



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ**



**INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12**

**PROCESO CUIDADO ENFERMERO
“APLICADO A UNA PACIENTE CON DOLOR NEUROPÁTICO”**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

PERESENTA

GUADALUPE ELIZABETH ROQUE RAMIREZ

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ**



**INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12**

**PROCESO CUIDADO ENFERMERO
“APLICADO A UNA PACIENTE CON DOLOR NEUROPÁTICO”**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

PERESENTA

GUADALUPE ELIZABETH ROQUE RAMIREZ

ASESOR

M.E.y.A.S. Rita de Guadalupe Martínez Rocha

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ**



**INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12**

**CARTA DE ACEPTACION DEFINITIVA DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO
PARA LA TITULACION DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

Los suscritos miembros del proceso de titulación de

Guadalupe Elizabeth Roque Ramírez

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado el trabajo:

“Proceso Cuidado Enfermero aplicado a una paciente con Dolor Neuropático”

En vista de lo cual extendemos nuestra autorización para que dicho trabajo sea sustentado en examen de grado de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

M.E.y.A.S. Rita de Guadalupe
Martínez Rocha
Tutor

L.E.O. Luz Esperanza Hernández
Terrazas
Presidenta

L.E.O. Miguel Ángel Pérez López
Secretaria

L.E.O. Agripina García Gutiérrez
Vocal

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021

Índice

Dedicatoria	6
Agradecimientos	6
Resumen del trabajo	7
II.- Introducción	8
III.- Justificación	10
IV.- Objetivos	12
4.1 Objetivo general	12
4.2 Objetivos específicos:	12
V.- Marco teórico	13
5.1 Enfermería como profesión disciplinaria	13
5.2 El cuidado como objeto de estudio	13
5.3 Proceso de Atención de Enfermería	14
5.4 Modelo teórico utilizado para la elaboración Proceso Cuidado Enfermero	15
5.2.1 Elementos fundamentales del modelo utilizado	17
5.5.2 Diagnostico	21
5.5.3 Planeación	23
5.5.4 Ejecución- Implementación	24
5.5.5 Evaluación	25
5.5.6 Problemática de la salud de la persona (patología, concepto, epidemiología, aspectos fisiopatológicos, manifestaciones)	26
VI.- Resumen del caso clínico	33
6.1 Valoración clínica del sujeto del cuidado (Patrones funcionales M. Gordon)	34
6.2 Diagnostico enfermero	39
6.3 Planificación (Indicadores de resultado)	40
6.4 Ejecución (NIC)	40
6.5 Evaluación	40
VII.- Plan de alta	67
VII.- Conclusiones	70
Referencia bibliográfica	71
Glosario	74
Anexos	

Dedicatoria

A mi mamá: Ma. De La Luz Ramírez González †

Mi gran estrella en el cielo

A mi papá: Bruno Roque Loredó

Agradecimientos

A mi familia:

Dios te doy gracias infinitas por darme la vida, tener salud, tener a mis padres y dejar cuidar de ellos, así como compartir grandes momentos juntos, por la gran bondad que tienes para conmigo y mis seres queridos, por la gran vocación que tengo como profesional de la salud.

A mis padres: Luz y Bruno por ser los mejores pilares que Dios me pudo obsequiar para seguir sus pasos, por sus grandes consejos y su gran esfuerzo, por confiar en mí y sobre todo por lo que soy yo ahora gracias a ellos.

A mis hermanos: Sugehi, Jorge y Roció; por siempre estar conmigo en todo momento, por motivarme y apoyarme.

A mis sobrinos: Camila, Jessue, Luis, Bruno y Michel: por ser una gran motivación y por el cariño que me demuestran.

A mis docentes:

A mis profesores del CUS: por su gran dedicación, consejos, enseñanzas y conocimientos compartidos durante mi estancia universitaria.

A mi catedrática L.E EECF Nohemí Báez García por su gran colaboración, profesionalismo, paciencia y ayuda en este proyecto para lograr mi titulación.

A mis amigas (os): por los momentos compartidos, sus consejos y apoyo a lo largo de nuestros estudios.

Al Centro Universitario de la Salud: por abrir sus puertas y ser mi casa de estudios.

¡Gracias!

Resumen del trabajo

Introducción: El dolor se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño real o potencial, el dolor neuropático surge como consecuencia directa de una lesión o enfermedad que afecta al sistema nervioso, el sistema nervioso central o el periférico, la implementación del Proceso Cuidado Enfermero es un método científico de suma relevancia para la práctica asistencial de enfermería que permite brindar cuidados individualizados de una forma racional, lógica y sistemática de acuerdo a las necesidades.

Objetivo del trabajo: Desarrollar un PCE individualizado con manejo del dolor neuropático, considerando las necesidades del paciente brindando intervenciones de enfermería con fundamento científico, para mejorar la calidad de vida. **Metodología:** Se implementó PCE a través del caso clínico a una paciente con dolor neuropático, se utilizó como instrumento: valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, Modelo Teórico de enfermería de Adaptación de Callista Roy, taxonomía NNN, sitios web, libros electrónicos y físicos con base científica. **Resultados:** Se identificaron los patrones funcionales, destacando: Patrón cognitivo-perceptual entre otros. Se identificó como diagnóstico de enfermería prioritario el dolor crónico entre otros. Se elaboró plan de alta como apoyo para mejorar el manejo de la salud en domicilio. **Conclusiones:** Se desarrolló PCE integrando sus etapas satisfactoriamente reconociendo las necesidades del paciente, obteniendo resultados satisfactorios para su salud, el profesional de enfermería amplió los conocimientos y habilidades del PCE, concientizando y motivando a futuros profesionales del desarrollo de este instrumento útil de trabajo para brindar cuidados en respuesta a las necesidades del paciente.

Palabras clave: dolor, dolor neuropático, enfermería, proceso cuidado enfermero, profesional, valoración, cuidados, fundamento, diagnóstico de enfermería, conocimientos, instrumento, científico, necesidades.

II.- Introducción

El cuidado enfermero ha evolucionado a través de los años y este comprende diferentes etapas: doméstica, vocacional, técnica y la enfermería como profesión, cabe mencionar que estas tenían diferente enfoque y de la misma manera en que las personas que brindaban los cuidados a la persona, familia o comunidad, la enfermería es una disciplina profesional que tienen como objeto desarrollar conocimientos que sirven para definir y guiar la práctica que les permite contar con herramientas para fundamentar su quehacer y anticiparse a los cambios para la toma de decisiones en equipo con un alto sentido de reflexión sobre las bases conceptuales que se desea para la práctica disciplinaria en las áreas: asistencial, docente, administrativa y de investigación.

El Proceso Cuidado Enfermero es un instrumento utilizado en el área asistencial de enfermería, este comprende de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, implementación y evaluación. El profesional de enfermería tiene un papel fundamental con los pacientes que presentan dolor, es por esto que es de suma importancia desarrollar el PCE en estos pacientes para poder identificar y priorizar cada una de sus necesidades, así como aplicar escalas de valoración del dolor y tratamiento para la condición que presenta.

El dolor se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño real o potencial de un tejido que se describe en términos de ese daño. Cabe mencionar que el dolor neuropático es el que surge como consecuencia directa de una lesión o enfermedad que afecta al sistema nervioso el sistema nervioso central o el periférico cabe mencionar que los síntomas son duraderos, con una persistencia típica una vez resuelta la causa primaria (si estaba presente una), porque el sistema nervioso central ha sido sensibilizado y remodelado. Con frecuencia el dolor neuropático se asocia a otros problemas y ocasiona deterioro en la calidad de vida y en el funcionamiento, lo que puede ocasionar incapacidad y desempleo.

El profesional de enfermería tiene la necesidad de aplicar el PCE que le permitirá brindar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, con el abordaje del tratamiento de dolor neuropático en la paciente que lo padece, siendo un reto para el profesional de enfermería, por lo que el desarrollo del plan de cuidados individualizado permite contar con las herramientas necesarias para atender las necesidades reales del paciente, haciendo

uso de la taxonomía NNN, así como utilizando un modelo de enfermería que encamine para bien los cuidados que se realizarán en el paciente esto con un fundamento científico que encaminaran a mitigar o solucionar su sintomatología.

III.- Justificación

Por medio del presente lograr la titulación para obtener el grado de Estudios Universitario; Licenciado en Enfermería y Obstetricia, en el Centro Universitario de la Salud, aplicando el Proceso Cuidado Enfermero PCE que en la actualidad es considerado un instrumento de suma importancia dentro de la profesión de Enfermería, que les permite a los profesionales organizar, optimizar y priorizar los cuidados; de una manera sistemática y humanizada al momento de brindar la atención en los cuidados al paciente, ofreciendo cuidados de Calidez y Calidad, aplicando pensamiento crítico y autónomo a cada una de las necesidades que demande. Por medio del presente aplicar el PCE en una paciente con dolor neuropático individualizando, es de suma importancia conocer las generalidades del dolor crónico, ya que se facilitará brindar cuidados con fundamento científico y así mitigar signos y síntomas que comprometan el estado de salud.

El presente desarrollo del PCE se pretende mejorar la calidad del cuidado del profesional de Enfermería de manera disciplinaria, por esto es importante desarrollar cuidados con evidencia científica para poder llevarlos a la práctica y obtener beneficios para la salud de la paciente.

Cabe mencionar que dicha situación representa un problema de salud pública que afecta de 25 a 29% de la población mundial; sin embargo, en México carecemos de información estadística que permita conocer el impacto del dolor crónico en la población general. Pero sabemos que el dolor es frecuente en la población de adultos mayores. En los hallazgos del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México señala que 41.5% de los adultos de más de 50 años de edad reportó sufrir dolor, siendo más frecuente en las mujeres que en los hombres (48.3% vs. 33.6%), y que el porcentaje de dolor aumenta en los adultos de mayor edad. (CENIDSP, 2020)

El manejo de los pacientes con dolor neuropático es complejo y la respuesta a los tratamientos existentes es insuficiente. El dolor neuropático, afecta aproximadamente el 3% de la población mundial, y al 2% de la población de América Latina; se calcula que 15 de cada 100 pacientes que acuden a consulta médica, debido al dolor, sufren de este malestar. Los cuadros dolorosos que se presentan con mayor frecuencia son: lumbalgia con componente neuropático (34,2%); neuropatía diabética (30,4%); neuralgia post herpética

(8,7%) y dolor neuropático como secuela postquirúrgica (6,1%). Los pacientes afectados con este padecimiento sufren desordenes del estado de ánimo, disminución de su calidad de vida, disminución de su capacidad para realizar actividades cotidianas incluido su desempeño laboral, lo que representa un costo social elevado, no existen estimaciones sobre estos costos en nuestro país. (IMSS, 2011)

Por tanto, nace la importancia de la aplicación del Proceso de Cuidado de Enfermero de manera individualizada en una paciente que presenta dolor neuropático en el área asistencial de enfermería, con el propósito de priorizar y efectuar cuidados de una manera óptima y así desarrollar cada una de las etapas, garantizando cuidados de enfermería de acuerdo a las condiciones necesarias que demande, para obtener resultados satisfactorios y eficientes, con la intención de mejorar la calidad de vida de la paciente ayudando a solucionar o mitigar la sintomatología del dolor y revertir o disminuir complicaciones secundarias a futuro, instruyendo estrategias no farmacológicas para tratar dicha problemática de salud que la paciente manifiesta para mantener un estado confort para con ella.

IV.- Objetivos

4.1 Objetivo general

Desarrollar un Proceso Cuidado Enfermería individualizado para el manejo del dolor neuropático, considerando las necesidades individuales del paciente para mejorar la calidad de vida.

Por medio del presente lograr la titulación para obtener el grado de Estudios Universitario; Licenciado en Enfermería y Obstetricia, en el Centro Universitario de la Salud

4.2 Objetivos específicos:

- Identificar los patrones disfuncionales a través de la valoración de Marjory Gordon.
- Priorizar intervenciones de enfermería con fundamento científico.
- Evaluar resultados del Proceso Cuidado Enfermero implementado.
- Implementar plan de alta del problema interdependiente.
- Investigar la problemática de salud que fundamente las acciones realizadas.

V.- Marco teórico

5.1 Enfermería como profesión disciplinaria

El concepto de profesión, es habitualmente asociado en el colectivo social a un título que es obtenido a través de estudios superiores. Sin embargo, el término requiere mayor análisis desde su concepto, evolución histórica y de este modo lograr comprender como se fue perfilando una profesión dentro de la sociedad. (Burgos Moreno y Paravic Klijnl, 2009)

La Enfermería se consolida como una disciplina, con un cuerpo de conocimiento propio y una responsabilidad definida en la atención a la salud de la población. Los profesionales de enfermería han asumido la responsabilidad de organizar y dirigir los servicios de enfermería e iniciar investigaciones encaminadas a incrementar su cuerpo disciplinar. Muchos de los cambios y mejoras que han tenido lugar en el campo de la Enfermería se deben, al menos en parte, a los esfuerzos de nombres como Florence Nigthingale, Virginia Henderson, Dorothea Orem entre otras teóricas que elevaron la profesión a una incipiente ciencia. (Martinez Martin y Chamorro Rebollo, 2011)

El campo de la enfermería es el cuidado que permite a la persona dominar los acontecimientos ligados a su experiencia de salud y mejorar su bienestar. El valor óptimo del cuidado de enfermería se mide a través de una sólida formación con un enfoque crítico, capaz de asumir diversos roles de un sistema de salud cambiante y para un liderazgo que le permita participar en las decisiones en materia de salud. La importancia primordial de la interdependencia y de la complementariedad de las diferentes profesiones del área de la salud, de las áreas sociales y de las humanísticas que les permiten contar con herramientas para fundamentar su quehacer y anticiparse a los cambios para la toma de decisiones en equipo con un alto sentido de reflexión sobre las bases conceptuales que se desea para la práctica disciplinaria en las áreas asistencial, docente, administrativa y de investigación.

Rosales Barrera y Reyes Gómez, 2004)

5.2 El cuidado como objeto de estudio

Los cuidados que aportan la Enfermería y cómo lo hace han ido variando por múltiples factores. Estas diferencias observadas en los cuidados enfermeros se manifiestan de forma

diferente según los valores en los que se sustentan en cada momento histórico, la percepción de la salud-enfermedad para cada cultura o grupo social. (Matesanz Santiago, 2009)

Etapas doméstica: buscar el origen de los cuidados lleva a situarse en el período más prolongado de la historia de la humanidad y a conocer cómo vivían los primeros hombres que poblaron la tierra. Es considerado un periodo de transición donde cuya principal meta era la supervivencia. (Martinez Martin y Chamorro Rebollo, 2011)

Etapas vocacional: el auge del cristianismo empujó al desarrollo de los cuidados, que pasaron a considerarse un deber sagrado y adquirieron un enfoque humanitario que previamente no habían tenido. La iglesia resaltó la misión salvadora de Cristo para con los desvalidos, con el fin de realizar un trabajo social; destacaron como más importantes: las diaconisas, las viudas, las vírgenes y las matronas. (Martinez Martin y Chamorro Rebollo, 2011)

Etapas técnica: se desarrolla de forma paralela a la evolución del concepto de salud predominante en la época, la salud se entendía como la lucha contra la enfermedad y como consecuencia. La separación de los poderes político y religioso permitió el inicio de la profesionalización de las enfermeras, hecho que se atribuye a Florence Nightingale quien se le reconoce como la verdadera fundadora de la Enfermería moderna. (Martinez Martin y Chamorro Rebollo, 2011)

5.3 Proceso de Atención de Enfermería

El Proceso de Enfermería es un método sistemático y organizado, que para su aplicación requiere de conocimientos, habilidades y actitudes, que permiten la prestación del cuidado de enfermería lógica, racional y humanístico al individuo, a la familia y a colectivos, y se mide por el grado de eficiencia, progreso y satisfacción del paciente. Su objetivo es identificar el estado de salud de los seres humanos desde lo real o potencial, individual, familiar o comunitario, que facilite las intervenciones de enfermería necesarias para dar solución a las necesidades identificadas. (Caro y Guerra, 2011)

El proceso se organiza para su operación de cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución-intervención y evaluación. (Pérez Hernández, 2002)

El proceso enfermero es sistemático: como el método de solución de problemas, consta de cinco pasos, en los que se lleva a cabo una serie de acciones deliberadas para extremar la

eficiencia y obtener resultados beneficiosos a largo plazo. Dinámico: a medida que adquiera más experiencia, podrá moverse hacia atrás y hacia adelante entre los distintos pasos del proceso, combinado en ocasiones distintas actividades para conseguir el mismo resultado final. Humanístico: se basa en la creencia de que a medida que planifiquemos y brindamos los cuidados debemos considerar los intereses, valores y deseos específicos del usuario (persona, familia, comunidad).

