



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**APLICADO A UNA PERSONA ADULTA CON
ALTERACIÓN EN LA NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y
POSTURA, CON BASE EN EL MODELO DE VIRGINIA
HENDERSON**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTA

SANDRA LUZ TORRES JAIMES

N° DE CUENTA: 092611142

DIRECTORA DEL TRABAJO

M.E María Aurora García Piña

México, Noviembre del 2014.



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.

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi esposo Ricardo Llanos Montes

Gracias a ti compañero de mi vida, por el apoyo recibido durante todo momento en mi vida profesional, este paso trascendental, es también a tu comprensión y respeto. Gracias por siempre, con todo mi amor.

A mi madre Manuela Jaimes Bonilla

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mis hijos Ricardo y Cassandra

Ellos son el motivo y la razón que me han llevado a seguir superándome día a día, para alcanzar mi más preciado ideal de superación, ellos fueron quienes en los momentos más difíciles me dieron su amor y comprensión, quiero también dejar a cada uno de ellos una enseñanza: “cuando se quiere alcanzar algo en la vida, no hay tiempo ni obstáculo que lo impida para poder lograrlo”.

A mi Maestra María Aurora García Piña

Por su gran apoyo y motivación para la culminación de mi estudio profesional, por la colaboración, paciencia, en este trabajo, por haberme transmitido los conocimientos obtenidos y haberme llevado paso a paso en el aprendizaje pero sobre todo por esa gran amistad que me brinda, por escucharme y aconsejarme siempre.

ÍNDICE

	pág.
I INTRODUCCIÓN.....	4
II JUSTIFICACIÓN.....	6
III OBJETIVOS.....	8
3.1 Objetivo general.....	8
3.2 Objetivos específicos.....	8
IV METODOLOGÍA.....	9
V MARCO TEÓRICO.....	10
5.1 Antecedentes históricos de enfermería.....	10
5.2 Definición de enfermería.....	12
5.3 Teorías y modelos de enfermería.....	12
5.4 Definición y etapas del proceso.....	14
5.5 Concepto y definición de Virginia Henderson.....	16
5.6 Características: físicas, sociales, culturales y espirituales.....	19
VI DESARROLLO DEL PROCESO.....	22
6.1 Caso clínico.....	22
6.2 Valoración de Necesidades.....	24
6.3 Conclusión Diagnostica de Enfermería.....	30
6.4 Plan de Cuidados.....	33
VII CONCLUSIONES.....	51
VIII. SUGERENCIAS.....	53
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
X. ANEXOS.....	56
Anexo 1 Instrumento Metodológico.....	56
Anexo 2 Lesión Medular.....	63
Anexo 3 Plan de alta.....	67

I. INTRODUCCIÓN

La enfermería como ciencia y arte del cuidado, requiere para su ejercicio la aplicación de una base teórica que de sustento y fundamento a las acciones de la misma, a través del Proceso Atención de Enfermería (PAE). Dicho proceso es una herramienta que permite brindar cuidados orientados de acuerdo al modelo teórico utilizado, de manera organizada e individualizada.

El presente trabajo, retoma el modelo de las 14 Necesidades según Virginia Henderson, identificando las necesidades con dependencia identificadas mediante una valoración (Ver anexo 1), en las cuales se logra establecer diagnósticos de enfermería y un plan de cuidados, permitiendo actuar de forma específica e individual para satisfacerlas.

En este sentido, será de gran ayuda que en la elaboración del plan de cuidados en una persona, como una alternativa viable para enseñar tanto a la persona cuidada como al cuidador primario, para lograr satisfacer sus necesidades y/o las necesidades de su familiar. Para Virginia Henderson, el concepto de necesidad no presenta el significado de carencia, sino de requisito. Las necesidades básicas que la enfermera trata de satisfacer existen independientemente del diagnóstico médico. Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas por sí mismo.

Se elige a una persona adulta joven con alteración en la necesidad de movimiento y postura en el servicio de Lesión Medular del Instituto Nacional de Rehabilitación durante los meses de Mayo a Junio del presente año.

Para la elaboración del presente proceso participaron enfermería (cuidador con habilidades técnicas, intelectuales y de relación), el paciente (como sujeto del cuidado) y su familia (soporte vital para la pronta recuperación del paciente).

El presente trabajo, está organizado por una justificación donde se describen los motivos para realizar este proyecto. Los objetivos en los cuales se establecen las metas de este trabajo, así mismo se incluye una metodología en la cual se describe como se realizó paso a paso el mismo. También se desarrolló un marco teórico soportado por una exhaustiva búsqueda en diferentes medios de información entre ellos de primera fuente como son libros, páginas web y otros procesos de enfermería en la hemeroteca; de esta manera se incluyen fundamentos históricos, conceptuales y de la persona que permitan tener un panorama sobre el actuar de enfermería ante una persona, ya que el cuidado debe ser específico e integral siendo un proceso complejo que involucran aspectos biológicos, sociales y psicológicos estrechamente interrelacionados, para poder afrontarlos.

Posteriormente se presenta el caso clínico con la ficha de identificación y estado actual de la persona; se describe la valoración de las catorce necesidades utilizando como herramienta el instrumento metodológico (ver anexo 1), de estos datos analizados y jerarquizados se hace la conclusión diagnóstica de enfermería. Así mismo se plantea un plan de cuidados individualizado con las necesidades con dependencia.

Se formulan las conclusiones y sugerencias para la mejora de este proyecto, se enlistan las referencias bibliográficas utilizadas a lo largo del desarrollo del mismo.

Por último, se tienen tres anexos, el primero es el instrumento de recolección de datos con base en el modelo de las 14 necesidades, en el segundo se hace mención de la Lesión Medular y el tercero es el plan de alta.

II. JUSTIFICACIÓN

El trabajo está basado en el modelo de Virginia Henderson quien nos presenta su modelo de las 14 Necesidades. El objetivo del Modelo mantener, reforzar y/o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su independencia o morir dignamente.

En este sentido, será de gran ayuda que en la elaboración del plan de cuidados en una persona, se considere la teoría de Virginia Henderson como una alternativa viable para enseñarle a satisfacer sus necesidades. Es de vital importancia que también se proporcione información a cuidadores primarios, sobre los elementos necesarios para que puedan realizar estas tareas en el hogar.

El siguiente plan de cuidados fue aplicado en el Instituto Nacional de Rehabilitación en el área de hospitalización de lesionados medulares tercer piso, a un hombre con diagnóstico médico de Lesión medular, cuyo caso despertó un interés personal, debido a que el portador de una lesión medular presenta pérdida de función motora de diferentes niveles y grados de extensión, disminución o pérdida de sensibilidad, disfunción vesical, intestinal y sexual; así como severas consecuencias psíquicas, sociales y económicas debido a su situación de discapacidad permanente e irreversible.

Varios estudios han demostrado, que del total de lesionados medulares, el primer lugar lo ocupan personas con edad promedio de 32 años, el 31,1% corresponde a tetraplejas incompletas, el 27% a paraplejas completas, el 21,4% a tetraplejas completas y el 20,5% a paraplejas incompletas. (*García, D., Castillo, J. 2007*).

Como parte del equipo multidisciplinario de salud, considero que el Licenciado en Enfermería debe brindar cuidados individualizados con ayuda del cuidador, y

hacer uso de la educación para la salud, con la finalidad de evitar complicaciones en estos casos, e incorporar a la persona a actividades de la vida diaria con base en su discapacidad y las habilidades recuperadas a través del proceso rehabilitatorio. Así mismo se aborda el apoyo psicológico como parte del cuidado integral, para afrontar o revisar los duelos o de situaciones emocionales que limiten el avance personal.

III OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Implementar un proceso de enfermería con base en el Modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson a una persona adulta con alteración en la necesidad de movilización, hospitalizado en el servicio de Lesionado Medular, del Instituto Nacional de Rehabilitación durante los meses de mayo y junio del presente año, para lograr la independencia parcial de la persona con ayuda de su familiar.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar una valoración de las 14 necesidades de V. Henderson.
- Organizar y analizar los datos de valoración para construir los diagnósticos de enfermería reales y potenciales.
- Identificar y jerarquizar los problemas y/o necesidades del paciente.
- Planear e implementar cuidados con bases científicas.
- Ejecutar el plan de cuidados individualizado.
- Evaluar el impacto de la condición de salud de la persona y familia.
- Implementar acciones de educación para la salud dirigidas al paciente y a los cuidadores.

IV. METODOLOGIA

Para la elaboración de este proceso de enfermería, se llevaron a cabo las siguientes actividades: inicialmente se seleccionó a una persona adulta hospitalizado en el servicio de Lesión Medular, ubicado en el tercer piso de la torre de hospitalización del Instituto Nacional de Rehabilitación.

La valoración se llevó a cabo a través de la observación, entrevista directa, historia clínica, exploración física y utilizando el instrumento metodológico (ver anexo 1), se utilizó material y equipo como: baumanómetro, estetoscopio, termómetro, y saturómetro, lápiz, pluma, papel y reloj de pulso.

Para seleccionar los problemas una vez obtenida la información se llevaron a cabo la estructura de los diagnósticos de enfermería con base en las etiquetas de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), evaluando la jerarquización de necesidades, así mismo, se establecieron las intervenciones de enfermería.

Durante su ejecución la persona mostró interés y una notable cooperación, por lo que se realizaron todas sus actividades planeadas de acuerdo a sus problemas detectados.

En la evaluación se observaron cambios en la persona, posteriores a la información sobre su padecimiento y el manejo de este, los cambios fueron mayor confianza y seguridad, tolerancia a la movilidad, mayor actividad. Estos avances significativos se describen en el presente trabajo.

V. MARCO TEÓRICO

En este apartado se aborda la evolución de los cuidados, a lo largo de la historia, destacando el logro de la profesionalización en enfermería, mediante cuatro etapas del cuidado enfermero, así mismo se menciona la definición de enfermería, teorías y modelos, etapas del proceso enfermero, la definición de Virginia Henderson y características del adulto joven.

5.1 Antecedentes Históricos de Enfermería

García C. (2001) menciona que la etapa doméstica se relaciona con la concepción de “la salud como mantenimiento de la vida”. Se denomina doméstica, por ser la mujer la encargada de este aspecto de la vida. El objetivo prioritario de atención de la mujer cuidadora, es el mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio.

