



**UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD**

**MODELO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN UN CASO
CON SINDROME DE POS-POLIO**

TESIS

Que para obtener el grado de maestra en rehabilitación Neurológica

Presenta Irene Quiza Tomich

Tutora: Maestra Rosa María Nájera Nájera

Asesora: Maestra Fabiola Soto Villaseñor

México D.F, Diciembre del 2008

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCION	1
I. MARCO CONCEPTUAL	3
II. LOS PARADIGMAS DE ENFERMERIA	8
III. ESCUELA DE LAS NECESIDADES Y EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON	11
IV.1. COMPONENTES DEL PARADIGMA DE VIRGINIA HENDERSON	13
V. 2 LA PERSONA Y LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS	15
VI. PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERIA	18
VII. ESTUDIO DE CASO EN ENFERMERIA	21
VIII. EL CUIDADO DE ENFERMERÍA	29
IX. ESTUDIO DE CASO DE: PERSONA AFECTADA SÍNDROME POST-POLIO	30
X. 2 PLAN DE CUIDADOS DE LA PERSONA CON SPP	36
XI. 3. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA Y PLANIFICACION DE LOS CUIDADOS	38
XII. DISCUSIÓN SOBRE EL ESTUDIO DE CASO	49
XIII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXOS	55
GLOSARIO	59

INTRODUCCION

La disminución en las tasas de fertilidad y de mortalidad ha ocasionado un envejecimiento acelerado de la población mundial que afecta en especial a los países en vías de desarrollo, este perfil epidemiológico ha permitido que las enfermedades infecto-contagiosas características de años anteriores den lugar a las enfermedades crónico degenerativas muchas de las cuales ocasionan discapacidad en las personas. Según proyecciones del Consejo Nacional de Población en México la esperanza de vida va en aumento, pasando en promedio de 74 años en 2000 a 81.3 en 2050. En el año 2007 sobreviven 3.8 millones de adultos mayores de 70 años, de los cuales 3.9 son varones y 4.4 son mujeres. (1)

Una de estas enfermedades crónico degenerativas es el Síndrome de Post polio, él cual se caracteriza por ocasionar un deterioro neurológico progresivo, que se acompaña de una disminución de la funcionalidad e independencia personal, y en fases avanzadas aparece la necesidad de un cuidador principal, motivo por el cual se presenta un estudio de caso de una persona afectada por el Síndrome de Post polio en el que se detalla la intervención del profesional de enfermería ; se hace énfasis en los aspectos preventivos y de independencia siguiendo el modelo de Virginia Henderson, por considerar que esta teórica basa el arte de cuidar , en postulados que facilitan la incorporación de la persona a una mejor calidad de vida a través de intervenciones de enfermería eficientes y eficaces.

La disciplina de enfermería en las últimas décadas se le concibe como ciencia y arte del cuidado. En su carácter de ciencia posee un cúmulo de conocimientos que la sustentan, así como de un método para el cuidado y una tecnología que permite la concreción de una práctica social. Como arte la enfermería tiene unos fundamentos estéticos, éticos y filosóficos que la ubica dentro de las disciplinas socio-humanas.

La enfermería ha sido tradicionalmente una profesión asistencial en la que los cuidados a la persona ocupa el centro de su actividad. Según el Consejo Internacional de Enfermería en su código deontológico señala que: "La responsabilidad profesional primordial de la enfermería será para con las personas que necesiten cuidados lo que se hace más evidente en poblaciones vulnerables como son las personas en edades extremas de la vida con presencia de discapacidad al igual que en aquellos individuos en desventaja social.

El estudio de caso es un procedimiento que permite proporcionar un cuidado integral en el que puede aplicarse un modelo producto de estudios de investigación que alguna teórica de la disciplina realizó y cuyos resultados se analizan para aplicarse en situaciones concretas además de estar basado en las necesidades humanas.

El modelo que se presenta tiene como objetivo destacar el papel que tiene el profesional de enfermería en el cuidado de una persona con Síndrome de Post polio cuya misión principal será lograr que esta persona logre una rehabilitación que le permita una mayor independencia y una vida digna.

1. Alonso, Olivares. Emir: Falta preparación de académicos para atender alza en número de ancianos: La Jornada. 31 de julio del 2007.

I. MARCO CONCEPTUAL

El modelo de atención de enfermería que se presenta requiere de un marco conceptual que permita relacionar los avances científicos y técnicos que existen alrededor de las personas afectadas por el síndrome de post polio así como los aspectos del cuidado de enfermería permitiendo actuar de manera asertiva en el acto de de la salud que nos compete.

El marco conceptual por lo tanto está constituido por los siguientes capítulos: 1. El Cuidado como centro y eje de la práctica de enfermería 2. Los Paradigmas de Enfermería los cuales pretenden explicar los postulados del cuidado, presentando de manera específica el modelo de Virginia Henderson quien fue la teórica seleccionada para el caso que nos ocupa , finalmente el respaldo teórico del Estudio de una persona con Síndrome de post polio.

I. 1. EL CUIDADO COMO CENTRO Y EJE DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

El ser humano como todos los seres vivos ha tenido siempre necesidad de ser cuidado, el cuidar es un acto fundamental que permite que la vida continúe. Es el resultado de una construcción propia de cada situación que parte de la identificación de problemas de salud y de necesidades reales o potenciales de las personas que demandan cuidado. Para autores como Ortiz cuidar es tratar de ayudar al ejercicio de la libertad , es crear un nuevo orden, un marco referencial, donde el sujeto vulnerable se reencuentre y sepa a qué atenerse, puesto que cuidar es un acto de confianza. Para Colliere (1) cuidar es ayudar a vivir, afirma que no se trata de un rol, que no es una definición, ni una regla de pensamiento que enseñe cómo cuidar. Constituye el testimonio que los cuidados se basan en leyes que rigen la salud, estando por lo tanto orientados a las personas tanto sanas como enfermas. (2)

Al cuidado se le considera como aquella condición previa que permite la eclosión de la inteligencia y lo afectivo. Es un orientador anticipado del comportamiento. Abarca desde el nacimiento hasta el proceso de la muerte.

Se puede decir entonces que cuidar es la esencia de enfermería, implica por tanto una relación profunda y conciente entre el cuidador y el cuidado. Hablar de ello significa hablar de actitudes, valores, creencias, comprende una serie de elementos específicos complejos y únicos, que requieren ser aprendidos por los profesionales para estar en condiciones de proporcionarlos. En las últimas décadas se le ha identificado como un paradigma de la disciplina y piedra angular de la profesión.

1. Collière, Mª Françoise. (1993) "Promover la vida". Madrid: Interamericana. McGraw-Hill.
2. García MJ. Teoría y progreso de la ciencia de enfermería. Enfermería clínica.2000, 10:263-6.

Los profesionales de enfermería al interactuar con la persona que se encuentra enferma ó sana, deben jerarquizar las acciones y respetar los valores y sentimientos comprometiéndose con el bienestar de quien recibe el cuidado. Requieren por otra parte establecer una relación auténtica, buscando nuevos significados a partir de lo que es vivenciado por la persona que demanda su atención.

Puesto que la enfermería involucra “gente que cuida de gente” es evidente la importancia de la ínter subjetividad en las relaciones humanas, esto se aproxima a la fenomenología existencial representada por Martín Heidegger (1), quien en su libro: *Ser y Tiempo*, con la siguiente fábula describe el cuidado:

*“Al atravesar Cura un río, ve un gredoso barro.
Y tomándolo meditabunda lo comenzó a modelar.
Mientras piensa en lo que hiciera, Júpiter se presenta.
Pídele Cura le dé espíritu y fácilmente lo consigue.
Como Cura quisiese darle su propio nombre,
Niégase Júpiter y exige se le ponga el suyo.
Mientras ellos discuten, interviene también la tierra
Pidiendo su nombre fuera dado a quien cuerpo ella diera.
Tomaron por juez a Saturno, y éste, equitativo, juzga:
Tú Júpiter, porque el espíritu le diste, en la muerte el
Espíritu y tú, Tierra, pues le diste el cuerpo, el cuerpo
Recibid, reténgalo Cura mientras viva, porque fue la
Primera en modelarlo. Y en cuanto a la disputa entre
Vosotros por el nombre, llámese hombre, ya que del humus
Ha sido hecho.*

Se puede deducir entonces que cuidar es inseparable de la comprensión y como tal debe ser simétrica: oyendo al otro, oyéndonos a nosotros mismos, cuidando del otro y cuidando de nosotros mismos. La disciplina de enfermería debe desarrollar habilidades para responder a las expectativas de quien se cuida respetando su individualidad. Es apropiado pensar que el acto de proporcionar confort es inherente al proceso de cuidar, ya que tiene valor para quien lo realiza y para quien es cuidado, debiendo ofrecer a ambos la oportunidad de crecimiento.

1. Heidegger M. *El ser y el tiempo*. 3 ed. México/Madrid/Buenos Aires: F. Cultura Económica; 2000.

Al revisar y profundizar en la literatura de enfermería se observa que la mayoría de ideas y fundamentos para articular y sistematizar conceptualmente la noción de cuidado, éstos se han extraído del campo de la filosofía y psicología existencial, humanista y personalista. Bajo esta perspectiva teórica es frecuente encontrar en los textos de autores como Buber, May, Rogers, Maslow, por citar sólo algunos, concepciones del cuidado en términos del contenido emocional de las interrelaciones enfermera-persona. Uno de los trabajos que se destaca en este sentido en la definición de cuidado es el propuesto por Benner y Wrubel quien afirma: "cuidar, o tomar contacto" es elemento esencial de la relación enfermera-cliente (1) y la capacidad del profesional de enfermería para sentir empatía ó " sentir desde" la persona representa la principal característica de las relaciones profesionales".

En un sentido transaccional y de desarrollo, donde se obtiene crecimiento personal a partir de una relación. Planner sostiene: "Cuidado es un proceso interactivo por el que el profesional de enfermería y la persona se ayudan mutuamente para desarrollarse actualizarse y transformarse hacia mayores niveles de bienestar. El cuidado es alcanzado por una conciencia de íntima apertura del yo al otro por una determinación sincera de compartir emociones, ideas, técnicas y conocimientos." (1)

Mayeroff desde una perspectiva existencial, trata de determinar los atributos generales del cuidado: "cuidar es la antítesis del uso simplista de otra persona para satisfacer necesidades. Su significado no debe ser confundido con tener buenas intenciones o deseos, con el cariño, el confort y el mantenimiento ó con el interés que puede tenerse por lo que le ocurre a otra persona. El cuidado entendido como ayuda a otra persona permite el desarrollo y la actualización del yo. El concepto de cuidado denota fenómenos complejos y multidimensionales que posee elementos científicos-técnicos y humanísticos. .

Collière (2) habla que cuidar es ante todo un acto de vida, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener, conservar la vida y permitir que esta se continúe y reproduzca. Para ella cuidar es un acto individual que uno se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, es un acto de reciprocidad , se tiende a dar a cualquier persona que temporalmente o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales.

Collière establece dos tipos de cuidados de naturaleza diferente:

Los cuidados de costumbre y habituales (care) relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida.

Los cuidados de curación: (cure), relacionado con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida. (2)

1. López-Parra M et al. Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos de teoría de enfermería en la práctica asistencial. Enf Clínica 2006; 16(4) 218-21.

2. Collière, Mª Françoise. (1993) "Promover la vida". Madrid: Interamericana. McGraw-Hill.

La elección relacionada con los cuidados de conservación y desarrollo de la vida y la relacionada con los cuidados de curación en la práctica de enfermería, no son mutuamente excluyentes, sino que deberían ser constantemente objeto de discernimiento respecto las situaciones que precisan que se den cuidados, que se proporcione ayuda para responder a las necesidades vitales. Los cuidados de enfermería por lo tanto dice Colliere están marcados por las concepciones, las creencias y los valores con los que están vinculados a los que requieren cuidados como los que los procuran.

Por su parte Nelly Garzón define el significado de cuidar como de ayudar, dar apoyo, dar asistencia a quien tiene limitaciones físicas, mentales y de conocimientos para proteger, mantener la salud o recuperarla. En el artículo: El cuidado integral y la humanización de la atención de Enfermería, de su autoría, realiza un análisis de un ensayo de Morse, Solber y otros autores donde logra identificar cinco categorías de cuidado y lo considera como: Un rasgo humano, un imperativo moral o ideal, un afecto, una relación Interpersonal y una intervención Terapéutica (1) .

Además señalan dos resultados del cuidado: 1) la experiencia subjetiva del paciente y 2) la respuesta física. A continuación se describe cada una de las categorías:

Cuidado como rasgo humano

“Los seres humanos son seres que cuidan y que el cuidado es un rasgo vital para la supervivencia humana”. Dentro de esta perspectiva se considera al cuidado como un rasgo humano innato. En el caso del profesional de enfermería éste decide hacerlo y se prepara para cuidar a través de conocimientos y experiencias educativas.

Cuidado como imperativo moral-ideal

El cuidado se describe como un valor fundamental o un ideal moral en enfermería. Responde a una vocación o una selección voluntaria. Gadow y Watson sostienen que la base sustancial de enfermería es preservar la dignidad del paciente.

Los teóricos que defienden esta postura del cuidado como un imperativo moral, concluyen que el cuidado es el fundamento de todas las acciones en enfermería.

Cuidado como un afecto

Desde esta perspectiva de cuidado, sus defensores hacen énfasis que el cuidado comprende desde el involucramiento emocional, hasta los sentimientos o empatía del cuidado con el usuario.

1. Garzón A, Nelly. El cuidado integral y la humanización de la atención de Enfermería. En las Memorias del I Congreso Nacional de actualización en Enfermería. Santa fe de Bogotá. Septiembre de 1992. pp-168-177

El cuidado como una relación interpersonal enfermera-paciente

Para algunos autores esta categoría es el fundamento del cuidado humanizado y constituye la esencia del mismo. Permite valorar la situación de la persona y planear su cuidado

El cuidado como intervención terapéutica.

Bajo esta premisa la naturaleza del cuidado comprende las condiciones necesarias para dar el cuidado con una meta terapéutica. Las acciones del cuidado deben demostrar competencias técnicas para atender las necesidades y problemas de los enfermos.

Después de leer y analizar los postulados del significado del cuidado se puede inferir que es la esencia misma de la disciplina, por lo tanto en el estudio de caso que se presenta el cuidado como se ha descrito permite asegurar hasta donde sea posible una vida digna para una persona con Síndrome de Post polio.

El cuidado tal como lo describen las teóricas de la profesión ha requerido de numerosas investigaciones que han producido un considerable número de productos denominados teorías, modelos y paradigmas de enfermería aspecto del que nos ocuparemos de manera general en el siguiente capítulo.

II. LOS PARADIGMAS DE ENFERMERIA

Como puede inferirse a través de la literatura consultada y analizada el cuidado alma viva de la enfermería ha sido motivo de muchos estudios por un gran número de profesionales quienes han tratado a través estudios y experiencias explicar el actuar con bases teóricas y metodológicas. Esta generación de conocimientos ha hecho posible que surjan hoy por hoy paradigmas, teorías y modelos de enfermería permitiendo a los actores de esta disciplina ofertar servicios de calidad.

Diversos autores coinciden en afirmar que enfermería está pasando por un cambio paradigmático en su saber y hacer; cambio que obedece a diferentes trabajos y propuestas de modelos de enfermería entre las que cabe señalar a Virginia Henderson, Hildegard Peplau y Madeleine Leininger, entre otras y con investigadoras contemporáneas como Afaf Meleis, Patricia Benner por citar algunas.

