoción que las visitas de sus amigos y amigas han colaborado para su mejoría.

1.- NECESIDAD DE OXIGENACION

Refiere taquipnea pasajera, al realizar cambios de posición o lugar, al auscultar con campos pulmonares bien ventilados, y tórax simétrico con 20 respiraciones por minuto, llenado capilar de 2 a 3 segundos, frecuencia cardiaca de 84 latidos por minuto y presión arterial de 130/80 milímetros de mercurio.

2.- NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATAACION

Ingesta abundante de líquidos y tres comidas al día en porciones completas, evitando las gaseosas, come variadas leguminosas, lácteos, carnes y grasas, de aproximación a 500 gramos.

Piel hidratada, grado obesidad moderado IMC 32.8 con peso de 95 kgrs como trastorno alimenticio, talla de 1.70 metros al valorar integridad bucal presenta aspecto higiénico, al realizar cepillado dental 2 veces por día, requiere del apoyo para servir su alimentación, y la preparación de los mismos.

3.- NECESIDAD DE ELIMINACION

Presenta poliuria y evacuación diaria, no refiere estreñimiento, heces de aspecto normal, aun así por sus reposos prolongados hay peristalsis presente, con abdomen blando depresible, refiere amenorrea desde hace 5 años.

4.- NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA

Refiere haber sufrido fractura ósea en extremidad inferior izquierda, lesionando rodilla, tibia y tobillo, como consecuencia de haber demostrado más grave la deambulaci3n y bipedestaci3n de la usuaria, a falta de rehabilitaci3n. No realiza actividades f3sicas, refiere dolor al

manipular extremidades inferiores, en área de muslo, por secuela de tratamiento inyectado.

Para el traslado de la cama a la silla de ruedas, utiliza un tubo transfer de acero. La movilización dentro de la casa la realiza en silla de ruedas desde hace mas de 2 años.

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Descansa durante la noche mediante la administración de sedantes, (tafil 0.50mgs) de 22:30 a 8:30 hrs, menciona en ocasiones tiene pesadillas al dormir.

6.- NECESIDAD DE USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Las prendas de vestir que usa, aunque no sean de su agrado, las acepta siempre y cuando sean cómodas.

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACION

El control térmico es de 36 a 36.5°

Su hábitat se encuentra fresco en el día y templado en las noches.

8.-NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Refiere baño completo en regadera, sedente, con ayuda de amigo de confianza, realizado cada tercer día, su integridad de la piel se muestra en desde cabeza, cuero cabelludo hidratado, rostro hidratado sin referir erupciones, así como higiene en orbitas de ojos, oídos, boca integra, tronco y extremidades con buena coloración y circulación presente a hidrataciones cutáneas, solo muestra erupciones cutáneas en extremidades inferiores por aplicación de tratamiento inyectado, como resequedad. Uñas recortadas rosáceas e hidratadas sin presencia de onicomycosis tanto de manos como de pies, solo despide olor a orina.

9.-NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

No presenta ningún tipo de riesgos dentro de su hogar, ya que al trasladarse se muestra con seguridad por quien le ayuda. Menciona no haber sido vacunada en su niñez, al interrogar, no tuvo vida sexual activa, así como ingesta al hábito de fumar, sin ingerir bebidas alcohólicas o algún tipo de droga. Al explorar sus sentidos especiales, se muestran aparentemente en buenas condiciones.

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

Comparte su hogar con un pariente (tía), anciana de 68 años, recibe visitas durante el día de amigos, cuenta con medios de comunicación televisión, radio, teléfono.

11.- NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES

Es católica, presenta imágenes religiosas colocadas en su hogar, no asiste a eventos religiosos por falta de apoyo al traslado del lugar, muestra mucha fe y esperanza en creencia de un ser superior para la mejora de su salud

12.- NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACION

No realiza actividad de trabajo, una vez de haber sido jubilada en área laboral, la cual, depende de su ayuda para las atenciones económicas y de salud.

13.- NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Asiste al centro de rehabilitación que hace poco se le brinda su invitación siendo asistida por ayuda de un amigo, dos sesiones por semana, también realiza pinturas al oleo como pasatiempo, actividad que le gusta realizar.

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Muestra abundante capacidad intelectual, así como recuerdos adquiridos desde su infancia, juventud y ámbitos laborales, menciona haber realizado viajes y satisfacciones personales.

ORGANIZACIÓN DE DATOS

Necesidad	Datos subjetivos	Datos objetivos	Condición de la persona
1.-Oxigenación	Campos pulmonares ventilados	FR a 20 por min FC 84 por min T/A 130/80, llenado capilar 2-3 segundos.	Parcialmente dependiente
2.-Nutrición e hidratación	líquidos abundantes, comidas de leguminosas, carnes, lácteos y grasas a 500grs	IMC 32.87 Peso 95 kgrs Talla 1.70	Parcialmente dependiente
3.- Eliminación	Poliuria y evacua a diario, peristalsis presente	Abdomen blando	Parcialmente Dependiente
4.-Movimiento y postura	Permanece el mayor tiempo en posición supina por falta de	Refiere dolor en extremidades inferiores, en grado de dolor	Parcialmente Dependiente

	movimiento y actividad física	(5) moderado	
5.-Descanso y sueño	Duerme en promedio 8 a 10 horas, ingiere sedantes (tafíl)		Parcialmente Dependiente
6.-Uso de prendas de vestir adecuadas	Comodidad en uso de prendas de su vestir.		Parcialmente Dependiente
7.Termorregulación	Su hábitat es fresco	Su temperatura es de 36 a 36.5°.	Parcialmente Dependiente
8.-Higiene y protección de la piel	Baño cada tercer día	Despide olor a orina, piel reseca	Parcialmente Dependiente
9.-Evitar peligros	No fue vacunada en su niñez.	Uso de tubo transfer para su deslizamiento al traslado a silla de ruedas	Parcialmente Dependiente
10.- Comunicarse	Comparte su hogar con su (tía) de 68 años, recibe	Uso del teléfono.	Independiente

	visitas de amigos durante el día.		
11.- Creencias y valores	Es católica, cuenta con imágenes religiosas dentro su hogar	No asiste a eventos religiosos.	Parcialmente Dependiente
12.-Trabajo y realización	No trabaja		Parcialmente Dependiente
13.-Jugar y participar en actividades recreativas	Asiste a centro de rehabilitación en dos sesiones por semana.	Realiza pinturas al oleo como pasatiempo	Parcialmente Dependiente
14.-Aprendizaje	Tiene capacidad intelectual	Menciona recuerdos de agrado y desagrado	Parcialmente Dependiente

