



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla Facultad de Enfermería
Secretaría Académica



Tesina

Proceso Enfermero en un Adolescente con Discapacidad Física

Presenta:

Fabiola Esteban Guzmán

Para Obtener el Grado de
Licenciada en Enfermería

Marzo, 2018



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla Facultad de Enfermería
Secretaría de Académica



Tesina

Proceso Enfermero en un Adolescente con Discapacidad Física

Presenta:

Fabiola Esteban Guzmán

Director de Tesina:

ME. Alejandro Torres Reyes

Para Obtener el Grado de
Licenciada en Enfermería

Marzo, 2018

Tesina: Proceso Enfermero en un Adolescente con Discapacidad Física

Número de registro: 003/2017.

Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional

MCE. María de Lourdes Morales Espinoza
Presidente

ME. Alejandro Torres Reyes
Secretario

ME. Noé Xicali Morales
Vocal

ME. Alejandro Torres Reyes
Director de Tesina

MCE. Erika Pérez Noriega
Directora

MCE. Yara Gracia Verónica
Secretaria Académica

Contenido

	Página
Capítulo I	
Introducción	1
1.1 Marco teórico	2
1.2 Justificación	4
1.3 Objetivos	4
1.3.1 General	4
1.3.2 Especifico	4
 Capítulo II	
2.1 Valoración de enfermería	6
2.1.1 Historia clínica de enfermería	6
2.1.2 Entrevista por patrones funcionales de salud	7
2.1.3 Valoración Física	10
2.1.4 Signos Vitales	11
2.1.5 Somatometría	11
 Capítulo III	
Diagnósticos de Enfermería	12
3.1 Plan de Cuidados (PLACE)	13
3.1.1 Diagnóstico de enfermería No. 1: Riesgo de Caídas	14
3.1.2 Diagnóstico de enfermería No. 2: Incontinencia urinaria funcional	17
3.1.3 Diagnóstico de enfermería No. 3: Deterioro de la movilidad física	20
3.1.4 Diagnóstico de enfermería No. 4: Planificación ineficaz de las actividades	23

	5
3.1.5 Diagnóstico de enfermería No. 5: Disposición para mejorar el autoconcepto	26
Capítulo IV	
4.1 Conclusión	29
Referencias	30
Apéndices	
Apéndice 1: Consentimiento informado	32
Apéndice 2: Valoración de los 11 Patrones Funcionales de Salud	33
Apéndice 3: Escala de Bristol	36

Capítulo I

Introducción

El mielomeningocele (MMC) es una malformación congénita causada por defectos de cierre del tubo neural (NTD). El cuidado de las personas con MMC va directamente a las principales complicaciones relacionadas con trastornos neurológicos, ortopédicos y de los riñones. Se estima que la supervivencia en la edad adulta es hasta del 50% aproximadamente (Lima, Rosangela, Faleiros y Faleiros, 2017). Además en este contexto de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) las enfermedades con malformaciones congénitas son de las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo.

Esta malformación del tubo neural representa un 75% de los casos de malformaciones congénitas (Viera, Carvalho y Gómez, 2016). En México la prevalencia de estas es del 4.9 por 10 000 defectos. En ocasiones se asocian con la presencia de frecuencia de hidrocefalia en un 90% de los casos. Por lo anterior el MMC es considerado una enfermedad que ocasiona dependencia en las personas que padecen desde el nacimiento y requiere atención profesional de un equipo multidisciplinario. Donde el profesional de enfermería implementa educación terapéutica para tratar los defectos del tubo neural (Guzmán, Landin, y Rico, 2016).

Además cuando estos infantes continúan con su ciclo de vida a pesar de presentar esta malformación requieren de atención para continuar con su vida adulta. En este contexto la etapa de la adolescencia es donde se presentan diferentes cambios psicológicos, sociales y físicos; si a estos últimos se le agrega una enfermedad congénita su salud se ve afectada. Por lo anterior cuando una persona que padeció MMC llega a la

adolescencia continua su ciclo de vida con alguna discapacidad, donde el profesional de enfermería juega un papel determinante para orientarlo en el cuidado de la salud, mejorar su estilo de vida y evitar complicaciones propias de la enfermedad (Bella, M.E. 2012).

1.1 Marco Teórico

Proceso de enfermería

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizados, centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o de riesgo. El proceso de enfermería tiene las siguientes propiedades: Resuelto porque va dirigido a un objetivo; sistemático por utilizar un enfoque organizado para lograr su propósito; dinámico, porque implica un cambio continuo; centrado en las respuestas humanas; interactivo, por centrarse en las respuestas cambiantes del paciente identificadas durante la relación enfermera-paciente, sin embargo es flexible, ya que se puede demostrar dentro de dos contextos: A) Adaptación a la práctica de enfermería en cualquier situación o área de especialización que se ocupe de individuo, grupos o comunidades; B) Uso de sus fases en forma sucesiva o más de una etapa a la vez. Considerando que posee una base teórica sustentada en una amplia variedad de conocimientos, incluyendo las ciencias y las humanidades, que pueden aplicarse a cualquiera de los modelos teóricos de enfermería (Rosales y Reyes, 2008 pp.227).

En el siguiente apartado se describen las etapas del proceso enfermero:

Valoración en Enfermería: esta primera fase del proceso de enfermería es la más importante, ya que todo el plan se sustenta en la información obtenida. Es aplicable a todos los individuos, familias y comunidades. Generalmente, la obtención de datos se

logra mediante la observación, entrevista y exploración física (Rosales y Reyes, 2008 pp.237).