Sus cuidados estaban encaminados al mantenimiento de la vida a través de la promoción de la higiene, la adecuada alimentación, el vestido y en general todas las medidas que hacen la vida más agradable, algunas de las cuales se han dado a llamar en nuestros días cuidados básicos.

En la etapa vocacional la inician con la creencia de que “la salud tiene un valor religioso” y que los conocimientos teóricos requeridos por las enfermeras eran nulos y los procedimientos muy simples. Lo realmente importante era la actitud que debía mostrar y mantener la persona dedicada al cuidado de los enfermos, menesterosos y necesitados. Y que naturalmente vista desde esta perspectiva, no requería de ningún tipo de preparación religiosa. La enfermería de esta época se describe como una actividad ejercida por personas con gran sentido de religiosidad, caridad, sumisión y obediencia. (García C. 2001)

En esta tercera etapa llamada técnica, se inicia a mediados del siglo XIX con el advenimiento que Collier, denomina “mujer enfermera auxiliar del médico” (Collier M.F. 1993). Época marcada por la herencia de estadios precedentes: Profesión de mujeres y durante siglos, reservada a mujeres consagradas.

La aparición de la enfermera técnica y la separación de los poderes políticos y religiosos permitieron el inicio de la enfermera en vías de la profesionalización. (García C. 2001).

En esta última etapa profesional, cambia la orientación del cuidado entendiéndose como el conjunto de actividades enmarcadas en un sistema conceptual, utilizando una metodología de trabajo propia de la disciplina.

Paralelamente a este nuevo concepto de salud, las enfermeras comienzan a preguntarse sobre su razón de ser, entienden que están perdiendo su identidad ligada al individuo y tratan de desprenderse de la dependencia histórica de otras disciplinas.

Surgen enfermeras investigadoras que a nivel teórico y filosófico describen la actuación diferenciada de la profesión, comienzan a emplearse métodos de trabajo científicos sustituyendo a los empíricos y las enseñanzas se incluyen en la universidad. En definitiva se inicia la etapa de la enfermera profesional. (García C. 2001).

A manera de análisis considero que la disciplina de Enfermería en la actualidad ha socializado como profesional incrementando conciencia de sí misma, fomentando un respeto, integrándose profesionalmente en esta especialidad, de forma científica y fundamental, innovando diferentes transformaciones en el plano académico.

5.2 Definición de enfermería

Para definir conceptualmente a la profesión de Enfermería debe incluirse los elementos del paradigma como son: persona, entorno, salud y propiamente a la disciplina de enfermería; algunas enfermeras se han dado a la tarea de hacerlo desde su punto de vista, sin embargo en este trabajo se abordará la definición de Virginia Henderson en 1955, definió a la enfermería como “La función única de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo en realización de las actividades que contribuyen a la conservación de su salud o a la recuperación (o a una muerte pacífica) y que el paciente llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más pronto posible” (Wesley, R.L. 1997).

A manera de conclusión considero que la disciplina de enfermería para Henderson define propiamente el quehacer de las enfermeras profesionales con sus conocimientos y habilidades necesarias, respaldadas bajo fundamentaciones científicas, para brindar un cuidado integral desde una perspectiva humanística para el mantenimiento y prevención de la salud hacia la persona, familia y comunidad.

5.3 Teorías y modelos de enfermería

Una Teoría de enfermería es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistematizada de los fenómenos mediante el diseño de una interrelación específica entre los conceptos con el fin de describir explicar y predecir.

La teoría proporciona así mismo, autonomía profesional a través del punto de referencia que supone tanto para el ejercicio profesional como para formación de labores de investigación de la profesión, (Marriner 1994).

El Modelo es la descripción de un conjunto de ideas que están conectadas para ilustrar un concepto más general y amplio; proporciona una representación esquemática de algunas relaciones entre los fenómenos, (Wesley 1997).

En el pasado la profesión de enfermería adoptó teorías de otras disciplinas (medicina, psicología y la sociología) como base para la práctica. Para que enfermería defina sus actividades y desarrolle su investigación, debe contar con un cuerpo propio de conocimientos, estos pueden ser expresados como modelos y teorías conceptuales.

Los modelos y teorías proporcionan información sobre definiciones de enfermería y de la práctica, así como sus principios, metas y funciones, estos a su vez se basan en el paradigma enfermero.

Un metaparadigma, es un marco conceptual o filosófico más global de una disciplina o de una profesión.

El metaparadigma de enfermería agrupa cuatro conceptos: persona, entorno, salud y enfermería, (Wesley R.L. 1997).

La persona, se refiere al receptor de los cuidados enfermeros, incluyendo los componentes físico, espiritual, psicológico y sociocultural, pudiendo contemplar a un individuo una familia o comunidad.

El entorno, se refiere a todas las condiciones internas y externas, las circunstancias y las influencias que afectan a la persona.

La salud, se refiere al grado de bienestar o enfermedad experimentada por la persona.

La enfermería, se refiere a las actividades, características y atributos del individuo que proporciona los cuidados enfermeros.

5.4 Definición y etapas del proceso enfermero

De acuerdo con Iyer P. (1997), menciona el proceso de enfermería como ciencia que fundamenta una base teórica amplia. Es un planteamiento para resolver problemas, basado en una reflexión que exige capacidades cognitivas, técnicas e interpersonales, cuyo fin es describir la necesidad del paciente y su familia (Smith y Germain 1975). El proceso de enfermería consta de cinco etapas correlativas e interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planificación, realización y evaluación de resultados. Estas etapas constituyen el planteamiento para resolver los problemas, agrupando las funciones intelectuales en un intento de definir las actividades que desarrolla una enfermera, y que de las cuales se describe de manera sintética a continuación:

Valoración. Es la primera fase del proceso, su actividad se centra en la recogida de información sobre el paciente, el sistema paciente-familia o la comunidad, con el fin de averiguar las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del paciente mediante una entrevista.

Diagnóstico. En esta fase son analizados e interpretados minuciosamente los datos recogidos en la valoración. Las conclusiones se consiguen teniendo en cuenta las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del paciente. A partir del diagnóstico de enfermería se traza un plan de cuidados que se desarrolla y finalmente se evalúa. Los diagnósticos de enfermería ofrecen un método de información útil sobre los problemas del paciente.

Planificación. Fase que desarrolla estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería y consta de varios puntos:

- 1.-Establecer un orden de prioridades para los problemas diagnosticados.
- 2.-Planear con el paciente los objetivos, para corregir y minimizar o prevenir estos problemas.
- 3.-Redactar los protocolos de enfermería que conducirán alcanzar los objetivos propuestos.
- 4.-Hacer una relación ordenada de los diagnósticos de enfermería, objetivos y actuaciones de enfermería, dentro del plan de cuidados.

Ejecución. Fase que lleva a cabo la realización necesaria para alcanzar los objetivos definidos en la planificación. Esto supone informar del plan de cuidados a todos los que participen en él. La actuación puede ser llevada a cabo por los miembros del equipo de profesionales de la salud, el enfermo o sus familiares. Este documento verifica que se está llevando a cabo el plan y se puede utilizar como instrumento para evaluar la efectividad del mismo.

Evaluación. En esta última fase nos dice que es un proceso continuo para determinar en qué medida se han alcanzado los objetivos. La enfermera valora los progresos del paciente, toma medidas correctoras, si hacen falta y revisa el plan de cuidados de enfermería

Por ultimo cabe mencionar que el proceso enfermero es de gran utilidad como herramienta de trabajo, para evaluar la calidad del cuidado.

5.5 Conceptos y definiciones de Virginia Henderson

Henderson considera su teoría como una filosofía de enfermería y se basa en las 14 necesidades básicas humanas.

Virginia Henderson en 1955 publicó su definición de enfermería: la única función de ayudar y asistir al individuo para que mantenga su salud, la recupere en caso de enfermedad o para que tenga una muerte apacible. Con ello se persigue que el individuo sea lo más independiente posible en todas las actividades que él mismo haría sin ayuda, siempre que tuviera la fuerza, el conocimiento y la voluntad necesaria. De ahí que las áreas de dependencia deriven de estos tres pilares fundamentales: conocimiento, fuerza y voluntad, (García C. 1997).

Para Henderson su función de ayuda al individuo y a la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla, por lo que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello, (Leal carrasco, 2010)

Los elementos mayores del modelo de Virginia Henderson han sido identificados de la siguiente manera: salud, persona, fuerza y voluntad, conocimiento y entorno.

Objetivo. Conservar o recuperar la independencia del paciente en la satisfacción de sus 14 necesidades.

Cliente /paciente: ser humano que forma un todo complejo, el cual presenta 14 necesidades fundamentales en orden biopsicosocial.

Necesidades:

1. Respiración normal
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar los desechos corporales por todas las vías
4. Moverse y mantener una buena postura
5. Dormir y descansar
6. Elegir la ropa adecuada (para vestirse y desvestirse)
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
9. Evitar peligros ambientales e impedir que perjudiquen a otros
10. Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores u opiniones
11. Vivir según valores y creencias
12. Trabajar de manera que exista un sentido de logro
13. Participar en actividades recreativas
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal, salud y a la salud y hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles.

La persona cuidada debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar sus cuidados.

Los elementos del metaparadigma de Virginia Henderson, citados en García C. (1997) comprenden:

La salud, considerándola como un estado de independencia o satisfacción de las necesidades, por lo tanto, la enfermedad es un estado de dependencia motivada por la insatisfacción de las necesidades.

La persona, se define como un individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales. Debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional por que la mente y el cuerpo de la persona son inseparables. La persona es capaz de aprender durante toda su vida. La persona y su familia conforman una unidad.

La fuerza, refiere que la dependencia proviene cuando el individuo carece de fuerza, no solo la fuerza física si no también la moral para tomar decisiones y comprometerse en las acciones necesarias para conservar y recuperar la salud.

La voluntad, firma que se ve disminuida por los problemas de salud, frecuentemente este estado se encuentra relacionado con la capacidad intelectual y se ve limitado por la falta de recursos económicos o por factores socioculturales.

El conocimiento, refiere que hay desconocimientos de los mecanismos de acción del desarrollo de enfermedades, de los recursos de salud, de los cuidados que debe tener cuando se presenta la enfermedad para evitar su desarrollo, en general, lo que se refiere a prevención, curación y rehabilitación.