Centrado en los objetivos (resultados): los pasos del proceso enfermero están diseñados para central la atención en si la persona que demanda cuidados de salud obtiene los mejores resultados de manera eficiente. Pensamiento crítico: es indispensable que la (el) enfermera (o) logre un pensamiento crítico para tener mejores resultados al aplicar el Proceso de Enfermería, es una habilidad que se debe de aprender y que se logra con la práctica. (Caro y Guerra, 2011)

Solo entonces será capaz de pensar críticamente sobre cómo lograr los objetivos finales enfermeros para: prevenir la enfermedad y promover, mantener o restaurar la salud, potenciar la sensación de bienestar y la capacidad para actuar según los roles deseados, proporcionar cuidados eficaces y eficientes de acuerdo con los deseos y necesidades del individuo y hallar formas de aumentar la satisfacción del usuario al administrarle cuidados de salud. (Alfaro-LeFevre, 2007)

5.4 Modelo teórico utilizado para la elaboración Proceso Cuidado Enfermero

Las teorías en enfermería se han convertido en un tema importante durante los últimos años, estimulando el crecimiento notable y la inmensa expansión de la educación y la bibliografía de la enfermería. Una historia breve del movimiento de la enfermería desde la vocación hasta la profesión describe la búsqueda de la esencia de la enfermería que llevó a ese apasionante momento de su historia, relacionando la etapa de la teoría con la enfermería como disciplina académica y como profesión práctica. Durante este período, el desarrollo del conocimiento enfermero fue una fuerza significativa cuando la licenciatura empezó a ser aceptada más ampliamente como el primer nivel educativo para la enfermería profesional y la enfermería empezó a lograr el reconocimiento y aceptación nacional como una disciplina académica en la educación superior. Los primeros trabajos que precedían a la etapa de la

teoría de la enfermería contribuyeron al desarrollo del conocimiento proporcionando una dirección o base para desarrollos posteriores reflejan las ciencias humanas y sus métodos.

Filosofías en enfermería: Nightingale, Watson, Ray, Benner, Martinsen, Eriksson. Modelos conceptuales en enfermería: Levine, Rogers, Orem, King, Neuman, Roy, Johnson. Teorías en enfermería: Boykin y Schoenhofer, Meleis, Pender, Leininger, Newman, Parse Erickson, Tomlin y Swain, Husted y Husted. Teorías intermedias en enfermería: Mercer, Mishel, Reed, Wiener y Dodd, Eakes, Burke y Hainsworth, Barker, Kolcaba, Beck, Swanson, Ruland y Moore.

Para el presente trabajo se utilizó el Modelo de la adaptación; Sor Callista Roy

Sor Callista Roy, miembro de las hermanas de San José de Carondelet, nació el 14 de octubre de 1939 en Los Ángeles (California). En 1963 se diplomó en Enfermería en el Mount Saint Mary's College de Los Ángeles, y en 1966 hizo un master en enfermería en la University of California, Los Ángeles. Después de finalizar sus estudios de Enfermería, inicio su formación en sociología en la University of California, donde realizó un máster en 1973 y obtuvo un doctorado en 1977. Mientras realizaba el doctorado, en un seminario se le pidió que desarrollase un modelo conceptual junto con Dorothy E. Johnson. Cuando trabajaba como enfermera pediátrica, Roy observó la gran capacidad de recuperación que tenían los niños y su capacidad de adaptación en respuesta a los cambios físicos y psicológicos importantes.

El origen del modelo de adaptación de Roy para la enfermería se puede identificar la mención que hace del trabajo de Harry Helson sobre psicofísica, que abarca desde las ciencias sociales hasta las conductuales.

Roy ha definido el concepto de adaptación se refiere al proceso y al resultado por los que las personas que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o grupos, son conscientes y escogen integrar el ser humano con su entorno. Más allá de ser un sistema humano que simplemente se esfuerza para responder ante los estímulos del entorno con el fin de mantener su integridad, cada vida humana tiene una función en un universo creador, y las personas no se pueden separar de su entorno.

Enfermería: define como una profesión que se dedica a la atención sanitaria y que se centra en los procesos y patrones de la vida humana, y destaca la promoción de la salud de los

individuos, las familias, los grupos y la sociedad como un todo. Roy define la enfermería, de acuerdo con su modelo, como la ciencia y la práctica que amplían la capacidad de adaptación y mejoran la transformación de la persona y del entorno.

Persona: todo sistema adaptable, el sistema humano se describe como un todo, con partes que actúan como una unidad con una finalidad concreta. Los sistemas humanos comprenden a las personas como individuos y como grupos que son las familias, las organizaciones, las comunidades y la sociedad como un todo.

Salud: la salud es un estado y un proceso de ser y de convertirse en una persona integrada y completa. Es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interacción entre la persona y su entorno. La enfermería se ocupa de esta dimensión. La enfermedad es el resultado de la ineficiencia de los mecanismos de afrontamiento. La salud se mantiene cuando los seres humanos se adaptan a los estímulos, tiene libertad para reaccionar entre otros estímulos. La liberación de energía que tiene lugar durante los intentos de afrontamiento ineficaces puede promover la curación y mejorar la salud.

Entorno: el entorno es la adaptación a la persona de un sistema de adaptación que engloba tanto factores internos como externos. Estos factores pueden ser insignificantes o relevantes, negativos o positivos. No obstante, en un cambio en el entorno requiere un aumento de la energía para adaptarse a la situación. Los factores del entorno que afectan a las personas se clasifican en estímulos focales, contextuales y residuales. (Alligoid, 2018)

5.2.1 Elementos fundamentales del modelo utilizado

El modelo de Roy se centra en el concepto de adaptación de la persona. Sus conceptos de enfermería, persona, salud y entorno están relacionados con este concepto base. La persona recibe continuamente estímulos del entorno. Al final, se generará respuesta y se produce la adaptación. Esta respuesta puede ser adaptativa o ineficaz. Las respuestas adaptativas fomentan la integridad y ayudan a la persona a conseguir los objetivos de la adaptación, es decir la supervivencia el crecimiento, la reproducción, el control, y las transformaciones de la persona y el entorno. Las respuestas ineficaces no consiguen o amenazan los objetivos de la adaptación. La enfermería tiene como único propósito ayudar a las personas en su esfuerzo por adaptarse gestionando el entorno. El resultado es la consecución de un óptimo nivel de bienestar para la persona. Al ser un sistema vivo y abierto, la persona recibe entradas o estímulos tanto del entorno como de sí misma. El nivel

de adaptación está determinado por el defecto combinado de los dos estímulos focales, contextuales y residuales. La adaptación se produce cuando la persona responde de forma positiva a los cambios del entorno. Esta respuesta adaptativa fomenta la integridad de la persona, que da lugar a la salud. (Alligoid, 2018)

Sistema: Un sistema es el conjunto de las partes conectado a la función como un todo y que sigue un determinado propósito, actuando en virtud de la interdependencia de las partes.

Nivel de adaptación: El nivel de adaptación de una persona es un punto que cambia constantemente y está compuesto por estímulos focales, contextuales y residuales que representan el estándar de la gama de estímulos con el que la persona puede reaccionar por medio de respuestas normales de adaptación.

Problemas de adaptación: Los problemas de adaptación son áreas amplias de interés que están relacionadas con la adaptación. Éstas describen las dificultades que presentan los indicadores de la adaptación positiva.

Modo fisiológico y físico de adaptación: El modo fisiológico está relacionado con los procesos físicos y químicos que participan en la función y en las actividades de los organismos vivos. Las cinco necesidades están identificadas en el modo fisiológico y físico de la adaptación, en relación con la necesidad básica de la integridad fisiológica: a) oxigenación; b) nutrición; c) eliminación; d) actividad y reposo, y e) protección. Los procesos complejos, compuestos por los sentidos, por el equilibrio de líquidos, electrolitos y ácido-base, y por las funciones neurológica y endocrina, contribuyen a la adaptación fisiológica. La necesidad básica del modo de adaptación fisiológico es la integridad fisiológica. El modo de adaptación físico es la manera con la que el sistema de adaptación humano manifiesta su adaptación con relación a las fuentes básicas operativas, a los participantes, a la capacidad física y a las fuentes económicas. La necesidad básica del modo de adaptación físico es la integridad operativa.

Modo de adaptación de función de rol: El modo de adaptación de función del rol es uno de los dos modos de adaptación social y se centra en el papel que tiene la persona en la sociedad. El rol, interpretado como la unidad de funcionamiento de la sociedad, se describe como el conjunto de expectativas que se tienen del comportamiento de una persona que ocupa una posición hacia otra persona que ocupa otra posición. La necesidad básica, en la

que subyace el modo de adaptación de la función del rol, se ha identificado como integridad social: a saber, la necesidad que se tiene de saber quién es uno mismo con respecto a los demás, para así saber cómo actuar.

Modo de adaptación de la interdependencia: El modo de adaptación de la interdependencia se centra en las relaciones cercanas de las personas (ya sea como individuos o como parte de un colectivo) y en su finalidad, estructura y desarrollo. Las relaciones dependientes entre sí afectan al deseo y a la capacidad de dar a los demás y de recibir de ellos aspectos de todo lo que uno puede ofrecer, como es amor, respeto, valores, educación, conocimientos, habilidad, responsabilidades, bienes materiales, tiempo y talento. La necesidad básica de este modo de adaptación resulta ser la integridad de las relaciones.

Percepción: La percepción es la interpretación de un estímulo y su valoración consciente. La percepción une el regulador con el relacionado y enlaza los modos de adaptación. (Alligoid, 2018)

5.5 Etapas del cuidado enfermero

El proceso de enfermería es el ordenamiento lógico de las actividades que realiza el personal de enfermería para proporcionar cuidados al individuo, la familia y la comunidad. Sus etapas son valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, las cuales deben ser flexibles, adaptables y aplicables en todas las situaciones, para promover el bienestar, contribuir a la mejor calidad de vida y a la máxima satisfacción de las necesidades de la persona. Es importante aclarar que las etapas del proceso de enfermería están estrechamente relacionadas entre sí, y que una conlleva a la otra, o que una está implícita en la otra.

5.5.1 Valoración

Esta primera fase del proceso de enfermería tal vez es la más importante, ya que todo el plan se sustenta en la información obtenida: una valoración precisa conduce a la identificación del estado integral del paciente y a los temas y diagnóstico de enfermería. Es aplicable a todos los individuos, familias y comunidades en los que el profesional de enfermería proporciona cuidados de calidad con bases sólidas apoyadas en conocimientos científicos de diversas disciplinas, teorías y normas de acción. Se inicia con la obtención de datos del paciente, los cuales, una vez organizados y analizados, ayudan a la identificación

del diagnóstico de enfermería. Generalmente, la obtención de datos se logra mediante la observación, entrevista y exploración física.

La observación es una habilidad de alto nivel que debe desarrollarse desde la formación académica, a través de todos los sentidos (vista, oído, tacto, olfato y gusto); con ésta se llega a un diagnóstico presuntivo o certero, y se puede iniciar la planeación del proceso de enfermería. Esta herramienta que debe utilizarse desde el primer encuentro con el paciente y durante su estancia hospitalaria, consiste en describir minuciosamente el estado de salud o enfermedad del paciente (características, actividad física, manifestaciones clínicas, necesidades biológicas) y el entorno físico o psicodinámico (comunicación, sentimientos, necesidades, interacciones, relaciones y ambiente) que le rodea. La entrevista, al igual que la observación, debe ser continua en la relación enfermera-paciente, y llevarse a cabo en un ambiente de privacidad; requiere del autoconocimiento del profesional de enfermería para poder comprender al paciente. La entrevista puede ser formal a través de un interrogatorio dirigido para desarrollar una empatía entre ambos, y obtener información necesaria para planear y proporcionar cuidados personalizados; o informal durante la realización de cuidados en la que con frecuencia el paciente expresa sentimientos y problemas, mismos que deben utilizarse para complementar la entrevista formal. (Rosales Barrera y Reyes Gómez, 2004)

El examen físico es la valoración que se hace, bien sea en un orden cefalocaudal o por órganos y sistemas, emplea cuatro técnicas que son: inspección, palpación, percusión y auscultación.

1.-Inspección u observación cuidadosa y crítica del usuario para determinar características físicas. Tales como el tamaño, forma, posición, localización anatómica, color, movimiento, simetría etc.

2.-Palpación o uso del tacto para determinar las características de algunas estructuras corporales situadas debajo de la piel a fin de conocer su tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad.

3.-Percusión o golpeteo suave con un dedo o dedos sobre la superficie corporal y análisis acústico de los sonidos producidos, que varían dependiendo del tipo de estructura que haya debajo.

4.-Auscultación o escucha de los sonidos producidos por los órganos corporales. Puede ser directa, aplicando el oído sobre la zona que se desea auscultar, o indirecta, mediante el uso de un estetoscopio. Esta técnica permite identificar la frecuencia, intensidad, calidad y duración de los sonidos detectados.

Tipos de valoración: hay dos tipos de valoración: la global y la focalizada. En la global (holística) se toman los datos básicos o de referencia. Cubre todos los aspectos bajo un enfoque propio de enfermería, como los patrones empíricos funcionales, de respuestas humanas o de necesidades que permiten determinar el estado de salud de la persona, familia o comunidad. La focalizada se continúa y centrada en puntos concretos, brinda información detallada sobre el estado de un problema de salud específico, por lo cual deben realizarse valoraciones periódicas para controlarlo. Validar los datos, es decir, verificar que la información es veraz y exacta. Organizar datos, e identificar patrones de salud o enfermedad.

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: aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento, ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual. (Pérez Hernández, 2002)

5.5.2 Diagnostico

La segunda etapa del proceso, el cual no debe confundirse con el diagnóstico médico o el de otros profesionistas, ya que las diferencias en los diagnósticos surgen de la perspectiva de cada profesional respecto a sus responsabilidades y formas de proceder y del conocimiento necesario para la práctica de cada uno en su campo de competencia. El diagnóstico de enfermería no sólo considera el diagnóstico médico, sino que se basa en las necesidades y problemas del paciente, es individualizado y específico, está sujeto a modificaciones según el estado de salud o enfermedad, describe los efectos de los síntomas y estados patológicos en relación con las actividades y forma de vida del paciente. Su redacción puede ser descriptiva, predictiva o explicativa. (Rosales Barrera y Reyes Gómez, 2004)

Es el enunciado del problema real de alto riesgo o estado de bienestar para el sujeto de atención que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo con el conocimiento de la enfermería. Los diagnósticos se clasifican de acuerdo a sus características. Un diagnóstico puede ser de bienestar, real, de alto riesgo o posible. El bienestar es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto de bienestar. El diagnóstico real, describe un juicio clínico que el profesional ha confirmado por la presencia de características que lo definen y signos o síntomas principales. El de alto riesgo describe un juicio clínico sobre que un individuo o grupo es más vulnerable de desarrollar el problema que a otros en una situación igual o similar. Al enunciar cada diagnóstico se tiene en cuenta que la primera parte del enunciado identifica el problema o respuesta del paciente y la segunda describe la etiología o causa del problema, los factores o los signos y síntomas que contribuyen al mismo. Ambas partes se unen con la frase "relacionado con", la cual se indica r/c. (Pérez Hernández, 2002)

La formulación diagnóstica de enfermería es indispensable en el quehacer profesional, y requiere de una práctica continua en el cuidado del paciente para que se traduzca en una habilidad y una competencia del personal de enfermería.

Estas formulaciones son: Formulaciones diagnósticas reales (signos y síntomas definitorios). Formulaciones diagnósticas de riesgo (factores de riesgo sin características definitorias). Formulaciones diagnósticas posibles o probables (ausencia de características definitorias y factores relacionados). Formulaciones diagnósticas interdependientes.

Cada categoría diagnóstica consta de tres componentes: Título o etiqueta: que ofrece una descripción concisa del problema de salud. Características definitorias: grupo de signos y síntomas que con frecuencia se ven en un diagnóstico en particular. Factores relacionados, etiológicos y contribuyentes: que identifican factores situacionales, patológicos y de maduración que pueden causar o contribuir al problema. (Rosales Barrera y Reyes Gómez, 2004)

Niveles de prioridad de los diagnósticos

Tras la valoración y la identificación de los diagnósticos enfermeros, es importante priorizar los problemas encontrados. El objetivo de establecer prioridades, es decidir, sobre cuál de ellos es conveniente abordar antes a fin de poder actuar sobre todos los problemas o únicamente sobre algunos, dependiendo del tiempo disponible, de la situación y del propio

individuo. A veces el orden de las prioridades puede cambiar, dependiendo de la seriedad del problema y de la relación. ^{Plazas, (2021)}

Niveles de prioridad

Primer nivel: son los de prioridad inmediata. Son problemas que amenazan la vida y ellos son: vías aéreas, respiratorios, cardíacos/circulatorios y signos vitales.

Segundo nivel: corresponde a los inmediatos, después de iniciar el tratamiento de los problemas de primer nivel de prioridad, y ellos son: cambios en el estado mental, dolor agudo, dificultades agudas de eliminación urinaria, cuestiones médicas no tratadas que requieren atención inmediata.

Tercer nivel: son las prioridades tardías. Necesidades de desarrollo normales o que requieren un mínimo apoyo de enfermería. Los problemas son: problemas de salud que no encajan en las categorías anteriores (por ejemplo: falta de conocimientos, actividad, familia, reposo, afrontamiento).

5.5.3 Planeación

La tercera fase, se define como la determinación de lo que debe hacerse para prevenir, reducir o eliminar problemas, identificados en el paciente. Establece los objetivos y las prioridades, identificadas en concordancia con el paciente. Planea las actividades del cuidado de enfermería de acuerdo con la situación de salud de la persona atendida. Realiza propuestas de tratamiento, integrando los conocimientos teóricos que sustentan el cuidado. Determina los resultados esperados y hace modificaciones inmediatas de acuerdo con la situación de salud de la persona atendida. Registra el plan, en la historia clínica electrónica o física.