JERARQUIZACION DE LAS NECESIDADES

1.-Oxigenación	Movilidad y postura	Dependiente, por falta de conocimiento y fuerza
2.- Nutrición e hidratación	Higiene y protección de la piel	Parcialmente dependiente por falta de fuerza
3.- Eliminación	Eliminación	Dependiente por falta de fuerza
4.- Movilidad y postura	Comunicación	Parcialmente dependiente
5.- Descanso y sueño	Trabajo y realización	Dependiente por falta de fuerza
6.- Usar prendas de vestir adecuadas	Participar en actividades recreativas	Parcialmente dependiente por falta de conocimiento
7.- Termorregulación	Nutrición e hidratación	Parcialmente dependiente por falta de conocimiento
8.- Higiene y protección de la piel	Oxigenación	Parcialmente dependiente por falta de conocimiento

9.- Evitar peligros	Evitar peligros	Dependiente por falta de fuerza
10.- Comunicación	Termorregulación	Parcialmente dependiente
11.- Creencias y valores	Descanso y sueño	Parcialmente dependiente
12.- Trabajo y realización	Prendas de vestir adecuadas	Dependiente por falta de fuerza
13.- Jugar y participar en actividades recreativas	Aprendizaje	Parcialmente dependiente por falta de conocimiento
14.- Aprendizaje	Creencias y valores	Parcialmente dependiente

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

1.-MOVILIDAD Y POSTURA

DOMINIO 4 (Actividad/reposo)

Clase 2. Actividad/ejercicio.

Clase 2; Deterioro neuromuscular relacionado con disminución de la capacidad para cambiar de posición por sí misma en la cama, manifestado por dolor. (NANDA 2009/2011; pag, 124)

Clase 2; Conocimientos deficientes sobre el valor de la actividad física relacionado con limitación de la amplitud de movimientos manifestado por inseguridad personal. (NANDA 2009/2011 pág., 127)

2.-HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

DOMINIO 11 (Seguridad/protección)

Clase 2. Lesión física

Clase 2. Deterioro de la integridad cutánea en alteración de estructuras dérmicas relacionado con la inmovilización física manifestado por alteración a capaz de la piel . (NANDA 2009/2011 pág., 310)

Clase 1. Riesgo de infección relacionado con aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos por falta de higiene corporal (NANDA 2009/2011 pág., 303)

3.-ELIMINACION

Dominio 3 (eliminación e intercambio)

Clase 2. Función gastrointestinal

Clase 2, Reducción anormal de la evacuación relacionado con actividad física insuficiente manifestado por distensión abdominal. (NANDA 2009/2011 pág., 102)

4.-COMUNICACIÓN

Dominio 7 (rol/relaciones)

Clase 3. Desempeño del rol

Clase 3. Deterioro de la interacción social insuficiente relacionado con limitación de la movilidad física manifestado por interacción disfuncional con los demás. (NANDA 2009/2011 pág., 218)

5.-TRABAJO Y REALIZACION

Dominio 6 (auto percepción)

Clase 1. auto concepto

Clase 1. Trastorno de la identidad personal en percepción completa relacionado con cambios en el rol social manifestado por sentimientos fluctuantes ante el yo. (NANDA 2009/2011 pág., 184)

6.-JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Dominio 4 (actividad/reposo)

Clase 2. Actividad ejercicio

Clase 2. Déficit de actividades recreativas relacionado con entorno de provisto de actividades recreativas por permanecer postrada la mayor parte del día en cama. (NANDA 2009/2011 pág., 120)

7.-NUTRICION E HIDRATAACION

Dominio 2. Nutrición

Clase 1, Ingestión

Clase 1. Riesgo de desequilibrio nutricional a ingesta superior de las necesidades metabólicas relacionado con patrones alimentarios disfuncionales. (NANDA 2009/2011 pág., 77)

8.-OXIGENACION

Dominio 11 (seguridad y protección)

Clase 2. Lesión física

Clase 2. Riesgo en la necesidad de la oxigenación a inhalaciones inadecuadas relacionado con reducción en habilidades motoras. (NANDA 2009/2011 pág., 304)

9.-EVITAR PELIGROS

Dominio 11 (seguridad y protección)

Clase 2 lesión física

Clase 2. Riesgo de lesión a disfunción sensorial motora relacionado con sistema de transporte inseguro para su traslado. (NANDA 2009/2011 pág., 313)

10.-TERMORREGULACION

Dominio 11. (seguridad/ protección)

Clase 6. Termorregulación

Clase 6. Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal en control a límites normales relacionado con exposición a temperaturas ambientales extremas e inactividad. (NANDA 2009/2011 pag, 342)

11.-DESCANZO Y SUEÑO

Dominio 4 (actividad y reposo)

Clase 1. Sueño y reposo

Clase 1. Disposición para mejorar el sueño en suspensión natural y periódica de conciencia relacionado con el uso ocasional de medicamentos manifestado por deseo de mejorar el sueño. (NANDA 2009/2011 pág., 119)

12.-USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Dominio 4 (actividad y reposo)

Clase 5. Auto cuidado

Clase 5. Déficit de auto cuidado: vestido/arreglo por si misma relacionado con disminución en la motivación al vestirse y arreglarse. (NANDA 2009/2011 pág., 154)

13.-APRENDIZAJE

Dominio 13 (crecimiento/desarrollo)

Clase 1. Crecimiento

Clase 1. Deterioro generalizado en el adulto por enfermedad crónica degenerativa relacionado con depresión manifestado por la reducción en la participación de actividades de la vida diaria en dependencia personal. (NANDA 2009/2011 pág., 358)

14.-CREENCIAS Y VALORES

Dominio 10 (principios vitales)

Clase 3. Valores/creencias/congruencia de la acción

Clase 3. Sufrimiento espiritual del propósito por la vida relacionado con enfermedad crónica manifestado por falta de aceptación. (NANDA 2009/2011 pág., 298)

PLAN DE CUIDADOS

1.- NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA

Dx REAL.