El entorno, manifiesta que es el medio ambiente en el que el individuo desarrolla todas sus actividades: el hogar, el trabajo, la escuela u el hospital. Los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno físico inmediato, la enfermedad puede interferir en tal capacidad, por lo tanto las enfermeras deben proteger a las personas de lesiones producidas por agentes externos, mecánicos o físicos.

Virginia Henderson manifiesta que la enfermera obtendrá una gratificación inmediata al ver los progresos del paciente para lograr su independencia.” La

enfermera debe hacer un esfuerzo por entender a la persona” y afirma con énfasis que” La enfermera ha de meterse en su piel” a fin de comprenderlo.

5.6 Características físicas, sociales, culturales y espirituales

Durante la vida se obtienen cambios que ocurren en el ser humano desde su concepción hasta su muerte, lo que se conoce como desarrollo humano. Se toman en cuenta características físicas, intelectuales, personales y social; e influyen en el desarrollo los factores biológicos (herencia, maduración), ambientales (aprendizaje, físico/natural, socio-cultural) y personales.

Según Philip, (1984), define a la edad adulto joven como un intervalo que se extiende desde la madurez hasta aproximadamente los 45 años de edad.

Otros estudiosos del desarrollo afirman que dicho intervalo se extiende de los 18 a los 35 años de edad (Havighurst, (1993), de los 20 a los 40 años de edad (Erikson 1993), y de los 25 a los 45 o 50 años de edad (Buhler, 1962). Sin embargo concuerdan bastante bien tocando a las principales crisis de la vida o tareas de desarrollo del periodos general de la edad.

Según Gould, el crecimiento es un proceso que consiste en desechar las ilusiones infantiles y las falsas suposiciones en favor de la seguridad en sí mismo y la aceptación personal. La consciencia plena y autónoma del adulto se logra cuando podemos encarar la injusticia y el dolor de la vida, sintiéndose libres de examinar y desechar la futilidad y la maldad que queda en la niñez, (Citado en Craig, 2009),

Erikson identifica las crisis propias de este periodo como el conflicto entre intimidad y aislamiento. Una tarea principal de desarrollo es el crear intimidad, especialmente con el sexo opuesto, (Citado en Philip, 1984).

Troll, (1995) comenta otra tarea en la edad adulto joven consiste en establecer y mantener un hogar y una familia; ingresar y preservar en una carrera; convertirse en miembros de un grupo social compatible y cumplir con las obligaciones de un ciudadano, (Citado en Philip, 1984).

Para Havighurst, comenta que la adultez es una serie de periodos en los que hay que realizar algunas tareas del desarrollo. En la juventud las tareas suponen sobre todo la formación de una familia y a financiarse en el ejercicio de una profesión. En la madures se concentra conservar lo que se logró en años anteriores y en ajustarse a los cambios físicos y familiares, (Citado en Craig, 2009).

Siguiendo a este autor, Nos dice que en el desarrollo físico, la mayoría alcanza el máximo nivel de vitalidad, fuerza y resistencia, en el funcionamiento de los órganos, el tiempo de reacción, fuerza, habilidades motoras y la coordinación sensorio motor son óptimos, entre la edad de los 25 a 30 años posteriormente empiezan a disminuir paulatinamente.

En el proceso de ovulación es relativamente estable entre los 25 y 38 años, pero luego disminuye. Los hombres producen espermatozoides desde la pubertad, aunque las emisiones de semen contienen cada vez más espermatozoides viables.

Los investigadores han descubierto que la duración promedio de las relaciones sexuales ha aumentado considerablemente, que la sexualidad es más abierta y aceptada ahora que antes de la década de 1960; pero hay la tendencia a retroceder a una conducta más conservadora, en parte por el temor a las enfermedades de transmisión sexual.

Siguiendo al mismo autor nos habla de los cambios cognitivos, pruebas relacionadas con la capacidad cognitiva después de la adolescencia no son claras,

pero al parecer la inteligencia aumenta hasta los 45 años aproximadamente y luego se estanca.

Con la educación continua tienden a aumentar las calificaciones obtenidas por los adultos en las pruebas de inteligencia. Las personas mayores de 30 años muestran un mejor desempeño cuando reciben preparación en determinada habilidad cognoscitiva; las habilidades que se ejercen con frecuencia se ejercitan mejor.

Schaie, considera que el rasgo distintivo del pensamiento adulto es la forma flexible en que se emplean las capacidades cognitivas que ya se poseen. Dividida en el pensamiento adulto en cuatro etapas: periodo de adquisición, periodo de realización, periodos de responsabilidad social y periodo en que su función principal consiste en reintegrar los elementos experimentados en fases anteriores, (Citado Craig, 2009).

VI. DESARROLLO DEL PROCESO

6.1 Caso clínico

Ficha de identificación

Nombre: Alexis Del Ángel Torres.	Edad: 35 años	Talla: 1.75 CM PESO: 80KG.
Fecha de nacimiento: 02 Noviembre 1979.	Sexo: Masculino.	
Ocupación: Carpintero y comerciante.	Escolaridad: carrera técnica corta	Fecha de admisión: 19 05 14
Hora: 20: 00 Horas.	Procedencia: D.F	Fuente de información: Directa
Fiabilidad: (1-4) 4	Miembro de la familia/ persona significativa: Padre de familia.	

Se trata de una persona adulto joven de 35 años de edad, originario y residente del D.F. casado, religión católico, ocupación carpintero y comerciante, nivel de estudios carrera técnica corta, habita en casa rentada con todos los servicios básicos, cohabita con su esposa e hijo,

Cursa con diagnóstico médico de lesión medular completa nivel neurológico T6, de origen traumático de 4 meses de evolución.

Antecedentes heredofamiliares, padre hipertenso, hermana con hipertiroidismo.

Refiere que al iniciar su padecimiento fue atendido en el hospital la villa, donde lo intervinieron quirúrgicamente aproximadamente hace cuatro meses, realizándole laminectomía bilateral T8 y T9 sin complicaciones aparentes, comenta que su médico tratante le indica movilización pasiva articular de miembros pélvicos por lo que acude a interconsulta al Instituto Nacional de Rehabilitación, en el cual es programado para internamiento.

Actualmente ingresa en el servicio de rehabilitación neurológica de lesionados medulares, en un periodos de corta estancia, con el objetivo de llevar a cabo el cuidado y prevención de complicaciones ante su padecimiento, lograr al máximo

su independencia funcional de acuerdo a su nivel neurológico, manteniendo un tratamiento integral y el fortalecimiento muscular.

A la exploración física se encuentra consciente orientado, normo hidratado, signos vitales dentro de parámetros normales T/A 100/80mmHg, FC 60x', FR20x', T36°C, obedece órdenes y coopera al interrogatorio, a la auscultación presenta ruidos intestinales disminuidos, hábitos: intestinal por medio de auto-digitalización por las mañanas, miccional por medio de sonda vesical y sexual actualmente no activo; no realiza marcha.

Finalmente el paciente se encuentra en la cuarta década de la vida, quien cuenta con deficiencia neuromusculoesquelética completa de miembros inferiores lo que lo condiciona a una limitación severa para traslados, movimientos y posturas, para vestido inferior y lo ponen en desventaja con sus congéneres de la misma edad para desempeñar su rol social, laboral, recreativo y familiar.

6.2 Valoración de Necesidades

Necesidad de oxigenación

La persona refiere ser fumador Desde los 14 años hasta una cajetilla al día, suspendido el vicio a partir de su padecimiento, aproximadamente hace cuatro meses.

Se observa consciente, orientado, con signos vitales de T/A 100/80mmHg, FC 60x', FR 20x', TEM 36°C.

Se auscultan campos pulmonares bien ventilados, no se escuchan estertores ni sibilancias.

Necesidad de nutrición e Hidratación

Su dieta era normal, actualmente de 2000 kilocalorías alta en fibra, dividida en tres tiempos(desayuno ,comida y cena), niega intolerancia y alergias alimentarias, no presenta problemas de masticación y deglución, su dentadura se observa ligeramente amarilla, turgencia de su piel disminuida, mucosas semi hidratadas, uñas cortas y cabello limpio sin resequedad, cursa con pérdida del funcionamiento neuromuscular y esquelético secundario a su padecimiento, observándose disminución del peso corporal aproximadamente de 20 kilogramos.

Necesidad de la eliminación

Su habito intestinal era de tres a cuatro veces al día presentando heces café claras en una sola pieza, su orina de color amarillo claro, olor normal, sin hemorragias y enfermedades renales, niega utilización de laxantes, no presenta hemorroides, ni dolor al defecar y al orinar, comenta que las emociones influyen en su eliminación ya que al estar nervios presenta dificultad para evacuar, actualmente a la palpación presenta distención abdominal, peristaltismo

disminuido, sin presencia de globo vesical, se encuentra con sonda vesical permanente, por las mañanas se digitaliza presentando heces formadas duras, secas y en escasa cantidad una vez al día.

Termorregulación

Menciona que se adapta a los diferentes cambios de temperatura, refiere que realizaba natación dos veces por semana suspendido actualmente, su ambiente más agradable es el templado, aunque comenta que se adapta a la temperatura que corresponda, su piel se encuentra integra semi hidratada, su transpiración disminuida sus condiciones de su entorno es templado, y se encuentra inactivo por su paraplejia.

Necesidad de moverse y mantener una buena postura

Su capacidad física cotidiana previa era de carpintero y comerciante, en su tiempo libre realizaba la lectura y convivía con su familia, su descanso era solo los fines de semana y por las noches, trabajaba de lunes a viernes de 7am a 19 horas, a la exploración física se encuentra consciente ,orientado, con pérdida de la fuerza musculo esquelética, del tono y de su capacidad muscular, sus posturas de día y noche son el de cubito lateral, ventral y semifowler, presenta deficiencia completa a la marcha (paraplejia), a la movilización cursa con temblores sin dolor.

Necesidad de descanso y sueño

Suele dormir de 7 a 8 horas, con horario de descanso y sueño de 9 pm a 10pm, en ocasiones toma 2 horas de siesta, sin ninguna ayuda, refiere que presenta insomnio debido al dolor lumbar causado por su posición postural, comenta que solo en ocasiones se levanta descansado.