Diagnóstico de enfermería: segunda etapa del proceso. Es una conclusión o enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud, los problemas y necesidades del paciente, que pueden modificarse por la intervención del personal de enfermería para resolverlos o disminuirlos. El diagnóstico se deriva de la inferencia de datos confirmados por la valoración y de las percepciones, que una vez investigados, conduce a tomar decisiones (Rosales y Reyes, 2008 pp.243).

Planificación en Enfermería: es la tercera etapa del proceso y son las intervenciones de enfermería. Dependen de las características del diagnóstico, del resultado deseado por el paciente, viabilidad, aceptación y capacidad del personal de enfermería. Es el acto de determinar que puede hacerse para apoyar al paciente en el restablecimiento, conservación o el fomento de la salud, previa determinación del enfoque que le ayudara a solucionar, disminuir o reducir el efecto de sus problemas (Rosales y Reyes, 2008 pp.247).

Ejecución o implementación del plan: 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. Esta fase incluye cinco elementos: validación del plan, fundamentación científica en cada una de las acciones, otorgamiento de cuidados, continuidad y registro de estos (Rosales y Reyes, 2008 pp.252).

Evaluación del cuidado de Enfermería: es el proceso de valorar o revalorar los progresos del paciente hacia los objetivos de salud. Debe ser un proceso continuo, formal y parte integral de cada uno de los componentes del proceso de enfermería. (Rosales y Reyes, 2008 pp.254).

1.2 Justificación

El adolescente con discapacidad física, requiere de apoyo emocional y físico para integrarlo al ambiente social y laboral, además la custodia de este requiere no sólo la rehabilitación en la vida familiar, sino también de la atención en el aprendizaje, para la prevención de lesiones en la piel, el uso de férulas, entre otros (Gurgel, Rolim, Galvão, y Caetano, 2010). Estas familias también viven con dificultades en la interacción social, carga física y emocional con el cuidado diario, además de las complicaciones que resultan en la necesidad de servicios de seguimiento de pacientes ambulatorios y de rehabilitación continuos (Figueiredo, Sousa, y Gomes, 2016). Por lo tanto la práctica cotidiana de enfermería, fortalece respuestas adaptativas en este grupo etario, la sistematización de la asistencia a través del proceso de enfermería, mejora la asistencia a las personas con discapacidad física, teniendo presente la empatía y brindando el apoyo emocional tanto al paciente como a los familiares. Con ello se requiere búsquedas acerca del tema, para realizar correctas intervenciones con la adolescente y mejorar su calidad de vida (Gaiva, Neves, y Siqueira, 2009).

1.3 Objetivos

1.3.1 General.

Aplicar el proceso de enfermería en la adolescente con discapacidad física a consecuencia de malformación congénita de mielo-meningocele, para mejorar su calidad de vida.

1.3.2 Específicos.

Valorar de forma general a la adolescente utilizando los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon y realizando una valoración física.

Diagnosticar los problemas de salud utilizando el NANDA de acuerdo a las necesidades de la paciente.

Planificar los diagnósticos identificados para sus posibles intervenciones de enfermería.

Implementar un plan de cuidados para cada uno de los diagnósticos identificados.

Evaluar las intervenciones formuladas para cada diagnóstico de enfermería.

Capítulo II

2.1 Valoración de enfermería

2.1.1 Historia Clínica de Enfermería

Datos generales

Nombre: T.J.N.G. Sexo: Femenino Edad: 15 años Religión: Católica

Estado Civil: Soltera Ocupación: Estudiante Escolaridad: Secundaria

Lugar de origen: Puebla, Puebla.

Servicio/contexto

La valoración se realizó en el domicilio de la adolescente; el lugar se encuentra en buenas condiciones lo que propicio a que se hicieran adecuadas las valoraciones tanto céfalo-caudal como por Patrones Funcionales de Salud. Historia clínica de Enfermería

Antecedentes

Desde su infancia ha recibido tanto tratamientos médicos como quirúrgicos debido a la patología que tiene, en relación a los quirúrgicos por mencionar algunos tuvo cirugías de cabeza y cadera.

Con lo que respecta a su esquema de vacunación; su madre de la menor la llevo en el tiempo que deberían de ser aplicadas sus vacunas por lo tanto tiene un esquema completo; menciona que hasta el momento no es alérgica a ningún medicamento.

En antecedentes heredo familiares, la adolescente comenta que el abuelo materno padece hipertensión arterial sistémica.

2.1.2 Entrevista por Patrones Funcionales de Salud:

1.- Patrón percepción manejo de salud:

La adolescente refiere que a lo largo de su vida ha ido conociendo acerca de su enfermedad, ella sabe que desde su nacimiento los médicos le informaron a su madre que los niños con esa enfermedad tenían pocas esperanzas de vida, sin embargo mencionó que se le realizaron todas las cirugías necesarias para una mejor calidad de vida; por lo que su estado de salud siempre ha sido de constante vigilancia por un equipo multidisciplinario. Comento que no consume alcohol ni tabaco porque considera es dañino para la salud.

Con lo que respecta a su higiene personal es muy limpia, se realiza el baño diario, se asea los odios después del baño, se corta las uñas con ayuda por lo menos una vez al mes, refiere que necesita de ayuda de un familiar para el aseo personal.

2.- Patrón nutricional- metabólico:

Al preguntar a la adolescente con respecto a su peso en los últimos 6 meses comentó que no ha modificado, por lo que se ha mantenido igual; su apetito es normal, realiza 3 comidas al día; no tiene dificultad para deglutir.

Comentó que tiene una válvula llamada ventrículo-peritoneal que inicia en la cabeza y finaliza en el abdomen.

3.- Patrón eliminación

Menciona la adolescente que en este patrón se hace referencia a que tiene un buen peristaltismo, en cuanto a la función excretora de acuerdo a la escala de Bristol se encuentra en tipo 1 (véase en apéndice 3). Utiliza de pañales debido a su incontinencia urinaria, por lo que necesita de pañales y es importante que se lo cambien cada 4 horas aproximadamente.