*Deterioro neuromuscular relacionado con disminución de la capacidad para cambiar de posición por sí misma en la cama manifestado por dolor.

*Conocimientos deficientes sobre el valor de la actividad física relacionado con limitación de la amplitud de movimientos manifestado por inseguridad personal.

OBJETIVO: Mejorará el grado de rigidez en extremidades inferiores mediante los ejercicios físicos por tiempos otorgados.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Implementar una serie de ejercicios rehabilitadores, como en apoyo de flexión en extremidades inferiores.	Los ejercicios mejoran la fuerza, movilidad y equilibrio en brazos y piernas, poner en tensión los músculos que hay a la periferia de las articulaciones.	Ya ha iniciado con ejercicios de rehabilitación para la fortaleza en brazos y piernas en posición supina y bipedestal.

<p>Ejercicios de rango y amplitud de movimientos isométricos, brindando masajes descontracturantes y tratamientos posturales.</p>	<p>Los ejercicios especiales, pueden ayudar a fortalecer y controlar los músculos del rostro, hasta los movimientos finos... (Medicina Multimedia, ejercicios prácticos de estiramiento para personas con EM, febrero 2005)</p>	<p>Debido a la rigidez física en extremidades inferiores su progreso no es muy evidente.</p>
<p>Ejercicios articulares en sesiones cortas según la tolerancia al dolor</p>		<p>Se ministra analgesia, en tabletas como aplicación de interferón beta.</p>
<p>Sesiones cortas de movilizaciones asistidas, activas Masoterapia.</p>		<p>Muestra confort al adquirir masoterapia</p>

2.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

DX REAL.

*Deterioro de la integridad cutánea en alteración de estructuras dérmicas relacionado con la inmovilización física manifestado por capaz de la piel dañadas.

OBJETIVO: Se fomentará el movimiento corporal para preservar la integridad cutánea evitando lesiones.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Dar limpieza generalizada corporal en transcurso del día. Brindar comodidad en medio ambiente y lugar de su hábitat.	El aseo constante con agua fluyendo en todo el cuerpo y uso de jabón ayuda a evitar la mayor cantidad de gérmenes que proliferan infección, y malos olores (Real Decreto, 485/1997)	Su aspecto físico permanece limpio, gracias a que la usuaria fomenta su aseo corporal constante sin negación alguna.

3.- NECESIDAD DE ELIMINACION

DX REAL: Reducción anormal de la evacuación relacionado con actividad física insuficiente manifestado por distensión abdominal.

OBJETIVO: Disminuirá la distensión abdominal mediante la ejecución de movimientos corporales con apoyo del personal de enfermería.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Intervenir el movimiento frecuente a el reposo prolongado haciendo cambios de posiciones.	Realizar con regularidad alguna actividad física Ayuda a estimular los movimientos intestinales, por permanecer sentado en mucho tiempo, puede causar estreñimiento.	Logra defecar a diario, sin complicaciones, no hay presencia de incomodidades digestivas e intestinales.
Ministrar dieta equilibrada incluyendo todo tipo de comida rica en fibra y fluidos para evitar el estreñimiento.	La ingesta suficiente de líquidos mantiene el patrón intestinal de eliminación diaria. Así como la ingesta de líquidos calientes durante el día promueven el peristaltismo. (Estadísticas vitales y de salud, 2002)	Permanece estable y en control a sus evacuaciones

4.- NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

DX REAL: Deterioro de la interacción social insuficiente relacionado con limitación de la movilidad física manifestado por interacción disfuncional con los demás.

OBJETIVO: Mantendrá comunicación con amigos y familiares para mejorar las relaciones interpersonales posterior a la motivación del enfermero.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Motivar a siguiendo importancia a la comunicación. Proporcionarle el uso de medios de comunicación, (teléfono inalámbrico a la mano)	La comunicación asegura un alto grado de equilibrio psicológico. Una atención basada en la comprensión, aceptación y apoyo estimula el comportamiento, para disminuir, controlar o eliminar problemas emocionales y espirituales. (Catecismo de la	Mejoró su comunicación con familiares y conocidos haciendo uso de medios que se proporcionaron.

	Iglesia católica, 2495)	
Favorecer un ambiente de confianza desde el primer contacto.	Mantener la comunicación con la familia mejora el estado de aceptación y ánimo en los usuarios con problemas crónicos (Daniel Chandler, 2006)	Conversa de forma coherente al interrogar su aspecto personal familiar.

5 .- NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACION

DX REAL: Trastorno de la identidad personal en percepción completa relacionado con cambios en el rol social manifestado por sentimientos fluctuantes ante el yo.

OBJETIVO: Mejorará la auto percepción del rol demostrando participar en visitas recibidas al hogar, aceptando limitaciones y desventajas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Permitir libertad al expresarse evitando sentimientos de culpabilidad	La comunicación abierta en un ambiente adecuado favorece, la expresión de los sentimientos y temores, reconociendo limitaciones físicas e intelectuales a personas que crecen hacia el auto superación personal y no comparativa. (Daniel Chandler, 2006)	Permanece luchando contra su enfermedad, la cual no pierde el ánimo y esperanza.