La planeación del cuidado de enfermería incluye cuatro componentes: establecimiento de prioridades en los cuidados; se seleccionan todos los problemas o necesidades que pueden presentar el paciente, la familia y la comunidad. Determinación de los objetivos resultados o metas esperadas; se definen los objetivos o metas respecto a cada problema, teniendo presente que estos se utilizan para dirigir los cuidados, identificar los resultados esperados y medir la eficacia de las acciones de enfermería. Intervención de enfermería; permiten determinar acciones específicas en el plan de cuidados. Corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para alcanzar los resultados, objetivos o

metas, ya sea para enfermería o el paciente. Tales intervenciones se planean de acuerdo con los factores establecidos en la segunda parte del diagnóstico enfermero formulado (relacionado con). Las actividades propuestas se registran y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo, cómo, dónde y quién ha de hacerlo. (González Salcedo y Chaves Reyes, 2009)

Intervenciones de la Nursing Interventions Classification (NIC). Las intervenciones o tratamientos se agrupan en los campos fisiológicos, conductual, de seguridad, familiar, sistema sanitario y comunidad. Constan de etiqueta o nombre, definición y actividades.

(Rosales Barrera y Reyes Gómez, 2004)

Es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realiza el profesional de Enfermería, que tiene como centro de interés la decisión que tome para llevar a la persona el resultado esperado. Intervenciones de Enfermería: son estrategias concretas diseñadas para ayuda a la persona, familia o comunidad a conseguir los resultados esperados, son genéricas y cada una de ellas incluye varias actividades; es decir, son los tratamientos basados en el criterio y conocimiento clínico que realiza un profesional de enfermería para mejorar los resultados de la persona, familia o comunidad. La estructura de la taxonomía NIC tiene tres niveles: campos, clases e intervenciones.

La selección de las intervenciones se realiza en base en la NIC. Estas pueden ser: independientes, autónomas o directas, interdependientes, de colaboración o indirectas., diagnósticas, terapéuticas, enseñanza y preventivas.

Actividades de enfermería, son todas las actividades que realiza el (la) enfermera (o) para llevar a cabo la intervención. Estas acciones buscan satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales de la persona, familia y comunidad, mismas que permitirán avanzar hacia el resultado esperado. Los cuidados pueden individualizarse a través de las actividades. El profesional elige las actividades apropiadas para un paciente y familia en concreto, y si así lo desea, después puede añadir nuevas intervenciones. (Alba

Hernández, 2018)

5.5.4 Ejecución- Implementación

La ejecución es la aplicación real del plan de cuidados de enfermería al paciente, en forma integral y progresiva, en coordinación con el personal de salud que participa en su atención y sus familiares. En esta etapa debe continuar la comunicación terapéutica para identificar

otras necesidades y problemas, resultados de las acciones planeadas y determinar modificaciones o posibles soluciones para su resolución. Esta fase del proceso de enfermería incluye cinco elementos: validación del plan, fundamentación científica en cada una de las acciones, otorgamiento de cuidados, continuidad y registro de éstos. La ejecución de un plan de enfermería contribuye a la continuidad del cuidado del paciente por el personal de enfermería de diferentes niveles académicos y turnos de trabajo, ayuda en la habilidad consistente de la atención de enfermería, facilita la identificación de las metas y los objetivos a corto y largo plazo logrados y apoya la elaboración de una lista de las preferencias o expectativas del paciente para proponer enfoques de atención.

El registro de los cuidados de enfermería es un requisito legal que se convierte en un reporte permanente del paciente donde quedan plasmadas las evidencias de los diagnósticos, evaluación, tratamiento y cambios, centrados en los problemas reales, de riesgo, posibles o probables e interdependientes de acuerdo con los estándares o normas de cada institución de salud. Estos registros deben ser claros, precisos, veraces, concisos, completos, para asegurar la continuidad y calidad de enfermería en los diferentes turnos, y que otros integrantes del equipo de salud conozcan con detalle y los considere en la atención interdisciplinaria que debe prestarse al paciente. (Rosales Barrera y Reyes Gómez, 2004)

5.5.5 Evaluación

La evaluación es el proceso de valorar o revalorar los progresos del paciente hacia los objetivos de salud, así como la calidad de atención que recibe por parte del personal de enfermería y otros profesionistas que intervienen en su cuidado. La evaluación tiene como propósitos: determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas u objetivos establecidos, juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería.

La evaluación debe ser un proceso continuo, formal y parte integral de cada uno de los componentes del proceso de enfermería, comenzando con la implementación, en donde el personal de enfermería observa la respuesta del paciente a los cuidados de enfermería y decide si los planes están ayudando o no al progreso de éste.

Resultados que se correlacionan con los cuidados enfermeros, de la Nursing Outcomes Classification (NOC). Describen el estado, conductas, respuestas y sentimientos de un paciente derivados de los cuidados proporcionados. Éstos tienen una etiqueta, definición y

una lista de indicadores para evaluar los resultados. (Diagnósticos, Intervenciones y Resultados de enfermería de la NANDA, NOC y NIC). (Rosales Barrera y Reyes Gómez, 2004)

Los cambios representan el nivel más concreto de la clasificación y expresan los cambios modificados o sostenidos que se quieren alcanzar en las personas, familia o comunidad, como respuesta a los cuidados de Enfermería. Cada resultado posee un nombre, una definición e indicadores y medidas para su evaluación a través de escalas. El indicador se refiere a los criterios que permiten medir y valorar los resultados de las intervenciones de enfermería, utilizando una escala tipo Likert de cinco puntos para cuantificar el estado en el que se encuentra el resultado. Desde menos a más deseable y proporciona una puntuación en un momento determinado. Los resultados representan los estados, conductas o percepciones del individuo, familia o comunidad ante las intervenciones del profesional de enfermería. La estructura de la taxonomía NOC tiene cinco niveles: dominios, clases, resultados, indicadores, y escalas de medición. (Alba Hernández, 2018)

5.5.6 Problemática de la salud de la persona (patología, concepto, epidemiología, aspectos fisiopatológicos, manifestaciones)

Dolor

El dolor es una sensación desagradable que se concentra en alguna parte del cuerpo. Se describe a menudo como un proceso penetrante o destructivo de los tejidos (lancinante, quemante, constrictivo, desgarrante u opresivo) o como una reacción emocional o corporal (terrorífico, nauseabundo, asqueante). Además, todo dolor moderado o intenso conlleva ansiedad y el deseo imperioso de eludir o de suprimir esa sensación. Estas características se corresponden con la dualidad del dolor, que es tanto una sensación como una emoción.

(Rathmell y Fields, 2012)

Dolor crónico: tratar a un paciente con dolores crónicos es un verdadero reto intelectual y emocional. El problema del paciente suele ser difícil de diagnosticar con certeza; estos pacientes exigen que el médico les dedique tiempo y a menudo están emocionalmente angustiados. Por otro lado, la evaluación psicológica y los paradigmas terapéuticos basados en el comportamiento suelen resultar útiles, ante todo en el ámbito de un centro de tratamiento multidisciplinario del dolor. (Rathmell y Fields, 2012)

El dolor tiene múltiples clasificaciones, según la estimulación nerviosa:

Superficial, epicrítico o cutáneo: originado por estimulación de terminaciones nerviosas libres o nociceptivas en piel (quemaduras, abrasiones, laceraciones, piquetes). Es de localización precisa y delimitada (punzante, urente, opresivo o en oleadas).

Profundo: por estimulación nerviosa de músculos, tendones, articulaciones, fascia o aponeurosis (lesiones traumáticas, procesos inflamatorios, presión anormal o isquemia) o por estimulación directa en el tálamo e hipotálamo (emociones, alteraciones de la personalidad). Se inicia en vísceras y articulaciones.

Visceral: por estimulación de raíz o tronco nervioso relacionado con las vísceras, bloqueo de flujo sanguíneo, espasmo de músculo liso o elongación de ligamentos de soporte.

Referido: dolor visceral o musculo aponeurótico percibido en el segmento dermatomo correspondiente.

Protopático difuso, mal localizado, sordo y en lugar distante del sitio donde se genera.

Según sus características y respuestas neurovegetativas importantes:

Agudo: dolor penetrante, de curso breve y relativa gravedad. Cólico: dolor agudo originado generalmente en vísceras abdominales. Continuo: dolor ininterrumpido. Crónico: dolor persistente, indefinido, de aparición gradual y se asocia con fatiga o depresión. Irradiado: dolor que sigue la disposición anatómica de una raíz o tronco nervioso. Lancinante o pungitivo: dolor punzante. Opresivo: dolor violento con sensación de presión. Urente: dolor quemante, ardiente. Recurrente: con periodos de dolor y alivio. Brusco o paroxístico: intenso y súbito o gradual, asociado con esfuerzo físico, por falta de alimentación, cambios bruscos de temperatura o actos reflejos.

Fisiología del dolor

La respuesta inmediata determinada por un estímulo externo o interno que provoca un impulso que se transmite de un receptor a un efector se denomina arco o circuito reflejo. Las respuestas se manifiestan en acciones (comer, observar, estudiar, reflexionar, caminar, etc.), y en reacciones preventivas y de defensa (contracción muscular, flexión, extensión o estiramiento, oclusión, retracción, peristalsis y cambios en la circulación sanguínea, en la temperatura o en las secreciones). En esta función intervienen las neuronas, unidades histológicas y funcionales del sistema nervioso, con propiedades de irritabilidad o excitabilidad y de conductividad para recibir impulsos nerviosos y transportarlos a otras células, considerando que la conducción es en dirección anterógrada, que el oxígeno es

necesario, que la fatiga de la transmisión sináptica es un mecanismo protector que tiende a desaparecer la excitabilidad excesiva después de un tiempo y que durante la transmisión existe un cambio del pH del líquido intersticial para aumentar (alcalosis) o disminuir (acidosis) la excitabilidad neuronal.

Las neuronas poseen órganos terminales relacionados con fibras.

Sensoriales: asociación con fibras aferentes o receptoras que informan sobre las condiciones del ambiente.

Somáticas: relacionadas con: Distancia: vista, oído, olfato. Contacto: gusto, tacto, presión, dolor superficial.

Viscerales: relacionadas con: Movimientos: posición, equilibrio y locomoción. Actividad visceral: respiratoria, circulatoria, abdominal. Reacciones: gusto, hambre, sed, dolor visceral, angustia, ansiedad, llanto.

Motoras: asociación con fibras eferentes o efectoras de tejido estriado (músculos), liso (visceral) y cardiaco, así como células glandulares.

El inicio del dolor parte de una estimulación, si es físico, en los receptores de terminaciones libres o nociceptivas, y si es anímico, en el centro encefálico (hipotálamo y tálamo). (Rosales

Barrera y Reyes Gómez, 2004)

Columna vertebral

La columna vertebral consiste de treinta y tres vértebras: siete cervicales, doce torácicas, cinco lumbares; el sacro consiste en la fusión de cinco vértebras y el coxis que consiste en la fusión de segmentos coccígeos. De ellas únicamente las primeras veintisiete son capaces de producir movimientos. Funciones de la columna vertebral: Estabilidad, movilidad, alineación, protección del sistema nervioso. Estructura y función de las vértebras: Las vértebras varían en tamaño y forma de una región a otra de la columna vertebral y en menor grado dentro de cada región. Una vértebra típica, está conformada por el cuerpo vertebral, el arco vertebral y siete apófisis. El arco vertebral está conformado por un pedículo y una lámina de cada lado y rodea al foramen vertebral. Los pedículos tienen una escotadura vertebral superior y otra inferior que conjugadas con las vértebras superior e inferior correspondientes, forman los forámenes intervertebrales o agujeros de conjunción. Las siete apófisis se distribuyen en dos transversales y una espinosa, donde están las

inserciones musculares paravertebrales de los planos profundos y cuatro articulares (carillas), que están cubiertas de cartílago y sirven para restringir y permitir los arcos de movilidad de acuerdo a su orientación espacial en cada región. (Vargas Sanabria, 2012)

Médula espinal y meninges

Están dentro del conducto vertebral. En niños la médula llega hasta el nivel L2-L3, en adultos hasta L1-L2. Está ensanchada en dos regiones para la inervación de las extremidades: intumescencia cervical (de C4 a T1), de donde se origina el plexo braquial y la lumbosacra (de T11 a L1). La médula está suspendida en el saco dural por el ligamento dentado y rodeada de líquido cefalorraquídeo en el espacio subaracnoideo. De cada segmento medular parten una raíz anterior (eferente, que lleva los axones de la moto neurona de la asta anterior) y otra posterior (aferente, que antes de ingresar a la médula forma el ganglio de la raíz dorsal, donde están los cuerpos neuronales de las células sensitivas). Ambas raíces se unen después del conducto vertebral y forman un nervio espinal. (Vargas Sanabria, 2012)

Vertebras torácicas T1 a T12

Las vértebras torácicas, también llamadas vértebras dorsales, son 12 huesos que se encuentran ubicados en la porción media de la columna vertebral. Las vértebras torácicas o dorsales comparten características generales al resto. Sin embargo, tienen grandes diferencias debido a su función y ubicación. Los cuerpos vertebrales son fuertes y gruesos. Están formados por un tipo de hueso llamado hueso trabecular que contiene médula ósea, que es una sustancia que forma células sanguíneas. La irrigación de las vértebras torácicas está asegurada por las ramas intercostales, que vienen directamente de la aorta. En cuanto a los cuerpos vertebrales, su tamaño va aumentando, siendo más voluminosas las vértebras inferiores que las superiores. En su parte posterior, cuentan con un orificio por donde pasa la médula espinal, que es la estructura neurológica más importante después del cerebro.

La característica más evidente que diferencia las vértebras torácicas del resto es la presencia de dos carillas (o semi-facetos) articulares para las costillas entre sí. La faceta que forma la articulación para las costillas está conformada por la unión de la semi-carillas de dos vértebras. Cada vértebra cuenta con una porción posterior que se proyecta hacia afuera, denominada apófisis espinosa. En el caso de las vértebras dorsales, este segmento

es más largo que el de otras porciones de la columna, pero disminuyen su tamaño drásticamente desde la novena vértebra hasta la décimo segunda (T9-T12). Con respecto a los discos intervertebrales, en la columna dorsal estos son más delgados y suaves que en el resto de los segmentos espinales.

Funciones de las vértebras dorsales T-9/ T-10

Las vértebras dorsales tienen una estructura suficientemente fuerte para soportar el peso del cuerpo y mantener la posición erguida de la mayor parte del tronco. Es raro que se lesionen ya que se adaptan a amortiguar bien los rebotes, sobre todo al saltar o pisar fuertemente. Cuando están articuladas en la columna dorsal, ayudan al proceso mecánico de la respiración, formando uniones firmes pero lo suficientemente móviles para permitir los movimientos respiratorios necesarios de las costillas. (Nieves, 2021)

T-9 inervan: glándulas renales y suprarrenales. Sintomatología: alergias, urticarias, estrés (por la producción de cortisol en las glándulas suprarrenales).

T-10 inerva: riñón e intestino delgado. Sintomatología: problemas de la piel, hipertensión, fatiga cónica, molestias intestinales.

Dolor neuropático

Las sensaciones dolorosas pueden desaparecer o disminuir cuando existen lesiones del sistema nervioso central y periférico. Las lesiones o trastornos funcionales del sistema nervioso pueden producir dolor. El dolor también puede producirse por daño al sistema nervioso central (SNC), por ejemplo, en algunos pacientes después de un traumatismo o lesión vascular a la médula espinal, tallo encefálico o áreas talámicas que contienen las vías nociceptivas centrales. Estos dolores neuropático suelen ser intensos y bastante rebeldes a los tratamientos habituales del dolor. (Rathmell y Fields, 2012)

Epidemiología

Cerca del 20% del dolor crónico es neuropático, el 3% de la población mundial lo padece, Las condiciones más comunes que pueden ocasionar dolor neuropático periférico son neuropatía diabética periférica, neuralgia postherpética, neuralgia del trigémino, dolor radicular, dolor después de cirugía, y dolor neuropático secundario a infiltración tumoral en pacientes con cáncer. El dolor neuropático central generalmente se produce en los casos

de EVC, traumatismos espinales y esclerosis múltiple. En América Latina se estima que el dolor neuropático afecta al 2% de la población. En el 15 % de los pacientes que consulta por dolor, es de origen neuropático. La mayoría de los pacientes que presentan síntomas de dolor neuropático son manejados en la atención primaria y sólo la minoría, generalmente los cuadros refractarios, son referidos a especialistas en dolor. En nuestra región, los cuadros frecuentemente asociados a dolor neuropático son: dolor lumbar con componente neuropático (34,2%); neuropatía diabética (30,4%); neuralgia post herpética (8,7%) y dolor neuropático como secuela postquirúrgica (6,1%). (Velasco, 2014)

Manifestaciones

Las disestesias (el dolor ardiente espontáneo o evocado, muchas veces con un componente lancinante sobre agregado) son típicas, pero el dolor también puede ser profundo y continuo. Otras sensaciones, por ejemplo, hiperestesia, hiperalgesia, alodinia (dolor ante estímulos que no sean nocivos) e hiperpatía (respuesta dolorosa exagerada, particularmente desagradable) también pueden ocurrir. Los pacientes pueden ser reacios a mover la parte dolorosa de su cuerpo, lo que provoca atrofia muscular, anquilosis articular y movimiento limitado. Los síntomas son duraderos, con una persistencia típica una vez resuelta la causa primaria (si estaba presente una), porque el sistema nervioso central ha sido sensibilizado y remodelado. (Watson, 2020)

Fisiopatología

El dolor neuropático se genera como resultado de cambios que ocurren en la transmisión normal del impulso doloroso. Estas alteraciones han sido detectadas en las terminaciones nerviosas periféricas, en el ganglio de la raíz dorsal, en la asta posterior de la espina dorsal y en la corteza somatosensorial. Además de cambios en las neuronas afectadas, se observan modificaciones en las propiedades eléctricas de las neuronas normales remanentes. (Cruciani y Nieto 2006) (Ver en el anexo 1 del documento).