4.- Patrón actividad- ejercicio:

La adolescente refiere con respeto a la capacidad de autocuidado, la paciente comento que necesita de ayuda para algunas actividades como vestirse o ir al baño; además de que utiliza de muletas para caminar. Se observó que la fuerza muscular en miembros inferiores esta disminuida por lo que necesita de apoyo de aparato ortopédico denominado férula.

5.- Patrón sueño-descanso:

Refiere la adolescente que aproximadamente duerme 8 horas diarias y no necesita de medicamentos para dormir.

6.- Patrón cognitivo- perceptual:

Al preguntarle a la adolescente en que día estábamos, el lugar y cuál era su nombre completo, se observó que está orientada en tiempo, espacio y persona; no presenta lagunas mentales ni tiene problemas de comunicación ya que habla apropiadamente, sin embargo comento que en algunas ocasiones le es difícil aprender de manera rápida por lo que no sabe cuál es la manera con la que aprende más fácil.

7.- Patrón autopercepción- autoconcepto:

Comenta la paciente que algunas veces tiene preocupaciones en relación a su enfermedad, en cuanto a su estado de ánimo es una persona alegre y optimista; aunque a veces no sabe cómo integrarse en grupo. Menciono que a pesar de su discapacidad su familia la apoya y para ella le da gran satisfacción poder contar con su familia.

8.- Patrón rol- relaciones:

La adolescente refiere que esta soltera, es estudiante, vive con su familia; además en este patrón se hace referencia al rol que desempeña; por lo que su rol es de hija menor y hermana; para la realización de actividades cotidianas necesita de la ayuda de su familia

principalmente en la escuela de amigos. Comento que su principal fuente de apoyo es su familia.

9.- Patrón sexualidad- reproducción:

En este patrón solo comentó la adolescente que inició con su periodo menstrual aproximadamente a los 10 años y menciona que hasta el momento no ha presentado dolores menstruales.

10.- Patrón de afrontamiento- tolerancia al estrés:

Refiere la adolescente que las acciones que realiza para controlar la tensión es a través de la lectura; la frecuencia con la que presenta respuesta de estrés es aproximadamente de 1-2 veces por semana, debido a su desesperación por no poder realizar las cosas rápido; además menciona que tuvo una lesión medular debido a su enfermedad de mielomeningocele.

11.- Patrón de valores y creencias:

Comentan que su religión es católica y los valores más importantes para ella son el respeto, el afecto, la responsabilidad y la tolerancia.

2.1.3 Valoración Física

Apariencia general:

TJNG de sexo femenino de 15 años de edad, estado civil soltera, de religión católica, su complexión es robusta, respecto a su apariencia general se observa buena higiene personal, no utiliza prótesis, de acuerdo a su estado neurológico se encuentra orientada en tiempo, lugar, persona y espacio.

Cabeza y cuello

Se observa cabello hidratado, tiene colocada una válvula ventrículo peritoneal en la cabeza hay presencia de cicatriz debido a la cirugía de neurología para la colocación de válvula, postura erguida, la cara se observa simétrica, ojos simétricos, conjuntivas hidratadas, piel hidratada, además de buena higiene personal, las orejas presentan simetría, con escasa presencia de cerumen, no utiliza dispositivo para escuchar. La nariz presenta permeabilidad con buena higiene. Se expresan con un buen lenguaje, se observa mucosa oral permeable, lengua y amígdalas en tamaño normal; y no refiere dolor en ninguna región bucal, el cuello esta con una buena coloración de tegumentos, no se palpan ganglios inflamados.

Tórax (anterior y posterior)

La expansión torácica presenta simetría durante la inhalación y exhalación, sin datos de dificultad respiratoria, la piel se observa hidratada, no presenta cicatrices. A la auscultación se encontraron ruidos cardiacos de buen tono y sin alteraciones.

Abdomen

A la palpación no refiere dolor en tórax y abdomen, hay presencia de cicatriz debido a las cirugías que le realizaron para la colocación de válvula ventrículo-peritoneal, se auscultan ruidos abdominales, peristalsis presente sin ruidos agregados.

Genitales: No aceptaron cooperar en este apartado de la valoración.

Extremidades (superiores e inferiores)

Extremidades superiores simétricas e íntegras en tamaño y forma, piel hidratada, uñas íntegras, no se observan lesiones, llenado capilar en 3 segundos, reflejos presentes, pulsos periféricos palpables. Extremidades inferiores se observa íntegras, piel hidratada, uñas sin alteraciones, los pulsos son palpables, la paciente presenta limitación en la movilidad así como alteraciones en el equilibrio.

2.1.4 Signos vitales

Temperatura: 36.5°C

Frecuencia respiratoria: 20 rpm

Frecuencia cardíaca: 82 lpm

T/A: 110/70 mmHg

2.1.5 Somatometría

Peso: 55 Kg aprox.

Talla: 1.45 m

IMC: 26.19, pre-obesidad

Capítulo III

Diagnósticos de Enfermería

Diagnostico No. 1

Dominio 11: Seguridad/ protección

Clase 2: Lesión física

Riesgos de caídas r/c dificultad en la marcha incontinencia, uso de dispositivos de ayuda.

Diagnóstico No. 2

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Clase 1: Función urinaria

Incontinencia urinaria funcional r/c limitaciones neuromusculares e/p capacidad para vaciar completamente la vejiga, el tiempo requerido para llegar hasta el inodoro excede el tiempo que pasa entre la sensación de urgencia y la micción incontrolada, percepción de la necesidad de miccionar.