<p>Animarla a valorar y agradecer visitas que recibe.</p>	<p>La educación es un ámbito importante en la vida diaria de las personas, que nunca se deja de aprender hasta su inexistencia, si no se aprende pero se pone en la práctica se supera por mucho todo lo demás (UNESCO 2008)</p>	<p>Valora las visitas de las personas que se interesan por ella, manifestándose agradecida.</p>
---	--	---

6.- NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

DX REAL: Déficit de actividades recreativas relacionado con entorno de provisto de actividades recreativas por permanecer postrada la mayor parte del día en cama.

OBJETIVO: Participará en actividades recreativas aprovechando la presencia de los visitantes.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Orientar sobre la importancia de participar en juegos recreativos de acuerdo a su estado de salud	La conversación guiada favorece la participación de todos a la vez evita que se centre en una sola persona. (Víctor Frank, Gonzales Ramírez Javier pag 146)	Muestra interés al realizar actividades recreativas, pero aun así participa poco.

2.1.-HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

DX RIESGO: Riesgo de infección relacionado con falta de hidratación corporal en descuido higiénico.

OBJETIVO: Mejorará la atención de aseo corporal, promoviendo la hidratación cutánea evitando alteraciones dérmicas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Se realiza el aseo corporal general cada tercer día. Aplicar lubricación y humectaciones corporales para evitar resequedad o descamaciones cutáneas.	Los contaminantes externos implican el buen funcionamiento de la piel normal, obliga mantener la piel limpia que respire y reciba nutrientes de humectación y tonicidad cutánea. (www.estheticnet.com)	Se logra conseguir la higiene corporal frecuente e hidratación cutánea. Se mantuvo su piel lubricada sin presentar descamaciones.

7.- NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATAACION

Dx RIESGO: Riesgo de desequilibrio nutricional a ingesta superior de las necesidades metabólicas relacionado con patrones alimentarios disfuncionales.

OBJETIVO: Controlará la ingesta de alimentos y líquidos mediante una dieta balanceada.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Proporcionar una dieta balanceada, con frutas naturales y altas en fibra, como nopal, cereales, entre otras.	La ingesta rica en altos nutrientes favorece al rendimiento energético como soporte vital. (Wikimedia Commons-Nutrición 2011)	No logró llevar una dieta balanceada por carencia de recursos económicos y humanos.
Motivar a incrementar la ingesta de líquidos.	El agua es un líquido fundamental, actúa como medio del metabolismo celular, facilita la excreción de desechos orgánicos(John M. dean (1999).	Aumenta el consumo de líquidos extras, como jugos naturales y lácteos, disminuyendo las bebidas no aptas para su salud

Evitar la ingesta abundante de bebidas tóxicas, como café o gaseosas.	La ingesta del café en moderación tiene un efecto antioxidante para el funcionamiento orgánico. (DELGADO, Carlos. 04/1998)	No mejoró la ingesta de bebidas tóxicas por costumbre.
---	---	--

8.- OXIGENACION

DX RIESGO: Riesgo en la necesidad de la oxigenación a inhalaciones inadecuadas relacionado con reducción en habilidades motoras.

OBJETIVO: Reducirá el riesgo por alteración en la necesidad de la oxigenación de acuerdo a su correcto movimiento.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Implementar ejercicios respiratorios como rutina a diario acostada, en decúbito supino, elevando tórax y flexionando extremidades inferiores, en retiro y posición en cama.	Promueve la buena ventilación a entrada de oxígeno y salida del dióxido de carbono. (Rosales, BS, Reyes, 1999)	Se muestra satisfecha al realizar los ejercicios respiratorios, sin interferir la incomodidad y agitación al esforzarse.

Enseñar técnicas de respiración para evitar hiperventilación	Estos movimientos favorecen la movilización del diafragma y músculos intercostales internos y externos, además de aumentar la capacidad ventilatoria (Tortora y Grabowski, 2005)	Muestra confort y mejoría en el control de la oxigenación.
--	--	--

9.- NECESIDAD. EVITAR PELIGROS

DX RIESGO: Riesgo de lesión a disfunción sensorial motora relacionado con sistema de transporte inseguro para su traslado.

OBJETIVO: Aprenderá a moverse de la cama a la silla con seguridad.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Dar la movilización en cama apoyándose de los laterales la paciente, para posicionarse y de ahí poder retirarse de ésta, y evitar caerse o arrollar a su ayudante. Brindar seguridad al traslado	La enseñanza y la educación favorecen la correcta actuación a favor del autocuidado de la salud. (Ann Marner, Torney, Martha Raile, Alligood, 2003)	Realiza cambios de posición durante el día apoyándose en los laterales de la cama, así como el tubo transfer para su traslado.

10.- NECESIDAD DE TERMORREGULACION

DX DE RIESGO: Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal en control a límites normales relacionado con exposición a temperaturas ambientales extremas e inactividad.

OBJETIVO: Conservará la termorregulación por medio de ahorro de energía corporal para su comodidad.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Evitar los posibles cambios de temperatura para adaptarla al ambiente, otorgarle algún bocadillo durante el día como termorregulador de energía propiciándole un ambiente acogedor y templado.	La importancia de la vestimenta adecuada, crea una capa aislante frente a las variaciones de la temperatura ambiental.(http://www.aibarra.org/	Está satisfecha por el control térmico hemodinámico corporal en base a la ayuda de medios termorreguladores.

11.- NECESIDAD DESCANSO Y SUEÑO

DX DE SALUD: Disposición para mejorar el sueño en suspensión natural y periódica de conciencia relacionado con el uso ocasional de medicamentos manifestado por deseo de mejorar el sueño.