Diagnostico

Historia clínica completa, y una exploración dirigida. Debe además investigar las características del dolor en cuanto a su frecuencia e intensidad y el tipo de dolor presente.

Exámenes complementarios: Estudios de conducción nerviosa, microneurografía, electromiografía, prueba de Minor, pruebas autonómicas cardiovasculares. Entre los instrumentos a emplear se pueden citar: Algómetro, prueba térmica, filamentos de von Frey, vibrámetro. (IMSS, 2011)

Tratamiento

El tratamiento del dolor neuropático es de por sí multidisciplinar, dada la comorbilidad asociada, la edad avanzada frecuente en los pacientes, la ansiedad y la depresión provocada por el dolor, los antidepresivos tricíclicos (ADT), los anticonvulsivantes (gabapentina y pregabalina), junto con los antidepresivos de última generación (duloxetina y venlafaxina) son los recomendados como tratamientos de primera línea por la IASP, por el Neuropathic Pain Special Group y por la Federación Europea de la Sociedad de Neurología (EFNS). La lidocaína tópica se recomienda de primera línea en la NPH y está especialmente indicada en las personas mayores. Los opiáceos mayores en general, y el tramadol, son de segunda elección en este tipo de dolor y pasan a ser de primera línea cuando se presenta una exacerbación de este tipo de dolor. Muchos estudios recientes confirman la utilidad de la pregabalina en las lesiones de médula espinal. Un grupo más reducido de estudios refieren mejora cuando se trata la lesión medular con ADT, gabapentina y tramadol. Parece que la alodinia provocada por el frío y cepillado en el dolor central responde bien a la duloxetina. (Busquets y Prats, 2012)

Otros tratamientos potencialmente eficaces incluyen:

La estimulación de la médula espinal por un electrodo colocado por vía epidural para ciertos tipos de dolor neuropático (p. ej., dolor en las piernas crónica después de la cirugía de columna), electrodos implantados a lo largo de los nervios periféricos y los ganglios para ciertas neuralgias crónicas, bloqueo simpático, que suele ser ineficaz excepto para algunos pacientes con un síndrome doloroso regional complejo, bloqueo o ablación neural (ablación por radiofrecuencia, crioablación, quimioneurólisis, estimulación eléctrica nerviosa transcutánea (TENS), neuromodulación (estimulación de la médula espinal o de los nervios periféricos) es particularmente eficaz para el dolor neuropático y la cirugía puede ser necesaria para aliviar la compresión. (Watson, 2020)

VI.- Resumen del caso clínico

Paciente femenino de 33 años de edad, quien presenta dolor neuropático y antecedente tuberculosis ósea (columna vertebral) con intervención quirúrgica de T-9 y T-10 en 2019 con adherencia farmacológica: con éxito. Actualmente refiere en Escala Visual Análoga EVA 7/10 (mantenido) localiza dolor en espalda con línea media al eje de la cabeza T7 a T12, referido, continuo, sin irradiación, tipo Brusco o paroxístico, muestra facies de dolor al palpar, sin datos de desaparición durante su día, tipo somático, uso de THC como método para disminuir dolor. Actualmente con adherencia farmacológica.

6.1 Valoración clínica del sujeto del cuidado (Patrones funcionales M. Gordon)

Nombre: Laura NRS **Sexo:** Femenino **Edad:** 33 años F. **Nac:** 26/12/1987

Procedencia: San Luis Potosí, S.L.P **Estado civil:** Soltera **Escolaridad:** Ingeniería

Diagnóstico: Actual: Dolor neuropático

Antecedente: Tuberculosis Ósea/ Mal de Pott (2019)

Alergias: Hantinas **Tipo sanguíneo:** A+ **Esquema de vacunación:** Completo

Antecedentes familiares: Abuela paterna con enfermedad crónico degenerativa; Diabetes Mellitus finada por problema de Insuficiencia Renal Crónica, padre: Diabetes Mellitus, madre: hipertensa.

Apariencia general: Higiene condiciones adecuadas, actitud cooperadora al interrogatorio, exploración física: complexión ectomorfa, cicatriz espalda debido a intervención quirúrgica de aproximadamente 20 cm, facies normal, postura recta.

Antecedentes personales: en la adolescencia fue operada del apéndice, síndrome ovario poliquístico, episodio de ansiedad (2015). Comienza con sintomatología en diciembre 2018 con bronquitis refiere hemoptisis (no lo comenta al interrogatorio médico, pensaba que era normal) se otorga tratamiento a lo cual obtiene buena respuesta. Posteriormente comienza con sintomatología dolor en estomago en 2019, se realizan estudios y se mantiene hospitalizada y se diagnostica con Tuberculosis Tb (abril 2019), se descarta HIV+, comienza con tratamiento para Tb por un año “al inicio eran tomas de dos pastillas diarias en los primeros nueve meses y posterior fueron dos pastillas cada tercer día por tres meses”, el 20 de abril del 2019 se le realiza cirugía de columna (se aplicó biológico BCG), posteriormente se intervino quirúrgicamente el 16 de junio del 2019 de columna y medula ósea ya que la bacteria había afectado T-9 Y T-10.

Valoración por Patrones funcionales M. Gordon (Fernández, Granero, Mollinedo, Peredo, Aguilera y Luna, 2012)

Patrón percepción-manejo de salud: la paciente considera su estado de salud mental es muy bueno “he aprendido a sobrellevar mi estado emocional; así como la ansiedad que me

puede provocar mi estado de salud, normalmente se mantengo tranquila debido a que es una enfermedad que afecta a mi sistema nervioso central y si en general vivo con estrés puede llegar a ser un factor para percibir el dolor más fuerte o dejarme inmobilizada“ realiza ejercicios respiratorios, sobre su enfermedad acepta que tiene un problema y requiere un tratamiento y depende completamente de él para mantener un buen estado de salud. Para su autocuidado se refiere a que se alimenta bien y realiza deporte. Para el manejo de la enfermedad refiere que “sigue el tratamiento tal cual está prescrito y debe ser muy responsable” consumo de THC Cannabis (fuma) prescrito por medicina del dolor “ayuda a disminuir mi dolor y hace que me sienta en armonía” desde enero 2020, sabe en qué consiste su enfermedad”.

Actualmente tiene tratamiento médico: Pregabalina 150 mg vía oral cada 24 hrs, Diclofenaco 100 mg vía oral cada 24 hrs y Ketorolaco 30 mg sublingual Por Razón Necesaria PRN.

Patrón nutricional metabólico: Su dieta se considera suficiente en cantidad y calidad, consume mayormente carnes blancas y verduras, ingesta insuficiente de fibras, refiere cuidar su peso, consumo de líquidos es suficiente, su ingesta es de tres comidas y una colación. No cuenta con un plan alimenticio. Refiere que tiene disposición para cambiar sus hábitos alimenticios. A la exploración sin alteración a la masticar o deglutir. No refiere molestias relacionadas a una nutrición inadecuada. A la exploración física sólo destaca la complexión de la paciente (delgada), no datos de problemas relacionados a una mala nutrición, niega trastornos alimenticios. Niega el abuso de tabaco o bebidas alcohólicas. Desayuno: huevo y frijoles acompañado de tortillas de maíz, colación: melón con yogurt, comida: pollo a la plancha con arroz y chayote con papa pre cocido, cena: té y pan tostado. Se observa piel con coloración uniforme, eutermica, hidratada, sin turgencias, llenado capilar menor a dos segundos, cicatriz en flanco derecho por cirugía de apéndice.

Peso: 55 kg Talla: 1.56 mts IMC: 22.6 Glicemia capilar: 85mg/dL p.p

Patrón eliminación: Refiere estreñimiento ocasionalmente, con adherencia farmacológica con senosidos, actualmente no presenta estreñimiento, deposiciones dos veces al día, heces en Escala de Bristol Tipo 2 (compuesta de fragmentos) (Pérez y Benages, 2009) niega heces con presencia de sangre o dolor, no refiere problemas urinarios o de incontinencia. A la exploración abdominal, abdomen con ligera distensión, timpanismo, con dolor Escala Visual Análoga EVA 4/10 localizado en flanco derecho e hipogastrio (probable insuficiencia

hepática no confirmada, a consecuencia de seguimiento médico por contingencia), no masas, peristaltismo normal, cicatriz en flanco derecho por cirugía de apéndice.

Patrón actividad ejercicio: es capaz de realizar su propio autocuidado, ha practicado cardio y caminata, pero se le prohíbe a raíz de su diagnóstico médico deportes de alto impacto, actualmente práctica yoga tres veces por semana 30 minutos al día, presenta ligera limitación de la marcha y de equilibrio “cuando presento dolor mi equilibrio y marcha no es bueno”, tono y fuerza de extremidades inferiores con ligeras alteraciones, sin movimientos anormales. Su escala del dolor se ve comprometida a la demanda de actividades diarias “cuando camino mucho o cuando realizo más actividades de las que normalmente suelo hacer en casa”. Usa aditamento faja dorsal compresiva durante el día desde el junio 2019. Miembros superiores con ligera inflamación en articulación derecha del codo, miembros inferiores con ligera inflamación en articulación rotula derecha, dolor a la extensión- flexión en Escala Visual Análoga EVA 2/10 afectación por el clima “se me inflaman con el clima húmedo, lo cual afecta un poco al caminar”.

Escala Berg (equilibrio funcional para prevenir las caídas accidentales) bipedestación con apoyo monopodal (3) capaz de levantar la pierna independientemente y sostenerla entre 5-10 seg, obtiene: 55/56 puntos Independiente. (Vithas, 2013)

Escala de riesgo de caídas Downtown (riesgo de caídas) (uso de medicamentos 1 punto) obtiene: 1 punto= riesgo bajo. (Nilsson y Geriatr, 2016)

Campos pulmonares y focos cardiacos sin compromiso aparente a la auscultación; sin presencia de ruidos anormales, a la percusión sin datos aparentes.

Respiración: tipo abdominal.

Pulso: rítmico, de intensidad ++

T/A: 120/85mmHg FC: 68x¹ FR: 20x1 T°: 36.3°C

SpO2: 98%

Patrón sueño-descanso: refiere insomnio ocasional “a menos que el dolor sea muy fuerte y no tome mis medicamentos antes de dormir, esto es de dos a tres veces por semana”, con un periodo de ocho horas diarias, dificultad para conciliar el sueño, refiere que escucha

música relajante para conciliar el sueño, sin somnolencia diurna y con sensación de cansancio.

Patrón cognitivo-perceptual: Consiente, orientada en todas las esferas, memorias conservadas, atención activa, niega y no se infieren ideas delirantes o alteraciones senso-perceptuales. En el contenido del pensamiento predominan las ideas “intranquilidad ante la situación, miedo- temor al futuro en que sucederá” y sus relaciones interpersonales, Escala Visual Análoga EVA 7/10 (mantenido) localiza dolor en espalda con línea media al eje de la cabeza T7 a T12, referido, continuo, sin irradiación, tipo sensorial: urente en cambios de temperatura (humedad- frio), y dolor tipo lancinante: a la carga excesiva de actividades, muestra facies de dolor a la palpación, sin datos de desaparición durante su día, (dolor no ha desaparecido desde el 2019, la manera de disminuir es tomando su tratamiento médico o el uso de THC Cannabis). Refiere que su escala del dolor se ve afectada con climas húmedos o al tener mayor demanda de actividad durante el día. Niega ideación o planeación suicida.

Patrón Auto percepción: Niega cambios de estado de ánimo, refiere sentirse “con mucha actitud ante a vida, con muchas ganas de salir hacia adelante siempre siendo responsable con las instrucciones médicas, solo en ocasiones cuando el dolor se presenta muy fuerte tengo miedo- temor de lo que vaya a suceder” comenta sentirse cómoda con su apariencia física. Actualmente menciona que vive con miedo debido a que su pronóstico de vida fue de 2 años para poder deambular autónomamente.

Patrón Rol/Relaciones: Su comunicación es buena y su relación con padres y hermanos es buena, así como la comunicación que mantiene, niega carencia afectiva o problemas de integración, mantiene una situación laboral estable, con una “excelente” relación interpersonal. Actualmente trabaja en las SEGE, pero solo acude cuando su jefe se lo solicita una o dos veces por semana o a la quincena. Personas a su cargo es su hija de 9 años.

Patrón sexualidad-reproducción: Menarca: 9 años, ritmo 28x5, FUM: 07/ Julio/2021, ciclo normal, IVSA: 18 años, varias parejas sexuales, actualmente tiene una vida sexual activa. Embarazos: 1, Partos: 1, Abortos: 0, Cesárea: 0. Método anticonceptivo: Preservativo. Refiere autoexploración mamaria regular y por ginecólogo, así como detección de cáncer cervico-uterino en el último año y detección de enfermedades de transmisión sexual ETS.

Patrón Adaptación- tolerancia al estrés: predomina el estado de ánimo positivo, la mayor parte del tiempo refiere sentirse como, refiere sentir el apoyo familiar para la resolución de problemas, la forma de reaccionar ante los problemas es buena “respiro profundamente y actuó ante la situación”.

Patrón valores-creencias: Refiere religión católica, aunque no acude regularmente a misa o busca ayuda espiritual. Por el momento refiere que en su vida lo más importante es su hija y su familia, así como su estado de salud, en cuanto a la satisfacción con la vida comenta sentirse satisfecha.

6.2 Diagnostico enfermero

Listado de diagnósticos de enfermería

1. Dolor Crónico r/c: Enfermedad musculo esquelética m/p: Alteraciones en el patrón de dormir, auto informe de características del dolor utilizando instrumentos estandarizados, auto informe de intensidad con escalas de dolor, expresión facial de dolor.
2. Insomnio f/r: disconfort físico, temor. m/p: estado de salud comprometido, alteraciones en el patrón del sueño.
3. Riesgo de caídas: f/r: Entorno: exposición a condiciones inseguras relacionadas con el clima. Fisiológicos: deterioro de la movilidad, disminución de la fuerza de las extremidades inferiores, condición asociada, deterioro del equilibrio, neuropatía, condiciones que afectan a los pies
4. Disconfort f/r: síntomas relacionados con la enfermedad. m/p: alteraciones en el patrón del dormir, temor, intranquilidad en la situación.
5. Disposición para mejorar la nutrición r/c: manifiesta deseos de mejorar la nutrición.
6. Riesgo de estreñimiento: f/r: cambios en los hábitos alimentarios, ingesta insuficiente de fibras, hábitos de defecación irregulares.