Este cambio tiene como sustento la riqueza del saber propio de la disciplina a partir de la vertebración 1) Teorías generales, 2) investigación en el territorio del cuidado y 3) la práctica basada en evidencia.

Por otro lado K rouac (1) señala que los profesionales de enfermería van y vienen entre los diferentes paradigmas y lo hacen a veces sin saberlo. Estos van desde una visión lineal, unicausal (paradigma de la categorización) hasta considerar a la persona en su totalidad, en interacción con en entorno (paradigma de integración y de la transformación). La disciplina que nos ocupa ha evolucionado en contexto de los acontecimientos históricos y movimientos sociales que se han dado en los últimos siglos.

Según las bases filosóficas y científicas, se puede agrupar las concepciones y por lo tanto los paradigmas de la disciplina de enfermería en seis escuelas:

Escuelas de las necesidades, de la interacción, de los efectos deseados y de la promoción de la salud, todas orientadas hacia la persona, las escuelas del ser humano unitario y del caring caracterizadas por una apertura hacia el mundo.

Escuela de las Necesidades

Las principales representantes de esta escuela son Henderson, Orem y Faye Abdellah. Según estos modelos, el cuidado está centrado en la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades fundamentales (Henderson 1964)   en su capacidad de llevar a cabo su auto cuidado (Orem 1991). La Jerarquía de las necesidades de Maslow y las etapas de desarrollo de Erikson han influenciado esta escuela.

Por el hecho de reservar un lugar importante a la enfermedad y a los problemas de salud las concepciones de esta escuela han marcado el origen de un centro de interés específico de la disciplina enfermera o una orientación hacia la persona.

1.K rouac, Suzanne. "Concepciones de Nigthingale a Parse" . Capítulo 2. En El Pensamiento Enfermero. Edit Masson. Barcelona 1996. Pp 23-58

Escuela de Interacción

Aparece a finales de los años de 1950 y principios de los 60. Las enfermeras que forman parte de esta escuela se inspiraron en las teorías de la interacción, de la fenomenología y del existencialismo. Su interés se centra sobre los procesos de interacción entre el profesional de enfermería y la persona.

Según esta escuela el cuidado es un proceso interactivo entre una persona que tiene una necesidad de ayuda y otra que capaz de ofrecerla. El profesional de enfermería debe tener en claro sus propios valores, emplear su propia persona de manera terapéutica y comprometerse en el cuidado. El cuidado es percibido como acción humanitaria y no mecánica. Ejemplos de teóricas de esta escuela son: Hildegard Peplau, Josephine Paterson, Loreta Zderad, Imogene King entre otras.

Escuela de los Efectos Deseables

En esta escuela el objetivo de los cuidados de enfermería consiste en restablecer un equilibrio, una estabilidad, una homeostasis. Propone metas amplias y ambiciosas para los cuidados de enfermería destinados a la persona que es vista como un sistema. Las representantes de esta escuela se han inspirado en las teorías de adaptación y de desarrollo, así como en la teoría general de los sistemas. Sus principales representantes son: Dorothy Johnson, Lydia Hall, Myra Levine, Callista Roy y Betty Neuman.

Escuela de la Promoción de la Salud

Según esta escuela el punto de mira de los cuidados se amplía a la familia que aprende de sus propias experiencias de salud. Una de sus principales teóricas es la canadiense Moyra Allen, cuyo modelo se conoce como McGill, el cual es considerado como modelo conceptual y de intervención. Las fuentes explícitas subyacentes de esta concepción son la teoría del aprendizaje social de Bandura y la filosofía de los cuidados de salud primarios.

Escuela del ser humano Unitario

Esta escuela se sitúa en el contexto de la orientación de apertura hacia el mundo y del paradigma de la transformación. Martha Rogers propone a los profesionales de enfermería una visión de la persona y de los cuidados enfermeros que procede de los trabajos filosóficos, de teorías de la física y de la teoría general de los sistemas de Von Bertalanffy. Gracias a esta escuela del ser humano unitario se ha conseguido al holismo en todo su significado.

Otras representantes de esta escuela son Margaret Newman y Rosemarie Rizzo Parse que añadieron otras fuentes filosóficas a esta escuela extraídas del existencialismo y de la fenomenología.

Escuela del Caring

Esta escuela tiene por conceptos centrales el caring y la cultura, se ubica en la orientación de la apertura hacia el mundo y el paradigma de la transformación.

Las teóricas de la escuela del Caring consideran que los profesionales de enfermería pueden mejorar la calidad de los cuidados a la personas si tienen apertura a dimensiones tales como la espiritualidad (Jean Watson) y a la cultura (Madeleine Leininger) y si integran los conocimientos vinculado a estas dimensiones. (1)

Cabe la pena mencionar que las dos últimas escuelas reflejan un traslado del paradigma de la integración hacia el de transformación.

Todas estas concepciones de la disciplina aportan conceptos que apoyan al cuidado desde diversas perspectivas. Llama la atención la escuela de necesidades, la cual puede aplicarse de manera más viable en los padecimientos crónicos degenerativos como es el estudio de caso que se desarrollara posteriormente. Motivo por el cual se tratará de manera más amplia en el capítulo siguiente.

1. K rouac, Suzanne. "Concepciones de Nigthingale a Parse" . Capítulo 2. En El Pensamiento Enfermero. Edit Masson. Barcelona 1996. Pp 23-58

III. ESCUELA DE LAS NECESIDADES Y EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Los estudios existentes demuestran que hay diversos modelos que pueden clasificarse dentro de la categoría de necesidades, las que se relacionan en este contexto son: El modelo de Cannon, Halbert Dun, Abraham Maslow, Richard Cáliz y Virginia Henderson.

Los modelos que están bajo esta perspectiva han intentado responder a la interrogante: ¿Qué hacen los profesionales de enfermería? Bajo esta premisa, el cuidado está centrado en la independencia de la persona, en la satisfacción de sus necesidades ó en la capacidad de llevar a cabo el autocuidado. El profesional de enfermería reemplaza a la persona que durante un tiempo, no puede realizar por sí misma ciertas actividades relacionadas con su salud. Con lo cual ayuda a recuperar lo antes posible su independencia ó en la realización de su autocuidado.

La jerarquía de las necesidades de Maslow y las etapas del desarrollo de Erikson ha influenciado esta escuela. Al adentrarse en su concepto de enfermería y el lugar que ocupan las necesidades. En ella se percibe que las personas dependiendo de su situación presentan las necesidades de manera prioritaria. Así cuando las necesidades básicas están satisfechas, surgen otras, de otro nivel. Henderson retomó algunos de los conceptos que se derivan de la fisióloga Stackpole y del psicólogo Thorndike. Vale la pena mencionar que la mayoría de las ideas de Virginia Henderson se recopila en el libro "The nature of. Nursing (1956)" en la que define la función propia del profesional de enfermería, cuyo objetivo es conservar, restablecer la independencia de la persona de manera que pueda satisfacer por sí mismo sus necesidades fundamentales.

El modelo propuesto por V. Henderson es un instrumento clave en la práctica. ya que centra su atención en las necesidades fundamentales de la persona , las intervenciones van dirigidas a conservar ó restablecer la independencia mediante la satisfacción de las necesidades fundamentales, considera que las actividades que realiza el profesional de enfermería son para suplir, supervisar o ayudar a la persona a cubrir las necesidades que no puede, no sabe ó no quiere realizar por sí mismo.(1) Henderson describe las necesidades en relación con los cuidados de la siguiente manera: " Las relación del profesional de enfermería se centran encuentran en la vinculación que existe entre las carencias de una persona que requiere cuidados y la satisfacción de sus necesidades hasta lograr su completa independencia ".

Henderson deja patente que las 14 necesidades están sometidas a factores modificables: Permanentes (edad, cultura, situación social, temperamento, capacidad física e intelectual) y ocasionales (enfermedad que aqueja a la persona y que permite englobar el concepto de entorno).

1. Henderson, Virginia. La naturaleza de Enfermería. España.1994 pp 2-4

Para esta autora el factor independencia es el objetivo a alcanzar una vez que las 14 necesidades hayan sido cubiertas, equipara salud a independencia. Las causas que lo dificultan es todo aquello que impide la satisfacción de las necesidades y lo induce a un estado de dependencia justificando así la intervención del profesional de enfermería.

Al centrar los cuidados básicos de enfermería en su modelo, la autora se adentra en los que debe de hacer el profesional de enfermería para ayudar al paciente a cubrir las necesidades ó darles los conocimientos para que los pueda llevar a su realización por si misma. Para Henderson la enfermería se convierte temporalmente en *"la conciencia para el inconsciente, el apego a la vida para el suicida, la pierna para el amputado, los ojos para quien acaba de perder la vista, un medio de locomoción para el recién nacido, el conocimiento y la confianza para la joven madre, la voz para los que están demasiado débiles para hablar o se niegan a hacerlo y así sucesivamente"*.

Desde la perspectiva de Henderson, la disciplina de enfermería nace ante la falta de fuerza, conocimiento o voluntad para satisfacer cualquiera de las necesidades básicas de las personas, lo que da lugar a estados de dependencia y de falta de autonomía y en el caso de una persona afectada por el Síndrome de post polio se puede considerar como un sujeto necesitado y vulnerable, que se manifiesta a través de las necesidades humanas a la que la enfermera debe dar respuesta. Esta respuesta debe ser científica, técnica, humana y capaz de sostener esa vulnerabilidad, a la vez de procurar alivio, confort y bienestar. (1)

Otra de las ventajas de este modelo en su aplicación en el Proceso de Atención de Enfermería es:

Exponer de manera clara, el rol autónomo de la enfermera y la especificidad de su cuidado.

Los conceptos de persona y salud coinciden con el pensamiento humanístico.

El lenguaje utilizado es sencillo y fácilmente comprensible.

Es flexible y abierto, permitiendo la incorporación de nuevos conceptos.

Se adapta muy bien a la realidad de nuestro país, ya que al lado de la función propia de la enfermera (autónoma), contempla la interdependencia de está con respecto a otras profesiones (de colaboración).

IV.1. COMPONENTES DEL PARADIGMA DE VIRGINIA HENDERSON

Los componentes que se incluyen en todo paradigma y en la teoría de Virginia Henderson se describen de la siguiente manera:

La salud no la definió como tal, en sus escritos compara la salud con la independencia y la considera como la capacidad de la persona para realizar por sí misma las 14 necesidades.

Al **entorno** lo menciona a veces de forma implícita y otra de forma explícita. Menciona la importancia de los aspectos socioculturales y del medio físico para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados, lo define empleando al Webster collegiate dictionary donde dice que son el conjunto de todas las condiciones externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.

La Persona, es el individuo que requiere de asistencia para alcanzar un estadio de salud e independencia o una muerte tranquila, considera al paciente y su familia como una unidad. Cada persona es un ser único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que se ven influenciados tanto por el cuerpo como por la mente. (1)

La Enfermería: Lo define como un profesional que tiene que ayudar al individuo sano ó enfermo a recuperar su independencia. A manejar su discapacidad si es el caso y llevarlo a una muerte digna. El profesional de enfermería puede y debe diagnosticar y aplicar un tratamiento cuando la situación lo amerite.

La función del profesional de enfermería la define de la siguiente manera:

“Ayudar a las personas enfermeras o sanas, en la realización de actividades que contribuyen a su salud o recuperación (ó a una muerte tranquila) y que pueden efectuarlas sin ayuda si tuvieran la fuerza, voluntad y conocimiento necesarios. Además de hacerlo de manera que se les ayude a recuperar su independencia con la mayor rapidez posible “. (1)

A partir de esta definición se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos dentro del modelo que se desarrollaran de forma más amplia y son:

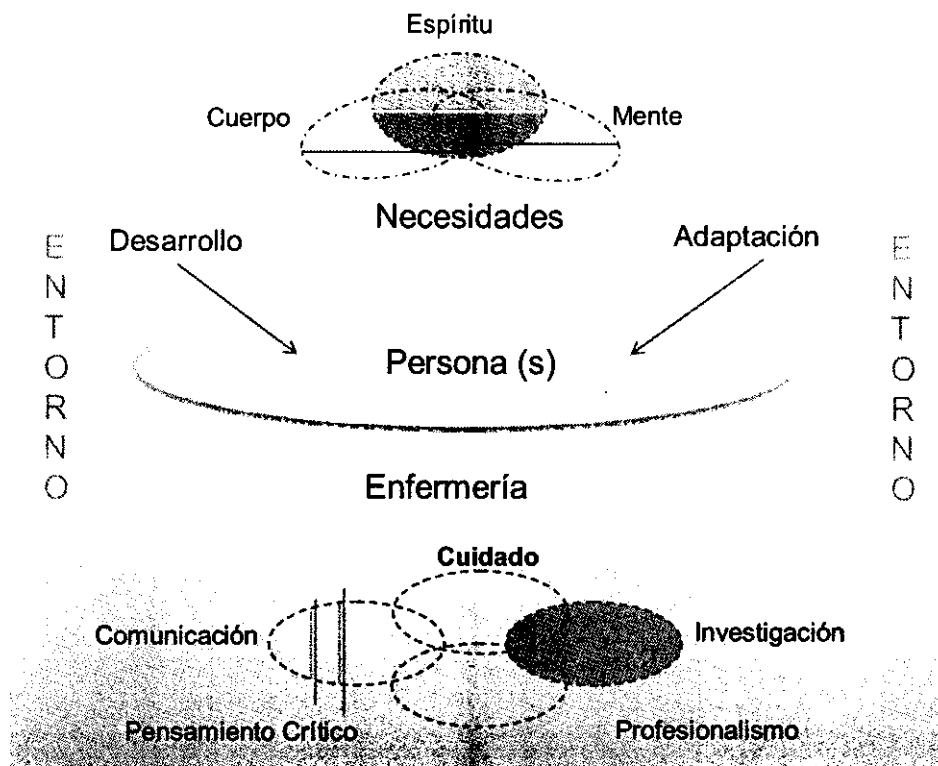
1. Persona: Necesidades Básicas
2. Salud: Independencia, dependencia.
3. Enfermería
4. Entorno. Factores Ambientales y socioculturales

1. Marriner Tomey, Ann. (1999) "Virginia Henderson". Definición de Enfermería. Capítulo 9. Teoría y modelos de Enfermería. 4a edc. Edit. Harcourt, Madrid .pp99-111.

Estos conceptos se representan de manera esquemática en el siguiente cuadro.

ESQUEMA NO 1.

Componentes del Modelo teórico de Virginia Henderson



Fuentes: . Henderson V, The concept of nursing. Journal of advanced nursing, 2006, 53 (1),21-34

V. 2 LA PERSONA Y LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS

Para Henderson cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales (1). Las necesidades básicas se pueden definir como los requerimientos que han de satisfacerse para que el ser humano mantenga su integridad, promueva su crecimiento y desarrollo, para mantenerse vivo o asegurar su bienestar.

Todo ser humano presenta las siguientes necesidades básicas de orden biopsicosocial las cuales deben ser identificadas, jerarquizadas para poder intervenir y son:

- Respirar normalmente
- Comer y beber de forma adecuada
- Eliminar.
- Moverse y mantener una buena postura
- Dormir y descansar
- Vestirse y desvestirse
- Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales
- Mantener el cuerpo limpio, aseado y proteger los tegumentos
- Evitar los peligros
- Comunicarse con los demás.
- Realizar prácticas religiosas según sus creencias y valores
- Ocuparse para realizarse
- Recreación
- Aprender

La persona debe ser vista como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus diferentes necesidades ante todo proceso de salud enfermedad.