Se observa tranquilo con lenguaje comprensible, obedece órdenes verbales su concentración es adecuada, su respuesta a estímulos es verbal y a la movilidad durante el día, cursa con ansiedad y estrés durante la noche y dificultad para conciliar el sueño, por lo que se observa ojeroso, con bostezo y apatía durante el día.

Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

Refiere que su estado de ánimo no influye para la selección de sus prendas de vestir, ni su autoestima es determinante en su modo de vestir, sus creencias no le impiden vestirse como al le gusta y no necesita ayuda para la selección de su vestuario.

Por lo que viste de acuerdo a su edad, es parcialmente dependiente a vestirse y desvestirse, actualmente su vestido es incompleto ya que utiliza ropa hospitalaria, solo utiliza prendas cómodas de acuerdo a la actividad que realiza durante su estancia hospitalaria con el apoyo de su familiar.

Necesidad de higiene y protección de la piel

Refiere que su baño de regadera no lo realiza por sí solo, se baña una vez al día, de preferencia por las mañanas, el lavado de dientes lo realiza tres veces al día, aseándose las manos antes y después de comer y de eliminar, no tiene creencias religiosas que limiten sus hábitos higiénicos.

En cuanto su aspecto general se encuentra limpio aseado, piel semi hidratada, observándose higiene dental, uñas cortas de manos y pies, su cuero cabelludo limpio y sin resequedad.

Necesidad de evitar peligros

Comenta que los miembros que componen su familia son su esposa e hijo, ante y que en una situación de urgencia trata de mantenerse tranquilo.

Menciona que si conoce las medidas de prevención en su hogar y su trabajo, refiere no tener control periódico de salud ni él ni sus componentes de su familia, la situación de tensión en su vida es el estar preocupado por su incapacidad física.

No presenta deformaciones congénitas, las condiciones en su hogar las refiere como ambiente templado y tranquilo, en su trabajo realizaba actividades de carpintería el cual está actualmente suspendidas, por su incapacidad y utilización de silla de ruedas.

Necesidad de comunicarse

Estado civil casado con diez años de relación, vive con su esposa e hijo de 8 años, refiere preocupación por su padecimiento, no cuenta con apoyo de otras personas ya que todos sus familiares viven fuera de la ciudad, su estructura del rol familiar es el de padre de familia, comunica su preocupación por su padecimiento, nunca se encuentra solo siempre está acompañado de su esposa y por el horario de trabajo no frecuentaba contacto social.

Durante su entrevista habla claro, y mantiene una adecuada comunicación verbal y no verbal con su familia, en algunas ocasiones se le observa, cabizbajo, pensativo preocupado y guardando silencio.

Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Su creencia religiosa es católica, no le genera conflictos personales, sus principales valores son el de respeto y responsabilidad, así como los de su familia, su religión no le impone una forma de vestirse, y le permite el contacto físico.

Necesidad de trabajar y realizarse

Actualmente no trabaja por su padecimiento, refiere que era carpintero y comerciante, dedicándole 12 horas aproximadamente, y que dentro de su área de trabajo se exponen a riesgos de heridas y manejo de sustancias tóxicas, se encontraba satisfecho con su trabajo ya que le cubría sus necesidades básicas, se observa ansioso e inquieto por su padecimiento ya que se preocupa por no poder realizar sus actividades que ejercía antes (cambios en su estilo de vida).

Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Informa que en su tiempo libre lo utilizaba para leer y realizar natación, por lo que natación se encuentra actualmente suspendido, comenta que en su comunidad se cuenta con deportivos.

En cuanto a su sistema neuromuscular cursa con lesión del sistema nervioso central (medula espinal) generándole una distrofia muscular y ausencia de reflejos, pérdida de la sensibilidad, vejiga, sexo e intestino neurogénico, por el momento no rechaza las actividades recreativas y presenta integración grupal en ocasiones se encuentra apático, aburrido, y poco participativo, por lo que en esos momentos no se integraba al grupo social.

Necesidad de aprendizaje

Refiere tener estudios de carrera técnica corta, sin presentar problemas de aprendizaje y limitaciones cognitivas, sus preferencias son el de leer y escribir, comenta que sabe cómo utilizar las fuentes de apoyo, así como muestra en ocasiones interés por resolver problemas de salud.

6.3 Conclusión diagnóstica

Necesidad		Grado de dependencia		Diagnóstico de enfermería
1	Oxigenación	I	X	
		PD		
		D		
2	Nutrición Hidratación	I		Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado con discapacidad manifestado por incapacidad subjetiva para ingerir alimentos y pérdida de 20 kilogramos.
		PD	X	
		D		
3	Eliminación	I		Incontinencia urinaria refleja relacionado con deterioro neurológico manifestado por sonda vesical, e incapacidad para iniciar voluntariamente la micción urinaria. Estreñimiento relacionado con disminución de la motilidad intestinal manifestado por distensión abdominal, digitalización matutina y heces formadas, duras y secas.
		PD		
		D	X	
4	Moverse y mantener una buena postura	I		Deterioro de la movilidad física a la marcha relacionado con deterioro neuromuscular manifestado paraplejia y paresias.
		PD		
		D	X	
5	Descanso y sueño	I		Insomnio relacionado con entorno hospitalario manifestado por información de la persona de la dificultad para conciliar el sueño por las noches.
		PD	X	
		D		

6	Usar prendas de vestir adecuadas	I		Déficit del autocuidado: vestido relacionado con deterioro neuromuscular manifestado por incapacidad de realizar el vestido y arreglo personal por sí solo.
		PD	X	
		D		
7	Termorregulación	I		Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado con inactividad física.
		PD	X	
		D		
8	Higiene y protección de la piel	I		Déficit del autocuidado: baño relacionado con deterioro neuromuscular manifestado por incapacidad para realizar el baño por sí solo. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con la incapacidad física.
		PD	X	
		D		
9	Evitar peligros	I		Riesgo de caídas relacionado con el deterioro de la movilidad física y utilización de silla de ruedas.
		PD		
		D	X	
10	Comunicarse	I		Trastorno de la imagen corporal relacionado con su discapacidad física manifestado por su cambio en el estilo de vida.
		PD	X	
		D		
11	Vivir según sus creencias y valores	I	X	
		PD		
		D		
12	Trabajar y realizarse	I		Ansiedad relacionada con su padecimiento manifestado por preocupación, silencioso, cabizbajo y
		PD	X	

		D		pensativo.
13	Jugar, participar en actividades recreativas	I		Deterioro de la interacción social relacionado con limitación de la movilidad física manifestado por apatía, aburrimiento y poco participativo.
		PD	X	
		D		
14	Aprendizaje	I	X	
		PD		
		D		
*(I) Independiente (PD) Parcialmente dependiente (D) Dependiente				

6.4 PLAN DE CUIDADOS

Necesidad: Nutrición e hidratación.

Diagnóstico de Enfermería: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado con discapacidad manifestado por incapacidad subjetiva para ingerir alimentos y pérdida de 20 kilogramos.

Objetivo: El Sr. A. se alimentará, y cubrirá sus necesidades nutrimentales todos los días, con apoyo de su familiar y se evaluarán sus logros al término del turno.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
(1803) Ayuda con el autocuidado: alimentación	Favorecer nutrición e hidratación adecuada.	El proporcionar una dieta nutritiva conforme a sus necesidades que requiera, se verán cubiertas las necesidades de ingesta de líquidos y nutrientes. El cuerpo Humano requiere para desarrollar sus funciones, nutrientes variados. Éstos los obtenemos a través de los alimentos que de manera regular, ingerimos durante las tres o más ocasiones en que lo hacemos diariamente. Si la ingesta diaria no contiene la variedad de nutrientes indispensables para nuestro desarrollo este se verá afectado. El mantener una dieta equilibrada, ya es una necesidad de salud primordial mayor aún para las personas que presentan determinada discapacidad irreversible.
	Dar posición adecuada	El dar una posición adecuada este facilita una buena deglución y disminuye el riesgo de bronco aspiración y atragantamiento.

	Dieta asistida	El proporcionar los cuidados necesarios para asistir una dieta adecuada, por vía oral según sus necesidades o situación de salud, es conseguir un adecuado aporte nutricional
	Fomentar la participación del familiar	El estimular al familiar para que desarrolle grados de independencia en el paciente cada vez mayores, valorando cuáles son sus posibilidades, por lo que el instruirlo sobre la particularidad de su dieta es de vital importancia, según su problema de salud
Evaluación: El paciente logró mejorar la necesidad de alimentación recibiendo los nutrientes necesarios, durante su estancia hospitalaria, con el apoyo de su familiar todos los días, pendiente evaluar por el área de nutrición.		

6.4. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad: Eliminación.

Diagnóstico de Enfermería: Incontinencia urinaria refleja relacionado con deterioro neurológico manifestado por sonda vesical, e incapacidad para iniciar voluntariamente la micción urinaria.

Objetivo: El Sr. A. presentará un adecuado vaciamiento vesical y disminuirá el grado de incontinencia urinaria por medio de una sonda Foley durante su estancia hospitalaria.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
(0580) sonda vesical	Instalación de sonda vesical permanente	La inserción de una sonda estéril en la vejiga ayuda drenar continuamente la orina, en pacientes con vejiga neurogénica.
	Control de líquidos	Procedimiento por el cual se realiza el control estricto y exacto de los líquidos administrados y eliminados por las diferentes vías, para establecer el balance hidroelectrolítico en un periodo determinado de tiempo que no exceda las 24 horas.
	Vigilar datos de infección	El uso prolongado de la sonda vesical propicia bacteriuria e incrementa el riesgo de infección. La incidencia es aproximadamente de 5% por cada día de permanencia de la sonda.
	Registrar características de orina	El registrar las características de orina nos permite la medición de ingresos y pérdidas de líquidos y aprueba la evaluación del equilibrio hídrico y posibles infecciones urinarias.
Evaluación: El paciente logra un vaciamiento vesical equilibrado por medio de la sonda transuretral, observándose diuresis de características normales con flujos urinarios de 1200 mililitros en un turno.		

6.4. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad: Eliminación.

Diagnóstico de Enfermería: Estreñimiento relacionado con disminución de la motilidad intestinal manifestado por distensión abdominal, digitalización matutina y heces formadas, duras y secas.