6.3 Planificación (Indicadores de resultado)

6.4 Ejecución (NIC)

6.5 Evaluación



**CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA CRUZ ROJA
FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**



VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es): Patrón percepción- manejo de salud Patrón eliminación Patrón actividad- ejercicio Patrón cognitivo-perceptual Patrón sueño- descanso</p> <p>Datos objetivos: Facies de dolor Dolor localizado</p> <p>Datos Subjetivos: EVA 7/10 Facies de dolor Insomnio Dolor a la palpación Cambios de dolor al cambio de temperatura</p>	<p>Dominio: 12. Confort Clase: 1. Confort físico Etiqueta diagnóstica: Dolor crónico 00133 Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial descrita en tales términos; inicio súbito lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración superior a 3 meses.</p> <p>Factores(s) relacionado(s): Enfermedad músculo esquelética</p> <p>Características definitorias: Alteraciones en el patrón de dormir.</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
		<p>Dominio: Conocimiento y Conducta de Salud (IV)</p>	<p>Clase: Conducta de salud (Q)</p>	
		<p>Criterio de resultado: Control del dolor 1605</p>		
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*
Reconoce el comienzo del dolor 160502	4 Frecuentemente demostrado	Mantener: 4 Aumentar: 5		
Reconoce factores causales 160501	4 Frecuentemente demostrado	Mantener: 4 Aumentar: 5		

	<p>Auto informe de características del dolor utilizando instrumentos estandarizados.</p> <p>Auto informe de intensidad con escalas de dolor.</p> <p>Expresión facial de dolor.</p>	<p>Utiliza medidas preventivas 160503</p> <p>Utiliza medidas de alivio no analgésicas 160504</p> <p>Utiliza los analgésicos de forma apropiada 160505</p>	<p>3 A veces demostrado</p> <p>3 A veces demostrado</p> <p>3 A veces demostrado</p>	<p>Mantener: 3 Aumentar: 4</p> <p>Mantener: 3 Aumentar: 4</p> <p>Mantener: 3 Aumentar: 4</p>
--	--	---	---	--

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 1: Fisiológico: básico Clase: Fomento de la comodidad física (E) INTERVENCION: Manejo del dolor 1400</p> <p>ACTIVIDADES 1.- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/ duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.</p> <p>2.- Enseñar los principios del manejo del dolor.</p> <p>3.- Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, estado de ánimo, relaciones, trabajo, y responsabilidad de roles).</p>	<p>El sistema nervioso controla las actividades corporales, las contracciones musculo esqueléticas, los fenómenos viscerales y las secreciones de algunas glándulas.</p> <p>Se divide en sistema nervioso central (SNC) (encéfalo y médula espinal), sistema nervioso periférico (nervios craneales y raquídeos) y sistema nervioso autónomo (simpático y parasimpático).</p> <p>Se debe de informar al paciente que el alivio y el control del dolor constituyen una parte importante de su tratamiento, esta comunicación resulta esencial para responder rápidamente a el manejo del dolor incluye medicamentos y terapias para tratar el dolor. Mediante la valoración fisiológica, psicológica y cultural contribuye a la identificación oportuna de las fases en torno al dolor</p>	Criterio de resultado: Control del dolor 1605	
		Indicador (es)	Puntuación final
		Reconoce el comienzo del dolor 160502	5 Siempre demostrado
		Reconoce factores causales 160501	5 Siempre demostrado
		Utiliza medidas preventivas 160503	4 Frecuentemente demostrado
Utiliza medidas de alivio no analgésicas 160504	4 Frecuentemente demostrado		
Utiliza los analgésicos de forma apropiada 160505	4 Frecuentemente demostrado		

<p>4.- Explorar con el paciente los factores que alivian o empeoran el dolor.</p>	<p>permite establecer un plan terapéutico para evitar, disminuir o controlar el dolor.</p>		
<p>5.- Utilizar un método de valoración adecuado según el nivel de desarrollo que permita el seguimiento de los cambios del dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales (diagrama de flujo, llevar un diario)</p>	<p>La administración de analgésicos debe responder a las necesidades de cada individuo y a la vida media del medicamento, para lograr su absorción, distribución y eliminación. (Rosales Barrera y Reyes Gómez, 2004)</p>		
<p>6.- Utilizar medidas del control del dolor antes de que éste muy intenso.</p>	<p>El tratamiento no farmacológico como comportamientos cognoscitivos (autor relajación, musicoterapia) e intervenciones físicas (calor, frio y masajes) son métodos que ayudan a los pacientes a comprender mejor su dolor y pueden reducirlo, así como la ansiedad. Cambiando el umbral del dolor, reducen el espasmo muscular y disminuyen el dolor local.</p>		
<p>7.- Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas antes y después y, si fuera posible durante las actividades dolorosas; antes de que se produzca el dolor o de que aumente y junto con las otras medidas de alivio del dolor.</p>	<p>Es muy difícil determinar el grado de dolor que sufre cada paciente, por las diferencias de percepción individuales en cuanto a la percepción del mismo.</p>		

	<p>Dada la necesidad de obtener un método objetivo de medición del dolor, se han diseñado diferentes técnicas para cuantificarlo, las más utilizadas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Escala verbal: ligero, moderado, severo). -Escala Visual Análoga EVA (0= ausencia de dolor, 10= dolor severo). <p>(Bistre Cohèn, 2009)</p>		
--	--	--	--

*Se puntuará cada indicador en escala de 1 al 5 ** GPC: Se pueden integrar recomendaciones de las Guía de práctica clínica



**CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA CRUZ ROJA
FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**



VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
Patrón (es): Patrón sueño- descanso Patrón cognitivo- perceptual Patrón autopercepción Datos objetivos: Horas sueño 8 diarias Datos Subjetivos: Insomnio ocasional Dificultad para conciliar el sueño Sensación de cansancio Miedo- temor	Dominio: 4 Actividad/ reposo Clase: 1 Sueño/ reposo Etiqueta diagnóstica: Insomnio 00095 Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento. Factores(s) relacionado(s): Temor Características definitorias: Alteraciones en el patrón de dormir Estado de salud comprometido Dificultad para conciliar el sueño	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
		Dominio: Salud funcional (J)	Clase: Mantenimiento de la energía (A)	
		Criterio de resultado: Sueño 0004		
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*
Horas de sueño 000401	3 Moderadamente comprometido	Mantener: 3 Aumentar:4		
Calidad del sueño 000404	3 Moderadamente comprometido	Mantener: 3 Aumentar:4		
Dificultad para conciliar el sueño 00421	2 Sustancialmente comprometido	Mantener: 2 Aumentar:3		
Dolor 000425	1 Gravemente comprometido	Mantener: 1 Aumentar:3		

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 1: Fisiológico: básico Clase: Facilitación del autocuidado (F)</p> <p>INTERVENCION: Mejorar el sueño 1850</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>1.- Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente.</p> <p>2.- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.</p> <p>3.- Comprobar el patrón del sueño del paciente y observar las circunstancias físicas y/o psicológicas que interrumpen el sueño.</p> <p>4.- Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular auto génica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño.</p>	<p>El ser humano requiere de una homeostasia para conservar un estado óptimo de salud, en caso contrario, se desencadenan alteraciones que afectan su estructura y funcionamiento corporal. Para evitarlo, deben satisfacerse las necesidades básicas y de crecimiento, considerando la sociedad en que vive, procesos de transición vital y proceso de salud-enfermedad.</p> <p>El descanso es un estado de quietud, de reposo, o bien, una interrupción del movimiento, acción, ejercicio o fatiga; el sueño, principal forma de descanso, es la suspensión normal periódica de los procesos integrativos (conciencia y vida de relación) por la interrupción de estímulos aferentes sensoriales y eferentes motrices. El sueño es el estado fisiológico con pérdida del conocimiento, del cual puede despertar</p>	Criterio de resultado: Sueño 0004	
		Indicador (es)	Puntuación final
		Horas de sueño 000401	4 Levemente comprometido
		Calidad del sueño 000404	4 Levemente comprometido
		Dificultad para conciliar el sueño 000421	4 Levemente comprometido
Dolor 000425	3 Moderadamente comprometido		
			3 Moderadamente

<p>el individuo con estímulos sensoriales u otros.</p> <p>Las causas que producen estrés y alteran el descanso y el sueño son: contaminación ambiental, natural, social, económica, laboral, política, fisiológica, psicológica, espiritual y patológica. Estos problemas generan pérdida de energía, displacer y mal funcionamiento físico-mental. El descanso ofrece la posibilidad de convivir con entusiasmo y vitalidad para obtener un desarrollo físico y mental, siempre y cuando se lleve un estilo de vida. Éstos pueden tener variabilidad individual e influencia del ambiente externo.</p> <p>Los impulsos dolorosos y de sensibilidad propioceptiva influyen en la porción mesencefálica del sistema reticular activador, produciendo un estado normal de vigilia. Los ciclos de sueño aparecen de 4 a 6 veces en el</p>		
--	--	--

	<p>curso de una noche; cada ciclo dura de 90 a 120 min. (Rosales Barrera y Reyes Gómez, 2004)</p>		
--	---	--	--

*Se puntuará cada indicador en escala de 1 al 5 ** GPC: Se pueden integrar recomendaciones de las Guía de práctica clínica



**CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA CRUZ ROJA
FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**



VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es): Patrón actividad- ejercicio</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Datos Subjetivos: Ligera limitación de la marcha y de equilibrio Tono y fuerza de extremidades inferiores con ligeras alteraciones</p>	<p>Dominio: 11. Seguridad/ protección Clase: 2: Lesión física</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Riesgo de caídas 00155</p> <p>Susceptible a un aumento de las caídas que puede causar daño físico y que puede comprometer la salud.</p> <p>Factores(s) de riesgo: Fisiológicos: Deterioro de la movilidad Disminución de la fuerza de las extremidades inferiores Condición asociada: Deterioro del equilibrio Neuropatía Condiciones que afectan a los pies</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio: Salud funcional (I)	Clase: Movilidad (C)		
		Criterio de resultado: Ambular 0200			
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*	
		Camina con marcha eficaz 020001	4 Levemente comprometido	Mantener: 4 Aumentar:4	
Camina a paso moderado 020004	4 Levemente comprometido	Mantener: 4 Aumentar:4			
Sube escaleras 020008	4 Levemente comprometido	Mantener: 4 Aumentar:4			
Baja escaleras 020007	4 Levemente comprometido	Mantener: 4 Aumentar:4			

		Se adapta a diferentes tipos de superficies 020016	4 Levemente comprometido	Mantener: 4 Aumentar:4
--	--	---	-----------------------------	---------------------------

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 1. Fisiológico: básico</p> <p>Clase: Control de actividad y ejercicio (A)</p> <p>INTERVENCION: Terapia de ejercicios: control muscular 0226</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>1.- Determinar la disposición del paciente para comprometerse a realizar un protocolo de actividades o ejercicios.</p> <p>2.- Explicar el fundamento del tipo de ejercicio y el protocolo a paciente/familia.</p> <p>3.- Establecer secuencias de actividades diarias de cuidados para potenciar los efectos de la terapia específica de los ejercicios.</p>	<p>El masaje es un método terapéutico manual o instrumental con fines estimulantes o resolutivos.</p> <p>Los efectos del masaje son:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Incremento sanguíneo o linfático en la región tratada. – Disminución de inflamación periarticular. – Relajamiento muscular. – Prevención o disminución de fibrosis. – Disminución a la tendencia de atrofia muscular. – Restaurar la vitalidad <p>Son objetivos de la aplicación de ejercicios: desarrollar fuerza, movilidad y equilibrio neuromuscular; mejorar funcionamiento de sistemas y aparatos del organismo; favorecer descanso y sueño; disminuir estados de ansiedad y riesgo de infecciones pulmonares y urinarias.</p>	Criterio de resultado: Ambular 0200	
		Indicador (es)	Puntuación final
		Camina con marcha eficaz 020001	4 Levemente comprometido
		Camina a paso moderado 020004	4 Levemente comprometido
		Sube escaleras 020008	4 Levemente comprometido
Baja escaleras 020007	4 Levemente comprometido		
Se adapta a diferentes tipos de superficies 020016	4 Levemente comprometido		
	4 Levemente comprometido		

<p>4.- Poner en marcha medidas de control de dolor antes de comenzar el ejercicio/ actividad.</p> <p>5.- Ayudar al paciente a desarrollar el protocolo de ejercicios para conseguir resistencia, fortaleza y flexibilidad.</p>	<p>Son etapas de la sesión de ejercicios: el calentamiento, la programación de ejercicios y el enfriamiento</p> <p>El conocimiento de efectos fisiológicos, dosis, frecuencia y duración de los ejercicios son elementos a considerar en un programa de ejercicios. Este programa se basa en las necesidades del paciente, colaboración de éste y sus familiares, y el conocimiento sobre la mecánica corporal. La evaluación clínica permite conocer la restitución, mejoramiento o conservación de la fuerza (capacidad del músculo para contraerse), elasticidad (capacidad del músculo para relajarse o contraerse) y coordinación (capacidad del músculo para trabajar simultáneamente con otros músculos) que presenta un paciente.</p> <p>La longitud y tensión muscular determina el tipo de contracción, ya sea isométrica (aumento de la tensión</p>		
--	--	--	--

	<p>muscular sin variar la longitud), isotónica (alargamiento o acortamiento muscular, producción de movimiento sin cambios tensionales), concéntrica (Acortamiento muscular con aumento de tensión) y excéntrica (alargamiento muscular sin cambios en la tensión). (Rosales Barrera y Reyes Gómez, 2004)</p>		
--	---	--	--

*Se puntuará cada indicador en escala de 1 al 5 ** GPC: Se pueden integrar recomendaciones de las Guía de práctica clínica



**CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA CRUZ ROJA
FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**



VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es): Patrón sueño- descanso Patrón cognitivo- perceptual Patrón autopercepción</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Datos Subjetivos: Insomnio ocasional Dificultad para conciliar el sueño Miedo- temor Intranquilidad Horas sueño 8 diarias EVA 7/10</p>	<p>Dominio: 12. Confort</p> <p>Clase: 1. Confort físico</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Disconfort 00214</p> <p>Percepción de la falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural y social.</p> <p>Factor(es) relacionado(s): Síntomas relacionados con la enfermedad</p> <p>Características definitorias: Alteración en el patrón para dormir Temor Intranquilidad en la situación</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
		Dominio: Salud percibida (V)	Clase: Salud y calidad de vida (U)	
		Criterio de resultado: Estado de comodidad 2008		
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*
Bienestar físico 200801	2 Sustancialmente comprometido	Mantener: 2 Aumentar:4		
Control de síntomas 200802	2 Sustancialmente comprometido	Mantener: 2 Aumentar:3		
Bienestar psicológico 200803	3 Moderadamente comprometido	Mantener: 3 Aumentar:4		

		Capacidad de comunicar las necesidades 200812	3 Moderadamente comprometido	Mantener: 3 Aumentar:5
--	--	--	---------------------------------	---------------------------

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 3: Conductual</p> <p>Clase: Fomento de la comodidad psicológica (T)</p> <p>INTERVENCION: Terapia de relajación 6040</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>1.- Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relación disponibles (música, respiración rítmica, relajación mandibular y relación muscular progresiva).</p> <p>2.- Determinar si alguna técnica de relajación le ha resultado útil.</p> <p>3.- Invitar al paciente a que se relaje y deje que las sensaciones sucedan espontáneamente.</p>	<p>La utilización de terapias adecuadas a cada caso ayuda al individuo a su encuentro o reencuentro para lograr paz, serenidad, aceptación y dignidad en la medida de sus capacidades y actitudes, así como a sus patrones socioculturales.</p> <p>Las técnicas terapéuticas (de relajación, meditación, control emocional, enfrentamiento a problemas, solución de problemas, toma de decisiones, ludoterapia, ergoterapia, holoterapia, etc.) para translaborar los sentimientos y disminuir o controlar el dolor, tienen como objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controlar la ansiedad y funcionamiento corporal para alcanzar salud física y mental. - Enseñar habilidades de enfrentamiento al dolor, a crisis 	Criterio de resultado: Estado de comodidad 2008	
		Indicador (es)	Puntuación final
		Bienestar físico 200801	4
		Control de síntomas 200802	Levemente Comprometido
	3		
Bienestar psicológico 200803	Moderadamente comprometido		
	4		
Capacidad de comunicar las necesidades 200812	Levemente Comprometido		
	5		
	No comprometido		

<p>4.- Utilizar la relajación como estrategia complementaria junto a los analgésicos o con otras medidas, si procede.</p> <p>5.- Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación.</p>	<p>circunstanciales o de desarrollo y a situaciones nuevas o resolutivas.</p> <p>– Incrementar las relaciones interpersonales con la familia, amistades y equipo de salud, que redunden en la solución de problemas, toma de decisiones y transvaloración de sentimientos. (Rosales Barrera y Reyes Gómez, 2004)</p>		
---	--	--	--

*Se puntuará cada indicador en escala de 1 al 5 ** GPC: Se pueden integrar recomendaciones de las Guía de práctica clínica



**CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA CRUZ ROJA
FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**



VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es): Patrón nutricional- metabólico</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Datos Subjetivos: Expresa deseos de mejorar su nutrición.</p>	<p>Dominio: 2. Nutrición</p> <p>Clase: 1. Ingestión</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Disposición para mejorar la nutrición 00163</p> <p>Patrón de aporte de nutrientes que puede ser reforzado.</p> <p>Características definitorias: Expresa deseos de mejorar la nutrición</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		<p>Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV)</p>		<p>Clase: Conocimiento sobre la salud</p>	
		<p>Criterio de resultado: Conocimiento: dieta saludable 1854</p>			
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*	
Relación entre dieta, ejercicio y peso 185403	4	Conocimiento sustancial Mantener: 4 Aumentar:5			
Pautas nutricionales recomendadas 185407	3	Conocimiento moderado Mantener:3 Aumentar:4			

		Pauta para las raciones de alimentos 185413	3 Conocimiento moderado	Mantener:3 Aumentar:4
		Posibles interacciones entre alimentos y medicamentos 185428	2 Conocimiento escaso	Mantener: 2 Aumentar:4

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 1: Fisiológico: Básico</p> <p>Clase: Apoyo nutricional (D)</p> <p>INTERVENCION: Asesoramiento nutricional 5246</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>1.- Determinar la ingesta y hábitos alimentarios del paciente.</p> <p>2.- Facilitar la identificación de conductas alimentarias que desean cambiar.</p> <p>3.- Comentar gustos y aversiones del paciente.</p> <p>4.- Disponer una derivación/ consulta a otros miembros del equipo asistencial, según corresponda.</p>	<p>La interacción del personal de enfermería, paciente o familiares, es factor básico para determinar las formas en que deben satisfacerse o solucionarse las necesidades.</p> <p>El organismo humano es omnívoro, en el aparato digestivo se realizan procesos mecánicos y químicos. Los procesos digestivos mecánicos son masticación, deglución, acción peristáltica defecación. Los procesos digestivos químicos incluyen la conversión de sustancias complejas a sencillas, así como el proceso de hidrólisis dependiente de enzimas.</p> <p>El estado emocional y el dolor alteran las secreciones gástricas e interfieren el proceso digestivo.</p> <p>La nutrición está determinada por edad, actividad y estado fisiológico, para conservar el equilibrio hídrico y eliminar toxinas del organismo se requiere 70%</p>	<p>Criterio de resultado: Conocimiento: dieta saludable 1854</p>	
		<p>Indicador (es)</p>	<p>Puntuación final</p>
		<p>Relación entre dieta, ejercicio y peso 185403</p>	<p>5 Conocimiento extenso</p>
		<p>Pautas nutricionales recomendadas 185407</p>	<p>4 Conocimiento sustancial</p>
		<p>Pauta para las raciones de alimentos 185413</p>	<p>4 Conocimiento sustancial</p>
<p>Posibles interacciones entre alimentos y medicamentos 185428</p>	<p>4 Conocimiento sustancial</p>		