Independencia/dependencia y causas de la dificultad:

Todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. Las personas buscan lograr la independencia y por tanto la satisfacción de las necesidades de forma continuada con el fin de mantener el estado óptimo de la salud.

Por lo que se hace indispensable explicar de manera general los conceptos que a continuación se definen, con el propósito de que su aplicación sea entendida en el marco desde la planificación hasta la evaluación de los cuidados.

Independencia: Se considera como el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas.

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

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

1. Henderson V, The concept of nursing. Journal of advanced nursing, 2006, 53 (1), 21-34

Manifestación: Es el signo observable en el individuo que permite identificar la independencia o dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

Fuente de Dificultad: Son aquellos obstáculos ó limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades. Estos se deben la falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

La falta de fuerza no sólo es la carencia ó de habilidades mecánicas sino también la capacidad del individuo para llevar a cabo las acciones pertinentes a la situación, como son los aspectos cognitivos, psíquicos.

Falta de conocimientos: Es lo relativo a asuntos relacionados sobre la propia salud y la enfermedad y los recursos propios y ajenos disponibles.

Falta de voluntad, entendidas como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las 14 necesidades.

La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia la cual puede ser total o parcial así como temporal ó permanente.

3. Rol Profesional, Cuidados Básicos de Enfermería.

Los cuidados básicos en el modelo que nos ocupa son conceptualizados como acciones que lleva a cabo el profesional de enfermería en el desarrollo de sus funciones, actuando de acuerdo al criterio de suplencia, ayuda y acompañamiento, según el nivel de dependencia identificado. (1.) Para ella suplir significa hacer por él paciente aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos. Los diferentes roles que identificó son:

1. Autónomo: Es el que se ejerce con base a un modelo de enfermería, el cual proporciona la guía ó estructura teórica. Las prescripciones que realízale profesional de enfermería son de su exclusiva responsabilidad, es autónoma en su actuación.

2. Interdependiente: El cual ejerce con base a su trabajo de colaboración con otros profesionales del equipo de salud y que deriva generalmente se situaciones de salud de la persona que está bajo un diagnóstico y tratamiento médico. La enfermera aporta sus conocimientos y habilidades para llevar a cabo las prescripciones que le indica generalmente el médico.

3. Dependiente. La enfermera cumple las órdenes prescritas y lleva a cabo los tratamientos establecidos por el resto del equipo de salud.

1. Fernández Ferrín y cols. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2da edc. Masson Barcelona.España .2000 Pág. 16-24

En forma resumida se puede decir que en el paradigma de Virginia Henderson la concepción del ser humano es vista como un ser integral con una serie de necesidades cuya satisfacción depende de la disponibilidad que tiene el individuo para llevar a cabo por sí mismo el cuidado, en ocasiones requiere del apoyo del profesional de enfermería para suplirlas, se considera que este modelo puede ser la guía para el estudio de caso de una persona afectada por una enfermedad crónica neurodegenerativa como es el caso de la persona afectada por el Síndrome de postpolio ya que presenta los siguientes elementos:

El objetivo de los cuidados de enfermería es ayudar a la persona a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencia para la alcanzar la independencia o morir dignamente (1).

El usuario del servicio de enfermería es una persona que presenta un déficit real o potencial en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales

El rol de la enfermera es de suplencia de la autonomía ó de ayuda.

La fuente de dificultad está relacionada con la falta de fuerza, la falta de conocimiento y voluntad.

Los cuidados de enfermería hace referencia a las áreas de dependencia de la persona y a los modos de intervención, dirigidos a aumentar, completar o reforzar o sustituir.

Para que un paradigma se lleve a la práctica se requiere de una herramienta o mecanismo que lo haga posible, el proceso de atención de enfermería es el vínculo recomendable para esta acción y será asunto a tratar en el siguiente capítulo.

1. Fernández Ferrín y cols. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2da edc. Masson Barcelona.España .2000 Pág. 16-24

VI. PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERIA

El cuidado como se ha dicho de diversas maneras es el objetivo principal y la razón de ser de enfermería, en su aplicación se amalgama la ciencia y la técnica; para sustentarlo requiere de paradigmas y herramientas metodológicas, hasta el momento una de las mas aceptadas es el proceso de enfermería el cual, ayuda a definir el ejercicio de la disciplina como método reflexivo, en donde las actividades implican habilidades intelectuales, sociales y manuales, para elegir decisiones correctas cuyo destino es el beneficio de la persona ó las personas.

En el modelo que se propone el fundamento teórico se basa en el paradigma de Virginia Henderson, para su aplicación se utilizó el Proceso de enfermería, este último se caracteriza por una serie de atributos que le han adjudicado estudiosas del tema, los cuales se destacan de manera general en los siguientes párrafos.

Yura y Walsh definen al Proceso de Atención de enfermería como a la serie de acciones pensadas para cumplir el objetivo de la disciplina, mantener el bienestar óptimo de la persona (1). Proporciona un método lógico y racional para que la profesional organice la información de tal forma que el cuidado proporcionado a las personas sea adecuado, eficiente y eficaz.

Ségún M.T. Fehlau: "Es el método sistemático de solución de problemas para planificar el cuidado. Es un proceso de planificación de las atenciones centrado en el paciente de forma lógica y sistemática a través de la valoración, la planificación, la intervención y la evaluación".

Fehlau incluye en la definición el concepto de necesidad, lo que puede llevar a pensar que cuando esta autora se refiere a la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería lo hace sobre la base del modelo de necesidades de Virginia Henderson.

Se puede considerar que el proceso de atención de enfermería es la herramienta metodológica por el cual el profesional de enfermería identifica los problemas y/o necesidades afectadas, con el objetivo de satisfacerlas o estimularlas al individuo, grupo, familia, esta herramienta proporciona una serie de ventajas como son:

Para la persona: Participación en su propio cuidado. Continuidad en la atención. Mejora la calidad de la atención.

Para el profesional de enfermería

Sistematización del trabajo

Seguimiento en la calidad del cuidado

Satisfacción del trabajo realizado

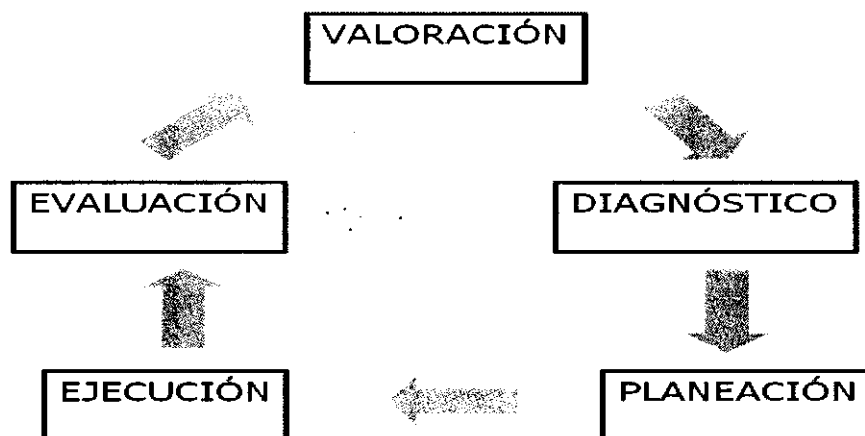
1. Ballesteros, H et al. El proceso de atención de Enfermería y la ciencia. En: Conceptos de Enfermería. Barcelona: Doyma; 1993

El Proceso de Enfermería tiene ciertas características como son: Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo. Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo. Es dinámico: Responde a un cambio continuo. Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud. Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería e cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse de manera sucesiva ó conjuntamente. (1) Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier paradigma de enfermería.

La estructura del Proceso de atención de Enfermería como método de trabajo, está conformado por una serie de pasos o etapas, estas son: Valoración, Diagnóstico planeación, Ejecución y Evaluación y se representa en el siguiente esquema:

ESQUEMA NO 2

FASES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA



Fuente: 1. Alfaro-Lefevre, Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica. 3ª ed. Edit Mosby/Doyma, Madrid, 1996. pp 275-317.

En la práctica diaria del profesional de enfermería se hace necesario el empleo integral de las competencias cognitivas, interpersonales y psicomotoras y esto se logra a través del Proceso de enfermería, esta herramienta debe estar sustentada desde un paradigma y valerse del método científico para lograr la sistematización con mas eficiencia de: Los cuidados, unificar criterios, ahorrar tiempo, facilitar decisiones , emplear un lenguaje profesional propio, y la organización del mismo, consta de las siguientes etapas:

Valoración: Se emplea para describir la evaluación inicial y secuencial del estado de salud de una persona, familia o comunidad. La valoración sistemática y premeditada es un proceso intencionado basado en un plan para recopilar y organizar la información. Trabajar conforme a un paradigma implica la necesidad de obtener información que permita conocer el estado de una persona, familia, grupo o comunidad en relación a los cuidados que precisa, supone la consideración de la persona como ser único y holístico, en continúa adaptación a los cambios que se producen en ella misma y en su entorno.(1)

Diagnóstico: Es el resultado de la valoración y constituye el punto de partida para la planeación y es el referente junto con los objetivos para la evaluación.

Planeación: En el proceso de cuidar es indispensable saber hacia dónde se van dirigidas las acciones y éstas cómo se van a llevar a cabo. En esta etapa se formulan los objetivos que se deben alcanzar para poder resolver las situaciones identificadas como problemas a través de la valoración y etiquetadas posteriormente como diagnóstico. Los objetivos son imprescindibles en la evaluación de los resultados, sirven para medir el efecto de las acciones realizadas sobre la situación del sujeto.

Ejecución: Es el momento del proceso en el cual se requiere de una acción más pragmática y menos intelectual. Sin embargo hay que tener en cuenta que si la ejecución es solamente mecánica rompe la continuidad del proceso de cuidar en enfermería y dificultaría su definición como pensamiento crítico.

Evaluación: Es considerada como el momento de contrastar resultados obtenidos de las actuaciones con los objetivos planeados, identificando los cambios que se han producido después de haber llevado a cabo las intervenciones de enfermería. La evaluación es la garantía de calidad del cuidado y mecanismo importante para verificar el comportamiento de la persona que lo aplica.

Se puede concluir que el Proceso de enfermería constituye la herramienta metodológica que distingue a la disciplina y será la guía para la aplicación del modelo de una persona afectada con Síndrome de post-polio.

1. Phaneuf, M. La planificación de los cuidados enfermeros. México: MacGraw-Hill Interamericana, 1999.

VII. ESTUDIO DE CASO EN ENFERMERIA

La práctica de enfermería engloba una serie de acciones las cuales deben ser realizadas con precisión, como ya se ha mencionado, es de suma importancia la búsqueda constante de técnicas y estrategias que aseguren una atención de calidad, así como el desarrollo de actividades de promoción de la salud, prevención de complicaciones, considerando aspectos físicos, psicológicos, sociales y familiares de las personas.

Por definición el estudio de caso constituye una modalidad de la metodología de la investigación cualitativa, de forma tradicional se ha utilizado en las ciencias sociales y de la salud, se aplica cuando un investigador requiere analizar un evento único y necesita observar de manera analítica y en profundidad los fenómenos humanos, puede estar representado por un individuo, un grupo (familia, institución, comunidad) o un proceso. Esta herramienta está centrada en el estudio holístico de un fenómeno contemporáneo, contextualizado, sin que ello signifique un reduccionismo. Para investigadores como Stake lo define como el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso particular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes. Para enfermería este método de investigación permite conocer los cambios ó modificaciones de tipo morfológico, fisiológicos, psicológico y social, que ha tenido una persona en su proceso de salud-enfermedad y unirlo con una teoría, para realizar acciones concretas de intervención que sean de carácter único, irrepetible y peculiar para cada persona. (1)

Un estudio de caso comprende los siguientes pasos:

- 1 .Diseño del estudio
2. Realización del estudio
3. Análisis y conclusiones

En el primer paso se establecen los objetivos del estudio, se realiza el diseño propiamente dicho y se elabora la estructura de la investigación. Es necesario determinar si la investigación tiene por objetivo la predicción ó la generación de teorías o la interpretación de significados ó una guía par la acción.

Por su estructura los estudios de caso en salud tienen clara correspondencia con los elementos del método clínico en las etapas de valoración, diagnóstico de enfermería, como antecedentes de plan de intervenciones. En enfermería el diseño del estudio de caso incluye los siguientes pasos:

- a) Seleccionar una teoría desde la cual se sustente conceptualmente el caso.
- b) Realizar la valoración de la persona sobre el enfoque teórico seleccionado, apoyándose en las herramientas del método clínico.
- c) Construir los diagnósticos de enfermería, integrando las variables identificadas a partir de la valoración
- d) Elaborar el plan de intervenciones con los objetivos y cuidados realizados con el propósito de modificar el diagnóstico de enfermería.

1. Prats, Joaquín. Estudio de caso único como método para el aprendizaje de los conceptos históricos y sociales. En Nure investigación. No 28. Mayo-junio 07.pp 1-18

El empleo del estudio de caso en la disciplina, conlleva el concepto de totalidad, se distingue por el empleo de conceptos teóricos de enfermería, complementarios a los datos netamente clínicos de la persona estudiada, logra conjuntar el análisis teórico y junto con el práctico, dos cualidades para mantener la unidad teórica-metodológica y así poder trabajar con rigor científico a los que subyace el Proceso de Atención de enfermería. El presente trabajo tiene como característica proponer un modelo de atención en el caso de un paciente con Síndrome de post-polio por lo que se analizará la parte correspondiente al padecimiento estudiado.

POLIOMIELITIS

La historia de la poliomielitis es tan antigua como la humanidad. En la primera mitad del siglo XX, la poliomielitis paralítica registró un creciente número de casos, y en 1940 se reconocieron los tres serotipos distintos de virus que provocan la infección. En 1955, Jonas Salk elaboró la vacuna inactivada contra la polio IPV, y en 1961 se autorizó al Dr. Sabin la utilización de la vacuna oral atenuada (OPV). En 1987 se autorizó, en EE.UU., una nueva vacuna de poliomielitis inactivada (IPV), más potente y con una eficacia similar a la de la vacuna oral. La poliomielitis es una enfermedad producida por un virus del grupo de los enterovirus. Se conocen tres tipos de este virus: el I ó Brunilda, el II ó Lansing y el III ó León. La mayoría de los casos (aproximadamente el 88 %) son resultado de un ataque por el virus de tipo I. (1)

La transmisión es a través de agua contaminada con heces o vómitos de infectados o portadores; manos o alimentos contaminados. La incubación dura entre horas y 5 días. El período de contagio se extiende en forma paralela a la diarrea, aunque el estado de portador puede persistir meses. Existen casos leves, especialmente en los niños, con sólo diarrea. Pero los graves pueden matar en horas si la persona afectada no es tratada; en este caso la letalidad es del 50%, pero con tratamiento desciende al 1%. El hombre es el único reservorio natural del virus, existiendo prácticamente en todos los lugares del mundo donde éste habita. Se transmite por vía Oral-fecal.

El poliovirus tiene preferencia por el sistema nervioso central (neurotropismo) y, de este, en especial por la sustancia gris, en donde se encuentran las neuronas motoras. Cuando ataca en la infancia, el poliovirus lo hace más frecuentemente en hombres que en mujeres, mientras que, a mayor edad, el ataque se concentra más en entre las mujeres.

Al inicio de la enfermedad, el virus se encuentra en grandes cantidades en la orofaringe, especialmente en amígdalas, además, del intestino. De ahí emigra al torrente sanguíneo y linfático hacia el sistema nervioso, donde persiste más tiempo que en el resto de los tejidos, causando la destrucción y muerte de las neuronas motoras.