Objetivo: El Sr. A. disminuirá la distensión abdominal y lograra la eliminación fecal por lo menos una vez al día durante su estancia hospitalaria.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
(0430) Control intestinal	Dieta alta en fibra y líquido	El aumentar la fibra en la dieta, ayuda al incrementó de heces fecales, formadas y blandas y así mismo evita el estreñimiento.
	Digitalización fecal, si es necesario	La realización de presionar con uno o varios dedos muy cerca del ano, en la línea que va desde el ano hasta el cóccix (el extremo inferior de la columna vertebral), a la vez que empujamos apretando el vientre. Al presionar con los dedos desde fuera se producirá un ligero aplastamiento de la pared del colon entre las heces y la presión exterior, excitándose con ello el “centro de la defecación”, y desencadenándose el proceso involuntario de las heces.
	Ministración de senosidos	Los senósidos son laxantes de tipo estimulante, su acción tiene lugar en el colon, aumentan la motilidad intestinal, también incrementa la secreción de cloruro, disminuyendo la absorción de líquido y electrolitos, esto origina un incremento de agua y electrolitos en la luz colónica, lo que da lugar a un aumento de la presión en el intestino y por ello a una acción laxante.
	Aplicación de supositorio de glicerina	El movimiento intestinal inducido por supositorios lubrica y reblandece la materia fecal, lo cual hace pasar la materia por el recto sin necesidad de aplicar esfuerzo.
Evaluación: El paciente disminuye la distensión abdominal y evacua por lo menos una vez al día por la mañana, heces café pastosas moderadas.		

6.4. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad: Moverse y mantener una buena postura.

Diagnóstico de Enfermería: Deterioro de la movilidad física a la marcha relacionado con deterioro neuromuscular manifestado por paraplejia y paresias.

Objetivo: El sr. A. logrará al máximo la eficiencia de la movilidad física adecuada, mostrando durante su estancia hospitalaria un mayor grado de independencia.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
(0840) cambios de posición	Enseñar al paciente y familiar sobre la importancia de su movilidad durante su estancia hospitalaria	Muchas veces los pacientes muestran inquietud por las adaptaciones que tendrán que hacer a su vida como resultado de sus limitaciones físicas; en efecto, los cambios de ocupación y de manera de vida no se aceptan fácilmente y se ven con aprensión.
	Cambios de posición cada dos horas	La movilización es muy indispensable, ya que le ayudara a sentirse cómodo y confortable, los cambios posturales frecuentes y buenas posiciones ayudan a evitar úlceras por presión, mejoran el tono muscular, la respiración y la circulación.
(0226) Terapia de ejercicios: control	Realización de ejercicios de terapia física.	Los ejercicios físicos (terapia física) logran la rehabilitación van mejorando la amplitud de los movimientos, aumento del tono muscular,

6.4. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad: Descanso y sueño.

Diagnóstico de Enfermería: Insomnio relacionado con entorno hospitalario manifestado por información de la persona de la dificultad para conciliar el sueño por las noches.

Objetivo: El sr. A. conseguirá dormir en una situación de comodidad y descanso nocturno que en él sea habitual, durante su estancia hospitalaria.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
(1850) Mejorar el sueño	Alentar a que mantenga horarios regulares para dormir y despertarse	El establecer una rutina de sueño regular, el cerebro manda automáticamente una señal para irse a dormir y despertarse luego de haber dormido las horas suficientes.
	Evitar siestas prolongadas	El evitar siestas prolongadas, son medidas sencillas que mejoraran la calidad del sueño tanto como su calidad de vida y la de su entorno.
	Postura cómoda si esta encamado	Para lograr un buen descanso no basta con meterte en la cama y cerrar los ojos, sino que para disfrutar de un sueño profundo y agradable necesitas acomodar el cuerpo de forma tal, que permita la relajación y desconcentración muscular, por lo que es necesario tener una correcta postura para dormir.

	<p>Evitar factores ambientales que interfieran en la conciliación del sueño (ruidos, iluminación excesiva, frio, calor etc.)</p>	<p>Una vez detectado los factores que dificultan el sueño nos ayudara a poder intervenir.</p>
<p>Evaluación: EL paciente consigue dormir durante el descanso nocturno cómodamente durante su estancia hospitalaria, refiriendo conciliar el sueño y estar descansado, cuando se adaptó al ambiente hospitalario.</p>		

6.4 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad: Usar prendas de vestir adecuadas.

Diagnóstico de Enfermería: Déficit del autocuidado: vestido relacionado con deterioro neuromuscular manifestado por incapacidad de realizar el vestido y arreglo personal por sí solo.

Objetivo: El Sr. A. será capaz de realizar el hábito de vestirse y desvestirse con apoyo parcial durante su estancia hospitalaria.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
(1802) Ayuda con los autocuidados: vestir y arreglo personal	<p>Proporcionar las prendas personales, si resulta oportuno.</p> <p>Enseñar al paciente y familiar como realizar el vestido utilizando los miembros superiores</p>	<p>Es importante ayudar al paciente proporcionándole prendas de vestir, ya que su enfermedad o padecimiento repercute sobre su vida cotidiana</p> <p>Es preciso modificar las pautas de ejecución de estas actividades. Hay que enseñar al paciente y familiar a vestirse y desnudarse con una secuencia de movimientos diferente a la que tenía, por lo que se debe estudiar el entorno del paciente para conseguir la mayor calidad de vida posible, tanto para él como para sus cuidadores. Hay que prestar interés informando y asesorando a la familia sobre las diferentes ayudas y productos de apoyos disponibles para que el paciente pueda vivir con la mayor independencia posible.</p>
<p>Evaluación: El paciente utiliza prendas de vestir de acuerdo a sus necesidades y logra por lo menos vestirse y desvestirse durante su tratamiento hospitalario.</p>		

6.4 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad: Termorregulación.

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado con inactividad física.

Objetivo: El Sr. A. mantendrá una termorregulación dentro de los parámetros normales durante su estancia hospitalaria.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
(6680)Monitorización de signos vitales.	<p>Monitorización de la temperatura corporal , coloración de piel, presión sanguínea, frecuencia respiratoria y cardiaca</p> <p>Comprobar la temperatura cada dos horas</p>	<p>El llevar un registro favorece la intervención del personal de salud ante cualquier eventualidad, ya nos proporcionara un parámetro fidedigno del estado de nuestro paciente así como de detectar cualquier signo de complicación fisiológica.</p> <p>Tener un control más estricto de la temperatura corporal, es de gran importancia clínica, su determinación es un indicador fisiológico en el proceso orgánico y funcional; ayuda a controlar la elevación del proceso y la eficiencia terapéutica.</p>
Evaluación: El paciente mantiene durante su hospitalización una termorregulación dentro de los parámetros normales.		

6.4 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad: Higiene y protección de la piel.

Diagnóstico de Enfermería: Déficit del autocuidado: baño relacionado con deterioro neuromuscular manifestado por incapacidad para realizar el baño por sí solo.

Objetivo: El Sr. A. conseguirá realizar su higiene personal completa, con mínima ayuda durante su estancia hospitalaria.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
(1801) Ayuda en los autocuidados: baño/higiene	Facilitar que el paciente se bañe, ayudándolo hasta que él pueda por sí solo. Mantener piel seca y lubricada	<p>Estar limpio aseado y proteger sus tegumentos es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que esta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo. Es una actividad que consiste en un mantenimiento, o cuidado que la gente tome sobre sí mismo para conservar su salud.</p> <p>Evita la formación de gérmenes patógenos.</p>
Evaluación: El paciente mantiene una higiene personal diaria adecuada.		

6.4 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad: Higiene y protección de la piel.

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con la incapacidad física.

Objetivo: El Sr .A. no presentará pérdida de la integridad cutánea, y mantendrá una piel limpia y libre de lesiones, durante su estancia hospitalaria.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
(0840) Cambio de posición	Cambios posturales cada 2 horas	La movilización es muy indispensable, ya que le ayudara a sentirse cómodo y confortable, los cambios posturales frecuentes y buenas posiciones ayudan a evitar úlceras por presión, mejoran el tono muscular, la respiración y la circulación.
(3590) Vigilancia de la piel	Liberación de prominencias óseas	Las prominencias óseas son zonas que hay que cuidar y vigilar, ya que ante casos de inmovilidad pueden aparecer úlceras por decúbito, si la presión en esas zonas es prolongada.
(3540) Prevención de úlceras por presión.	Utilizar dispositivos para prevenir úlceras por presión.	Los dispositivos son una combinación perfecta hacen que sean una respuesta efectiva a la prevención, protección de las personas que se encuentran en riesgo o padecen úlceras por presión.
Evaluación: La piel se encuentra integra, sin datos de zonas de presión. Se continúa en cambios de posturales cada dos horas.		

6.4 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad: Evitar peligros.

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de caídas relacionado con el deterioro de la movilidad física y utilización de silla de ruedas.

Objetivo: El Sr. A mantendrá su seguridad e integridad física garantizada durante su estancia hospitalaria.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
(6490) Prevención de caídas	Proporcionar los medios y la ayuda necesaria para mejorar la movilidad.	Las medidas de seguridad proporcionan a los pacientes una barrera segura para moverse de un lado a otro según su necesidad de movilización evitando una caída.
	Mantener los barandales elevados	Los barandales tienen función adecuada, en ambos lados de la cama y ser firmes, que de tal forma brindan soporte adecuado al paciente
(7170) Facilitar presencia de un familiar	Mantenerse acompañado por un familiar	El familiar debe permanecer con el paciente, mantenerse alerta a cualquier eventualidad que observe
Evaluación: El paciente se mantiene y se adapta a su nivel de actividad, a las limitaciones propias de su estado de salud, manteniendo su integridad física.		

6.4 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad: Comunicarse

Diagnóstico de Enfermería: Trastorno de la imagen corporal relacionado con discapacidad manifestado por su cambio en el estilo de vida.

Objetivo: El Sr. A. percibirá una imagen corporal real de acuerdo a su discapacidad, notándose en sus expresiones y participaciones durante su hospitalización.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
(5400) Potenciación de la autoestima	Apoyo por parte del servicio de psicología, al paciente, familiares y allegados.	La atención psicológica al paciente cursando una enfermedad y a su familia está considerada dentro del quehacer psicológico un área altamente sensible y de máxima entrega en la actuación psicológica, por las características y condiciones especiales de la situación que atraviesa el enfermo y por el fuerte impacto emocional que provoca en sus allegados.
	Escucha activa, estimulando al paciente que hable sobre sus cambios en su vida relacionado con su padecimiento	La comunicación es importante para una relación en la que una persona desempeña el papel de ayudar a otra. La comunicación terapéutica constituye un nuevo enfoque en los cuidados del enfermo y sus cambios de vida en el cual el paciente, su conversación (lo que dice y cómo lo dice), su experiencia de la enfermedad, su experiencia del sufrimiento y lo que significa para él, cómo el profesional escucha, atiende y dialoga con él sobre esa experiencia. La relación terapéutica y eficaz

	<p>Promover la expresión de sentimientos</p>	<p>establece con el paciente a través de la comunicación es la base para después poder llevar a cabo todos los cuidados.</p> <p>Aprender a expresar emociones tiene efectos y consecuencias en las relaciones interpersonales, repercute tanto en el bienestar psicológico, como en la salud física, brindando beneficios emocionales y corporales cuando se asocian a una adecuada expresión.</p>
<p>Evaluación: El paciente se encuentra en proceso de adaptación de su discapacidad física que presenta.</p>		

6.4 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad: Trabajar y realizarse.

Diagnóstico de Enfermería: Ansiedad relacionada con su padecimiento manifestado por preocupación, silencioso, cabizbajo y pensativo.

Objetivo: El Sr. A. reducirá los síntomas afectivos, fisiológicos y conductuales de la ansiedad.

Intervenciones	Acciones	Fundamentación científica
(1402) Control de la ansiedad	Instruir al paciente sobre técnicas de relajación.	Las técnicas de relajación son una herramienta muy importante para conseguir tranquilidad y quietud, dotándonos de estrategias para enfrentarnos a diversas situaciones de la vida cotidiana, el disminuir los pensamientos que nos producen ansiedad nos llevará a un estado de calma y paz, permitiendo dejar de lado las preocupaciones.
Evaluación: El paciente muestra mejoría del nivel de ansiedad y expresa sus inquietudes específicas.		

6.4 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad: Jugar, participar en actividades recreativas.

Diagnóstico de Enfermería: Deterioro de la interacción social relacionado con limitación de la movilidad física manifestada por apatía, aburrimiento y poco participativa.

Objetivo: El Sr. A. se integrara en círculo de amistad con sus compañeros de sala logrando una comunicación verbal fluida en el transcurso de su estancia hospitalaria.

Intervenciones	Acción	Fundamentación científica
(4362) Modificación de la conducta: habilidades sociales	Potenciación de la autoestima	La potenciación de recursos, tales como la autoestima, se considera un elemento fundamental en la mejora del ajuste y bienestar psicosocial de la persona.
	Potenciación de la consciencia de sí mismo	La consciencia de sí mismo es la capacidad que nos permite conectar con el aquí y el ahora, hacia fuera y hacia uno mismo.
	Terapia de grupo	Es una forma especial de terapia guiado por una psicoterapeuta profesional, proporcionando a los pacientes que lo necesiten de manera grupal, para mejorar su salud mental y calidad de vida. Además, el grupo psicoterapéutico dota a sus miembros de estrategias adecuadas de afrontamiento y de recursos cognitivos y emocionales adaptativos para el cambio y aumenta la autonomía y el crecimiento personal a nivel individual, evitando la disminución,

	Potencialización de la socialización	<p>sintomatología en las áreas afectadas por el trastorno en el que se encuentren.</p> <p>La socialización es como un requisito para que haya una integración real y efectiva del individuo en su entorno social.</p>
<p>Evaluación: El paciente establece relación con otros compañeros de sala de hospitalización.</p>		

VII. CONCLUSIONES

El proceso atención de enfermería es una herramienta metodológica, para la atención holística al paciente y a su familia. Permite proporcionar los cuidados de enfermería enfocados al restablecimiento de la salud, con una adecuada fundamentación científica y acciones orientadas a la pronta recuperación del paciente y reincorporación al núcleo familiar.

Se logró la correcta valoración de la paciente y un mejor cuidado ya que se tiene un orden de prioridades y de las respuestas que va dando el mismo, adquiriendo un pensamiento crítico; es decir la identificación de necesidades con dependencia de la persona, nos permite identificar problemas reales y potenciales que aquejan a la salud, permitiéndonos elaborar diagnósticos e intervenciones propias de enfermería, en búsqueda de la recuperación de la salud, como en este caso clínico en el que se atendieron 11 necesidades con dependencia; lográndose los dos primeros objetivos específicos.

Cabe señalar que el tiempo de estancia hospitalaria fue de dos semanas y el plan de cuidados propuesto se ejecuto en un 80% ya que la situación emocional, del familiar, y el paciente formo una barrera para lograrlo; sin embargo, se estructuraron los diagnósticos de enfermería, así también se ejecutaron y evaluaron los cuidados planteados, sin embargo la revaloración ya no se concretó por falta de tiempo. El plan de alta se construyó de manera simultánea con el familiar insistiendo en la educación para la salud.

Por todo lo anterior el presente trabajo me permitió trabajar con una perspectiva holística en torno a un modelo de enfermería. Los resultados no siempre son positivos, sin embargo las funciones de enfermería no sólo se enfocan al mantenimiento y al restablecimiento de la salud, sino también al acompañamiento

y bienestar hasta los últimos instantes de vida, al igual que somos parte fundamental para la enseñanza-aprendizaje y en cuanto a esto me siento satisfecha de haber contribuido al bienestar del paciente y a la protección de su dignidad. Logré como profesional de la salud una reflexión sobre la elaboración, aplicación y evaluación de los resultados obtenidos.

También considero que el arte de la enfermería requiere de un proceso sistémico y organizado para planificar los cuidados que la persona requiere, basándose en hechos científicos y en las necesidades propias de la enfermedad. Para llevar a cabo este proceso la enfermería se basa en el PAE (Proceso de Atención de Enfermería) el cual favorece la calidad de vida tanto de la persona como de su entorno, promoviendo con ello la integración del individuo en la sociedad, con una vida productiva, tomando en cuenta sus limitaciones, pero a su vez identificando sus fortalezas para hacerlos participes en el mismo proceso, realizando actividades para insertarlo nuevamente como un ser bio-psico-social. Se aplicó el modelo de Virginia Henderson con el cual se trabajó durante este proceso, que atiende integralmente a la persona.

Considero que el proceso de adaptación e integración requiere de una pronta confrontación de la lesión para así favorecer el duelo y detectar certeramente las necesidades de la persona e ir resolviendo los problemas y favorecer la rehabilitación integral.

Este trabajo me permitió integrar los conocimientos teóricos adquiridos durante mi formación como Licenciado en Enfermería y aplicarlos en la práctica, con un conocimiento metodológico más amplio, con el que pude ordenar y sistematizar el cuidado que proporcione, me deja una gran experiencia y un conocimiento más amplio, el convencimiento de que la profesionalización en enfermería nos permite comprender y hacer más científico nuestro trabajo.

VII. SUGERENCIAS

Promover la propagación del proceso de enfermería para determinar las actividades propias de la disciplina y a su vez evitar la confusión de roles con el resto del equipo multidisciplinario.

Que los pasantes de la licenciatura de enfermería, opte por la titulación por medio de la realización del proceso de enfermería bajo la modalidad de asesoramiento semipresencial, ya que durante el transcurso de la formación académica el profesional de enfermería obtiene herramientas y bases científicas aplicadas en este método enfermero, las cuales permiten concluir nuestra meta.

Es importante que durante la formación académica nos documentemos a profundidad sobre el proceso enfermero, de manera que como egresado cuente con los conocimientos y herramientas para desarrollar un proyecto con fines de titulación.

Es necesario que durante nuestra formación académica nos habiliten muy profundamente sobre el instrumento de valoración de las 14 necesidades para dominarlo completamente, así mismo las etapas del proceso de enfermería, y posteriormente consolidarlo de manera eficaz durante la opción de la titulación.

Finalmente externo que es importante que se continúe con la opción de titulación el proceso enfermero ya que nos permite fortalecer conocimientos y habilidades que se adquirieron durante la formación académica.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

García, M.C. Martínez M.L. (2001). Historia de la Enfermería: Evolución histórica del cuidado enfermero. MMI Elsevier, S.A. Madrid (España). p. 13-20.

Collière, M. F. (1982). Promover la vida, de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill.

Leal, C. Carrasco, J.J. (2010) Fundamentos de Enfermería, cuidados básicos centrados en las necesidades de la persona. 1ª Ed. México D.F.

Marriner, A; Raile, M. (2007). Modelos y Teorías de Enfermería. 6ª Ed. Barcelona, España.

Wesley, R.L. (1997). Teorías y Modelos de Enfermería. 2ª Ed. México D.F.

Lyer, P. (1997). Procesos de Enfermería y Diagnósticos de Enfermería. España: Interamericana-Mc Graw-Will.

Craig, G.J. (2009). Desarrollo Psicológico. 9ª Ed. México D.F. p. 410-438.

Philip, G.Z (1984). Psicología y Vida. 3ª Ed. Prentice Hall México. P.229-23.

Heather, H.T. (2010). Nanda Internacional Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2009-2011. Elsevier .Barcelona España-

Carpenito, L.J. (1994) .Plan de cuidados y documentación en Enfermería. 1ª Ed. Madrid.

Moorhead, S. Johnson, M. L. Maas, M. Swanson, E. (2014). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Elsevier. 5ª Edición. Barcelona-España.

Bulechek, G.M. Butcher, H.K. Dochterman, J.M. Wagner, C.M. (2014).
Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Elsevier. 6ª Edición.
Barcelona-España.

Tucker, S.M. Canobbio, M.M. Paquette, E.V. Wells, M.F.(2003).Normas de
Cuidados del Paciente. 6ª Ed. Editorial Harcourt - Océano. Barcelona .España.

Nordmark, M.T. Rohweder, A.W. (1998). Base Científicas de la Enfermería.2ª Ed.
Editorial Manual Moderno. México.