OBJETIVO: Mejorará su descanso y sueño para disminuir el estado de estrés y ansiedad.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>Evitar o disminuir los riesgos recomendando algún tipo de distractor, rezar, leer, ver televisión, escuchar música, dar actividad en el día.</p> <p>Dormir por la noche, recomendar el sueño como descanso pero alternarse con actividades.</p>	<p>Cualquier ruido impide la conciliación con el sueño o suspenderlo durante las fases más profundas del día.</p> <p>(Eluned, University of Chicago Press, 2008)</p>	<p>Logró utilizar distractores para su relajación.</p> <p>Se ministró tabletas (alprazolam 0.50) para un sueño tranquilo.</p>

12.- NECESIDAD DE USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

DX DE BIENESTAR: Déficit de auto cuidado: vestido/arreglo por si misma relacionado con disminución en la motivación al vestirse y arreglarse.

OBJETIVO: Se adecuará a las necesidades personales como climáticas al momento de vestirse dentro y fuera de la habitación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Permitir a la usuaria sugiera su cambio de ropa a utilizar. Ayudar a vestir su ropa.	La apariencia es manejada y manipulada deliberadamente, hay personas que se preocupan mucho por este tipo de comunicación y algunos otros no lo refieren en su forma de comunicar. (Argyle, 1975)	La usuaria ha sido satisfecha por su apariencia física en su arreglo, pero aun así no queda satisfecha.

13.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

DX DE BIENESTAR: Deterioro generalizado en el adulto por enfermedad crónica degenerativa relacionado con depresión manifestado por la reducción de participar en actividades de la vida diaria como dependencia personal.

OBJETIVO: Se promoverá el interés de aprender y dejar la expresión libremente.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Educar e informar sobre sus patologías de forma práctica, para que lo entienda y comprenda.	La información oportuna influye la adaptación de la persona a situaciones de cambio. No olvidar el valor que la persona le otorgue al conocimiento como motivador y adquirir nuevos conocimientos. (A.Jauregui-E.Aguilar, pag, 68)	Hay interés e información adecuada necesaria para el cuidado de su salud y enfermedad.

14.- NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES

DX DE BIENESTAR. Sufrimiento espiritual del propósito por la vida relacionado con enfermedad crónica manifestado por falta de aceptación.

OBJETIVO: Fomentará la atención a creencias y valores participando en actividades religión y devoción.

INTEVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Facilitar la práctica de ritos y encuentros religiosos significativos dentro de la habitación. Promover la fe, y nunca perder la esperanza del aliviarse.	La comprensión, el respeto, y la ayuda a la persona en relación a sus preceptos religiosos en la transición del proceso vital, crisis circunstanciales y de desarrollo, influyen en el control o eliminación de problemas espirituales. (Rosales 1999)	Durante la enfermedad la usuaria ha aprendido a depender más de un ser superior.

CONCLUSIONES

En lo particular fue de mucha ayuda aplicar este modelo de trabajo, con sencillez y de utilidad, se crece en algo tan pequeño, que se demuestran por historias verdaderas, como lo fue el haber trabajado con la persona quien se prestó al interrogarse, con gran atención y dedicación como me lo demostró desde el día en que nos conocimos, informando, que aún se sigue visitando a la usuaria, para brindar mis servicios, en aumento a la amistad y reduciendo la terapia.

El aplicar el proceso de atención de enfermería, es la ayuda consecutiva para el enfermero y el enfermo necesitado, no es solo una atención curativa, es más la atención verdadera brindada con amor y dedicación por quien es servido de la persona más dedicada, la enfermera (o) en su carrera distinguida.

Ahora considero dentro de mis mejores amigas y aclaro que el cuidar a alguien se cotiza un precio, para mí, el mejor precio fue, ganarme la confianza y el cariño de ella expresado con una sonrisa de felicidad.

PLAN DE ALTA

Se trabajó con Teresa iniciando en Octubre del 2010 concluyendo en junio del presente año. Se sugiere el siguiente plan de alta.

1.-MOVILIDAD Y POSTURA

OBJETIVO: Mejorará el grado de rigidez en extremidades inferiores mediante los ejercicios físicos por tiempos otorgados.

Se sugiere continuar con la rehabilitación, de ella dependerá más fortaleza y gran interés para su mejora, y evitar abandonar el tratamiento.

2.-HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

OBJETIVOS:

*Se fomentará el movimiento corporal para preservar la integridad cutánea evitando lesiones.

*Se mejorará la atención de aseo corporal, promoviendo la hidratación cutánea evitando alteraciones dérmicas.

Se recomienda el aseo constante, la piel adquiere buena apariencia.

3.-ELIMINACION

OBJETIVO: Disminuirá la distensión abdominal mediante la ejecución de movimientos corporales en apoyo del personal de enfermería.

Se sugiere llevar un control diario de alimentos y líquidos que ayuden al funcionamiento de actividad digestiva.

4.-COMUNICACIÓN

OBJETIVO: Mantendrá comunicación con amigos y familiares para mejorar relaciones interpersonales posterior a la motivación del enfermero.

Se recomienda no aislarse como un abandono, siempre buscar la forma de apoyo incondicional de un amigo o compañero conocido.

5.-TRABAJO Y REALIZACION

OBJETIVO: Mejorará la auto percepción del rol demostrando participar en visitas recibidas al hogar, aceptando limitaciones y desventajas.

Se recomienda no evitar rechazos por el apoyo incondicional de visitas como compañía.

6.-JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

OBJETIVO: Participará en actividades recreativas aprovechando la presencia de los visitantes.

Se recomienda el aumento a participar en actividades recreativas, es difícil recurrir a ellas, pero se debe encontrar algún entretenimiento en el hogar y será de mucha ayuda.

7.-NUTRICION E HIDRATAACION

OBJETIVO: Controlará la ingesta de alimentos y líquidos mediante una dieta balanceada.

Se orienta a la ingesta de alimentos ricos y altos en nutrientes, dejando como control de su alimentación por porciones por día.

8.-OXIGENACION

OBJETIVO: Reducirá el riesgo en la alteración en la necesidad de la oxigenación de acuerdo a su correcto movimiento.

Se sugiere continúe practicando sus técnicas de respiración al realizar movimientos y cambios de postura.

9.- EVITAR PELIGROS

OBJETIVO: Aprenderá a movilizarse de la cama a la silla con seguridad.

Se recomienda conocer la seguridad en su persona y así evitará lesiones.

10.-TERMORREGULACION

OBJETIVO: Conservará la termorregulación por medio de ahorro de energía corporal para su comodidad.

Se orienta en el saber adaptarse a la ropa necesaria para sus necesidades aunque no sean de mucho agrado.

11.-DESCANZO Y SUEÑO

OBJETIVO: Mejorará su descanso y sueño para disminuir el estado de estrés y ansiedad.

Se sugiere evitar cualquier alteración emocional que afecte el estado de ánimo y así mejorar sueños tranquilos.

12.-USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

OBJETIVO: Se adecuará a las necesidades personales como climáticas al momento de vestirse dentro y fuera de la habitación.

Se sugiere tener confort en el arreglo personal.

13.-APRENDIZAJE

OBJETIVO: Se promoverá el interés de aprender y dejar la expresión libremente.

Se sugiere aprender lo más indispensable para su estilo de vida, algún método en medio de comunicación.

14.-CREENCIAS Y VALORES

OBJETIVO: Fomentará la atención a creencias y valores participando en actividades religión y devoción.

Demostrarse en nunca perder la fe y esperanza de que algún día se mejore y no depender de nadie, evitar perder la confianza interior para el salir adelante.

ANEXOS

PROPUETAS DE TRABAJO

Agradezco a la familia Robles Lua, que me permitió hacer posible esta relevante información, en especial a la señorita, Teresa, por haber aceptado, ser la persona indicada para la realización de mi trabajo, siendo visitada en su domicilio como objeto de estudio, sin algún inconveniente, del cual me siento muy agradecido.

*A los profesionales de salud en enfermería, para saber, que no solo el trato es en cualquier unidad de salud o área de trabajo, donde se apoya a los enfermos necesitados.

Más lo requieren, en los propios domicilios, al parecer la mayoría de estos casos, se aíslan, y se olvidan como objetos perdidos, dar a entender, el recibir algo a cambio por disponer de mis servicios, ese es el trato verdadero en realidad demuéstralo se regala y no se cobra.

Dependerá mucho de nuestra gran ética profesional y un título que nos respalda haciendo esto en realidad quien lo necesita.

No almacenes grandes premios y agravios de inteligencia mejor demuestra ante la sociedad lo que en realidad eres

*Si quieres brindar una verdadera atención, implementa el proceso de enfermería, si no sabes cómo, al menos ubica las etapas y te servirán de mucho como persona y dentro de tus actividades humanas.

ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA
VIDA DIARIA

Escala de Lawton y Brody

ASPECTO A EVALUAR	Puntuación
Puntuación total: 2	2
CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO:	
- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	0
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	0
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	0
- No es capaz de usar el teléfono	0
HACER COMPRAS:	
- Realiza todas las compras necesarias independientemente	0
- Realiza independientemente pequeñas compras	0
- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
- Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA:	

Escala de Lawton y Brody

ASPECTO A EVALUAR	Puntuación
- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	0
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	1
CUIDADO DE LA CASA:	
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	0
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	0
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	0
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa	0
- No participa en ninguna labor de la casa	0
LAVADO DE LA ROPA:	

Escala de Lawton y Brody

ASPECTO A EVALUAR	Puntuación
- Lava por sí solo toda su ropa	0
- Lava por sí solo pequeñas prendas	0
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE:	
- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	0
- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	0
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	0
- Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
- No viaja	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:	
- Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	0
- Toma su medicación si la dosis le es preparada	1

Escala de Lawton y Brody

ASPECTO A EVALUAR	Puntuación
previamente	
- No es capaz de administrarse su medicación	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS:	
- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	0
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	0
- Incapaz de manejar dinero	0

TERESA, muestra dependencia, al valorarse y observarse de acuerdo a la escala de valoración de Lawton, demuestra actividades realizadas en la vida cotidiana, claro muy ligeras esas actividades, pero siempre con apoyo de cualquier persona para realizar y tomar criterios en decisión.

Calificación total (2)

Máxima Dependencia (0)

Total: 8

Tabla 1 CLASIFICACIONES DE LA OBESIDAD			
SEGUN GARROW			
	GRADO	IMC	
Grado 0:	normopeso	20 - 24.9	
Grado I:	sobrepeso	25 - 29.9	
Grado II:	obesidad	30 - 39.9	
Grado III:	obesidad mórbida	40	
SEGUN AMERICAN HEART ASSOCIATION			
	GRADO	IMC	RIESGO
Clase 0	normal	20 - 24.9	Muy bajo
Clase I	obesidad leve	25 - 29.9	Bajo
Clase II	obesidad moderada	30 - 34.9	Moderado
Clase III	obesidad severa	35 - 39.9	Alto
Clase IV	obesidad mórbida	□40	Muy alto

EVALUACION DE LA MARCHA Y EL BALANCE DE TINNETTI
EQUILIBRIO

INSTRUCCIONES; el sujeto debe estar sentado en una silla rígida y sin brazos, a partir de tal postura se evalúa...

Balance Sentado

- Se va de lado o resbala =0 0
- Firme y seguro=1

Levantarse

- Incapaz sin ayuda =0
- Capaz para usar brazos =1 1
- Capaz sin brazos =2

Intenta levantarse

- Incapaz sin ayuda =0 0
- Capaz en mas de un intento =1
- Capaz sin brazos =2

Balance inmediato al levantarse (5seg)

- Inestable (vacila y mueve los pies) =0 0
- Estable pero con apoyo físico =1
- Estable sin ningún apoyo =2

Balance de pie

- Inestable =0 0
- Estable pero con amplia base de sustentación (10cm) apoyo físico =1
- Estable con base normal de sustentación =2

Empujón

La persona esta con los pies juntos, el examinador empuja sobre el esternón 3 veces

- Comienza a caer =0 0
- Se tambalea pero se recupera =1
- Esta firme =2

Ojos cerrados (misma posición)

- Inestable =0 0
- Estable =1

Giro de 360°

- Pasos irregulares =0 0
- Pasos uniformes =1
- Inestable =0 0
- Estable =1

Al sentarse

- Insegura (juzga mal la distancia se desliza) =0
- Usa los brazos o esta inseguro =1 1
- Seguro baja con suavidad =2

Puntuación final máxima =16

Calificación subtotal = 2

ESCLEROSIS MULTIPLE

Enfermedad que afecta al sistema nervioso central, corresponde al cerebro y la médula espinal. Las fibras nerviosas (o axones) que conforman el sistema nervioso central están protegidas por un tejido adiposo llamado mielina, que ayuda a que éstas conduzcan los impulsos eléctricos.