Mollet, Frans et al. Postpolio Síndrome. Arch Neurol/vol 61.julio 2004. pp 1142-1144

Las lesiones neuronales se caracterizan por grados variables de disfunción de las mismas, sobre todo, por las lesiones en las astas anteriores de la médula espinal y los núcleos motores del tallo cerebral.

Las lesiones causadas por el polio virus en el sistema nervioso son en: 1- Corteza cerebral motora, 2- Tálamo é Hipotálamo, Cerebro medio (sustancia gris), 3- Cerebelo, Núcleos del Techo y Vermis, 4- Tallo Cerebral, Núcleos Vestibulares de Nervios Craneales y Formación Reticular.

La polio se produce de tres formas diferentes: bulbar, bulboespinal y espinal. También tiene tres grados de destructividad: de tipo abortivo, no paralítico y de tipo paralítico.

Manifestaciones clínicas:

Infección no aparente: Constituye el 90 a 95% de las infecciones. La infección es contenida en los tejidos linfoides profundos del intestino.

Forma abortiva: Corresponde del 4 al 8% de las infecciones. Al no ser contenidos, los PV hacen una viremia transitoria, con cuadro general y clásico; es pasajero y no dura más de 2 días. **Meningitis aséptica:** es el 1%. Es similar a la anterior, presenta menos afectación que las meningitis bacterianas y el cuadro es similar a las producidas por otros enterovirus (viremia más prolongada). El diagnóstico específico es por laboratorio: 2 coprocultivos de muestras tomadas de los 15 días posteriores al inicio de los síntomas.

Forma paralítica: del 0.1 al 2% de las infecciones. Llegado al cerebro, el PV se disemina por el mismo y la médula por vía neuronal, destruyendo focalmente la sustancia gris con afectación de neuronas motoras y autónomas (cuerpo anterior y núcleos del puente). Los virus desaparecen rápidamente pero las reacciones inflamatorias persisten por varios meses. Los afectados pueden quedar con secuelas leves o con parálisis permanentes. La poliomiелitis paralítica se presenta en 3 formas: espinal (la más común), bulbar o la combinación de ambas.

SÍNTOMAS

Las manifestaciones clínicas, son muy variables; van desde la infección inaparente, hasta la parálisis flácida de amplios grupos musculares según la región que resulte con más afectación. La lesión del tallo cerebral puede provocar la muerte por paro respiratorio.

La poliomiелitis paralítica se produce en tan sólo un 1% de los casos y comienza de la misma manera, sin que aparezcan, necesariamente, síntomas claros de meningitis. Sin embargo, la infección y destrucción subsiguiente de neuronas en los centros motores de la médula espinal produce la parálisis de los músculos inervados por los centros afectados. La fase inicial incluye síntomas inespecíficos y se sigue de una aparente recuperación. Tras unos días, aparece de nuevo la fiebre, se desarrollan síntomas de irritación meníngea y, finalmente, se produce la parálisis al cabo de uno o dos días. Los sitios de destrucción neuronal determinan la localización de la parálisis, que suele ser asimétrica y que puede afectar a una o más extremidades. Si participan los segmentos cervicales o torácicos de la

médula espinal, puede originarse una insuficiencia respiratoria debido a la disfunción de los músculos intercostales y otros músculos torácicos.

Diagnóstico de la poliomielitis

Toda parálisis flácida aguda que suceda en un niño menor de 15 años de edad constituye un caso sospechoso de poliomielitis. Un caso sospechoso que no se estudie no puede considerarse como caso confirmado, ya que existen otros virus humanos diferentes de los VP que, esporádicamente, pueden producir enfermedades similares. Además, otras enfermedades, como el síndrome de Guillain-Barré o la mielitis transversa, que responden a una agresión del sistema inmune contra el tejido nervioso cursan con parálisis y pueden simular, durante un tiempo, una poliomielitis.

El diagnóstico de confirmación de la poliomielitis se realiza por diferentes procedimientos que permiten detectar e identificar con facilidad la presencia del VP en una muestra de las heces del paciente tomada en los momentos más tempranos de la infección aguda.

SINDROME POST-POLIO

La poliomielitis se había considerado hasta hace algunos años como una enfermedad neurológica estable donde el enfermo tras la infección inicial alcanzaba en el transcurso del siguiente año un grado de recuperación funcional que se mantenía estable durante toda la vida. La enfermedad fue descrita por primera vez, en 1875, por Jean Martín Charcot, en un hombre con parálisis creciente, que había padecido poliomielitis en su infancia. Desde la década de los años 1980 se viene describiendo que las personas pueden perder su capacidad funcional y desarrollar un conjunto de síntomas, que están plenamente reconocidos por la comunidad científica y que se conocen como el síndrome postpolio. (1)

La prevalencia de las enfermedades de la motoneurona en su conjunto es de 3,5 individuos por cada 100.000 habitantes; el síndrome post polio no ocurre en todas las personas que fueron afectadas por la polio, sino en un 20-80% de ellas, siendo más frecuente en las mujeres y existiendo una relación directa entre el riesgo de padecer este síndrome y el grado de severidad de las secuelas de la polio.

Los pacientes que padecieron poliomielitis y que están presentando signos y síntomas del síndrome post-poliomielitis fluctúan desde el 20% al 80%. Así mismo, los reportes que se tienen del tiempo transcurrido desde el ataque inicial de poliomielitis a la aparición de los síntomas postpoliomielitis también son variables y va desde los 10 hasta los 50 años.

1. Howard Roben. Poliomielitis and the postpolio síndrome. Clinical review. BMJ.2005, 330:1314-9

Durante la infección por el virus de la polio muchas de las neuronas de las astas anteriores de médula espinal son dañadas o destruidas, otras sobreviven a la polio y asumen la función de las neuronas lesionadas; de esta forma el paciente recupera el control de sus músculos y su salud, pero a costa de una hiperfunción de las células supervivientes. Al cabo de un periodo variable entre treinta y cuarenta años o incluso más amplio, estas neuronas sobrecargadas comienzan a fallar dando lugar a la aparición de la enfermedad. El restablecimiento de la función neuronal puede ocurrir por segunda vez en algunas fibras pero, con el tiempo, los terminales nerviosos se destruyen y la enfermedad se hace permanente. Este mecanismo es el responsable del curso lento, paulatino e imposible de pronosticar que muestra la enfermedad en la clínica. Algunos autores señalan también la importancia del proceso normal de envejecimiento que, por sí solo, causa una disminución del número de neuronas con la consiguiente debilidad muscular. No se ha encontrado evidencias de que el síndrome se deba a una reactivación del virus

Varios autores coinciden que puede desencadenarse tras una caída, un periodo de reposo prolongado, un accidente leve, o con la aparición de otras enfermedades. (1)

Síntomas comunes:

Fatiga, a menudo agobiante.

Nueva debilidad del músculo.

Dolor, sobre todo en músculos y articulaciones.

Dificultades para respirar y deglutir.

Intolerancia al frío.

Alteraciones del patrón de sueño.

Secundariamente la persona puede presentar dificultades para la marcha o las transferencias, creándose la necesidad de utilizar ayuda técnicas, aumento del índice de caídas, abandono del puesto laboral, limitaciones de la actividad.

Los síntomas que presenta un paciente con SPP dependen en gran medida de cuáles fueron las zonas neurológicas afectadas por la poliomyelitis y el grado de muerte neuronal.

En la poliomyelitis paralítica espinal con predominio medular ya sea cervical, torácica ó lumbar los síntomas más comunes son fatiga y debilidad muscular, a las que suele agregársele atrofia muscular lenta progresiva además de dolor articular y muscular.

1. Aguila- Maturana A.M et al. Nuevos síntomas en pacientes con secuelas de poliomyelitis. Síndrome pospolio. En Rehabilitación, 2005, 39 (1) 13-9.

Posteriormente los síntomas se presentan en las extremidades no afectadas, siendo común encontrar en estos pacientes la presencia de fasciculaciones de cualquier músculo.

En la poliomielitis con afectación bulbar, sobre todo con lesión de la formación reticular es más frecuente encontrar otros síntomas como la dificultad para respirar y para la deglución, a los cuales se añaden los trastornos del sueño y la apnea del sueño. En la mayoría de los casos, tanto espinales como bulbares, es frecuente la intolerancia al frío, con hipotermia relativa de las extremidades.

Cuando la enfermedad afectó las estructuras corticales (polioencefalitis) es frecuente la dificultad en la atención y la memoria.

Los síntomas aparecen prematuramente y con más frecuencia en pacientes que presentan una severa debilidad residual, una dificultad respiratoria temprana, de origen bulbar, contraída en la poliomielitis aguda, sobre todo cuando se produjo a una edad más avanzada. Usualmente el primer síntoma que se presenta en el síndrome postpoliomielitis es la debilidad muscular.

La fatiga muscular

En individuos que no padecieron poliomielitis así como los que sí la padecieron y que tienen el síndrome, las consecuencias funcionales del envejecimiento y la pérdida de unidades motoras son imperceptibles hasta una edad muy avanzada. En los pacientes que sufren de síndrome postpoliomielitis y como consecuencia de la pérdida de estas unidades motoras en el ataque agudo de la poliomielitis, la aparición de debilidad muscular es mucho más frecuente en comparación, por ejemplo, con los pacientes con síndrome de fatiga crónica. La fatiga muscular y el SPP están estrechamente relacionadas y esto lo demuestra el hecho que el paciente no puede evitar la fatiga al caminar.

Fatiga de origen central: La forma de presentarse puede incluir dolor crónico, depresión, mal funcionamiento de la actividad del sistema reticular, trastornos del sueño y dificultad respiratoria. El SPP produce además somnolencia, déficit en la concentración y en la memoria.

Fatiga periférica: Puede ser debida a un agotamiento por el agrandamiento de las unidades motoras, defectos de neurotrasmisión en la unión neuromuscular, cicatrización dentro de las neuronas motoras o la pérdida de unidades motoras debido al envejecimiento. El SPP produce, fundamentalmente, un decrecimiento en la resistencia muscular y un incremento en la fatiga.

Debilidad muscular: Gran número de causas para explicar esta debilidad son hipotéticas e incluyen el desuso, sobreuso y debilidad crónica, además del aumento de peso. Puede presentarse como una debilidad generalizada y asimétrica. Algunos músculos que aparentemente no fueron afectados previamente, comienzan a manifestar la debilidad por el daño causado en el episodio de poliomielitis aguda.

Dolor muscular: Esta es otra característica del SPP que va ligada a la debilidad muscular y a la atrofia del mismo.

Trastornos en la deambulación: Es ocasionado por una debilidad progresiva, acompañado por dolor muscular en las piernas, osteoartritis o inestabilidad en las articulaciones, suele ser común en personas que previamente usaron ortesis a destiempo.

Trastornos respiratorios

Los desórdenes respiratorios predominan en personas con debilidad residual de los músculos respiratorios. Estos cambios causan microatelectasias crónicas disminuyendo la capacidad pulmonar, incrementando la rigidez de la pared torácica y como consecuencia una hipoventilación alveolar crónica, disminuyendo la expectoración de las secreciones con la tos . (1)

Las nuevas dificultades respiratorias guardan relación con la escoliosis, enfisema pulmonar, insuficiencia cardíaca y las malas costumbres posturales.

También tiene un componente a nivel del sistema nervioso central, porque la poliomielitis aguda, además de afectar las estructuras medulares, también incluye la formación reticular y el centro regulador del sueño en el bulbo raquídeo.

Problemas en la deglución y apnea de sueño

Estas dificultades pueden ocurrir en el SPP con componente bulbar o sin él.

La apnea del sueño es síntoma muy común en pacientes que quedaron con una disfunción bulbar o un compromiso respiratorio severo. Esta apnea se asocia casi siempre con la dificultad para la deglución.

Apnea central: Esta es debida a la disfunción de las neuronas supervivientes de la formación reticular del bulbo raquídeo.

Apnea obstructiva: Es debida a la debilidad de los músculos faríngeos y a un aumento de las deformidades por escoliosis o enfisema pulmonar.

Atrófica muscular postpoliomielítica (AMPP)

La atrofia muscular postpoliomielítica es el resultado de la disminución de la fuerza en los músculos respiratorios, intercostales y grupos de músculos abdominales.

La debilidad y atrofia muscular progresiva son observadas en músculos que fueron afectados en el ataque inicial por el polio virus o en músculos que aparente y clínicamente fueron respetados, siempre con una distribución asimétrica. Las fasciculaciones se observan en la atrofia muscular como resultado de la pérdida o daño de las neuronas motoras.

En varios estudios se ha demostrado que los ejercicios excesivos que impliquen músculos parcialmente denervados pueden conducir a debilidad y atrofia muscular progresiva, acelerando la muerte de las motoneuronas restantes por sobrecarga.

1. Julbet, B et al Characteristics and management of Postpolio Syndrome, Jama 284 (4) 412-414. July 2000

Tratamiento

Aunque no existe un tratamiento específico para el SPP, el tratamiento actual está enfocado a la mejoría de los síntomas, principalmente la fatiga, la debilidad, el dolor, la disfunción respiratoria y la disfagia.

La disminución en el peso resulta muy importante para disminuir la debilidad. El sobrepeso aumenta la tensión en los músculos y las articulaciones. Por lo tanto, aumenta la debilidad y la fatiga.

Las ortesis son otro método usado para disminuir la debilidad. Se usan para compensar la inestabilidad secundaria debida a músculos debilitados, corregir las desviaciones en la deambulación y las desviaciones articulares secundarias a sobreuso y músculos débiles, evitando de esta manera el dolor y la fatiga.

Los pacientes con síndrome postpolio suelen experimentar dolor como resultado de problemas musculares comunes, biomecánicos o neurológicos; el dolor muscular puede ser disminuido al establecer estrategias que mejoren la deambulación, que incluyen: tomar periodos de descanso durante las actividades cotidianas, el uso alternado de calor húmedo o hielo en la zona de dolor, aplicar ejercicios de estiramiento y los dispositivos asistenciales, además de instituir cambios en la forma de vida que eviten la fatiga.

Son también importantes el uso de medicamentos como la amitriptilina, ciclobenzaprina y la fluoxetina.

La disfunción respiratoria es uno de los factores más preocupantes en el síndrome postpoliomielitis, es importante aplicar las medidas preventivas como las vacunas para la gripe y neumococo. La asistencia en la ventilación pulmonar suele ser necesaria en algunos casos. En la disfagia se recomiendan cambios en los hábitos dietéticos, técnicas especiales en la respiración y deglución, además de evitar comer fatigado.

Para Bouza el SPP constituye una entidad nosológica de difícil diagnóstico y manejo. El impacto psicológico y funcional que afecta a los pacientes exige un esfuerzo de identificación por parte de los profesionales de la salud, de tal manera que se reconozcan las necesidades que este síndrome ocasiona y se reduzcan las barreras asistenciales existentes en la actualidad. (1)

1. Bouza C, Amate J.M. Síndrome de postpolio: Revisión de sus características clínicas y tratamiento. Rev Neurología. 2006;43:295-301.

VIII. EL CUIDADO DE ENFERMERÍA.

Al revisar la literatura de enfermería orientada a los cuidados de enfermería relacionados con el síndrome de postpolio la bibliografía encontrada es limitada. Destaca el trabajo de Saxon donde se describe de manera detallada las intervenciones de enfermería enfocadas a enfermeras especializadas en ortopedia y rehabilitación y dirigidas al proceso de hospitalización de los pacientes e ilustra con un estudio de caso los diferentes cuidados de enfermería en cada una de las necesidades básicas y por jerarquización de los mismos. (1)

Otro artículo que vale la pena mencionar es el de Acello, quien se enfoca igualmente a los cuidados durante la hospitalización del enfermo, hace énfasis cuando la persona es sometida a una intervención quirúrgica (2). Ambas destacan el papel de la enfermera para enseñar a la familia a proporcionar los cuidados una vez que la persona es dada de alta al igual que recomiendan el contacto del enfermo con grupos de apoyo.

Como se ha mencionado previamente el Síndrome de Pospolio es una enfermedad que precisa tanto los cuidados de enfermería, como un autocuidado por parte de la persona, a fin de mejorar y/o mantener la calidad de vida y prevenir la aparición de problemas potenciales derivados de la propia enfermedad.

Por otro lado en 1979, Virginia Henderson, estableció una de las definiciones propias de la disciplina considerándolas como el "encuentro" con un paciente y su familia, durante el cual el personal de enfermería observa, ayuda, comunica, atiende y enseña; contribuye a la conservación de un estado óptimo de salud y proporciona cuidado durante la enfermedad, hasta que el paciente es capaz de asumir la responsabilidad y la plena satisfacción de sus propias necesidades.

Sin embargo, atendiendo al objeto de estudio de la disciplina que es el cuidado del ser humano existen numerosas fuentes bibliográficas que hacen mención del mismo en diferentes patologías y con personas con distintas edades y contextos.

1. Saxon, D. Another look at polio and Postpolio Syndrome. Orthopaedic Nursing. 20(4):14-26. Jul.-August 2001.

2. Acello B, Nos enfrentamos a un regreso desagradable: El síndrome pospoliomielitis. Nursing 2004. Edición española. Agosto-septiembre

IX. ESTUDIO DE CASO DE: PERSONA AFECTADA SÍNDROME POST-POLIO

1. Descripción del caso:

El Sr. I. G. H es un señor de 54 años, casado, vive con su esposa en el domicilio familiar en la Cd de Veracruz donde ha vivido toda su vida. Tiene 3 hijos de los cuales dos son independientes y el menor depende económicamente de él , con los cuales lleva buenas relaciones. Es católico y estudió la primaria completa. Ingresa al servicio de Neurocirugía para ser intervenido de una malformación arteriovenosa a nivel lumbar. Las perspectivas del Sr I en referencia a su salud son: "Espero ponerme bien, dentro de lo que cabe. Me preocupa como voy a quedar después de la operación".

Antecedentes Familiares y Personales de Interés

El padre murió a los 72 años de una embolia cerebral, la madre viva de 73 años padece de diabetes mellitus e hipertensión, se encuentra con buen control médico.

El Sr I tiene el antecedente de una parálisis flácida aguda a la edad de 2 años que afectó el miembro pélvico derecho. Desde hace dos años observa pérdida de fuerza progresiva de miembro superior izquierdo con predominio del tríceps braquial, además de fatiga extrema, le diagnostican probable SPP en octubre del 2006. Se conoce diabético desde hace 3 años controlado con dieta e hipoglucemiantes orales.

Situación de salud Actual

Refiere presencia de disminución súbita de fuerza en miembro pélvico izquierdo acompañado de parestesias, nuevamente al neurólogo en Veracruz donde es valorado y finalmente es referido a hospital de alta especialidad en padecimientos neurológicos para continuar con estudios de imagen para determinar la causa de la disminución de la fuerza del miembro Pélvico Izquierdo. Se encuentra hemodinámicamente estable con una glucemia capilar en ayunas de 98 mg/dl.

Otras Valoraciones:

Estudio social del caso y estudio Socioeconómico: Nivel socioeconómico 2, El Sr I forma parte de una familia nuclear, vive con su esposa y el menor de sus hijos. Proviene de una familia extendida, es el mayor de seis hermanos, de los cuales sobreviven cinco. Los ingresos están a cargo de la esposa quien atiende una tienda de abarrotes en la tarde, él enfermo es subempleado, cuando contaba con un estado de salud mejor trabajaba como electricista por su cuenta. Uno de sus hermanos vive en Estados Unidos y lo apoya de forma ocasional enviándole dinero .La vivienda donde habita es de régimen propio, es de una sola planta consta de 2 recámaras, estancia, cocina y baño , el piso es de cemento, tiene una extensión de 60 mts. cuadrados, el baño no tiene adaptaciones .Cuenta con los servicios públicos de agua, luz, drenaje. La casa se ubica en una colonia popular

del Cd de Veracruz que tiene pavimento irregular y las banquetas son demasiado altas, además de no tener rampas de acceso. La relación del enfermo con sus familiares directos la considera positiva y solidaria. La actitud del paciente ante la enfermedad; en algunos momentos se deprime al presentar dificultad para realizar sus actividades de la vida diaria cotidiana, muestra temor por su nuevo padecimiento y que esto empeore aún más su salud. La actitud de su esposa e hijo que conviven con él es de apoyo y se preocupan por el pronóstico de la misma. El enfermo viene del estado de Veracruz, se desplazo en el transporte público hasta el instituto, durante la estancia en el hospital su esposa se hospedo en un albergue cercano.

Recibe apoyo del DIF estatal para la compra de órtesis y para rehabilitación.

Metodología

El diseño del estudio de caso fue descriptivo, longitudinal, tipo intervención, sustentado por la teoría de Virginia Henderson utilizando como herramienta el Proceso de Enfermería. El estudio se concretó en el seguimiento de una persona afectada del Síndrome de Pospolio que fue intervenida en un hospital de 3 nivel por una Malformación arteriovenosa espinal. Se obtuvo autorización verbal y por escrito del participante, con base en los principios éticos de acuerdo a Ley General de Salud en materia de investigación. El seguimiento del estudio de caso se planteó en 4 etapas:

Elección de la persona con una primera y única valoración generalizada en la etapa preoperatoria, Seguimiento durante el postoperatorio inmediato con valoraciones especializadas, Cuidados de enfermería que se han de llevar a cabo para eliminar, disminuir o evitar los problemas y el plan de alta.

Objetivos del Proceso de Atención de Enfermería

Otorgar cuidados de enfermería enfocados a satisfacer las necesidades físicas y psíquicas del paciente durante su estancia en el hospital, apoyándolo para que a su egreso participe acertadamente en su cuidado con el fin de lograr una mejor calidad de vida.

Involucrar a la familia y en general a todo su entorno en la consecución y mantenimiento de la salud del paciente.

Llevar a cabo un seguimiento del paciente con el propósito de integrarlo lo más rápido posible a una situación de salud que le permita una mayor calidad de vida.

Proporcionar una atención integral e individualizada al paciente

Valoración Inicial de enfermería en el período el Preoperatorio

Los datos han sido tomados de la historia clínica y a través de la entrevista personal con el Sr I.

1. Necesidad de respirar:

Respira por la nariz. La respiración es diafragmática, regular, con una frecuencia de 20 respiraciones por minuto. Nunca ha fumado. Manifiesta que cuando está nervioso tiene la sensación de respirar más rápido. .

2. Necesidad de comer y beber:

Comenta que siempre ha tenido buen apetito pero que ahora siente algo de dificultad para comer. Lo que mas le gusta son las ensaladas, el pescado y mariscos en general, en cuanto a las bebidas le agrada la cerveza la cual la toma ocasionalmente por su diabetes.

Hace 3 comidas al día, con dos colaciones, toma aproximadamente 2 litros de agua al día, trata de llevar la dieta indicada por su médico de 1200 calorías por su problema de diabetes.

Desayuno: Café con leche descremada, huevos cocidos y una rebanada de pan tostado.

Comida: sopa de verdura, pescado al vapor ó pollo acompañado de ensalada de verduras.

Toma agua natural ó de frutas sin azúcar.

Cena: Lo que haya quedado de la comida y a veces solamente café sin leche con galletas de fibra.

Su boca tiene un aspecto limpio con los dientes alineados. No lleva prótesis dental.

Refiere un poco de disfagia cuando está fatigado, prefiere comer después de haber descansado.

En referencia a sus hábitos sociales, culturales y religiosos verbaliza: "Antes me gustaba reunirme con la familia para comer, pero ahora solo tengo ganas de estar en la casa solo, no me interesa ver a nadie"

3. Necesidad de Eliminación: Micciones voluntarias de aspecto amarillo claro, con una frecuencia de 5-6 veces al día (aproximadamente 1500 ml/día) No tiene dificultades.

Hace 1 evacuación diaria, aunque refiere que a veces está estreñido. Suda mucho, ahora le sudan las manos aunque el cubículo está fresco. Comenta que cuando está nervioso le sudan las manos

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura:

Camina con el apoyo de muletas tipo canadiense, se cansa con relativa facilidad después de trayectos muy prolongados, es diestro. El aspecto de su piel es ligeramente pálido y las manos y los pies están más fríos en especial el derecho que el resto del cuerpo.

5. Necesidad de reposo y sueño:

Sueño poco reparador, se levanta cansado y cualquier ruido le molesta. Generalmente duerme de 6-8 horas diarias (se acuesta a las 23 hrs. y se levanta a las 6:00), a veces lo despierta el dolor en las piernas . Suele hacer una siesta entre las 13-14 hrs. Utiliza sólo una almohada. Manifiesta verbalmente "estoy muy nervioso y no sé como nos la vamos arreglar mi mujer y yo después de la cirugía". Cuando está preocupado le cuesta dormir.

6. Necesidad de vestirse y desvestirse

Aspecto limpio. Ropa adecuada. Le gusta llevar ropa cómoda. Los zapatos que utiliza son amplios y a pesar de vivir en una zona caliente usa calcetines por los cambios de temperatura.

Importancia del vestir: "No le doy ninguna importancia, pues hay otras cosas mas urgentes, yo me visto sencillo ".

7. Necesidad de mantener la temperatura corporal

Temperatura cutánea fría, dice ser ligeramente friolento y tolera mejor el calor que el frío. Temperatura axilar: 36.5 °C.

8. Necesidad de estar limpio y proteger sus tegumentos

Cabello corto y limpio, piel limpia e hidratada. Uñas cortas y limpias. Se baña diariamente. Se cepilla los dientes después de comer y antes de dormir y al levantarse. Considera importante la higiene, en especial por su problema de diabetes.

9. Necesidad de Evitar peligros

No tiene servicio de seguridad social. Va al médico en caso de encontrarse muy mal, si puede, prefiere evitar acudir.

Inquietudes (enfermedad, trabajo, familia) "No sé como voy a quedar después de la operación, si voy a poder caminar en la casa, mi hijo todavía estudia y mi esposa tiene que trabajar para mantenernos, no sé como voy ayudarla con los gastos "No dejo de pensar en lo que se viene encima, con la diabetes, el síndrome de postpolio y luego esto".

10. Necesidad de comunicarse:

Es comunicativo y expresivo, su lenguaje verbal es claro, no toma la iniciativa en la conversación. Sin problemas aparentes en la visión ni en la audición. Personas significativas: Sus hijos y su esposa. Medios de expresión de los sentimientos: Hablar con su esposa, hijos, algunos hermanos y amigos para desahogarse.

11. Necesidad de actuar según sus creencias y valores:

Católico no practicante. Su escala de valores por orden de mayor a menor importancia es: Salud, familia, amigos y dinero. Refiere que siempre se ha considerado fuerte ante las dificultades de la vida pero que ahora se encuentra hundido y no sabe como salir de esta situación.

12. Necesidad de ocuparse y sentirse realizado.

Vive con su esposa e hijo en su domicilio, su esposa María lo acompaña cuando puede por su trabajo, es un gran apoyo para él.

Actividades sociales: Ahora son pocas, antes salíamos los domingos a casa de algún familiar o amigo "Roles sociales: Padre, esposo, hermano, amigo. Trabajo: Fue electricista, antes de su nueva enfermedad realizaba pequeñas composturas cerca de su casa. Inquietud frente al futuro: "Lo que quisiera es un milagro ", cuando está triste pierde el interés por realizar actividades.

13. Necesidad de distraerse:

Aficiones individuales: ver la televisión en especial los partidos de fútbol. Aficiones colectivas: ninguna, "no tenemos dinero de sobra para ir al cine y me da pena molestar a mis familiares para salir" .Interés por participar en actividades recreativas: En ocasiones.

14. Necesidad de aprender:

Características y medios de aprendizaje: "antes me gustaba leer, pero con las enfermedades se me complica un poco" Interés por aprender sobre su problema de salud: "si me interesa conocer más, pero no quiero saberlo pues me voy a poner peor de lo que estoy ahora" Nivel de escolaridad: Primaria completa. Capacidades físicas, psíquicas y mentales, adecuadas.

RESUMEN SOBRE LA VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS

Alteración	Necesidad	Datos a considerar
	Respiración.	Sin ninguna alteración en esta necesidad.
X	Nutrición.	Ligera disfagia ocasionada por la fatiga , es diabético, controlado .
X	Eliminación.	Sin problemas en la eliminación urinaria, estreñimiento leve
X	Actividad/Ejercicio	Camina con apoyo de las muletas, con períodos de descanso para no fatigarse
X	Sueño/Descanso	En ocasiones reporta insomnio por el dolor en los miembros inferiores y molestias por las fasciculaciones.
X	Vestirse/Desvestirse. Usar ropas adecuadas	Debe usar además del vendaje en miembros inferiores, medias por los cambios en la temperatura.
X	Mantener temperatura corporal dentro de los límites de la normalidad.	Mantener abrigado el miembro inferior mas afectado.
X	Mantener higiene corporal e integridad de la piel.	
X	Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.	Evitar el riesgo de caídas en especial en la regadera
X	Comunicarse con los demás expresando emociones.	Valorar las necesidades emocionales y de conocimiento, en especial con la esposa. Valorar la comunicación.
X	Vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores.	
X	Ocuparse en algo para autor realizarse.	
X	Participar en actividades recreativas.	
X	Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad.	

X. 2 PLAN DE CUIDADOS DE LA PERSONA CON SPP

Análisis del Estudio de Caso

Con base en la valoración realizada, el Sr I, era una persona que se valía por sí mismo para todas las actividades de la vida cotidiana, con un estilo de vida saludable y propia para su edad y problemas de salud. Conserva una sólida relación familiar. Tiene unas relaciones sociales son insuficientes, se nota un poco aislado. Su estado cognitivo es bueno, posee un nivel cultural medio. Asimismo se observan datos de dependencia de las necesidades de nutrición, moverse y mantener una buena postura, eliminación y en la de reposo y sueño.

Con respecto a su esposo e hijos, en la necesidad de aprendizaje estos demuestran una actitud receptiva al solicitar ayuda para mejorar los conocimientos y habilidades. Presentan un modo de afrontamiento efectivo y adaptativo aceptable. Todo lo anterior constituye una serie de recursos a utilizar en la planificación de los cuidados, tiene una red de soporte familiar y social adecuada y suficiente, es una persona que desea recuperar su independencia en lo posible. Tiene capacidad y deseos de adquirir conocimientos para compensar su déficit y su estilo de vida. Por otra parte, hay datos de dependencia en la necesidad de nutrición e hidratación, por el momento basta con modificar la textura de los alimentos para evitar la disfagia. Hay datos de dependencia en lo que respecta al autocuidado casi todas las áreas a causa de la dificultad que tiene para moverse por la debilidad muscular, lo que conlleva igualmente a aumentar el riesgo de sufrir lesiones.

Por las manifestaciones verbales del Sr I. puede deducirse que está desarrollando un déficit de autoestima debido a la dependencia de los demás y a la falta de control sobre su propia vida.

Una vez realizada la valoración de las necesidades del Sr I, se hizo la jerarquización de las mismas, modelo propuesto por Virginia Henderson

Autorrealización
Estimay autoestima
Afecto-Pertenencia a Grupo
Seguridad
Fisiológicas

Jerarquización de Necesidades según Virginia Henderson

Valoración inicial de la familia

La familia está compuesta por la esposa del Sr I. quien tiene 52 años y su hijo menor de 23 años. Desde un primer momento fue la esposa quién se identificó como cuidador principal. Los dos integrantes quisieron desde un primer momento participar en la satisfacción de las necesidades básicas del Sr I. Aunque no era la primera vez que se enfrentaban a una situación como la actual, si es más grave la condición clínica y lo expresaron: "Ahora va a necesitar mas cuidados mi esposo y papá". Esto les ha originado una desorganización de la dinámica familiar y un cambio de los roles habituales. El área de dependencia detectada fue la de conocimientos, es decir necesitaban saber qué acciones eran las indicadas para manejar la nueva situación de salud y cómo llevarlas a la práctica.

Fase diagnóstica, de planificación y ejecución

El diagnóstico y las fases siguientes tienen dos ejes prácticos de intervención: la familia y el enfermo. El proceso diagnóstico consideró dos situaciones que necesitaban de intervenciones de apoyo: el Afrontamiento familiar comprometido y los conocimientos deficientes. Ambos diagnósticos se refieren a la familia como responsable del cuidado del Sr I.. En el primer caso, el objetivo del equipo fue el de lograr la participación familiar en el cuidado. Para alcanzarlo, se desarrollaron dos intervenciones: apoyo al cuidador principal y apoyo a la familia. En el segundo diagnóstico las intervenciones se centraron en el asesoramiento sobre la enfermedad del Sr I y los cuidados que precisaba.

Durante el proceso se ha informado a la familia sobre la situación del paciente, la necesidad de suplencia de sus necesidades básicas (cuando regrese a su domicilio) y la importancia de la implicación familiar en el cuidado.

Se ha realizado educación para la salud fundamentalmente al cuidador principal (su esposa) y también al resto de la familia. Se abordaron las tareas adaptativas para que participaran en la prestación de cuidados y en la toma de decisiones sobre los mismos. Al manejar este diagnóstico se ha trabajado con la familia cómo deben suplir los problemas de autonomía. El caso requirió una importante dedicación, pues se trataba de enseñar a los cuidadores familiares actividades, técnicas y procedimientos para la suplencia de las necesidades afectadas del Sr I.

XI. 3. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA Y PLANIFICACION DE LOS CUIDADOS

Con base a la exploración física se elaboraron los siguientes diagnósticos de enfermería dividiéndolos en el período preoperatorio, post operatorio mediano y tardío de forma jerarquizada.

3.1.1. En el Preoperatorio:

Ansiedad relacionada con falta de conocimientos sobre su intervención manifestada por sus propias palabras.

Meta general:

Lograr que el paciente disminuya su ansiedad a través de ofrecerle seguridad por medio de diferentes intervenciones.

Metas específicas:

Dar confianza al paciente para que exprese sus inquietudes de manera específica.

Apoyar la seguridad del paciente explicándole de acuerdo a nivel cultural la intervención que se le realizará y las expectativas de las mismas.

Actividades:

Proporcionar seguridad y bienestar al paciente mediante conversaciones tranquilas, mostrando empatía y hablándole tranquilamente.

Evitar el contacto con otros pacientes que también tengan ansiedad.

Adaptar el plan de enseñanza a las inquietudes del paciente en particular.

Efectuar la enseñanza preoperatorio correctamente.

Preguntar al paciente lo que sabe sobre la cirugía que se le va practicar.

Animar al paciente a que haga preguntas y exprese sus inquietudes.

3.1.2 En el Postoperatorio Inmediato:

Alteración del bienestar relacionado con el postoperatorio inmediato.

Meta general:

Proporcionar los cuidados específicos que requiere el paciente durante su estancia en la sala de recuperación.

Metas específicas:

El paciente tendrá el conocimiento porque está en esa sala y durante cuanto tiempo.

Evitar el manejo brusco del paciente en el traslado.

Actividades:

Preparación de la cama postoperatoria, con protección adicional en la cabecera y en la parte media con objeto de hacer más fáciles los movimientos en caso de vómito.

Presentarse y hablar con el paciente de forma cordial.

Animar al paciente a que pida ayuda si lo necesita.

Explicar al paciente el motivo por el que esta allí y el tiempo que tardara en ser trasladado a piso.

Asegurarse que la sala de recuperación cuente con el equipo para tomar los signos vitales, se cuente con tomas de oxígeno, succión y en general de todo lo necesario para el tipo de cirugía a que fue sometido.

La enfermera en esta sala debe vigilar constantemente al paciente y tener un control riguroso de los signos vitales para detectar cualquier tipo de complicación.

Evitar que el paciente pase frío.

Hablar con los familiares sobre la situación a en la que se encuentra el paciente.

3.1.3 Dolor relacionado con la intervención quirúrgica.

Meta general:

Proporcionar alivio al dolor mediante una calidad de cuidado que cambie seguimiento de la percepción médica y la atención de enfermería que se ofrece en estas situaciones.

Metas específicas:

Dar confianza al paciente para que sea capaz de expresar verbalmente cuando sienta dolor y pedir analgesia.

Explicar al paciente los conocimientos necesarios para que estos enterados de las molestias propias de su intervención y la cooperación que se espera de él.

Proporcionar al paciente alivio del dolor tras la administración de medidas de analgesia y terapéuticas.

Actividades:

Aportar al paciente información necesaria sobre el origen del dolor y duración si se conoce.

Animar al paciente a avisar cuando tenga dolor.

Prestar atención a cualquier cambio en las características del dolor como son duración, intensidad y localización.

Enseñar medidas de alivio del dolor como respiración rítmica, escuchar música.

Después de administrar la medicación para aliviar el dolor, valorar su eficacia.

3.1.4. Riesgo de hemorragia relacionada con intervención quirúrgica.

Meta general:

Vigilar que el paciente no muestre signos o síntomas de hemorragia durante su estancia hospitalaria.

Metas específicas:

Enseñar al paciente a identificar los signos y síntomas propios de una hemorragia.

Vigilar constantemente la posible presencia de síntomas y signos de hemorragia.

Actividades:

Durante las primeras 24 horas tras la operación toma de constantes vitales cada 4 horas.

Vigilancia de cantidad de líquido drenado, el drenaje puede ser de color rojo oscuro después de la intervención debiendo pasar a rosa sanguinolenta transcurridas 24 horas.

Estar pendientes de la aparición de hipotensión, aumento de la frecuencia del pulso y la presencia de un drenaje de color rojo vivo y espeso ya que podría indicar hemorragia arterial en el área intervenida.

3.1.5 Riesgo de alteración mental relacionado con cambios en el equilibrio electrolítico.

Meta general:

Procurar que el paciente presente un estado mental óptimo durante su estancia en el hospital.

Metas específicas:

Solicitar la colaboración de la familia respecto a la necesidad de que informen de cualquier cambio mental que se produzca en relación con el estado habitual del paciente.

Identificar los síntomas que orienten a una posible alteración del equilibrio electrolítico y actuar en consecuencia según sea el caso.

Actividades:

Vigilar al paciente para identificar síntomas como confusión, cefalea, apatía, debilidad, hipertensión, contracciones musculares involuntarias y convulsiones.

Hacerle preguntas sobre su edad, donde se encuentra y motivo del ingreso para valorar su estado mental.

Administrar el tratamiento médico necesario en caso de que se presente esta situación de desequilibrio hidroelectrolítico.

3.1.6. Riesgo de infección relacionada con la presencia de Sonda Vesical.

Meta general:

Cuidar para que el paciente no presente infección durante su estancia hospitalaria, ni tras el egreso, debido a la presencia de sonda vesical.

Metas específicas:

Colocar la sonda vesical de acuerdo a las normas.

Explicar al paciente sobre como identificar síntomas y signos relacionados con la infección urinaria.

El paciente adoptara medidas destinadas a prevenir la infección.

Actividades:

Realizar la técnica de sondaje vesical de la forma más aséptica posible.

Fomentar una ingesta de líquidos mínima de 2 a 3 litros al día.

Mantener la bolsa de drenaje por debajo del nivel vesical del paciente para impedir la infección por reflujo de orina.

Detectar la presencia de temperatura elevada, dolor y observar las características y volumen de la orina ya que nos pueden orientar hacia la presencia de infección.

Administrar medicación tras el alta de forma preventiva.

Controlar la posición de la sonda evitando que este pinzada de forma accidental.

3.1.7. Incontinencia urinaria funcional relacionada con el retiro de la Sonda Vesical.

Meta general:

Vigilar la recuperación de la función urinaria normal después del retiro de la sonda vesical.

Metas específicas:

Explicar al paciente sobre la posible incontinencia urinaria después del retiro de la sonda vesical y que avise de ello.

Actividades:

Explicar al paciente minuciosamente lo que va a sentir tras el retiro de la sonda vesical.

La enfermera tranquilizará al paciente indicándole que la incontinencia es normal y que en poco tiempo se restablecerá su función urinaria..

Indicar al paciente que no es preciso el tratamiento médico.

En el postoperatorio Tardío

3.2.1 Deterioro de la movilidad física relacionado con debilidad en miembros inferiores que se manifiesta por disminución de la fuerza muscular y dificultad para el autocuidado en todas las áreas

Meta general:

Tratar de disminuir el deterioro de la movilidad en lo posible.

Metas específicas:

Vigilar que el paciente muestre medidas que aumenten a movilidad.

Motivar al Sr I a que puede valerse por sí mismo a través de enseñanza tanto a él como cuidador principal.

Actividades

Fomentar el mayor nivel de movilidad. Proporcionar dispositivos como barras, triángulos para facilitar el movimiento independiente en lo posible.

Enseñarle a realizar ejercicios activos de amplitud de movimientos en las extremidades no afectadas.

Mantener la alineación del cuerpo y posturas anatómicas

Realizar ejercicios pasivos de amplitud de movimientos de las extremidades afectadas.

Consultar con el terapeuta físico la posibilidad de realizar ejercicios de fortalecimiento muscular y cuales son los más adecuados para evitar la fatiga excesiva.

Mientras esté en cama:

Mantener una correcta alineación corporal y enseñarle a apoyar el cuerpo con almohadas para evitar contracturas musculares.

Evitar mantener la misma posición durante períodos prolongados. Enseñarle a cambiar de postura cada dos horas como mínimo.

Proporcionarle una movilización progresiva:

Inicialmente permanecer sentado cortos períodos varias veces al día y aumentar gradualmente la duración de los mismos.

Fomentar la adaptación a sus limitaciones

Facilitar los aditamentos de ayuda necesarios (barras, barandales)

Proporcionar la ayuda requerida en las actividades cotidianas.

Enseñanza actividad/ejercicio prescrito: Preparar al Sr I para que consiga y mantenga el nivel de actividad prescrito.

Informar al paciente sobre el propósito y beneficios de la actividad /ejercicio prescritos.

Enseñar al paciente una postura adecuada y la mecánica corporal al cuidador principal.

3.2.2 Riesgo potencial de traumatismo, relacionado con debilidad en miembros inferiores y disminución de la sensibilidad en los mismos.

Metas Específicas:

Otorgar un cuidado de enfermería destinado a evitar riesgo de traumatismo que entorpezca la debilidad del miembro inferior afectado.

Explicar al paciente como puede colaborar para aplicar las medidas de seguridad.

Incluir a la familia en la aplicación de las medidas de seguridad acordadas.

Actividades.

Obtener la colaboración en el establecimiento y mantenimiento de las medidas de seguridad:

Explicarle el peligro de lesiones a causa de la disminución de la sensibilidad de las extremidades inferiores.

Comentar la necesidad de establecer medidas de protección para evitar las lesiones

Discutir conjuntamente la conveniencia de las medidas a tomar en el hospital y en el domicilio.

Reducir los peligros del entorno.

Darle instrucciones para que solicite ayuda para levantarse de la cama.

Retirar todos los muebles u objetos que puedan obstruir el paso o provocar tropezones o caídas.

Mantener una iluminación adecuada.

Asegurar la detección oportuna de cualquier lesión enseñando al enfermo a realizar inspección diaria de las zonas con disminución de la sensibilidad para asegurar la integridad cutánea.

Enseñarle al enfermo y familia como minimizar los riesgos en su domicilio

Prevención de los traumatismos mediante la adecuación del entorno (evitar tapetes, advertir del peligro de suelo húmedo o encerado, retirar los muebles que pueden entorpecer el paso, colocación de aditamentos en el baño, w.c)

Prevención de las lesiones térmicas (comprobar la temperatura del agua del baño, evitar el uso de bolsas de agua caliente en las zonas con disminución de la sensibilidad)

Prevenir las lesiones de la piel (cuidados higiénicos, hidratación y lubricación de la misma, revisión del calzado)

3. 2. 3. Ansiedad relacionado con cambio en el estado de salud manifestado por incertidumbre, preocupación creciente y trastorno del sueño

Meta General:

Lograr que el paciente la persona disminuya su ansiedad para que no repercuta en su estado emocional.

Metas Específicas: Ayudar al paciente que logre un sueño tranquilo durante su estancia en el hospital.

Actividades:

Disminución de la ansiedad:

Dar al paciente oportunidades de compartir sus sentimientos y preocupaciones.

Mantener un ambiente tranquilo, relajado, transmitir actitud imparcial y escuchar atentamente. Identificar los sistemas de apoyo del paciente y los mecanismos de afrontamiento y sugerir alternativas si es necesario.

Explicar todos los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que puede experimentar durante los mismos.

Escuchar con atención.

Crear un ambiente que facilite la confianza

Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

Alentar a la familia a manifestar sus sentimientos por el familiar enfermo.

Enseñar técnicas de relajación

Establecer actividades recreativas encaminadas a reducir las tensiones

Ayudar a Sr I a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.

Ministrar medicamentos que reduzcan la ansiedad si están prescritos.

Favorecer la respiración lenta, profunda intencionalmente.

Actividades para fomentar el sueño.

Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.

Observar el patrón de sueño del enfermo y observar las circunstancias físicas y ó psicológicas que interrumpen el sueño.

Ajustar el ambiente (luz, ruido) para favorecer el sueño.

3.2.4 Temor relacionado con sensación de pérdida de control y limitaciones en el estilo de vida manifestado por expresiones verbales del paciente, conductas de evitación o huida.

Metas Generales:

Otorgar confianza al Sr. I para que verbalice el origen de sus temores.

Podrá identificar los recursos con lo que cuenta para afrontarlo.

Apoyar para que manifieste el deseo de participar activamente en el plan de cuidados.

Actividades

Explorar la percepción que tiene el paciente de la situación por la que atraviesa.

Evitar juicios de valor.

Facilitar contactos con personas en la misma situación y que se hayan adaptado.

Desarrollar un plan de cuidados que implique un grado de consecución de metas, ir de las mas sencillas hasta mas complejas.

3.2.5 Aislamiento social relacionado con la incapacidad para establecer relaciones personales satisfactorios manifestados por dificultad para adaptarse al entorno, retraimiento, expresión de sentimientos de soledad.

Meta General

El Sr I expresará verbalmente que la sensación de soledad ha desaparecido o reducido.

Será capaz de identificar las razones de la sensación de aislamiento.

Demostrará habilidad en la puesta en práctica de las habilidades sugeridas.

Se comprometerá a poner en práctica el plan acordado.

Actividades

Ayudar a identificar factores que contribuyan al aislamiento social.

Si es posible promover en el Sr I la participación en actos como juegos de mesa, ver televisión, leer, realizar paseos por el malecón.

Si el aislamiento se debe a problemas sociales, valorar la posibilidad de contactar grupos de apoyo como voluntarios, organizaciones civiles.

Mantener la empatía tanto con el Sr I como con la esposa.

Permanecer física y emocionalmente accesible estableciendo y una relación individual.

3.2.6. Alteración de los procesos familiares relacionado con alteración de la rutina familiar por tratamientos prolongados manifestado por incapacidad del sistema familiar para adaptarse constructivamente a la situación y/o para cubrir las necesidades físicas, espirituales y emocionales de sus integrantes.

Meta General:

La familia recuperará/mantendrá su patrón de funcionamiento habitual.

Identificará los factores que originan la dificultad y los recursos que dispone.

Expresará su deseo de disminuir/eliminar los factores causales de la disfunción familiar.

Actividades:

Facilitar la confianza entre el paciente/familia y el equipo de salud.

Determinar qué necesidades de la familia no pueden ser cubiertas por sus integrantes y los recursos que dispone: amigos, vecinos.

Si algún miembro de la familia presenta afrontamiento disfuncional solicitar la colaboración de un profesional.

Mantener una actitud de escucha activa y de imparcialidad, transmitir la comprensión de los hechos y del impacto sin emitir juicios de valor.

Permitir y fomentar la expresión de sentimientos: Ira, culpa.

Fomentar la comunicación de los miembros de la familia entre sí.

Reconocer, elogiar las iniciativas.

Ayudar a reorganizar los roles en el hogar, establecer prioridades y redistribuir las responsabilidades.

3.2.7 Riesgo de aspiración relacionado con alteraciones de la deglución manifestada por presencia de tos cuando deglute los alimentos de consistencia sólida y cuando toma líquidos.

Meta específica:

Evitar la presencia de broncoaspiraciones y a largo plazo de neumonía.

Actividades:

Enseñarle al paciente y al cuidador que debe:

Mantener la espalda erguida mientras come y una hora después de tomar los alimentos.

Introducir pequeñas porciones a la boca de alimento a la hora de comer.

Masticar despacio y no introducir más alimento sino ha deglutido el anterior

Ingerir alimentos con la textura adecuada a su patrón deglutorio.

Utilizar popotes, vasos especiales para tomar líquidos.

Permanecer acompañado durante la hora de la comida.

Seguir la dieta recomendada para controlar la diabetes.

Enseñar a la familia la Maniobra de Heimlich

3.2.8 Trastorno de la imagen corporal en relación con su incapacidad para mover los miembros inferiores manifestado por la preocupación por el futuro.

Metas: El paciente expresará y demostrará la aceptación de su aspecto en un periodo de tiempo específico.

Iniciar nuevos sistemas de apoyo.

Actividades:

Establecer una relación de confianza enfermera/paciente. Identificar y potenciar en él conductas de afrontamiento adaptativo y animarlo tanto él como a la familia

a que se fijen objetivos realistas en función de redes de apoyo existentes en su comunidad.

Animarle a que exprese sus preocupaciones y comparta sus sentimientos con otros pacientes si es posible.

Profundizar con él en sus capacidades y recursos.

Hacer que asuma gradualmente la responsabilidad de su auto cuidado. Promover la interacción social.

Proporcionar actuaciones específicas para aceptar la pérdida de la función como: Valorar el significado de la pérdida.

Dar a conocer alteraciones realistas y proporcionar ánimo.

VI. 5. Fase de evaluación de resultados

Algunos de los objetivos planteados fueron resueltos de forma satisfactoria durante el tiempo que el paciente permaneció hospitalizado en la unidad, como fueron los siguientes:

El paciente logró reducir su ansiedad antes y después de la cirugía. El paciente no sufrió ninguna lesión en el tiempo de permanencia en el quirófano.

El paciente logró elevar su nivel de bienestar durante su estancia en el postoperatorio inmediato.

No refirió dolor muy intenso durante su estancia en el hospital.

El paciente no presentó signos ni síntomas de hemorragia.

El paciente no presentó alteración mental de ningún tipo.

No presentó ningún síntoma o signo de infección durante su estancia en el hospital.

El paciente presentó retención urinaria y fue dado de alta con sonda foley a permanencia.

Finalmente el Sr I fue dado de alta hospitalaria el 3 de Noviembre del 2007. No requiere de oxigenoterapia. La alimentación es por boca (dieta picada). Continúa con retención urinaria y estreñimiento (usa sonda vesical). Reinicia con terapia física con movimientos activos en extremidades superiores y pasivos en inferiores (actividad cama-sillón con suplencia parcial). Escala de Glasgow: 15 puntos.

La continuidad de los cuidados la realizará el cuidador principal, en su domicilio. La cual conoce cómo realizarlos, así como los recursos de salud a los que pueden acudir si así lo requiere. En el momento del alta la familia era independiente en la planificación de los cuidados terapéuticos al Sr I. El nivel óptimo de competencia se logró entre el mes y medio y los dos meses y medio desde el momento de la valoración inicial hasta el alta. Las complicaciones potenciales se resolvieron cuando el Sr I quedó estabilizado en un proceso crónico de suplencia parcial.

Plan de Alta

Objetivo General: Asegurar la continuidad de los cuidados de Enfermería en el domicilio del paciente.

Objetivos Específicos:

Identificar las necesidades concretas del paciente para mantenerlas cubiertas en la casa del Sr I. después del egreso hospitalario.

Enseñar al paciente y/o cuidador principal como controlar la situación en la casa.

Proporcionar seguridad física y psíquica al paciente y familia.

Después de realizar la valoración del Sr I antes de ser egresado y empleando la metodología de Carpenito (1) se considera que las principales recomendaciones son:

1. Riesgo de Lesión en relación con deficiencias motoras y sensoriales.

Las medidas de prevención son:

Comprobar la temperatura del agua del baño antes de su uso.

Usar superficies antideslizantes en el baño y agarraderas en el mismo.

Valorar diariamente la piel de las zonas afectadas en donde no hay sensibilidad en busca de lesiones no detectadas. Acudir al médico si observa zona enrojecida, falta de piel o tiene una herida que no cicatriza.

Usar barandales en la cama si los necesita.

Frenar la silla de ruedas antes de trasladarse a la cama ó al baño.

Usar zapatos que no le ocasionen rozaduras y que sean antideslizantes.

2 .Alteración de los patrones de eliminación vesical.

Mantener una higiene adecuada de la zona genital.

Vigilar las características de la orina drenada, observar si hay cambios en color, olor, si hay presencia de fiebre, dolor suprapúbico en zona lumbar y acudir al médico.

3. Riesgo de estreñimiento en relación con inmovilidad y cambios en el estilo de vida secundario a su enfermedad.

Mantener un hábito horario para las evacuaciones, por ejemplo siempre en la mañana después del desayuno.

Tomar una dieta rica en fibra-verduras con agua suficiente a lo largo del día, debiendo mantener en lo posible el mismo patrón que tenía antes del egreso.

Vigilar las evacuaciones, si estas fueran más duras y secas, aumentar la ingesta de líquidos en la medida posible.

Evitar el empleo de enemas y laxantes, sólo bajo prescripción médica.

4. Afección den las relaciones sociales en relación con la pérdida de función corporal.

Debido a los problemas de pérdida de control de esfínteres, marcha en silla de ruedas, cambios en el rol familiar, se debe vigilar este problema y evitar que aparezca:

La familia debe estar atenta a expresiones de soledad, tristeza, pocos deseos de vivir por parte del paciente.

Buscar el apoyo de familiares, amigos, vecinos.

Buscar el medio de transporte más adecuado para que pueda desplazarse el S Sr I.

Asignarle tareas en el hogar que pueda realizar y responsabilizarle de ellas.

Favorecer el contacto con personas en similares características: Grupos de apoyo, personas en sillas de ruedas, deportes.

Permitirle expresar sus dudas y ayudarle a buscar soluciones.

5. Disfunción sexual en relación con la lesión medular residual. Se le explicará las posturas mas adecuadas a su estado.

Adaptación de su vida sexual a su nueva situación y estilo de vida, incluyendo a la esposa.

Recomendar el seguimiento de las indicaciones dadas por el urólogo, empleo de medicamentos.

1. Carpenito ,L.J. Diagnóstico de Enfermería. Editorial Interamericana. 9ª Edición. 2002

XII. DISCUSIÓN SOBRE EL ESTUDIO DE CASO

Como se ha descrito la persona afectada por los efectos tardíos de la polio presenta unas peculiaridades complejas, heterogéneas y cambiantes en el tiempo, de tal manera que el modelo de atención de enfermería que se utilice al momento de proporcionar los cuidados debe ayudar a satisfacer sus necesidades básicas.

Este modelo debe estar centrado en la valoración integral de la persona, tener un abordaje interdisciplinario y que permita el trabajo en equipo, dando prioridad a la calidad de vida, considerando los beneficios de la rehabilitación, adaptado a la discapacidad, contemplando no sólo el control de síntomas, donde la unidad de atención sea el usuario y su familia, es por ello que la teórica seleccionada para este estudio de caso fue Virginia Henderson ya que responde a este tipo de propuesta, además permite distinguir un espacio autónomo para la intervención terapéutica clínicamente relevante, y trabajar con diagnósticos enfermeros basados en respuestas humanas.

El rol de las enfermeras bajo este contexto es ampliamente complejo, ya decía Virginia Henderson en la definición de enfermería que: "Los cuidados requieren comprensión e identificación con todo tipo de personas: Hombres, mujeres, bebés, niños, ancianos, cultos ignorantes, ricos y pobres, personas de salud aceptable, incapacitados y aquellos en estado grave o en trance de morir. Esta idea exige a la enfermera comprender las necesidades fundamentales del hombre, para poder ayudar al paciente a solucionar sus propias necesidades y hacer su vida tan normal y productiva como sea posible, aún durante la enfermedad ". Para algunos autores la definición de enfermería de Henderson se ubica en el modelo de las necesidades humanas y en la tendencia de suplencia y ayuda, desde el punto de vista filosófico es considerada como existencialista ya que estudia al ser humano desde el punto de vista del cuidado y fomenta la independencia del paciente. (1)

Ella planteó que la enfermera no sólo debe valorar las necesidades del paciente, sino las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y su familia como una unidad, este modelo identifica cuáles son aquellos problemas sensibles a los cuidados de enfermería, es conocido que las necesidades físicas del paciente son el principal problema si se mira desde una óptica biologicista. Las cuales pueden quedar resueltas en un escenario profesional. No obstante, si se consideran las respuestas humanas y el entorno familiar, se descubre que el objeto del cuidado no es el paciente en sentido estricto, sino los cuidadores. Si éstos no son considerados, el resultado ya se puede anticipar: Peor pronóstico para el paciente cuando sea dada de alta, mayor dependencia de los servicios médicos, reingresos hospitalarios constantes por complicaciones médicas.

Colomar Pueyo G: La enfermería y la autonomía del paciente. Enf Clínica 2000; 10: 233-234.

Si se lleva a la práctica todo lo anterior, nos permitirá, ante un supuesto de una persona con dificultades para el autocuidado, proporcionarle los medios adecuados para que pueda por sí misma proceder a su higiene personal; ante un enfermo con una sobreinfección respiratoria, permitirle satisfacer sus necesidades de alimentación por sí mismo; en un enfermo con problemas de movilidad severa, superar su ansiedad y miedo por su estado y permitirle comprobar por sí mismo que es capaz, una vez eliminados los primeros obstáculos permanecer en una silla de ruedas sin riesgo de sufrir caídas.

Los estudios de caso que han realizado sobre procesos de atención de enfermería en pacientes con SPP coinciden con los síntomas que presenta el Sr I, enfocándose a los cuidados durante la hospitalización, por otro lado investigaciones cualitativas de enfermería sobre personas afectadas con este síndrome se han orientado hacia la percepción de la fatiga al igual que a la calidad de vida.(1,2)

Finalmente se puede decir que el personal de enfermería apoya, anima y brinda confianza a los pacientes con respecto a la recuperación, pero cuando se enfrenta con personas que no recuperan la salud completamente, se hace indispensable enseñar a vivir con enfermedades crónicas, a controlar los síntomas, a realizar técnicas y procedimientos para lograr mantener la salud, además de promover la adherencia a los tratamientos médicos, ayudara a enfrentar los sentimientos de desesperanza y a explorar las percepciones y contribuir al entendimiento de la enfermedad. Es necesario que el personal de enfermería conozca las respuestas y comportamientos que genera la enfermedad y poder comprender los sentimientos que experimenta cada ser humano, el cual tienen una historia, costumbres, cultura y apoyos que son individuales y diferentes a las demás personas y es en este sentido que la teoría de Virginia Henderson nos ayuda a entender que el cuidado de enfermería debe ser riguroso, empático, ético y brindado con personal comprensivo, bien capacitado y sobre todo humano.

1. Stuifbergen AK, Seraphine A, Harrison T, Adachi E, An explanatory model of health promotion and quality of life for persons with post-polio syndrome, Soc Sci Med 60: 2, 383-393, Jan, 2005.

2. Stuifbergen A, Secondary conditions and life satisfaction among polio survivors. Rehab Nursing 30: 5, 173-179, Sept-Oct, 2005.

XIII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

La enfermedad crónica como es el caso de una persona afectada por el síndrome de post-polio es una patología que precisa tanto de los cuidados de enfermería como de un autocuidado eficaz por parte del paciente y de sus cuidadores a fin de lograr mantener una calidad de vida aceptable y de prevenir la aparición de problemas potenciales que se deriven de su situación.

Existe la necesidad de adoptar un modelo enfermero, que ayude a precisar la naturaleza de los cuidados que brindan las enfermeras, como paso totalmente imprescindible para delimitar su área de competencia. La importancia de la adopción de un modelo no se limita sólo al ámbito de la docencia, sino que incluye también la asistencia, la gestión y la investigación. En este caso se seleccionó el modelo de Virginia Henderson como referencia por considerar los campos de actuación bien definidos en el trabajo de los profesionales de enfermería: Un área de colaboración en el que la enfermera sigue las indicaciones realizadas por otros profesionales y área independiente dónde la enfermera tiene una autoridad y un control en el proceso. Esto sin perder de vista la concepción de enfermería de esta autora en el contexto actual, que no pierde vigencia al igual de la influencia muy sólida en nuestra disciplina que aún conserva.

Además de tener un modelo teórico para proporcionar los cuidados es necesario tener presente la relación enfermera paciente y la teoría de Travelbee (1) plantea este concepto como la percepción que el personal de enfermería tiene de los pacientes y que afecta profundamente su comportamiento, realiza sus acciones y determina la calidad del cuidado que se ofrece.

El personal de enfermería debe percibir la interacción enfermero-paciente como una relación entre dos seres humanos, involucra contactos físicos en la realización de procedimientos, interpretación de gestos, movimientos, en donde la preocupación de enfermería estará relacionado con asistir a los pacientes y a sus familias para enfrentar la enfermedad, el sufrimiento y el estrés que estas situaciones generan, como es el estudio de caso que se presentó.

1. Travelbee.J. Interpersonal aspects of nursing. Philadelphia. Davis Company. 1966

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acello B, Nos enfrentamos a un regreso desagradable: El síndrome pospoliomielitis. Nursing 2004. Edición española. Agosto-septiembre.
2. Aguila- Maturana A.M et al. Nuevos síntomas en pacientes con secuelas de poliomielitis. Síndrome pospolio. En Rehabilitación, 2005, 39 (1) 13-9.
3. Alfaro-Lefevre, Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica. 3ª ed. Edit Mosby/Doyma, Madrid, 1996. pp 275-317.
4. Alonso, Olivares. Emir: Falta preparación de académicos para atender alza en número de ancianos: La Jornada. 31 de julio del 2007.
5. Ballesteros, H et al. El proceso de atención de Enfermería y la ciencia. En: Conceptos de Enfermería. Barcelona: Doyma; 1993.
6. Becker H, Stuifbergen A, What makes it so hard? Barriers to health promotion experienced by people with multiple sclerosis and polio, Fam Community Health 27: 1, 75-85, Jan-Mar, 2004.
7. Bouza C, Amate J.M. Síndrome de pospolio: Revisión de sus características clínicas y tratamiento .Rev Neurología. 2006;43:295-301.
8. Carpenito ,L.J. Diagnóstico de Enfermería. Editorial Interamericana. 9ª Edición. 2002
9. Collière, Mª Françoise. "Promover la vida". Madrid: Interamericana. McGraw-Hill. 1993.
10. Colomar Pueyo G: La enfermería y la autonomía del paciente. Enf Clínica 2000; 10: 233-234.
11. Fernández Ferrín y cols. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2da edic. Masson Barcelona.España .2000 Pág. 16-24
12. García MJ. Teoría y progreso de la ciencia de enfermería. Enfermería clínica.2000, 10:263-6.
13. Garzón A, Nelly. El cuidado integral y la humanización de la atención de Enfermería. En las Memorias del I Congreso Nacional de actualización en Enfermería. Santafé de Bogotá. Septiembre de 1992. pp-168-177
14. Harrison T, Stuifbergen A, Barriers that further disablement: A study of survivors of polio., J Neurosci Nurs 33: 3, 160-6, Jun, 2001

15. Heidegger M. El ser y el tiempo. 3 ed. México/Madrid/Buenos Aires: F. Cultura Económica; 2000.
16. Henderson, Virginia. La naturaleza de Enfermería. España.1994 pp 2-4
17. Henderson V, The concept of nursing. Journal of advanced nursing, 2006, 53 (1),21-34
- 18.Howard Robin. Poliomyelitis and the postpolio síndrome. Clinical review. BMJ.2005;330:1314-9
19. Julbet,B et al Characteristics and management of Postpolio Syndrome, Jama 284 (4) 412-414. July 2000
20. Kérouac, Suzanne. " Concepciones de Nigthingale a Parse" . Capítulo 2. En El Pensamiento Enfermero. Edit Masson. Barcelona 1996. Pp 23-58
21. López-Parra M et al. Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos de teoría de enfermería en la práctica asistencial. Enf Clínica 2006; 16(4) 218-
- 22.Marriner Tomey, Ann. (1999) "Virginia Henderson". Definición de Enfermería. Capítulo 9. Teoría y modelos de Enfermería. 4a edc. Edit. Harcourt, Madrid .pp99-111.
23. Mollet, Frans et al. Postpolio Síndrome. Arch Neurol/vol 61,julio 2004. pp 1142-1144
24. Phaneuf, M. La planificación de los cuidados enfermeros. México: MacGraw-Hill Interamericana, 1999.
25. Prats, Joaquín. Estudio de caso único como método para el aprendizaje de los conceptos históricos y sociales. En Nure investigación. No 28. Mayo-junio 07.pp 1-18
26. Saxon, D. Another look at polio and Postpolio Syndrome. Orthopaedic Nursing. 20(4):14-26. July-August 2001.
27. Stuifbergen AK, Seraphine A, Harrison T, Adachi E, An explanatory model of health promotion and quality of life for persons with post-polio syndrome, Soc Sci Med 60: 2, 383-393, Jan, 2005.
28. Stuifbergen A, Secondary conditions and life satisfaction among polio survivors., Rehab Nursing 30: 5, 173-179, Sept-Oct, 2005.
29. Travelbee.J. Interpersonal aspects of Nursing. Philadelphia. Davis Company. 1966

30. Tibi-Levy , Y. Developing an operational typology of patients hospitalised in palliative care units. *Palliat Med.* 18,248. 2004.

ANEXOS

Segunda valoración en el postoperatorio

VALORACION DE ENFERMERIA SEGÚN MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

NECESIDADES

Respiración voluntad

Marcar el área de dependencia marcando: **Conocimiento, fuerza ó**

☐ sin alteraciones	☐ disnea	☐ tiros intercostales	☐	C	☐
☐ Ruidos respiratorios	☐ tos	☐ secreciones	☐ sin secreciones	F	☐
Tabaquismo	_____ c/día			V	☐
Traqueotomía	☐	oxigenoterapia	☐		

Nutrición

☐ Autónomo	Necesita Ayuda	☐ total	☐ parcial	☐ prótesis dental	☐	C	☐
☐ Dificultad al masticar o deglutir	☐ Náuseas	☐ vómitos	☐ dispepsia			F	☐
Hidratación: 2 litros al día	Peso: 90 Kg.	Talla: 1.75 cm.	IMC:			V	☐
Dieta habitual:							
Dieta desequilibrada: ☐							
Intolerancia y/o alergias alimentarias ☐							
Dieta prescrita: <u>Blanda diabético de 1200 kcal</u>							
Otros: <u>Se conoce diabético desde hace 3 años, con tratamiento médico con hipoglucemiantes orales y dieta.</u>							

Eliminación

☐ Autónomo	Necesita Ayuda	☐ total	☐ parcial	☐ prótesis dental	☐	C	☐
Orina						Evacuación	
☐ Incontinencia	☐ Anuria			☐ estreñimiento	☐ laxantes	F	☐
☐ Ocasional	☐ Permanente			☐ diarrea		V	☐
☐ retención				☐ incontinencia fecal			
☐ disuria				☐ ocasional			
☐ permanente							
dispositivo-tipo ☐ <u>sonda foley N0 16-</u>							
fecha de colocación <u>14 de octubre /07</u>							
otras pérdidas: ☐ drenajes							
☐ ostomía ☐ asp gástrica							

Movilidad y mantener posturas adecuadas

☐ Autónomo	Necesita Ayuda	☐ total	☐ parcial	☐ prótesis dental	☐	C	☐
Requiere uso de dispositivo ☐							
Requiere ayuda de otra persona, supervisión ó enseñanza. ☐							
Requiere de ayuda de otra persona y dispositivo ☐							
Dependiente, no participa en la actividad ☐							
Limitación a la deambulaci3n ☐ sedestaci3n ☐ movilidad cama ☐							
Limitaci3n a la movilizaci3n _____							
Intolerancia a la actividad f3sica ☐							
Ejercicio f3sico habitual: <u>nulo</u>							

Dormir y descansar

Dificultad para dormir ☐ cansancio al levantarse ☐ horas de sueño <u>5</u> <u>aprox.</u>	C ☐ F ☐ V ☐
Conductas que favorecen el descanso: Realiza una siesta después de la comida, de aproximadamente 1 hora.	

Vestido

☐ Autónomo Necesita Ayuda ☐ total ☐ parcial ☐ temperatura: 36.8 C No se adapta bien a los cambios de temperatura ☐ Conducta ante la fiebre ☐	C ☐ F ☐ V ☐
---	--

Mantener la higiene corporal y la integridad cutánea

Higiene ☐ Autónomo Necesita Ayuda ☐ total ☐ parcial ☐ temperatura: 36.8 C Aseo adecuado ☐ inadecuado ☐ hábito de aseo <u>baño diario</u> Aspecto físico arreglado ☐ descuidado ☐	C ☐ F ☐ V ☐
---	--

Mantener la higiene corporal y la integridad cutánea

Integridad de la piel Piel integra ☐ estado de la piel: ☐ fría ☐ sudorosa ☐ Color de la piel normal ☐ pálida ☐ icterica ☐ cianótica ☐ miembro pélvico derecho edemas ☐ signo de pliege positivo ☐ <u>linfedema</u> ☐ heridas . Localización _____ tipo: várices ☐ flebitis: Localización ☐ úlceras por presión: ☐ Localización estadio tamaño otras alteraciones de la piel catéteres ☐ Localización tipo largo fecha instalación <u>12</u> <u>octubre</u>	C ☐ F ☐ V ☐
--	--

Evitar peligros

Necesita ayuda ☐ total ☐ parcial ☐ (incapacidad de autoprotección) Incapacidad de solicitar ayuda ☐ alergias ☐ Riesgo de caída ☐ riesgo de infección ☐ riesgo de úlcera ☐ Riesgo de violencia ☐ no maneja adecuadamente el régimen terapéutico Tóxicos ☐ automedicación ☐ enfrentamiento ☐ negación ☐ minimización ☐ proyección ☐ ansiedad dolor en herida quirúrgica de región lumbar L4-L5 a la movilización ☐ agudo ☐ crónico ☐ intensidad del dolor EVA 8 barreras arquitectónicas en domicilio ☐ vacunación ☐ implantes realiza medidas de prevención en salud	C ☐ F ☐ V ☐
---	--

Comunicación

Nivel de conciencia ☐	C ☐
Dificultad para hablar ☐ idioma :español	F ☐
Alteración de la percepción visual gafas ☐	V ☐
Alteración de la percepción auditiva ☐	
Desorientación temporo-espacial ☐	
Pérdida de la memoria ☐ alteración del proceso de pensamiento ☐	
Sexualidad ☐ métodos anticonceptivos	

Creencias y valores

Percepción de su salud	C ☐
Solicita ayuda espiritual ☐ religión: <u>católica</u>	F ☐
Dificultad en la toma de decisiones ☐ conflictos entre creencias y cuidados salud ☐	V ☐
Preocupación por el sentido de la vida, muerte y valores ☐	
Valores importantes en su vida: la familia	

Trabajar y realizarse

Estudios: secundaria terminada ocupación : desempleado	C ☐
Unidad familiar: _____	F ☐
Personas significativas: _____ cuidador principal: esposa	V ☐
Insatisfacción con rol laboral: ☐ auto percepción negativa ☐	

Trabajar y realizarse

Pasividad, apatía ☐ disminución de las relaciones sociales ☐	C ☐
Influencia de la salud en sus ocupaciones laborales, familiares y sociales ☐	F ☐
Depende de otras personas para satisfacer necesidades en domicilio ☐	V ☐

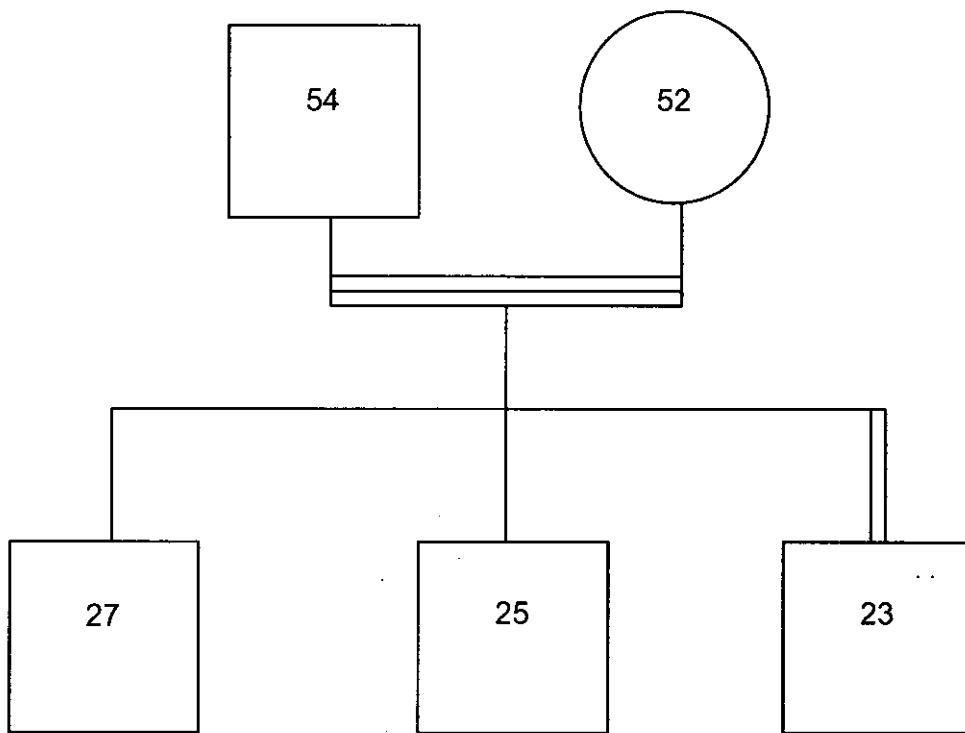
Participar en actividades recreativa

Actividades de ocio	C ☐
Situación de salud afecta a las actividades de ocio	F ☐
	V ☐

Aprender

Desconoce su proceso y cuidados asociados al mismo ☐	C ☐
No maneja los recursos de salud disponibles ☐	F ☐
	V ☐

Familiograma del Sr I.



Relaciones interpersonales

=====
Muy estrecha

=====
Muy estrecha,
pero conflictiva

~~~~~  
Conflictiva

=====  
Cercana

—||—  
Quiebre

-----  
Distante

## GLOSARIO

**Autonomía:** Es la capacidad física y/o psíquica de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

**Conducta:** Son aquellas acciones ó reacciones sobre las que la persona puede incidir de forma voluntaria.

**Cuidados:** Modo de actuación necesarios para tratar el diagnóstico identificado.

**Diagnóstico enfermero:** Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad, frente a los procesos vitales ó problemas de salud reales ó potenciales que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente.

**Fuente de Dificultad:** Es el área de dependencia. Corresponde a la falta de conocimientos, fuerza ó voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas.

**Entorno:** Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecta a la vida y desarrollo de un individuo.

**Manifestación de Dependencia:** Conductas o indicadores de la persona (datos objetivos y subjetivos) que resultan inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, presentes y futuras de acuerdo a su situación de vida.

**Manifestación de Independencia:** conductas o indicadores de la persona adecuados para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo a su situación de vida.

**Necesidades:** No debe entenderse como la carencia o problema sino como un requisito fundamental e indispensable para que la persona sea un ser integral, completo e independiente.

**Plan de cuidados:** Registro en el que se escribe los problemas detectados, los objetivos planeados y las actividades por ejecutar.

**Proceso de Atención de Enfermería:** Método científico aplicado en la disciplina que consta de las siguientes fases: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

**Persona (paciente):** es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila. Incluye al paciente y a la familia como una unidad.

**Problema de independencia:** Respuesta real o potencial de la persona ante una situación de vida que resulta apropiada pero mejorable.

**Rol autónomo:** Es suplir la autonomía de una persona a ayudar a lograr la independencia desarrollando su fuerza, conocimientos y voluntad para que emplee los recursos internos y externos.

**Suplencia:** Actuación de enfermería encaminada a sustituir a la persona llevando a cabo por ella las acciones necesarias para satisfacer las necesidades susceptible de esta suplencia.

**Salud:** Es el margen de vigor físico y mental que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial mas elevado de satisfacción en la vida.

**Valoración de Enfermería:** Es la primera fase del proceso de atención de enfermería, consta de la recolección, validación, organización y registro de los datos.

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN ESTUDIO DE CASO DE ENFERMERIA**

**Lugar** y **Fecha** México Df a 26 Octubre del 2007.

**Por medio de la presente acepto participar en el Estudio de caso:** Modelo de atención de Enfermería en un persona afectada por el SPP.

**El objetivo del estudio es:** Aplicar el modelo de enfermería propuesto .

**Se me ha explicado que mi participación consistirá en:** Participar en este proceso de atención de enfermería en mi persona.

La persona responsable del estudio de caso de enfermería se ha comprometido a darme información oportuna , así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con el proyecto.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

La persona Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Nombre, firma de la Responsable.**