	<p>de agua. La ingestión de alimentos básicos (leche y derivados, carnes, verduras, frutas y cereales) en cantidad suficiente de acuerdo con peso, sexo, edad, talla, actividad y estado fisiológico, favorece una buena nutrición. (Rosales Barrera y Reyes Gómez, 2004)</p>		
--	---	--	--

*Se puntuará cada indicador en escala de 1 al 5 ** GPC: Se pueden integrar recomendaciones de las Guía de práctica clínica



**CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA CRUZ ROJA
FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**



VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANEACION			
<p>Patrón (es): Patrón nutricional- metabólico Patrón eliminación</p> <p>Datos objetivos: Heces en Escala de Bristol Tipo 2 (compuesta de fragmentos). Timpanismo Distención abdominal</p> <p>Datos Subjetivos: Estreñimiento ocasional Ingesta insuficiente de fibras EVA 4/10</p>	<p>Dominio: Eliminación e intercambio Clase: 2. Función gastrointestinal Etiqueta diagnóstica: Riesgo de Estreñimiento 00115 Susceptible a una disminución de la frecuencia normal de la defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces, que puede comprometer la salud.</p> <p>Factores(s) de riesgo: Cambios en los hábitos alimentarios Hábitos de defecación irregulares Ingesta insuficiente de fibras</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio: Salud Fisiológica (II)		Clase: Eliminación (F)	
		Criterio de resultado: Eliminación Intestinal 0501			
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*	
Patrón de eliminación 050101	4 Levemente comprometido	Mantener: 4 Aumentar:5			
Cantidad de heces en relación con la dieta 050104	4 Levemente comprometido	Mantener: 4 Aumentar:5			

		Heces blandas y formadas 050105	3 Moderadamente comprometido	Mantener: 3 Aumentar:4
		Estreñimiento 050110	4 Levemente comprometido	Mantener: 4 Aumentar:5

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 1: Fisiológico Básico</p> <p>Clase: Control de la eliminación (B)</p> <p>INTERVENCION: Manejo del estreñimiento/ impactación fecal 0450</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>1.- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento</p> <p>2.- Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponde.</p> <p>3.- Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama, dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyen al mismo.</p> <p>4.- Instruir al paciente acerca de la dieta rica en fibras, según corresponda.</p>	<p>Los líquidos y residuos de alimentos que no son aprovechados por el organismo, son productos de desecho del metabolismo y se eliminan por piel, pulmones, vías urinarias e intestino; el peristaltismo intestinal y la estimulación de terminaciones nerviosas sensitivas en el recto, son factores que motivan el reflejo de la defecación, que es el proceso digestivo mecánico final. La eliminación intestinal en condiciones normales se efectúa a través del recto y del ano por medio del excremento formado por una masa sólida constituida por alimentos no digeridos, celulosa, secreciones del intestino y del hígado, sales inorgánicas, leucocitos, células epiteliales y agua. Una dieta equilibrada, ingestión suficiente de líquidos, ejercicio y control emocional, son factores que determinan la cantidad y el tipo de eliminación</p>	Criterio de resultado: Eliminación Intestinal 0501	
		Indicador (es)	Puntuación final
		Patrón de eliminación 050101	5 No comprometido
		Cantidad de heces en relación con la dieta 050104	5 No comprometido
Heces blandas y formadas 050105	4 Levemente comprometido		
Estreñimiento 050110	5 Ninguno		

<p>5.- Sugerir el uso de laxantes/ablandadores de heces.</p>	<p>intestinal. Las complicaciones más frecuentes en el estreñimiento son constipación fecal, obstrucción fecal, distensión abdominal, flatulencia y meteorismo o timpanización. La actitud del personal de enfermería, tanto en la formación de hábitos higiénicos como en la atención al paciente con alteraciones en la eliminación intestinal es de suma importancia. (Rosales Barrera y Reyes Gómez, 2004)</p> <p>Se recomienda hacer uso de la escala de Bristol es una tabla visual diseñada para clasificar la forma de las heces en siete grupos.</p> <p>El apoyo de los laxantes son medicamentos que se administran por vía oral o anal, pueden ser sintéticos o naturales. Su función es ablandar las heces para facilitar su evacuación. (Alba Hernández, 2018)</p>		
--	---	--	--

*Se puntuará cada indicador en escala de 1 al 5 ** GPC: Se pueden integrar recomendaciones de las Guía de práctica clínica

VII.- Plan de alta




Nombre del (a) paciente: LNRS

Edad: 33 años Sexo: Femenino

Diagnóstico(s) médico: Dolor neuropático

Fecha de elaboración: 06 de agosto de 2021

ASPECTO A DESARROLLAR	RECOMENDACIONES
COMUNICACIÓN (Nombre de la Institución o persona a quien acudir o llamar en caso de urgencia)	Acudir en caso de emergencia al Hospital General ISSSTE, San Luis Potosí, o llamar a Eduardo R. (Hermano): 444 545 0866
URGENTE (Identificación de signos de alarma o recaída)	Dolor que no sede con tratamiento, pérdida de sensibilidad, inmovilidad.
INFORMACIÓN (Conocimiento de su enfermedad y medidas de control)	El dolor neuropático puede afectar de manera adversa la calidad de vida del paciente tanto la función física como emocional o social. Adherencia al tratamiento Realizar técnicas de relajación
DIETA (Información relativa a la nutrición)	Se recomienda los siguientes hábitos alimenticios. Llevar a cabo una dieta rica en verduras y frutas, tomar dos litros de agua, establecer un horario para la ingesta de alimentos, así como realizar 30 minutos de ejercicio al día, estas son medidas que ayudan a evitar el estreñimiento, ya que estos hábitos coadyuvan a incrementar los movimientos intestinales y, por ende, facilitan la evacuación. Tomado Dieta rica en frutas y verduras, agua simple y ejercicio ayudan a evitar estreñimiento Comunicado No. 038/2013
AMBIENTE	Se recomienda adaptar un lugar para la paciente donde favorezca un clima apto para evitar que su dolor

(Recomendaciones de mejora del entorno familiar, laboral y social)	<p>incremente, ejemplos: cubrir con cortinas ventanales, uso de cobertores, uso aire acondicionado o calentadores.</p> <p>Continuar con conversación efectiva entre los miembros de su familia.</p>
<p>RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE</p> <p>(Prácticas recreativas saludables)</p>	<p>Se recomienda seguir practicando yoga/ meditación por lo menos 30 minutos al día, actividades de lectura antes de dormir para ayudar a conciliar el sueño.</p>
<p>MEDICAMENTO Y TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO</p>	<p>-Diclofenaco 100 mg, vía oral cada 24 horas (No suspender). </p> <p>-Pregabalina 150 mg, vía oral cada 24 horas (No suspender). </p> <p>-Ketorolaco 30 mg, sublingual (Por Razón Necesaria PRN) </p> <div data-bbox="738 1092 1356 1312" style="text-align: center;"> <p>Esca la visual análoga (EVA 0-10 cm)</p> <p>0 ————— 10</p> <p>Ausencia de dolor ————— El máximo dolor posible</p> <p>Esca la numérica</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Esca la descriptiva</p> <p>Ausencia de dolor — Dolor leve — Dolor moderado — Dolor severo</p> </div> <p>Tomado</p> <p>GPC Tratamiento Farmacológico del Dolor Neuropático en Mayores de 18 Años</p> <p><u>Nota: no suspender medicación sin previa autorización del médico tratante.</u></p> <p>Se recomienda poner en práctica los siguientes puntos cuando el dolor sea muy intenso o no se pueda conciliar el sueño.</p> <p>Musicoterapia/ Ejercicios de respiración/ Meditación</p>
<p>ESPIRITUALIDAD</p>	<p>Se recomienda seguir acudiendo a clínica de dolor.</p>

(Orientarlo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ser de ayuda en este aspecto)	Acudir a prácticas religiosas para ayudar a expresar sus sentimientos o emociones.
--	--

VII.- Conclusiones

A través del presente Proceso Cuidado Enfermero implementado con resolución del caso clínico en una paciente con Dolor Neuropático, se consiguió reconocer las necesidades básicas de la paciente a través de cada una de las diferentes etapas que comprende el PCE; valoración, diagnóstico, planeación, implementación y evaluación desarrollando cada una de ellas, haciendo énfasis en la percepción del dolor, con revisión y sustento a través de: diagnósticos de enfermería (NANDA), evaluando los resultados esperados (NOC) e implementando cuidados (NIC) obteniendo un resultado satisfactorio en su estado de salud. Se desarrolló un plan de alta como complemento ya que es considerado como una herramienta de suma importancia para el autocuidado conforme a las necesidades identificadas y en función de su problema potencial de salud para orientar a la paciente y/o cuidador para continuar con las indicaciones y mejorar o mantener el estado de salud de la paciente evitando complicaciones. El profesional de enfermería consiguió ampliar los conocimientos y habilidades para desarrollar el PCE, así como comprender cada etapa e implementar de una manera adecuada y satisfactoria para obtener beneficios para la salud del paciente dando prioridad a sus necesidades individuales teniendo pensamiento crítico. Cabe resaltar que el profesional de enfermería debe motivar a futuras generaciones para la aplicación del PCE en el campo asistencial para que continúen esforzándose en desarrollar conocimientos y habilidades específicos de la disciplina y así en el futuro el profesional sea conciente que es un instrumento útil de trabajo para brindar cuidados en respuesta a las necesidades del paciente.

Referencia bibliográfica

1. Alba Hernández M. (2018). *Fundamentos de enfermería*. Trillas.
2. Alfaro-LeFevre R. (2007). *Aplicación Del Proceso Enfermero Fomentar el Cuidado en Colaboración*. MASSON.
<https://books.google.nl/books?id=MA4ofsSAoHAC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
3. Alligoid M. R. (2018). *Modelos y teorías en enfermería*. (pp. 335-356) ELSEVIER
<https://drive.google.com/drive/u/1/my-driv>
4. Bistre Cohèn S. (2009). *Dolor*. (pp. 15, 54- 56) Trillas.
5. Bulechek G. M., Butcher H. K., Dochterman J. M. y Wagner C. M. (2014). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. ELSEVIER.
6. Burgos Moreno M. y Paravic Klijnl T. (jun de 2009). *Enfermería como profesión*. Scielo.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000100010
7. Busquets C. y Prats A. F. (2012). *Novedades en el tratamiento del dolor neuropático*. ELSEVIER
<https://www.elsevier.es/es-revista-seminarios-fundacion-espanola-reumatologia-274-articulo-novedades-el-tratamiento-del-dolor-S1577356612000243>
8. Caro S. E. y Guerra C. E. (2011). *El proceso de atención a enfermería. Notas de clase*. Universidad del Norte.
<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=K2Op3IkVYqMC&oi=fnd&pg=PR9&dq=fases+proceso+de+atenci%C3%B3n+de+enfermeria&ots=HUOCBIh9wD&sig=B1H-jvQwn22uhxuyogtl8CSOVRQ#v=onepage&q&f=false>
9. CENIDSP. (2020). Día Mundial contra el Dolor: el alivio es un derecho universal. Gobierno de México <https://www.insp.mx/avisos/5097-dia-mundial-dolor-cronico.html>
10. Cruciani R. A y Nieto M. J. (2006). *Fisiopatología y tratamiento del dolor neuropático: avances más recientes*. Revisiones. <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v13n5/revision1.pdf>
11. Fernández S. C., Granero M. J., Mollinedo M. J., Peredo G. M. H., Aguilera M. G. y Luna P. M. (2012). *Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación inicial de enfermería*. Revista da Escola de Enfermagem da USP.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033321019>
12. García Martín C. y Martínez Martín M. L. (2001). *Historia de La Enfermería- Evolución Del Cuidado Enfermero*. Harcourt. <https://es.scribd.com/doc/30180636/Historia-de-La-Enfermeria-evolucion-Del-Cuidado-Enfe>

13. González Salcedo P. y Chaves Reyes A. M. (2009). *Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente*. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145220480004.pdf>
14. IMSS. (2011). *GPC atamiento farmacológico Tratamiento farmacológico del Dolor Neuropático en del Dolor Neuropático en mayores de 18 años*. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/441GER.pdf>
15. Juall Carpenito L. (2018). *Manual de Diagnósticos Enfermeros*. Barcelona, Wolters Kluwer.
16. M. Mínguez Pérez M. M. y Benages M. A. (2009). *Escala de Bristol: ¿un sistema útil para valorar la forma de las heces?* Scielo. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082009000500001
17. Martínez Martín M.L. y Chamorro Rebollo E. (2011). *Historia de la enfermería: Evolución histórica del cuidado enfermero*. ELSEVIER. <https://books.google.es/books?hl=es&lr&id=ZGawDgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=historia+de+la+enfermeria&ots=k29409izo9&sig=Ggr-hLhnFirubkCWdTofvaxg1vA&pli=1#v=onepage&q=historia%20de%20la%20enfermeria&f=false>
18. Matesanz Santiago M. A. (2009). *Pasado, presente y futuro de la Enfermería: una aptitud constante*. ELSEVIER. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-pasado-presente-futuro-enfermeria-una-13139761>
19. Moorhead S., Johnson M., MaasM. y Swanson E. (2014). *Clasificación de Resultados de Enfermería NOC*. ELSEVIER.
20. Nieves M. (2021). *Vértabras torácicas: características, funciones, embriología, anatomía*. Liferder. <https://www.liferder.com/vertebras-toracicas/>
21. Nilsson M. y Geriatr S. (2016). *Una escala para evaluación del riesgo de caídas en adultos mayores es útil para predecir lesiones*. Revista Evidencia. https://www.fundacionmf.org.ar/visor-producto.php?cod_producto=5350
22. Pérez Hernández M. J. (2002). Operacionalización del proceso de atención de enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 10(2), 62-66 <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2002/en022d.pdf>
23. Plazas L. (2021). *Establecer prioridades en enfermería*. Enfermeria Buenos Aires <https://enfermeriabuenosaires.com/niveles-de-prioridad/>

24. Rathmell J. P. y Fields H. L. (2012). Dolor: fisiopatología y tratamiento en (18 edición) HARRISON PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA. (pp. 93-101) MCGRAW-HILL INTERAMERICANA
25. Rosales Barrera S. y Reyes Gómez E. (2004). *Fundamentos de Enfermería*. (pp. 3, 225, 293, 294, 297,314, 315, 318, 324, 325, 347, 358) El manual moderno. <https://drive.google.com/drive/u/1/my-drive>
26. Tratamientos Neurorehabilitación (2013). *ESCALA BERG: valoración del equilibrio en pacientes con Daño Cerebral Adquirido*. Vithas <https://neurorhb.com/blog-dano-cerebral/escala-berg-valoracion-del-equilibrio-en-pacientes-con-dca/>
27. Vargas Sanabria M. (2012). *Anatomía y exploración física de la columna cervical y torácica*. Scielo. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152012000200009
28. Velasco M. (2014). *Dolor neuropático*. ELSEVIER <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-dolor-neuropatico-S0716864014700835>
29. Vithas. (2013). *ESCALA BERG: valoración del equilibrio en pacientes con Daño Cerebral Adquirido*. Vithas <https://neurorhb.com/blog-dano-cerebral/escala-berg-valoracion-del-equilibrio-en-pacientes-con-dca/>
30. Watson J. C. (2020). Dolor neuropático. *MANUAL MSD Versión para profesionales*. <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/dolor/dolor-neurop%C3%A1tico>

Glosario

Acaecido defectivo Suceder o producirse un hecho intentó juzgar lo que había acaecido.

Actitud Manera de estar alguien dispuesto a comportarse u obrar.

Anquilosis articular es la reducción parcial o total de la capacidad de movimiento de una articulación debido generalmente a que dos huesos se han unido dentro de la articulación (anquilosis ósea). También puede producirse a consecuencia de la rigidez de los tejidos articulares (anquilosis fibrosa).

Antropología Ciencia que estudia los aspectos físicos y las manifestaciones sociales y culturales de las comunidades humanas. Conjunto de rasgos que caracterizan a una comunidad humana, desde el punto de vista de esta ciencia.

Atrofia muscular es la disminución de masa muscular y el desgaste de los tejidos musculares. Los músculos que pierden inervación pueden atrofiarse o simplemente dañarse.

Auscultación Exploración de los sonidos que se producen en el interior de un organismo humano o animal, especialmente en la cavidad torácica y abdominal, mediante los instrumentos adecuados o sin ellos.

Autonomía Facultad de la persona o la entidad que puede obrar según su criterio, con independencia de la opinión o el deseo de otros.

Calidad cariño y el afecto que las personas muestran hacia los demás.

Calidez se crea un ambiente feliz en el que las relaciones interpersonales fluyen de manera natural.

Confort Condiciones materiales que proporcionan bienestar o comodidad.

Cuidado holístico Se define como una práctica que se enfoca en sanar a la persona completa a través de la unidad de cuerpo, mente, emoción, espíritu y medio ambiente.

Diagnóstico de enfermería es un juicio sintético de las respuestas humanas del individuo, familia o comunidad, que requieren cuidados de salud en la prevención de la enfermedad, el mantenimiento y mejora de la salud, o el fin de la vida.