Diagnostico No. 3

Dominio 4: Actividad/ reposo

Clase 2: Actividad/ ejercicio

Deterioro de la movilidad física r/c deterioro del estado físico e/p dificultad para girarse, cambios en la marcha, inestabilidad postural.

Diagnostico No. 4

Dominio 5: Percepción/ cognición

Clase 4: Cognición

Planificación ineficaz de las actividades r/c compromiso de la habilidad para procesar la información e/p falta de organización secuencial, falta de logros de los objetivos para la actividad elegida, verbalización de preocupación sobre la tarea que se ha de realizar.

Diagnostico No. 5

Dominio 6: Autopercepción

Clase 1: Autoconcepto

Disposición para mejorar el autoconcepto e/p acepta sus fortalezas, expresa satisfacción por su sentido de valía personal, expresa deseos de reforzar el autoconcepto.

3.1.1 Plan de Cuidados de Enfermería: Riesgo de Caídas

Servicio/ Contexto: Hogar.
 Nombre de la persona: T. J. N. G.

Diagnóstico médico: Mielomenigocele e Hidrocefalia.
 Edad: 15 años Fecha: Marzo 2017

Resultados Esperados (NOC)			
Dominio: I Salud Funcional (I)		Clase: Movilidad (C)	
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultado	Indicadores	Escala de Medición
(00155)Riesgo de caídas r/c dificultad en la marcha, incontinencia, uso de dispositivos de ayuda.	Movilidad (0208)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ (020801)Mantenimiento del equilibrio (3) ▪ (020809)Coordinación (3) ▪ (020810)Marcha (4) ▪ (020802)Mantenimiento de la posición corporal (4) ▪ (020814)Se mueve con facilidad (4) 	1. 1.Nunca demostrado 1. 2.Raramente demostrado 2. 3.A veces demostrado 3. 4.Frecuentemente demostrado 4. 5.Siempre demostrado Puntuación basal: 3 A veces demostrado
			Mantener a: 3 A veces demostrado Aumentar a: 4 Frecuentemente demostrado

Intervenciones (NIC)

Campo: 4. Seguridad

Clase: V Control de riesgos

Intervención 1: Prevención de caídas(6490)

Actividades:

- Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.
- Ayudar al paciente a adaptarse a las modificaciones sugeridas de la manera de caminar.
- Enseñar al paciente a utilizar un bastón o un andador, si procede.
- Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso.
- Enseñar al paciente como caer para minimizar el riesgo de lesiones.

Intervenciones (NIC)

Campo: 4. Seguridad

Clase: V Control de riesgos

Intervención 2: Identificación de riesgos (6610)

Actividades:

- Determinar la presencia y la calidad del apoyo familiar.
- Identificar las estrategias habituales de resolución de problemas de las personas y grupos.
- Determinar el nivel de funcionamiento pasado y actual.
- Dar prioridad a las áreas de disminución de riesgos, en colaboración con el individuo/grupo.
- Planificar las actividades de disminución de riesgo, en colaboración con el individuo/grupo.

Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería
Riesgo de caídas r/c dificultad en la marcha, incontinencia, uso de dispositivos de ayuda.

Nombre: T. J. N. G.

Edad: 15 años Servicio/Contexto: Hogar

Fecha: Marzo 2017 Hora: 16:00

Intervenciones Realizadas
<p>A la paciente T. J. N. G. se le realizaron en su hogar, las siguientes intervenciones de enfermería:</p> <p>Se le enseñó a la paciente como caer para minimizar el riesgo de lesiones.</p> <p>Se identificaron conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.</p> <p>Se le ayudó a la paciente a adaptarse a las modificaciones sugeridas de la manera de caminar.</p> <p>Además se determinó la presencia y la calidad del apoyo familiar.</p> <p>Se identificaron las estrategias habituales de resolución de problemas de las personas.</p> <p>Tiempo: 3 semanas</p>

Evaluación
<p>Puntuación basal: 3 A veces demostrado Puntuación pos intervención: 5 Siempre demostrado</p> <p>Puntuación cambio: +2</p> <p>Indicadores basales y pos intervención:</p> <p>Mantenimiento del equilibrio (3-5)</p> <p>Coordinación (3-5)</p> <p>Marcha (4-5)</p> <p>Mantenimiento de la posición corporal (4-5)</p> <p>Se mueve con facilidad (4-5)</p> <p>El resultado esperado: movilidad: tuvo respuestas positivas a las intervenciones de enfermería.</p>

3.1.2 Plan de Cuidados de Enfermería: Incontinencia Urinaria Funcional

Nombre de la persona: T. J. N. G.

Edad: 15 años

Fecha: Marzo 2017

Servicio/ Contexto: Hogar.

Diagnóstico médico: Mielomenigocele e Hidrocefalia.

Resultados Esperados (NOC)			
Dominio: II Salud Fisiológica (II)		Clase: Eliminación (F)	
Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Diana 17
Dominio 3: Eliminación e intercambio Clase 1: Función urinaria Diagnóstico de Enfermería (NANDA) (00020)Incontinencia urinaria funcional r/c limitaciones neuromusculares e/p capacidad para vaciar completamente la vejiga, el tiempo requerido para llegar hasta el inodoro excede el tiempo que pasa entre la sensación de urgencia y la micción incontrolada, percepción de la necesidad de miccionar.	Eliminación urinaria (0503) (050301)Patrón de eliminación(3) (050303)Cantidad de orina(3) (050304)Color de la orina(4) (050307)Ingesta de líquidos (4) (050313)Vacía la vejiga completamente(3)	1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5.No comprometido Puntuación basal: 3 Moderadamente comprometido	Mantener a: 4 Levemente comprometido Aumentar a: 5 No comprometido

Intervenciones (NIC)

Campo: 1 Fisiológico: Básico

Clase: B Control de la eliminación

Intervención 1: Entrenamiento de la vejiga urinaria (0570)

Actividades:

Animar al paciente a evacuar diariamente.

Revisar la evacuación diaria con la paciente.

Proporcionar intimidad para ir al aseo.

Expresar confianza en la posibilidad de mejorar la continencia.

Enseñar al paciente a controlar conscientemente la orina hasta la hora programada de ir al aseo.

Intervenciones (NIC)

Campo: 1 Fisiológico: Básico

Clase: B Control de la eliminación

Intervención 2: Cuidados de la incontinencia urinaria (0610)

Actividades:

Identificar las causas de los múltiples factores que producen incontinencia (producción urinaria, esquema de eliminación, función cognoscitiva, problemas urinarios anteriores, residuo después de la eliminación y medicamentos). Proporcionar intimidad para la evacuación

Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones.

Comentar los procedimientos y los resultados esperados con la paciente.

Enseñar maneras de evitar el estreñimiento o la impactación de heces.

Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería	Nombre: T. J. N. G.	
<p>Incontinencia urinaria funcional r/c limitaciones neuromusculares e/p capacidad para vaciar completamente la vejiga, el tiempo requerido para llegar hasta el inodoro excede el tiempo que pasa entre la sensación de urgencia y la micción incontrolada, percepción de la necesidad de miccionar.</p>	Edad: 15 años	Servicio/Contexto: Hogar
	Fecha: Marzo 2017	Hora: 16:00
Intervenciones Realizadas	Evaluación	
<p>A la paciente T. J. N. G. se le realizaron en su hogar, las siguientes intervenciones de enfermería: Se le animo a la paciente a evacuar diariamente. Además se revisó la evacuación diaria junto con el paciente. Se logró que la paciente expresará confianza en la posibilidad de mejorar la incontinencia. Se le proporcionó a la paciente intimidad para la evacuación A la paciente se le comentó los procedimientos y los resultados esperados.</p> <p>Tiempo: 3 semanas</p>	<p>Puntuación basal: 3. Moderadamente comprometido. Puntuación pos intervención: 5. No comprometido Puntuación cambio: +2 Indicadores basales y pos intervención: Patrón de eliminación(3-5) Cantidad de orina(3-5) Color de la orina(4-5) Ingesta de líquidos (4 -5) Vacía la vejiga completamente(3-5) El resultado esperado: eliminación urinaria: tuvo respuestas positivas a las intervenciones de enfermería.</p>	

3.1.3 Plan de Cuidados de Enfermería en Deterioro de la Movilidad Física

Nombre de la persona: T. J. N. G.

Edad: 15 años Fecha: Marzo 2017

Servicio/ Contexto: Hogar.

Diagnóstico médico: Mielomenigocele e Hidrocefalia.

Dominio 4: Actividad/reposo Clase 2: Actividad/ejercicio		Resultados Esperados (NOC)			
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)		Dominio: I Salud Funcional (I)	Clase: Movilidad (C)		
		Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Diana 14
(00085)Deterioro de la movilidad física r/c deterioro del estado de físico e/p dificultad para girarse, cambios en la marcha, inestabilidad postural.		Tolerancia a la actividad (0005)	(00518)Facilidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) (2) (000503)Frecuencia respiratoria en respuesta a la actividad(2) (00509)Paso al caminar(4) (000510)Distancia de caminata (3) (000511)Tolerancia subir a escaleras (3)	1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5.No comprometido Puntuación basal: 3 Moderadamente comprometido	Mantener a: 3 Moderadamente comprometido Aumentar a: 4 Levemente comprometido

Intervenciones (NIC)

Campo: 1 Fisiológico: Básico

Clase: A Control de actividad y ejercicio

Intervención 1: Fomento del ejercicio (0200)

Actividades:

Valorar las ideas del individuo sobre el efecto del ejercicio físico en la salud.

Explorar las barreras para el ejercicio.

Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.

Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.

Instruir al individuo acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud, en colaboración con el médico y/o el fisioterapeuta.

Intervenciones (NIC)

Campo: 1 Fisiológico: Básico

Clase: A Control de actividad y ejercicio

Intervención 2: Terapia de ejercicios: equilibrio (0222)

Actividades:

Determinar la capacidad del paciente para participar en actividades que requieran equilibrio.

Proporcionar la oportunidad de discutir sobre los factores que influyen en el miedo a caerse.

Facilitar un ambiente seguro para la práctica de los ejercicios.

Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón, barra de andar, almohadas o colchones de ejercicios) como apoyo del paciente al realizar los ejercicios.

Proporcionar medidas para el equilibrio, el ejercicio o programas de educación sobre caídas.

Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería
Deterioro de la movilidad física r/c deterioro del estado físico e/p dificultad para girarse, cambios en la marcha, inestabilidad postural.

Nombre: T. J. N. G.

Edad: 15 años

Fecha: Marzo 2017

Servicio/Contexto: Hogar

Hora: 16:00

Intervenciones Realizadas
<p>A la paciente T. J. N. G. se le realizaron en su hogar, las siguientes intervenciones de enfermería:</p> <p>Se le valoró las ideas sobre el ejercicio para el beneficio de su salud.</p> <p>Se le exploró las distintas barreras para el ejercicio.</p> <p>A la paciente se le animó a empezar un ejercicio de acuerdo a su condición física.</p> <p>Se determinó la capacidad que tiene el paciente para realizar actividades que requieran equilibrio.</p> <p>Se utilizó de su dispositivo de ayuda para realizar ejercicio.</p> <p>Tiempo: 4 semanas</p>

Evaluación
<p>Puntuación basal: 3. Moderadamente comprometido</p> <p>Puntuación pos intervención: 5. No comprometido</p> <p>Puntuación cambio: +2</p> <p>Indicadores basales y pos intervención:</p> <p>Facilidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) (2-4)</p> <p>Frecuencia respiratoria en respuesta a la actividad(2-4)</p> <p>Paso al caminar(4-5)</p> <p>Distancia de caminata (3-5)</p> <p>Tolerancia subir a escaleras (3-5)</p> <p>El resultado esperado: tolerancia a la actividad: tuvo respuestas positivas a las intervenciones de enfermería.</p>

3.1.4 Plan de Cuidados de Enfermería en Planificación Ineficaz de las Actividades

Nombre de la persona: T. J. N. G.
Servicio/ Contexto: Hogar

Edad: 15 años Fecha: Marzo 2017
Diagnóstico médico: Mielomenigocele e Hidrocefalia.

Dominio 5: Percepción/ cognición Clase 4: Cognición		Resultados Esperados (NOC)			
		Dominio: II Salud Fisiológica (II)		Clase: Neurocognitiva (J)	
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)		Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Diana 15
(00199)Planificación ineficaz de las actividades r/c compromiso de la habilidad para procesar la información e/p falta de organización secuencial, falta de logros de los objetivos para la actividad elegida, verbalización de preocupación sobre la tarea que se ha de realizar.		Cognición (0900)	(090014)Comunicación clara según la edad (3) (090013)Comprende el significado de situaciones (3) (090004)Se concentra (3) (090005)Está orientado (4) (090001)Toma decisiones apropiadas (2)	1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5.No comprometido Puntuación basal: 3 Moderadamente comprometido	Mantener a: 4 Levemente comprometido Aumentar a: 5 No comprometido

Intervenciones (NIC)

Campo: 3 Conductual
Clase: O Terapia conductual

Intervención 1: Facilita la autorresponsabilidad (4480)

Actividades:

Considerar responsable al paciente de sus propias conductas.
Ayudar a los padres a identificar las tareas propias de la edad de las que debe responsabilizarse a la adolescente, si procede.
Animar a los padres a comunicar claramente las expectativas de conducta responsable de la adolescente.
Ayudar al paciente a identificar las áreas en las que podría fácilmente asumir más responsabilidad.
Ayudar en la creación de un horario que guíe el aumento de responsabilidad futuro.

Intervenciones (NIC)

Campo: 3 Conductual
Clase: O Terapia conductual

Intervención 2: Modificación de la conducta (4360)

Actividades:

Determinar la motivación al cambio del paciente. Ayudar al paciente a identificar su fortaleza y reforzarla. Evitar mostrar rechazo o quitar importancia a los esfuerzos del paciente por cambiar su conducta.
Animar al paciente a que examine su propia conducta.
Establecer objetivos de conducta de forma escrita.

Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería
Planificación ineficaz de las actividades r/c compromiso de la habilidad para procesar la información e/p falta de organización secuencial, falta de logros de los objetivos para la actividad elegida, verbalización de preocupación sobre la tarea que se ha de realizar.

Nombre: T. J. N. G.

Edad: 15 años

Servicio/Contexto: Hogar

Fecha: Marzo 2017

Hora: 16:00

Intervenciones Realizadas
<p>A la paciente T. J. N. G. se le realizaron en su hogar, las siguientes intervenciones de enfermería:</p> <p>A la madre se le ayudo a identificar las tareas propias de la edad de las que debe responsabilizarse la menor de edad.</p> <p>Se le animó a los padres a comunicar claramente las expectativas de conducta responsable de la adolescente. Se le ayudo a la paciente a realizar un horario que guiara el aumento de responsabilidad futuro.</p> <p>A la paciente se le ayudo a identificar su fortaleza y reforzarla. Se le animó a la paciente a que examinara su propia conducta.</p> <p>Tiempo: 5 semanas</p>

Evaluación
<p>Puntuación basal: 3. Moderadamente comprometido</p> <p>Puntuación pos intervención: 5. No comprometido</p> <p>Puntuación cambio: +2</p> <p>Indicadores basales y pos intervención:</p> <p>Comunicación clara según la edad (3-5)</p> <p>Comprende el significado de situaciones (3-5)</p> <p>Se concentra (3-5)</p> <p>Está orientado (4-5)</p> <p>Toma decisiones apropiadas (2-5)</p> <p>El resultado esperado: cognición: tuvo respuestas positivas a las intervenciones de enfermería.</p>

3.1.5 Plan de Cuidados de Enfermería: Disposición para Mejorar el Autoconcepto

Nombre de la persona: T. J. N. G.

Edad: 15 años

Fecha: Marzo 2017

Servicio/ Contexto: Hogar.

Diagnóstico médico: Mielomenigocele e Hidrocefalia.

Resultados Esperados (NOC)			
Dominio: III Salud Psicosocial (III)		Clase: Bienestar psicológico (M)	
Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Diana 16
Diagnóstico de Enfermería (NANDA) (00167) Disposición para mejorar el autoconcepto e/p acepta sus fortalezas, expresa satisfacción por su sentido de valía personal, expresa deseos de reforzar el autoconcepto.	Motivación (1209) (120901) Planes para el futuro (2) (120904) Obtiene el apoyo necesario (4) (120907) Mantiene una autoestima positiva (4) (120910) Expresa la creencia en la capacidad para realizar la acción (3) (120915) Expresa intención de actuar (3)	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado Puntuación basal: 3 A veces demostrado	Mantener a: 4 Frecuentemente demostrado Aumentar a: 5 Siempre demostrado

Intervenciones (NIC)
<p>Campo: 3 Conductual Clase: R Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles</p> <p>Intervención 1: Apoyo emocional (5270) Actividades: Comentar la experiencia emocional con la paciente. Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo. Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.</p>

Intervenciones (NIC)
<p>Campo: 3 Conductual Clase: R Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles</p> <p>Intervención 2: Potenciación de la autoestima (5400) Actividades: Observar las frases del paciente sobre su propia valía. Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios. Animar a la paciente a identificar sus virtudes. Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima. Comprobar la frecuencia de las manifestaciones negativas sobre sí mismo.</p>

Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería		
<p>Disposición para mejorar el autoconcepto e/p acepta sus fortalezas, expresa satisfacción por su sentido de valía personal, expresa deseos de reforzar el autoconcepto.</p>	Nombre: T. J. N. G.	
<p>Intervenciones Realizadas</p> <p>A la paciente T. J. N. G. se le realizaron en su hogar, las siguientes intervenciones de enfermería: Se le dieron abrazos a la paciente en el momento adecuado para proporcionarle apoyo. A la paciente se le ayudo a reconocer sentimientos principalmente la ira. Se le escucho expresiones de sentimientos y creencias. A la paciente se le observo las frases sobre su propia valía. Se le animó a la paciente a identificar sus virtudes.</p> <p>Tiempo: 3 semanas</p>	<p>Edad: 15 años</p> <p>Fecha: Marzo 2017</p>	<p>Servicio/Contexto: Hogar</p> <p>Hora: 16:00</p>
Intervenciones Realizadas	Evaluación	
	<p>Puntuación basal: 3 A veces demostrado. Puntuación pos intervención: 5 Siempre demostrado</p> <p>Puntuación cambio: +2</p> <p>Indicadores basales y pos intervención:</p> <p>Planes para el futuro (2-4)</p> <p>Obtiene el apoyo necesario (4-5)</p> <p>Mantiene una autoestima positiva (4-5)</p> <p>Expresa la creencia en la capacidad para realizar la acción (3-5)</p> <p>Expresa intención de actuar (3-5)</p> <p>El resultado esperado: motivación: tuvo respuestas positivas a las intervenciones de enfermería.</p>	

Capítulo IV

4.1 Conclusión

El proceso de enfermería, permite identificar las necesidades del adolescente, al ejecutar el plan cuidados mejorar su calidad de vida, principalmente a prevenir el riesgo de caídas ya que debido a su discapacidad física que presenta, es más vulnerable a sufrir caídas. Esto se logró con ayuda de la valoración cefalocaudal y a través de los 11 Patrones Funcionales de Salud se identificaron los diagnósticos; es aquí donde el profesional de enfermería desarrolla actividades que van de acuerdo a la adolescente con MMC pero también a sus familiares, enfocadas a la calidad de vida, entre otras actividades se brindó apoyo emocional para lograr integrarla en el ambiente social, sin embargo para estas personas con MMC se necesita de un equipo multidisciplinario.

Cabe mencionar que la experiencia personal que adquirí durante la implementación del proceso de enfermería, fue muy conmovedora sin dejar a un lado el aprendizaje y conocimiento de esta patología; ya que es admirable como personas con malformaciones congénitas viven hasta la etapa de la adolescencia, a pesar de la discapacidad que presenta no se deja vencer y sigue luchando por sus sueños, eso es significado de como fortalecen su sentimiento de valentía, por seguir adelante; no dejado a un lado el apoyo emocional por parte de su familia que ha estado con ella en todo momento. Pero sobre todo fue muy grato conocer a esta adolescente porque tiene unos sentimientos tan nobles; y de manera general creo que las personas con alguna malformación congénita necesitan de mucho atención tanto medica como afectiva; y la comprensión por parte de sus familiares.

Referencias

- Bella, M. E. (2012). Comportamiento de riesgos para salud en niños y adolescentes con intentos de suicidio y en sus familiares. Recuperado el 06 de Junio de 2017 de, <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012001100006>
- Bulechek G, Butcher H y McCloskey Joane (2015). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5a Edición. Elsevier-Mosby, España.
- Figueiredo, S. V., Sousa, A. C. C. D., y Gomes, I. L. V. (2016). Menores com necessidades especiais de saúde e familiares: implicações para a Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69, 88-95.
- Gaiva, M. A. M., Neves, Á. D. Q., y Siqueira, F. M. G. d. (2009). O cuidado da criança com espinha bífida pela família no domicílio. *Escola Anna Nery*, 13, 717-725.
- Gurgel, E. d. P. P., Rolim, K. M. C., Galvão, M. T. G., y Caetano, J. Á. (2010). Abordagem assistencial ao neonato portador de mielomeningocele segundo o modelo de adaptação de Roy. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44, 702-707.
- Guzman, Caridad, I., Landin, Guerra, R.C., Rico, Aguilar, M.T. (2016). Caso clínico de enfermería: mujer embarazada y recién nacido con defecto del tubo neural. Recuperado el 08 de Junio de 2017 de, <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim1611.pdf>
- Lima, Rosangela, Faleiros y Faleiros (2017). Rehabilitacion de los niñosyadolescents con mielomeningocele: el día a día de las madres cuidadores. Recuperado el 08 de Junio de 2017 de, <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.60310>

S., Johnson M., Maas M y Swazon, E. (2015). Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Elsevier-Mosby 4ª Edición, España.

NANDA-I (2015) Nursing Diagnoses: Definition and Clasification (Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación) Elsevier España S.L. Editado por T. Herdman, PhD, RN. Barcelona España.

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017). Adolescentes: riesgos para salud y soluciones. Recuperado el 08 de Junio de 2017 de, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es>

Rosales, B. S. y Reyes G. E. (2008) Fundamentos de enfermería. 3a Edición, México. Editorial el Manual Moderno.

Vieira, Carvalho y Gómez (2016). Los niños con necesidades especiales de salud y la familia: implicaciones para enfermería. Recuperado el 06 de Junio de 2017 de, <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690112>



Apéndice A
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría Académica
PE: Licenciatura en Enfermería



Apéndice A

Consentimiento Informado

Fecha: 10/ Febrero/ 2017

Nombre del paciente: T.J.N.G.

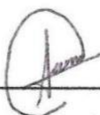
Me ha explicado que el objetivo de su visita es realizar un proceso de enfermería para lo cual necesita platicar conmigo y con mi hija de forma particular, mencionando que de esta forma identificará los problemas de salud y podrá orientarme y capacitarme para resolverlos; además de que me comprometo a estar dispuesta a colaborar en los ejercicios.

Al terminar el proceso, me dará a conocer los diagnósticos de salud que se identificarán así mismo como las propuestas de solución y las actividades a desarrollar en la evaluación.

Acepto recibir a la pasante de enfermería para realizar el proceso de enfermería y de igual manera que me ha expresado que la información que ella obtenga por parte mía, se tratara de manera confidencial y no harán mal uso de ella.



PESS Fabiola Esteban Guzmán



Miembros de la familia

NOTA: No aceptan que se les tomen fotos durante las intervenciones, porque piensan que se publicarán en algún medio de comunicación.



Apéndice B
 Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
 Facultad de Enfermería
 Secretaría Académica
 PE: Licenciatura en Enfermería



Formato de Valoración por Patrones Funcionales de Salud

1.-Patrón Percepción Manejo de Salud:

¿Qué sabe usted sobre su enfermedad?

La adolescente conoce acerca de su enfermedad porque a través de su madre es como se ha ido informado y todo lo que le ha pasado, la adolescente menciona que ahorita ya conoce más acerca de su discapacidad.

¿Qué necesita saber su enfermedad?

Comento que en ocasiones se pregunta a si misma y a veces a su madre, del porque ella nació así.

Estilos de vida-hábitos

No consume alcohol ni tabaco, para ella es consumir sustancias nocivas y que dañan la salud.

Hábitos de higiene

Corporal: se realiza el baño diario, menciono que se limpia los oídos después de bañarse, se corta las uñas por lo menos una vez al mes; además menciono que necesita la ayuda de un familiar para el aseo personal. Hizo un comentario el cual utiliza de pañales porque tiene problemas de incontinencia.

2.- Patrón Nutricional-Metabólico:

Cambio de peso durante los últimos 6 meses: No

Apetito: Normal

Dificultad para deglutir: No, hasta el momento no presenta ninguna dificultad para deglutir

¿Cuántas comidas realiza durante el día? Respondió que solo 3

En este patrón además comento que tiene una válvula ventrículo-peritoneal que está colocada en la cabeza y finaliza en el abdomen

3.-Patron Eliminación:

Presenta estreñimiento, diarrea o incontinencia: Incontinencia

Función excretora: Comento que hace pedazos duros y separados.

4.-Patrón Actividad-Ejercicio:

Necesita de ayuda de familiar para ir al baño o vestirse: Si

Aparatos de ayuda: Muletas y férulas

Movilidad de miembros: Si

5.- Patrón Sueño-Descanso:

Horas de sueño: 8 horas

Necesita de medicamentos para dormir: No

Padece de insomnio: No

6.- Patrón Cognitivo- Perceptual:

Orientada en tiempo, persona y espacio: Si se le pregunto, nombre completo, día y el lugar y contesto bien

Presenta lagunas mentales: No, menciono que le resulta un poco difícil aprender

Tiene problemas de comunicación: No

Tiene problemas de habla: No

7.-Patrón Autopercepción- Autoconcepto:

Presenta preocupaciones con respecto a su enfermedad: Si, en ocasiones

Como es su estado de ánimo: se describe como una persona alegre y optimista

Es difícil para usted integrarse en actividades de grupo: Si

8.- Patrón Rol- Relaciones:

Estado civil: Soltera

Ocupación: Estudiante

Con quien vive: Familia

¿Qué rol tiene? Hija menor y hermana

En actividades cotidianas de quien necesita ayuda: Familiar

Principal fuente de apoyo: Familia

9.-Patrón Sexualidad- Reproducción:

¿A qué edad inicio su menstruación? 10 años

Presenta dolores menstruales: No

10.-Patrón de Afrontamiento- Tolerancia al estrés:

Presenta estrés: Si

¿A qué asocia su estrés o tensión? Al no poder realizar las cosas rápido

Con que frecuencia: 1-2 veces por semana

Presenta alguna lesión: Si ¿Cuál? Lesión medular debido a su enfermedad de mielomeningocele.

11.- Patrón de Valores y Creencias:

Religión: Católica

¿Qué valores son importantes para usted? Principalmente el respeto, el afecto, la responsabilidad y la tolerancia.



Apéndice C
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría Académica
PE: Licenciatura en Enfermería



Escala de Bristol
(Permite clasificar la forma de las heces humanas)

Escala de heces de Bristol		
Tipo 1		pedazos duros separados, como nueces (difícil de excretar)
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero llena de bultos
Tipo 3		Como una salchicha pero con rajaduras en la superficie
Tipo 4		Como una viborita, suave y blanda
Tipo 5		Pedazos blandos con bordes claros (se excretan fácilmente)
Tipo 6		Pedazos blandos con bordes deshechos
Tipo 7		Aguado, sin trozos sólidos. Enteramente líquido

Fuente: Lewis SJ, Heaton KW (1997). «Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time» Scandinavian Journal of Gastroenterology. Vol. 32. n.º 9. pp. 920–4.

<http://www.enfermeria1014.com/page/Escala+de+bristol>