Cuando se destruye daña la mielina o la fibra nerviosa, en la capacidad de los nervios para conducir el impulso eléctrico desde y hacia el cerebro se ve afectada, lo que ocasiona que parezcan los síntomas. La Esclerosis Múltiple pierde el recubrimiento de mielina en muchas áreas, donde queda una cicatriz llamada esclerosis. Estas áreas dañadas también son conocidas con el nombre de placas o lesiones. A veces, la fibra nerviosa subyacente (o axona) también puede resultar dañada o destruida. No es contagiosa, razón por la cual nadie puede contraer esta de otra persona

DESCRIPCIÓN

La esclerosis múltiple (EM) fue diagnosticada inicialmente en 1849, la descripción más antigua conocida de una persona con posibles síntomas de esclerosis múltiple dada del siglo XIV en Holanda. La esclerosis múltiple, es imprevisible del sistema nervioso central, puede variar entre relativamente benigna, y algo incapacitante hasta devastadora, a medida que se perturba la comunicación entre el cerebro y otras partes del cuerpo.

El nombre "esclerosis múltiple" significa tanto el número (múltiple) como la condición (esclerosis, del término griego que describe el cicatrizado o endurecimiento) de las áreas en las que se ha eliminado la mielina en el sistema nervioso central

No se sabe exactamente cuántas personas padecen de esclerosis múltiple. Se cree que, en la actualidad, hay aproximadamente de 250,000 a 350,000 personas en los Estados Unidos con esclerosis múltiple diagnosticada por un médico. Este estimado indica que cada semana se diagnostican aproximadamente 200 casos nuevos de esclerosis múltiple en el país.

Las personas empiezan a sentir los primeros síntomas de esclerosis múltiple entre las edades de 20 y 40 años, pero el diagnóstico frecuentemente tarda en hacerse. Esto se debe tanto a la naturaleza transitoria de la enfermedad como a la ausencia de una prueba diagnóstica específica. Antes de que pueda confirmarse el diagnóstico, han de desarrollarse una variedad de síntomas y cambios específicos en el cerebro.

Hay casos de esclerosis múltiple en niños de corta edad y en adultos ancianos, los síntomas rara vez comienzan antes de los 15 años o después de los 60 años. Las personas de raza blanca tienen más del doble de probabilidad de contraer la esclerosis múltiple que las de otras razas. En general, las mujeres se ven afectadas por esclerosis múltiple por una tasa casi doble de la de los hombres. Sin embargo, entre los pacientes que presentan los síntomas de la esclerosis múltiple por primera vez a una edad posterior, la relación entre hombres y mujeres es más balanceada.

ETIOLOGÍA

La causa exacta que provoca la Esclerosis Múltiple, no se encuentra aún se cree el daño a la mielina en respuesta anormal del sistema inmunológico del organismo. Normalmente, el sistema inmunológico defiende el organismo de "intrusos" como los virus y las bacterias. En las enfermedades auto inmunes como la Esclerosis Múltiple, el organismo ataca su propio tejido, teniendo como objetivo principal el atacar a la mielina. Aunque no se sabe que motiva al sistema inmunológico atacar la mielina, se cree que son varios los factores que intervienen, incluyendo algo en el código genético del individuo junto con la exposición a algo, probablemente un virus o bacterias comunes

La Sintomatología que experimentan los enfermos de Esclerosis Múltiple varía dramáticamente según cada persona. Entre los síntomas se encuentra una sensibilidad anormal o reducida, debilidad, alteraciones visuales, torpeza, pérdida repentina del control de la vejiga, etc.

Estos y otros síntomas pueden aparecer combinados con otros, y en grado leve o agudo dependiendo el sitio del SNC que ataque. Normalmente, se experimentan durante períodos de tiempo impredecibles. Hay que aclarar que estos síntomas o combinación de ellos pueden no guardar relación alguna con la Esclerosis Múltiple.

También podemos decir que uno de los primeros síntomas es entumecimiento u hormigueo en piernas o brazos, debilidad sin causa aparente, mareos, fatiga, visión doble, visión borrosa o ceguera. Durante los periodos de remisión el paciente puede sentirse mejor pero la zona afectada (pierna o brazo o ambos) pueden sentirse rígidos; también puede

quedar algo de debilidad, entumecimiento o trastornos visuales. cuando los síntomas reaparecen, estos pueden ser más graves encontrando espasmos musculares, trastornos en intestinos y vejiga, problemas sexuales, parálisis, habla arrastrada, confusión y mala memoria.

En algunos pacientes con Esclerosis Múltiple, el calor agrava la sintomatología.

Entre los indicios más comunes que se pueden encontrar son: movimiento ocular alterado y reacción anormal de las pupilas, sutiles cambios en el habla, alteración de los reflejos, problemas de coordinación, alteraciones sensoriales, muestras de espasticidad o de debilidad en los brazos o piernas.

El Diagnóstico puede ser muy difícil. Como no existe una prueba única que pueda confirmar la existencia de EM, el proceso suele incluir: 1) Información del historial médico de la persona 2) Un examen clínico 3) Pruebas de laboratorio.