Ugarte, S. Godoy, J. (2012). Trauma y Paciente Crítico. Castellano: Distribuna.
P.331-339.

Germain, S; Wigodsky, J. (2000).Cuidados de Enfermería en pacientes con Lesión
Medular. Enfermería Medico Quirúrgica. 4ªEd. Santiago - Chile.

https://www.enfermeria21.com/download/e21textos/Lesion_medular.doc

*García, D; Castillo, J. (2007). Complicaciones Respiratorias de la Tetraplejia: Una
Mirada a las Alternativas Terapéuticas Actuales. Recientes tendencias demográficas
y de lesiones en las personas atendidas por el MSCICS. Revista Chilena de
Enfermedades Respiratorias.*

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-73482007000200005&script=sci_arttext

X. ANEXOS

Anexo 1.

I.-FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: A.N.A.T	Edad: 35 años	Talla: 1.75 CM PESO: 80KG.
Fecha de nacimiento: 02 Noviembre 79.		Sexo: Masculino.
Ocupación: Carpintero y comerciante.	Escolaridad: CARRERA TECNICA CORTA	Fecha de admisión: 19 05 14
Hora: 20; 00 Horas.	Procedencia: D.F	Fuente de información: Directa
Fiabilidad: (1-4) 4	Miembro de la familia/ persona significativa: Padre de familia.	

II.- VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Oxigenación, nutrición e hidratación, Eliminación y termorregulación

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Datos Subjetivos:

Disnea debido a; Negado	Tos productiva /seca: Negado
Dolor asociado con la respiración: Negado	
Fumador: si	
Desde cuándo fuma/ cuántos cigarros al día/ varía la cantidad según su estado emocional:	
Desde los 14 años hasta una cajetilla al día, suspendido el vicio a partir de su padecimiento, aproximadamente hace cuatro meses.	

Datos Objetivos:

Registro de signos vitales y características: T/A 100/80mmHg, FC 60x', FR 20x', TEM 36°C.	
Tos productiva /seca: Negado	Estado de conciencia: Consciente, orientado.
Coloración de piel/lechos ungueales / peri bucal: Piel pálida, lecho ungueal y peri bucal sin presencia de cianosis	
Circulación del retorno venoso: Llenado capilar 2"	
Otros: Campos pulmonares bien ventilados, no se escuchan estertores ni sibilancias.	

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION

Datos subjetivos

Dieta habitual (tipo): Normal, actualmente dieta de 2000 kcal con alto contenido en fibra.
Número de comidas diarias: Cuatro comidas al día, actualmente 3 comidas al día.

Trastornos digestivos: Previo a su padecimiento refiere ritmo intestinal normal, aspecto y consistencia de heces formadas.
Intolerancia alimentaria/ Alergias: Negados.
Problemas de la masticación y deglución: Negados.
Patrón de ejercicio: Previo al padecimiento realizaba natación 3 veces por mes actualmente suspendido.

Datos Objetivos:

Turgencia de la piel: Disminuida.
Membranas mucosas hidratadas/ secas: Mucosas semihidratadas.
Características de uñas/cabello: Uñas cortas y limpias, cabello limpio sin resequedad.
FUNCIONAMIENTO NEUROMUSCULAR Y ESQUELÉTICO: Perdida del funcionamiento neuromuscular y esquelético secundario a su lesión medular completa.
Aspecto de los dientes y encías: Dientes ligeramente amarillos.
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: Ninguno.
Otros: Peso previo al accidente de 80 kg, actualmente se observa disminuido el peso corporal, aproximadamente de 20 kg.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Datos Subjetivos:

Hábitos intestinales: Refiere que defecaba de tres a cuatro veces al día.	
Características de las heces/orina/ menstruación: Heces cafés claras, en una sola pieza y orina de color amarillo claro con olor normal.	
Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: Negados.	
Uso de laxantes: Negados.	Hemorroides: Negados.
Dolor al defecar/menstruar/orinar: Negados	
Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: Refiere que al estar nervioso presentaba dificultad para evacuar.	

Datos Objetivos:

Abdomen, características: A la palpación distensión abdominal.
Ruidos intestinales: Disminuidos.
Palpación de la vejiga urinaria: No se palpa globo vesical.
Otros: Actualmente se encuentra con sonda vesical, por las mañanas se digitaliza presentando heces formadas duras y secas en escasa cantidad una vez al día.

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Datos Subjetivos:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Si se adapta a los diferentes cambios de temperatura.
Ejercicio, tipo y frecuencia: Realizaba natación dos veces por semana suspendido

actualmente.

Temperatura ambiental que le es agradable: Ambiente templado, aunque refiere que se adapta a la temperatura que corresponda.

Datos Objetivos:

Características de la piel: Integra y semihidratada.

Transpiración: Disminuida

Condiciones del entorno físico: Ambiente templado.

Otros: Inactividad por paraplejía.

2.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

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

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Datos Subjetivos:

Capacidad física cotidiana: Carpintero y comerciante

Actividades en el tiempo libre: Leer y convivir con su familia

Hábitos de descanso: Solo fines de semana y por las noches.

Hábitos de trabajo: De lunes a viernes carpintería y comercio, de 7am a 7 pm

Datos Objetivos:

Estado del sistema músculo esquelético, fuerza: Pérdida de la fuerza músculo esquelética

Capacidad muscular, tono/resistencia/flexibilidad: Pérdida de la capacidad del tono, resistencia y flexibilidad muscular.

Posturas: En decúbito lateral, en decúbito ventral y semifowler.

Necesidad de ayuda para la de ambulación: Si presenta deficiencia completa a la marcha.

Dolor con el movimiento: No

Presencia de temblores: Solo a la movilización.

Estado de conciencia: Consciente y orientado.

Estado emocional: Tranquilo.

Otros: Paraplejía desde aproximadamente cuatro meses.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Datos Subjetivos:

Horario de descanso: 09:00pm.

Horario de sueño: 10:00 pm.

Horas de descanso: 2 Horas.

Horas de sueño: de 7 A 8 horas.

Siesta: En ocasiones dos horas.

Ayudas: Ninguno.

Insomnio: En ocasiones.

Debido a: Dolor lumbar por la posición.

Descansado al levantarse: En ocasiones.

Datos Objetivos:

Estado mental/ ansiedad / estrés / lenguaje: Tranquilo con lenguaje comprensible durante el día, presentando ansiedad y estrés durante la noche.	
Ojeras: Si	Atención: Obedece órdenes verbales.
Bostezos: Si	Concentración: Si adecuada.
Apatía: En ocasiones.	Cefaleas: Negadas.
Respuesta a estímulos: Verbales y a la movilidad.	
Otros: Presenta dificultad para conciliar el sueño por las noches.	

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Datos Subjetivos:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: No
Su autoestima es determinante en su modo de vestir: No
Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: No
Necesita ayuda para la selección de su vestuario: No

Datos Objetivos:

Viste de acuerdo a su edad: Si	
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Parcialmente dependiente al vestir y desvestir.	
Vestido incompleto: Si actualmente ropa hospitalaria.	Sucio: No
Inadecuado: No.	
Otros: Utiliza prendas cómodas de acuerdo a las actividades que realizara durante su estancia hospitalaria con el apoyo de su familiar.	

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

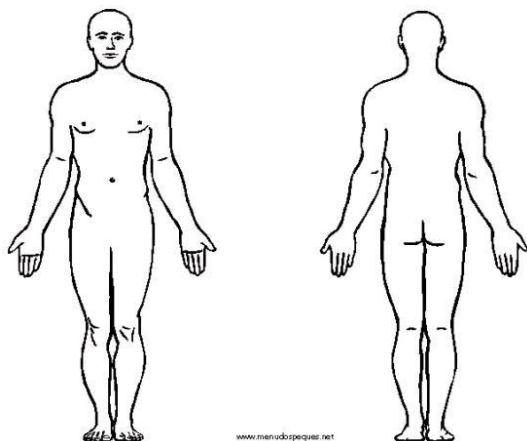
Datos Subjetivos:

Frecuencia del baño: Una vez al día.
Momento preferido para el baño: Por la mañana.
Cuántas veces se lava los dientes al día: Tres veces al día.
Aseo de manos antes y después de comer: Si
Después de eliminar: Si
Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: No

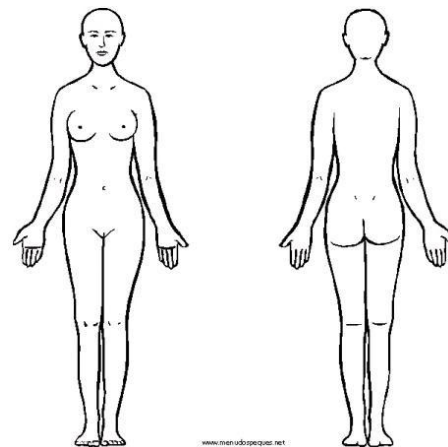
Datos Objetivos:

Aspecto general: Limpio aseado, piel semihidratada, observándose higiene dental, uñas cortas de manos y pies.	
Olor corporal. No	Halitosis: No
Estado del cuero cabelludo: Limpio sin datos de resequedad.	
Lesiones dérmicas Tipo (Anote la ubicación en el diagrama): Ninguna.	
Otros: Incapacidad física para realizar el baño diario por si solo.	

Masculino:



Femenino:



NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Datos Subjetivos:

Que miembros componen la familia de pertenencia: Su esposa e hijo.	
Cómo reacciona ante situación de urgencia: Tranquilo.	
Conoce las medidas de prevención de accidentes: Si	
Hogar: Si	Trabajo: Si
Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: No	
Familiares: No	
Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: Preocupado por su incapacidad física.	

Datos Objetivos:

Deformidades congénitas Negadas.
Condiciones del ambiente en su hogar; Su hogar presenta ambiente templado y tranquilo.
Trabajo: Realizaba actividades de carpintería y actualmente suspendidas
Otros: Incapacidad para realizar actividades de la vida diaria por si solo y utilización silla de ruedas.

3.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

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

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Datos Subjetivos:

Estado civil: Casado	Años de relación: Diez años.
Viven con: Su esposa e hijo de ocho años.	Preocupaciones / estrés: Refiere preocupación sobre su padecimiento.
Familiar: Esposa e hijo.	