Dolor neuropático se define como un dolor crónico secundario a una lesión o enfermedad que afecta el sistema somato-sensorial.

Dolor paroxístico intenso es una alteración que se caracteriza por el enrojecimiento de la piel, calor, y episodios de dolor intenso en varias partes del organismo. En los individuos afectados, los episodios de dolor suelen durar de segundos a minutos, pero en algunos casos pueden durar horas.

Eficacia Capacidad para producir el efecto deseado o de ir bien para determinada cosa.

Eficiencia capacidad para realizar o cumplir adecuadamente una función.

Ejecución Realización de una acción, especialmente en cumplimiento de un proyecto, un encargo o una orden.

Empirismo Doctrina psicológica y epistemológica que, frente al racionalismo, afirma que cualquier tipo de conocimiento procede únicamente de la experiencia, ya sea experiencia interna (reflexión) o externa (sensación), y que esta es su única base.

Enfermedad Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.

Enfermería ciencia que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas de asistencia sanitarias, clínicas y a la promoción y prevención de la salud.

Entorno de enfermería el que promueve, facilita u obstaculiza al personal de enfermería para prestar cuidados de calidad, además de incrementar la seguridad y bienestar de los pacientes y de sus profesionales.

Epidemiología estudio de la distribución, frecuencia y determinantes del proceso salud-enfermedad en poblaciones humanas.

Estimulo Agente capaz de estimular un órgano o una función orgánica.

Etiología se refiere al estudio o búsqueda del origen de una enfermedad, con el fin de encontrar un diagnóstico y tratamiento adecuado para la misma.

Evidencia científica es el uso consciente, explícito y juicioso de datos válidos y disponibles procedentes de la investigación científica.

Fisiología parte de la biología que estudia los órganos y tejidos de los seres vivos y su funcionamiento.

Fisiopatología es la rama de la fisiología que se encarga del estudio de los mecanismos por los cuales se producen las manifestaciones clínicas de una enfermedad y por medio de la cual se entienden y predicen dichas manifestaciones de acuerdo con la alteración funcional de los órganos o sistemas a diferentes niveles de la anatomía corporal.

Habilidad Capacidad de una persona para hacer una cosa correctamente y con facilidad.

Inflamación es un proceso fisiológico, defensivo natural del organismo ante agresiones del medio, presentando signos como el dolor, calor, rubor y edema, además de pérdida de funcionalidad.

Inspección es el método de exploración física del paciente que se efectúa por medio de la vista. Es el primer paso en un examen físico, y se basa en la observación total o parcial del cuerpo del paciente.

Interdisciplinaria que se compone de varias disciplinas científicas o culturales o está relacionado con ellas.

Lesión daño o detrimento corporal causado por una herida, un golpe o una enfermedad.

Metaparadigma es un conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos. Dichas relaciones se establecen de una manera abstracta.

Mortalidad número de defunciones en cierto grupo de personas en determinado período.

Neuronas es un tipo de célula que representa la unidad estructural y funcional del sistema nervioso. Su función consiste en transmitir información a través de impulsos nerviosos

Optimizar Conseguir que algo llegue a la situación óptima o dé los mejores resultados posibles.

Organizar Preparar una cosa pensando detenidamente en todos los detalles necesarios para su buen desarrollo.

Pensamiento crítico es la capacidad de analizar y evaluar la consistencia de los razonamientos.

Percusión Es un método que consiste en dar golpecitos suaves en partes del cuerpo con los dedos, las manos o con pequeños instrumentos como parte de una exploración física. Se hace para determinar: el tamaño, la consistencia y los bordes de órganos corporales y la presencia o ausencia de líquido en áreas del cuerpo.

Planeación es un proceso de toma de decisiones para alcanzar un futuro deseado, teniendo en cuenta la situación actual y los factores internos y externos que pueden influir en el logro de los objetivos.

Proceso Cuidado Enfermero es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales.

Promover Fomentar o favorecer la realización o el desarrollo de una cosa, iniciándola o activándola si se encuentra paralizada o detenida provisionalmente.

Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Sistema nervioso central Está conformado por el cerebro y la médula espinal, los cuales se desempeñan como el "centro de procesamiento" principal para todo el sistema nervioso y controlan todas las funciones del cuerpo.

Trastornos es una alteración del funcionamiento normal de la mente o el cuerpo, pueden ser causados por factores genéticos, enfermedades o traumatismos.

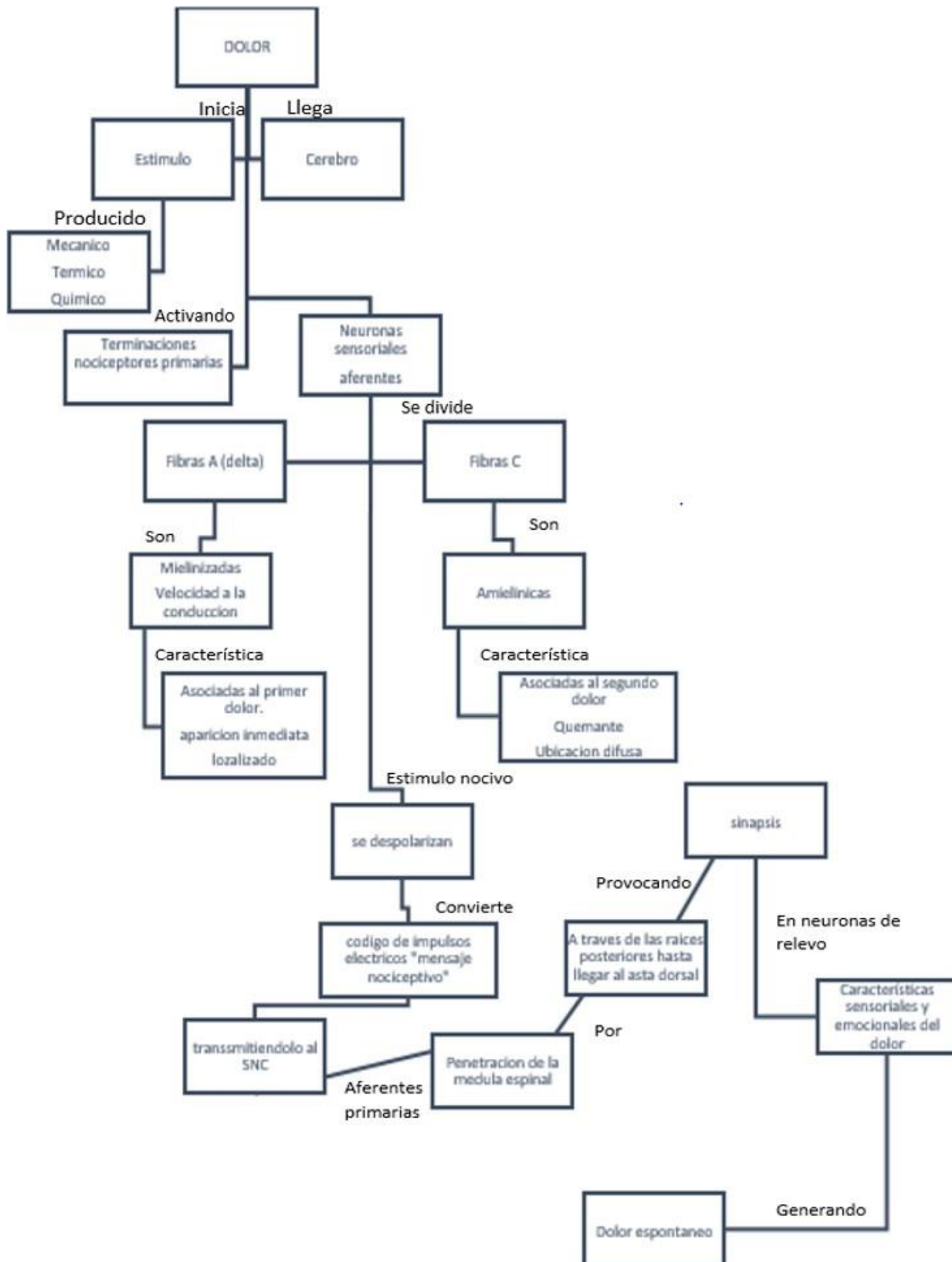
Tratamiento Conjunto planificado de medios que objetivamente se requiere como un plan terapéutico para curar o aliviar una lesión.

Traumatismo Lesión en el cuerpo o situación que causa daño mental o emocional duradero.

Anexos

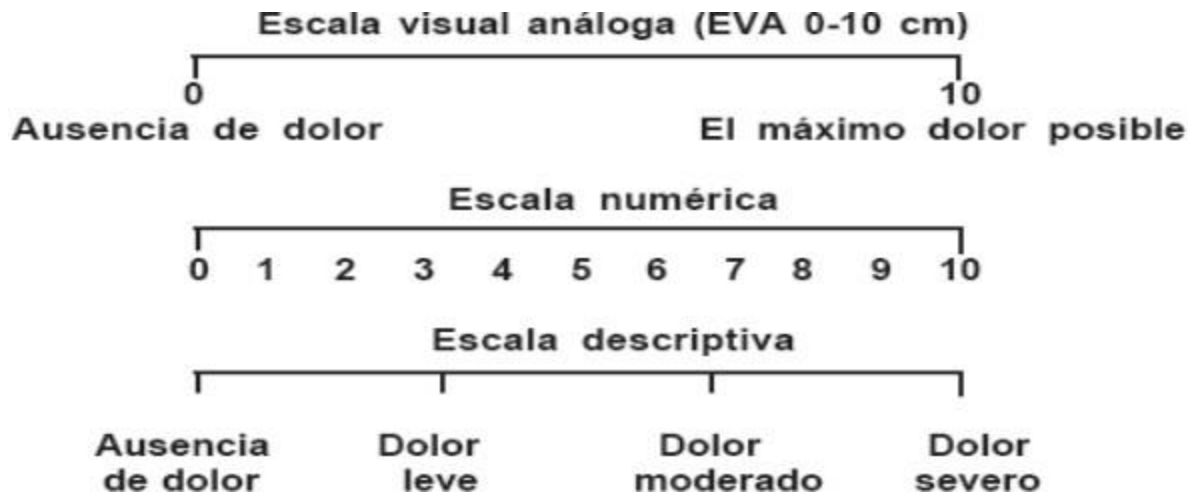
Anexo 1

Fisiopatología del dolor



Anexo 2

Escala visual análoga EVA



Escala visual análoga (EVA) que consiste en una regla de 10 cm, marcada en uno de sus extremos con el número cero, es decir, la ausencia de dolor y en el otro extremo con el diez, que indica el dolor de mayor intensidad.

Escala verbal que describe cómo percibe la intensidad del dolor, en leve, moderada y severa

Escala numérica consiste en una regla de 10 cm, marcada en uno de sus extremos con el número cero, y cada cm de manera gradual del 1 al 10, en donde 10 representa el dolor de mayor intensidad.

Anexo 3

Escala de Berg (Equilibrio)

1. DE SEDESTACIÓN A BIPEDESTACIÓN

INSTRUCCIONES: Por favor, levántese. Intente no ayudarse de las manos.

- () 4 capaz de levantarse sin usar las manos y de estabilizarse independientemente.
- () 3 capaz de levantarse independientemente usando las manos.
- () 2 capaz de levantarse usando las manos y tras varios intentos.
- () 1 necesita una mínima ayuda para levantarse o estabilizarse
- () 0 necesita una asistencia de moderada a máxima para levantarse

2. BIPEDESTACIÓN SIN AYUDA

INSTRUCCIONES: Por favor, permanezca de pie durante dos minutos sin agarrarse.

- () 4 capaz de estar de pie durante 2 minutos de manera segura
- () 3 capaz de estar de pie durante 2 minutos con supervisión
- () 2 capaz de estar de pie durante 30 segundos sin agarrarse
- () 1 necesita varios intentos para permanecer de pie durante 30 segundos sin agarrarse
- () 0 incapaz de estar de pie durante 30 segundos sin asistencia

3. SEDESTACIÓN SIN APOYAR LA ESPALDA, PERO CON LOS PIES SOBRE EL SUELO O SOBRE UN TABURETE O ESCALÓN

INSTRUCCIONES: Por favor, siéntese con los brazos junto al cuerpo durante 2 min.

- () 4 capaz de permanecer sentado de manera segura durante 2 minutos
- () 3 capaz de permanecer sentado durante 2 minutos bajo supervisión
- () 2 capaz de permanecer sentado durante 30 segundos
- () 1 capaz de permanecer sentado durante 10 segundos
- () 0 incapaz de permanecer sentado sin ayuda durante 10 segundos

4. DE BIPEDESTACIÓN A SEDESTACIÓN

INSTRUCCIONES: Por favor, siéntese.

- 4 se sienta de manera segura con un mínimo uso de las manos
- 3 controla el descenso mediante el uso de las manos
- 2 usa la parte posterior de los muslos contra la silla para controlar el descenso
- 1 se sienta independientemente, pero no controla el descenso
- 0 necesita ayuda para sentarse

5. TRANSFERENCIAS

INSTRUCCIONES: Prepare las sillas para una transferencia en pivot. Pida al paciente de pasar primero a un asiento con apoyabrazos y a continuación a otro asiento sin apoyabrazos. Se pueden usar dos sillas (una con y otra sin apoyabrazos) o una cama y una silla.

- 4 capaz de transferir de manera segura con un mínimo uso de las manos
- 3 capaz de transferir de manera segura con ayuda de las manos
- 2 capaz de transferir con indicaciones verbales y/o supervisión
- 1 necesita una persona que le asista
- 0 necesita dos personas que le asistan o supervisen la transferencia para que sea segura.

6. BIPEDESTACIÓN SIN AYUDA CON OJOS CERRADOS

INSTRUCCIONES: Por favor, cierre los ojos y permanezca de pie durante 10 seg.

- 4 capaz de permanecer de pie durante 10 segundos de manera segura
- 3 capaz de permanecer de pie durante 10 segundos con supervisión
- 2 capaz de permanecer de pie durante 3 segundos
- 1 incapaz de mantener los ojos cerrados durante 3 segundos pero capaz de permanecer firme
- 0 necesita ayuda para no caerse

7. PERMANECER DE PIE SIN AGARRARSE CON LOS PIES JUNTOS

INSTRUCCIONES: Por favor, junte los pies y permanezca de pie sin agarrarse.

- 4 capaz de permanecer de pie con los pies juntos de manera segura e independiente durante 1 minuto
- 3 capaz de permanecer de pie con los pies juntos independientemente durante

- 1 minuto con supervisión
- () 2 capaz de permanecer de pie con los pies juntos independientemente, pero incapaz de mantener la posición durante 30 segundos
- () 1 necesita ayuda para lograr la postura, pero es capaz de permanecer de pie durante 15 segundos con los pies juntos
- () 0 necesita ayuda para lograr la postura y es incapaz de mantenerla durante 15 seg

8. LLEVAR EL BRAZO EXTENDIDO HACIA DELANTE EN BIPEDESTACIÓN

INSTRUCCIONES: Levante el brazo a 90°. Estire los dedos y llévelo hacia delante todo lo que pueda. El examinador coloca una regla al final de los dedos cuando el brazo está a 90°. Los dedos no deben tocar la regla mientras llevan el brazo hacia delante. Se mide la distancia que el dedo alcanza mientras el sujeto está lo más inclinado hacia adelante. Cuando es posible, se pide al paciente que use los dos brazos para evitar la rotación del tronco

- () 4 puede inclinarse hacia delante de manera cómoda >25 cm
- () 3 puede inclinarse hacia delante de manera segura >12 cm
- () 2 can inclinarse hacia delante de manera segura >5 cm
- () 1 se inclina hacia delante pero requiere supervisión
- () 0 pierde el equilibrio mientras intenta inclinarse hacia delante o requiere ayuda

9. EN BIPEDESTACIÓN, RECOGER UN OBJETO DEL SUELO

INSTRUCCIONES: Recoger el objeto (zapato/zapatilla) situado delante de los pies

- () 4 capaz de recoger el objeto de manera cómoda y segura
- () 3 capaz de recoger el objeto pero requiere supervisión
- () 2 incapaz de coger el objeto pero llega de 2 a 5cm (1-2 pulgadas) del objeto y mantiene el equilibrio de manera independiente
- () 1 incapaz de recoger el objeto y necesita supervisión al intentarlo
- () 0 incapaz de intentarlo o necesita asistencia para no perder el equilibrio o caer

10. EN BIPEDESTACIÓN, GIRARSE PARA MIRAR ATRÁS

INSTRUCCIONES: Gire para mirar atrás a la izquierda. Repita lo mismo a la derecha. El examinador puede sostener un objeto por detrás del paciente al que puede mirar para favorecer un mejor giro.

- () 4 mira hacia atrás hacia ambos lados y desplaza bien el peso
- () 3 mira hacia atrás desde un solo lado, en el otro lado presenta un menor desplazamiento del peso del cuerpo
- () 2 gira hacia un solo lado pero mantiene el equilibrio
- () 1 necesita supervisión al girar
- () 0 necesita asistencia para no perder el equilibrio o caer

11. GIRAR 360 GRADOS

INSTRUCCIONES: Dar una vuelta completa de 360 grados. Pausa. A continuación, repetir lo mismo hacia el otro lado.