Las pruebas de laboratorio pueden ser el elemento decisivo del proceso de diagnóstico. De todas ellas, la prueba más determinante, que detecta placas o cicatrices que podrían estar causadas por la Esclerosis Múltiple, como:

+RESONANCIA MAGNETICA (IRM) (proceso no invasivo). A diferencia de la tomografía computarizada (CT) o los rayos X convencionales, el escáner IRM no emplea radiación, sino magnetismo y ondas radioeléctricas.

+PRUEBAS DE POTENCIALES EVOCADOS (EP) son estudios eléctricos de diagnóstico que pueden mostrar si ha habido una disminución en el flujo de mensajes en varias partes del cerebro.

+EL FLUIDO CEREBRO Espinal se extrae por medio de una punción lumbar y se examina con el fin de detectar los niveles de ciertas proteínas del sistema inmunológico y la presencia de anticuerpos llamados "bandas oligoclonales" usando el sistema de colorización.

ANALISIS DE SANGRE descartar de forma positiva otras causas de varios síntomas neurológicos, como la enfermedad de Lyme, un grupo de afecciones conocidas como "enfermedades colágeno-vasculares", ciertos desórdenes hereditarios poco comunes y el SIDA, entre otros...

Tratamiento, no existe aun para la cura de la Esclerosis Múltiple, pero existen medicamentos que pueden ayudar a controlar el padecimiento. Algunos médicos recomiendan no dar tratamiento cuando los síntomas son leves y los ataques no son frecuentes. Cuando los síntomas progresan se puede utilizar corticoesteroides, fármacos que reducen el tiempo y gravedad del ataque. En ocasiones es recomendable el uso del interferon beta una sustancia química que actúa directamente sobre las células de defensa del cuerpo inhibiendo su acción, lo que disminuye el número de ataques.

Se recomienda utilizar fármacos que disminuyan los problemas neurológicos, como por ejemplo mejorar la rigidez muscular.

Así mismo es conveniente que los pacientes con Esclerosis Múltiple se sometan a fisioterapia y tener una terapia ocupacional para mejorar la debilidad que se presenta después de cada ataque. Con la Esclerosis Múltiple se cae a un estado depresivo, se requiere de manejo especializado, donde el médico decidirá el uso de antidepresivos y tranquilizantes.

Se recomienda a los pacientes con Esclerosis Múltiple cambiar a hábitos saludables lo que reducirá la fatiga y el estrés.

+ Hacer ejercicio regularmente

+Descansar lo suficiente,

+ Llevar una dieta equilibrada con abundancia de fibras

+Evitar el estrés en la medida de lo posible.

Aquellos pacientes con Esclerosis Múltiple que se agravan con el aumento de la temperatura se les recomienda que eviten los baños con agua caliente y la exposición al sol.

(Harrison Tinsley Rundalp, Thorn, Adams, Braunwald, Isselbacher, Petersdorf, Medicina Interna, Tomo 2, Quinta Edición, 2265phttp://es.wikipedia.org/wiki/Wikipedia:Fuentes_fiables

HON@CODE, 2009

Tortora y Grabowski, anatomía y fisiología, pag-783/ 2005)

BIBLIOGRAFIAS

1. Ann Marner Torney, Martha Raile, Alligood, Modelos y Teorías de Enfermería, sexta edición, editorial Mosby, Madrid España, 2007,828pp.
2. Bertha Alicia Rodríguez Sánchez, Proceso Enfermero, edición Cuellar, 227pp
3. Ann Marner, Torney, Martha Raile, Alligood, Modelos y Teorías de Enfermería, quinta edición, editorial Mosby, Madrid España 2003, 672pp.
4. Victoria Moran Aguilar, Alba Lili Mendoza Robles, Proceso de Enfermería, Modelos sobre la Interacción Terapéutica y uso de los Lenguajes NANDA,CIE,CRE, segunda edición, editorial Trillas, 230pp
5. Jaffe S. Marie, Enfermería en Atención Domiciliaria, tercera Edición Editorial Hancort, Madrid España, 2008, 433pp
6. P.Valenti.C, Ferreras Rosman, Medicina Interna, Decimoquinta edición, volumen 2, editorial el Servier, Madrid, España, 2003
7. Martin Laso de la Vega Sánchez, Fundamentos de Enfermería, Tercera edición, editorial el manual moderno, México DF, 636pp

8. PW.Iyer, B.J.Taptich, DBernocchi-Losey, Proceso y Diagnostico de Enfermería, tercera Edición.
9. Harrison Tinsley Rundalp, Thorn, Adams, Braunwald, Isselbacher, Petersdort, Medicina Interna, Tomo 2, Quinta Edición, 2265pp.
10. Diagnósticos de Enfermería NANDA 2009-2011
11. Rosales, BS, Reyes, GE, Fundamentos de Enfermería, editorial Manual Moderno, México, 1999
12. Kosier, B, etal. Fundamentos de enfermería, quinta Edición, Vol 1, conceptos, procesos y Practica, editorial Mc Graw Hill, Interamericana, México 1999
13. HON@CODE, Unidad Editorial, Revistas, Madrid, 2009
14. [Www.demedicina.com](http://www.demedicina.com)
15. www.entornomedico.com
16. Valoración de las 14 Necesidades de Virginia Henderson, E. C Salud Malag, Departamento de enfermería, Antonio Benites Leyva enfermero, Prof Asociado Medico Quirúrgica II, Enfermería, UMA, Malaga, Febrero 2002

17. Usuario del primer nivel de atención, México, 2009
18. http://es.wikipedia.org/wiki/Wikipedia:Fuentes_fiables
19. UNESCO, Educación para todos Informe de Seguimiento de 2008
20. Tortora y Grabowski, anatomía y fisiología, novena edición pag-783 oxford 2005
21. <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/obesidad/diagnosticoobesidad.html>
22. http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_5_03/mgi07503.htm
23. Javier Gonzales Ramírez, El Camino hacia la Madurez Humana, editorial ALBA, 1999.