Otras personas que pueden ayudar: Ninguna todos viven fuera.
Rol en estructura familiar: Padre de familia.
Comunica problemas debidos a la enfermedad / estado: Si preocupado por su padecimiento.
Cuanto tiempo pasa sola: En realidad siempre se encuentra su esposa con el.
Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: Por su horario de trabajo no frecuentaba contactos sociales.

Datos Objetivos:

Habla claro : Si	Confuso: No
Dificultad. Visión: No	Audición: No
Comunicación verbal / no verbal /con la familia / con otras personas significativas: Es adecuada la comunicación verbal y no verbal con su familia.	
Otros: En algunas ocasiones se le observa, cabizbajo, pensativo, preocupado y guarda silencio.	

NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES

Datos Subjetivos:

Creencia religiosa: Católica.
Su creencia religiosa le genera conflictos personales: No
Principales valores en la familia: Respeto y responsabilidad.
Principales valores personales: Respeto y responsabilidad.
Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: Si

Datos Objetivos:

Hábitos específicos de vestido. (Grupo social religioso): Su religión no le impone una forma de vestirse.
Permite el contacto físico: Si
Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: Ninguno.
Otros: Ninguno.

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Datos Subjetivos:

Trabaja actualmente: No	Tipo de trabajo: Anteriormente carpintero y comerciante.
Riesgos: Heridas y manejos de tóxicos.	Cuánto tiempo le dedica al trabajo: Doce horas aproximadamente.
Está satisfecho con su trabajo: Si	
Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia: Si	
Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega: Si	

Datos Objetivos:

Estado emocional./calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico: En ocasiones ansioso e inquieto por su padecimiento.

Otros: Preocupado por la incapacidad que presenta y no poder realizar sus actividades que ejercía antes (cambios en su estilo de vida).

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Datos Subjetivos:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Leer y natación.

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: No

Recursos en su comunidad para la recreación: Deportivos.

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: No.

Datos Objetivos:

Integridad del sistema neuromuscular: Lesión del sistema nervioso central (medula espinal) generando distrofia muscular y ausencia de reflejos, pérdida de la sensibilidad, vejiga, sexo e intestino neurogenico.

Rechazo a las actividades recreativas: No.

Estado de ánimo. Apático/aburrido/participativo: Integración grupal, en ocasiones se encontraba apático, aburrido y poco participativo.

Otros: En ocasiones no se integraba al grupo social.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Datos Subjetivos:

Nivel de educación: Carrera técnica corta

Problemas de aprendizaje: Ninguno.

Limitaciones cognitivas: Ninguno. Tipo: Ninguna.

Preferencias. Leer/escribir Ambas.

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

Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo: Si

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: En ocasiones

Otros: Negados.

Datos Objetivos:

Estado del sistema nervioso: Afección nivel neurológico T6 de tipo traumático.

Órganos de los sentidos: Integro.

Estado emocional ansiedad, dolor: Ansioso al inicio del proceso rehabilitatorio, el cual se va desapareciendo durante el mismo.

Memoria reciente: Sin alteraciones

Memoria remota: Sin alteraciones

Otras manifestaciones: Negadas

Anexo 2. Lesión medular

En base a lo que refiere (Ugarte S. Godoy J., 2012), menciona que la lesión Medular genera un cambio temporal o permanente, parcial o completo de sus funciones motoras, sensitivas y autonómicas.

El trauma medular es una de las principales lesiones causadas de morbimortalidad en los pacientes jóvenes.

Es normalmente causada más frecuentemente por accidentes, caídas, violencia. su prevalencia está asociada al trauma severo es aproximadamente de 2.8% a 3.7% en pacientes que al momento de la evaluación inicial están vigiles. En pacientes no evaluables clínicamente, por compromiso de consciencia la incidencia de lesión espinal es mucho mayor, cercana al 7%.

En el 40% de los pacientes con lesión medular demostrada, esta puede llegar a ser inestable, la sobrevida de estos pacientes se estudió con el seguimiento de 27 553 casos de la base de datos de la National Spinal Cord Injury, estimándose la expectativa de vida de un paciente tetrapléjico lesionado a los 20 años con un nivel neurológico de C5-C8 de 40 años y de 10 años si la lesión se produjo a los 60 años.

El cuadro clínico de la lesión medular dependen del tipo y nivel de lesión, cuando una lesión medular es completa no hay funcionalidad por debajo del nivel de la lesión. No se pueden producir movimientos voluntarios, así como tampoco hay sensibilidad. Además, ambos lados del cuerpo se ven afectados de la misma manera.

Si la lesión producida es incompleta, el lesionado puede tener algo de sensibilidad por debajo de la lesión.

Otros cambios que presenta es el mal funcionamiento de la vejiga e intestino, problemas de impotencia en los hombres, en las mujeres no suele verse afectada su fertilidad.

Si la lesión se produce a un nivel muy alto (C1-C2) afecta a los músculos de la respiración y a la capacidad de respirar, una lesión más baja en las vértebras lumbares puede afectar a los nervios y músculos que controlan la vejiga, intestinos y miembros inferiores.

Las pruebas que llevan a cabo es el examen físico, que incluye un examen del sistema nervioso y del cerebro (neurológico), lo cual ayudará a identificar la localización exacta de la lesión si todavía no se conoce. Algunos de los reflejos pueden ser anormales o estar ausentes. Una vez que disminuye la inflamación, algunos reflejos se pueden recuperar lentamente.

Los exámenes que se realizan son; una tomografía computarizada o resonancia magnética de columna contrastada, prueba de potenciales evocados, rayos X de columna.

Su manejo farmacológico (Ugarte S. Godoy J., 2012 (p.339), menciona que han estudiado numerosas drogas en un intento de suministrar neuro protección medular proponiendo el uso de fármacos que interfieran con algunos mecanismos de producción de daño medular secundario. Las más utilizadas es la Metilprednisolona, antagonista de Ca, nimodipino, la hormona tiro estimulante, el barredor de radicales libres virilidad e hipotermia.

La utilización de la Metilprednisolona es de altas dosis con una duración de 24 a 48 horas.

Siguiendo al mismo autor, su pronóstico ha mejorado de alguna manera con los equipos de rescate expertos, y con un buen equipamiento, los traslados precoz a un centro especializado, manejo en unidades críticas, manejo hemodinámico y

ventilatorio apropiado, manejo de sus complicaciones ortopédicas y /o quirúrgicas que nos permiten el inicio de una rehabilitación prematura.

Smith, G. Wigodskis, J. (2000). Refiere que la finalidad de la rehabilitación es ayudar a parapléjicos y cuadripléjicos a emplear al máximo su capacidad residual, y evitar complicaciones que resultan de la incapacidad. Por ejemplo, las úlceras por decúbito trastornan notablemente el programa de rehabilitación. El paciente que presenta una gran úlcera en la región sacra deberá ser cambiado de posición y colocado sobre su abdomen para quitar presión al dorso. El paciente lejos de la realidad y deprimido, no beneficia el programa de rehabilitación, a pesar de la idoneidad de los medios, cuando presenta infección de la vejiga, debe interrumpir su programa de actividad y recibir tratamiento intensivo para erradicar la infección.

Parte importante del papel de la enfermera en la rehabilitación incluye ayudar al paciente a evitar complicaciones, para beneficiar el programa de rehabilitación.

1. Aseo y cuidado adecuados de la piel, advertir de inmediato el comienzo de signos de úlceras por decúbito.
2. Colocar cojín de espuma en la silla para aminorar la presión.
3. Enseñar al paciente la forma de limpiar la piel, cambiar de posición, practicar masajes y de observar diariamente las zonas paralizadas ya que el paciente no siente molestias.
4. Conservar alineamiento corporal adecuado y ejercitar articulaciones.
5. Alentar al paciente a que ingiera la mayor cantidad de líquidos.
6. Técnica aséptica al colocar y retirar sonda vesical.
7. Ser sensible y receptiva respecto a las necesidades emocionales del paciente, alentarle, pero no forzarlo, a que cuide de sí mismo; permitir que exprese sus sentimientos con respecto a su incapacidad.

Para concluir pienso que las personas con lesión medular presentan riesgos y complicaciones por toda su vida, para evitar estos agravamientos de la

incapacidad del paciente debemos de orientar tanto a él paciente como al familiar, sobre todos sus cuidados durante su estancia hospitalaria.

Anexo 3. Plan de Alta

Con la planificación del plan de alta el objetivo es asegurar la continuidad de los cuidados de enfermería mediante la identificación de las necesidades concretas del paciente para mantener dichas necesidades cubiertas en el domicilio después del alta.

Enseñando a la persona y/o familia como controlar la situación en casa, proporcionando seguridad física y psíquica, por lo que estar alerta a cualquier problema, que el paciente pueda presentar o desarrollar .Es decir preparación del paciente y familia al hogar, mediante la orientación con respecto a su autocuidado, con la finalidad de disminuir complicaciones, tras un periodo de estancia hospitalaria.

Para ello se le hace entrega con los cuidados específicos necesarios para el paciente con lesión medular completa en el hogar.

ALIMENTACION:

Ingerir dieta prescrita por médico tratante y nutriólogo

La dieta a seguir debe ser equilibrada, procurando que esta sea rica en fibra, es decir, tomar verduras, frutas y alimentos integrales. (Agua y verduras)

Evitar alimentos secos y fibrosos

Ingesta de medicamentos según prescripción medica

MANEJO DE VEGIJA E INTESTINO:

Realizar cambio de sonda Foley cuando lo indique su médico

Que la fijación de la sonda se encuentre en buen estado. (Limpia y seca).

Registrar características y cantidad de orina en diario de micciones

Realizar rutina diaria de intestino, masaje marco cólico, en sentido de las manecillas del reloj, durante 10 min., después de cada alimento.

Registrar características y volumen de evacuaciones.

Monitoreo de rutina intestinal y vesical

Cambio de pañal cada que sea necesario y adecuado aseo de genitales.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA SEGÚN SUS CAPACIDADES

Baño y cambio de ropa diario

Lubricación de la piel con crema humectante cada 24 HRS.

Aseo de la cavidad oral

Cuidados de la piel

Inspección diaria de la piel

Cambios de posición cada 2 horas para evitar zonas de presión

Enseñar las medidas de seguridad para evitar caídas

Enseñar cómo se lleva a cabo la mecánica corporal

Uso de medias de compresión.