- () 4 capaz de girar 360 grados de una manera segura en 4 segundos o menos
- () 3 capaz de girar 360 grados de una manera segura sólo hacia un lado en 4 segundos o menos
- () 2 capaz de girar 360 grados de una manera segura, pero lentamente
- () 1 necesita supervisión cercana o indicaciones verbales
- () 0 necesita asistencia al girar

12. SUBIR ALTERNANTE LOS PIES A UN ESCALÓN O TABURETE EN BIPEDESTACIÓN SIN AGARRARSE

INSTRUCCIONES: Sitúe cada pie alternativamente sobre un escalón/taburete. Repetir la operación 4 veces para cada pie.

- () 4 capaz de permanecer de pie de manera segura e independiente y completar 8 escalones en 20 segundos
- () 3 capaz de permanecer de pie de manera independiente y completar 8 escalones en más de 20 segundos
- () 2 capaz de completar 4 escalones sin ayuda o con supervisión
- () 1 capaz de completar más de 2 escalones necesitando una mínima asistencia
- () 0 necesita asistencia para no caer o es incapaz de intentarlo

13. BIPEDESTACIÓN CON LOS PIES EN TANDEM

INSTRUCCIONES: Demostrar al paciente. Sitúe un pie delante del otro. Si piensa que no va a poder colocarlo justo delante, intente dar un paso hacia delante de manera que el talón del pie se sitúe por delante del zapato del otro pie (para puntuar 3 puntos, la longitud del paso debería ser mayor que la longitud del otro pie y la base de sustentación debería aproximarse a la anchura del paso normal del sujeto.

- () 4 capaz de colocar el pie en tándem independientemente y sostenerlo durante 30 segundos
- () 3 capaz de colocar el pie por delante del otro de manera independiente y sostenerlo durante 30 segundos
- () 2 capaz de dar un pequeño paso de manera independiente y sostenerlo durante 30 segundos
- () 1 necesita ayuda para dar el paso, pero puede mantenerlo durante 15 segundos
- () 0 pierde el equilibrio al dar el paso o al estar de pie.

14. BIPEDESTACIÓN SOBRE UN PIE

INSTRUCCIONES: Apoyo sobre un pie sin agarrarse

- () 4 capaz de levantar la pierna independientemente y sostenerla durante >10 seg.
- () 3 capaz de levantar la pierna independientemente y sostenerla entre 5-10 seg.
- () 2 capaz de levantar la pierna independientemente y sostenerla durante 3 ó más segundos
- () 1 intenta levantar la pierna, incapaz de sostenerla 3 segundos, pero permanece de pie de manera independiente
- () 0 incapaz de intentarlo o necesita ayuda para prevenir una caída

PUNTUACIÓN TOTAL (Máximo= 56)

Específicamente, los resultados se interpretan como:

0-20: alto riesgo de caída

21-40: moderado riesgo de caída

41-56: leve riesgo de caída

En promedio, los pacientes con puntuaciones menores de 40 tienen casi doce veces más probabilidades de caer que aquellos con puntuaciones superiores a 40. Puntuaciones inferiores a 45 de los 56 son generalmente aceptados como indicadores de alteración del

equilibrio. En diversos artículos establecen como punto de corte de 45 puntos de 56 para una deambulación independiente segura.

Anexo 4

Escala Bristol

La escala de Bristol es una tabla visual diseñada para clasificar la forma de las heces en siete grupos. Fue desarrollada por Heaton y Lewis en la universidad de Bristol y publicada en el Scandinavian Journal of Gastroenterology al 1997.

Los siete tipos son:

Tipo 1: Terrones duros separados, como tuercas (difíciles de evacuar)

Tipo 2: Parecido a una salchicha, (compuesta de fragmentos)

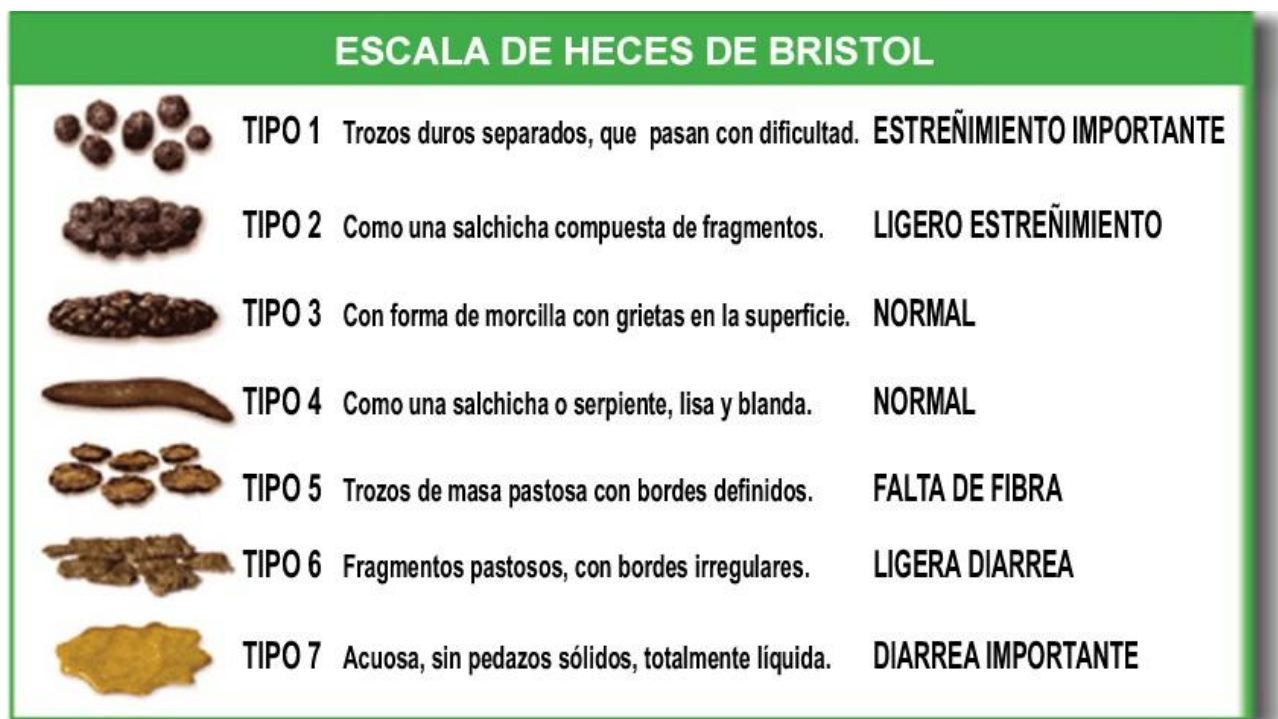
Tipo 3: Como una salchicha, pero con grietas en su superficie.

Tipo 4: Como una salchicha o una serpiente, lisa y suave.

Tipo 5: Bolas blandas con los bordes definidos, pastosos (fáciles de evacuar)

Tipo 6: Pedazos blandos con los bordes irregulares.

Tipo 7: Acuosa, ningún sólido une las piezas (totalmente líquida)



Anexo 5

Escala de riesgo de caídas Downtown

Tabla 1. Escala de riesgo de caídas de Downtown*

Variable de medición	Respuesta	Valor
Caidas previas	No	0
	Si	1
Medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes-sedantes	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Anti parkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Déficits sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus)	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulaci3n	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1

*Interpretaci3n del puntaje: valor igual o mayor a 3: alto riesgo; valor de 1 a 2: mediano riesgo; valor de 0 a 1: bajo riesgo.

Anexo 6

Valoración de enfermería utilizada

Espacio para logotipo e identificación de la Institución	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
	Apellidos:..... Nombre:..... Edad:..... Dirección:..... Teléfono:..... N° H°C..... Servicio:..... Planta:..... Habitación:..... Cama..... N° identificación..... Afiliación:..... Motivo de ingreso..... Fecha de ingreso:...../...../.....
VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA	
00. VALORACIÓN FÍSICA	
Peso..... Talla..... IMC..... Pupilas..... Temperatura..... TA..... FC..... FR..... Tipo de respiración..... Tos: <input type="checkbox"/> Seca. <input type="checkbox"/> Productiva. Expectorcación:..... Auscultación:..... Piel: <input type="checkbox"/> Hidratada. <input type="checkbox"/> Deshidratada <input type="checkbox"/> Integra. <input type="checkbox"/> Cianosis. <input type="checkbox"/> Ictericia. <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> coloración normal Edemas (localización)..... Varices (localización)..... Heridas: (localización)..... Tipo..... Presencia de UPP (localización):..... Riesgo de UPP (escala.....)..... Tratamiento médico:.....	
01. PATRÓN PERCEPCIÓN-MANEJO DE SALUD	
Describe su estado de salud: <input type="checkbox"/> excelente <input type="checkbox"/> bueno <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> malo. <input type="checkbox"/> Da importancia a su salud. <input type="checkbox"/> Acepta su estado de salud <input type="checkbox"/> No participa en aspectos relacionados con la enfermedad. <input type="checkbox"/> No sigue el plan terapéutico. Motivo: <input type="checkbox"/> Desconocimiento. <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> Olvido <input type="checkbox"/> Falta de motivación. <input type="checkbox"/> Necesidades económicas <input type="checkbox"/> Necesita o desea más información sobre su salud: <input type="checkbox"/> Medicación. <input type="checkbox"/> Enfermedad. <input type="checkbox"/> Signos de riesgo <input type="checkbox"/> autocuidados Alcohol: <input type="checkbox"/> consumo esporádico. <input type="checkbox"/> A diario. <input type="checkbox"/> Excesivo en fines de semana. <input type="checkbox"/> Intoxicación etílica en el último mes Tabaco: <input type="checkbox"/> Exfumador. <input type="checkbox"/> Fumador. <input type="checkbox"/> > de 10 cigarrillos/día. <input type="checkbox"/> < de 10 c/día. <input type="checkbox"/> Desea dejar de fumar. Otras sustancias: Alergias. <input type="checkbox"/> Alimentos..... <input type="checkbox"/> Medicamentos..... <input type="checkbox"/> Otras..... Otras consideraciones:..... <input type="checkbox"/> NADA A DESTACAR	
02. PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO	
Nutrición artificial: <input type="checkbox"/> Sonda Nasogástrica <input type="checkbox"/> Nutrición parenteral Apetito: <input type="checkbox"/> Aumentado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Disminuido. Dificultad para: <input type="checkbox"/> Tragar <input type="checkbox"/> Masticar <input type="checkbox"/> Beber. Intolerancia a la ingesta: <input type="checkbox"/> Náuseas. <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Regurgitaciones Problemas de dentición: <input type="checkbox"/> Prótesis <input type="checkbox"/> Faltan piezas <input type="checkbox"/> Caries. Problemas en la mucosa oral (describir): Higiene bucal: <input type="checkbox"/> Diaria. <input type="checkbox"/> Después de comidas. <input type="checkbox"/> Ocasional/nunca Sigue algún tipo de dieta: <input type="checkbox"/> De adelgazamiento. <input type="checkbox"/> Diabética. <input type="checkbox"/> Colesterol <input type="checkbox"/> Hiposódica. <input type="checkbox"/> Otra..... Enumere lo que come en un día: Desayuno..... Comida (almuerzo)..... Cena..... Otras..... Suplementos:..... Consumo de líquidos diarios: Agua..... Refrescos..... Leche..... Mates (infusiones)..... Café..... Otros..... Expresa satisfacción con su peso <input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No. Otras consideraciones:..... <input type="checkbox"/> NADA A DESTACAR	
03. PATRÓN ELIMINACIÓN	
HÁBITO INTESTINAL: Frecuencia..... Consistencia: <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Formada <input type="checkbox"/> Dura Color <input type="checkbox"/> Dolor al defecar. <input type="checkbox"/> Hemorroides <input type="checkbox"/> Gases <input type="checkbox"/> Presencia de sangre en heces. <input type="checkbox"/> Ostomías (tipo)..... Autonomía para la defecación: <input type="checkbox"/> No precisa ayuda. <input type="checkbox"/> Ayuda parcial. <input type="checkbox"/> Dependiente total <input type="checkbox"/> Usa pañales Otras consideraciones:..... <input type="checkbox"/> NADA A DESTACAR HÁBITO URINARIO: Frecuencia..... Color y aspecto de la orina: <input type="checkbox"/> Signos de retención de líquidos. <input type="checkbox"/> Incontinencia (tipo)..... <input type="checkbox"/> Sondas vesicales (tipo)..... Fecha último cambio:...../...../..... Autonomía para la eliminación: <input type="checkbox"/> No precisa ayuda. <input type="checkbox"/> Ayuda parcial. <input type="checkbox"/> Dependiente total <input type="checkbox"/> Usa pañales Otras consideraciones:..... <input type="checkbox"/> NADA A DESTACAR	
04. PATRÓN ACTIVIDAD - EJERCICIO	
Actividad física habitual: <input type="checkbox"/> Sedentario <input type="checkbox"/> Paseos ocasionales <input type="checkbox"/> Paseo diario (tiempo:.....) <input type="checkbox"/> Practica deporte (especificar:.....) Situación actual: <input type="checkbox"/> Deambulante. <input type="checkbox"/> Sillón. <input type="checkbox"/> Cama Dificultad para: <input type="checkbox"/> Moverse <input type="checkbox"/> Levantarse <input type="checkbox"/> Sentarse <input type="checkbox"/> Caminar. Nivel funcional de movilidad: <input type="checkbox"/> No precisa ayuda. <input type="checkbox"/> Ayuda de dispositivos <input type="checkbox"/> Ayuda de personas y dispositivo <input type="checkbox"/> Dependiente total Ayuda para vestirse: <input type="checkbox"/> Autónomo. <input type="checkbox"/> Ayuda parcial. <input type="checkbox"/> Dependiente total Vestido no adecuado: <input type="checkbox"/> Sí. Calzado no adecuados: <input type="checkbox"/> Sí. Ayuda para el baño e higiene: <input type="checkbox"/> Autónomo. <input type="checkbox"/> Ayuda parcial. <input type="checkbox"/> Dependiente total Higiene general: Otras consideraciones:..... <input type="checkbox"/> NADA A DESTACAR	

05. PATRÓN SUEÑO-DESCANSO

Nº de horas que suele dormir al día..... Interrupciones de sueño (nº Veces.....) Necesita Ayuda para dormir (Tipo).....
 Se levanta descansado. Somnoliento durante el día Tiene periodos de descanso relax. Es capaz de autorrelajarse
 Otras consideraciones:.....
 NADA A DESTACAR

06. PATRÓN COGNITIVO-

Déficit de visión (especificar)..... Déficit de audición (especificar).....
 Nivel de consciencia: Consciente Somnoliento Obnubilado Estuporoso Comatoso
 Nivel de escolarización: Leer y escribir Estudios primarios Estudios secundarios Analfabeto
 Nivel de orientación: Orientado Desorientado: Tiempo. Espacio Personas
 Pérdida de memoria: No. Memoria reciente Total
 Dolor: No Agudo Crónico. Intensidad (EVA 1-10)..... Localización.....
 Comunicación: Dificultad de Comprensión Expresión Aprendizaje Idioma (.....) Lenguaje incoherente
 Sensibilidad térmica: Al frío aumentada disminuida. Al calor aumentada disminuida.
 Otras consideraciones:.....
 NADA A DESTACAR

07. PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN AUTO CONCEPTO

Tiene sensación de aprensión, malestar o amenaza de origen inespecífico: No Ocasional Frecuente
 Expresa sentimiento frecuente de: Temor Enfadado desilusión o desgana Cambios bruscos de humor
 Desagrado con su imagen corporal No se siente útil
 Otras consideraciones:.....
 NADA A DESTACAR

08. PATRÓN ROL RELACIONES

Vive: Solo Familia Otros..... Nº Miembros de la familia.....
 Manifiesta o refiere: Carencia afectiva Problemas de integración Problemas familiares (tipo).....
 Personas a su cargo: Niños pequeños. Ancianos. Discapacitados
 Especificar el cuidador principal de la familia.....
 Situación Laboral: Trabaja (.....) Jubilado Desempleado. Ama de casa Invalidez
 Estudiante Otros..... El trabajo influye en el estado de salud: Sí No
 Condiciones del hogar No adecuados de: Habitabilidad Seguridad Salubridad
 Otras consideraciones:.....
 NADAA DESTACAR

09. PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Edad menarquia:..... Edad menopausia:..... Embarazos..... Abortos.....
 Problemas en la menstruación (especificar):.....
 Métodos anticonceptivos: No utiliza. Utiliza (especificar)..... Insatisfacción con el método utilizado
 Relaciones sexuales: De riesgo. Insatisfactorias (Especificar por qué).....
 Disfunción reproductiva (especificar):.....
 Otras consideraciones:.....
 NADAA DESTACAR

10. PATRÓN ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

Su Situación actual ha alterado sus: Ideas/Creencias. Relación familiar. Trabajo. Ocio
 Cambios vitales en los dos últimos años: Pérdida de familiares. Enfermedad de familiar. Enfermedad propia. Cambios de trabajo
 Adaptación a esos cambios: Adaptado. Cree que necesita ayuda
 Otras consideraciones:.....
 NADA A DESTACAR

10. PATRÓN VALORES-CREENCIAS

Sus ideas o creencias influyen en: Su alimentación Los cuidados de salud. Otros.....
 Es religioso: No. Sí (Especificar religión).....
 Otras consideraciones:.....
 NADA A DESTACAR

OBSERVACIONES/DIAGNÓSTICO:.....
 Datos obtenidos de: Paciente Familia Hª Clínica Otras
 Fecha...../...../..... Hora.....
 Enfermera/o:.....
 Firma:

