



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA

PROCESO ENFERMERO
APLICADO A UN PACIENTE CON DIAGNOSTICO
MÉDICO DE: *TROMBOEMBÓLIA CEREBRAL.*

Que para obtener el Título de
Licenciado en Enfermería

PRESENTA: *Verónica Munguía Dagio*

ASESOR: *M.E.M. Elva Rosa Valtierra Oba*

Morelia, Michoacán., Septiembre de 2008.

DIRECTIVOS:

M.E JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA
DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

L. E. D MA. DE JESUS RUIZ RESENDIZ
SECRETARIA ACADEMICA

L. E. D. ANA CELIA ANGUIANO MORA
SECRETARIA ADMINISTRATIVA

SINODALES:

M. C. Elva Rosa Valtierra Oba
Presidenta

L. E. Q. Brenda Martínez Ávila
Vocal 1

L. A. E. Julio Cesar Leyva Ruiz
Vocal 2

DEDICATORIAS:**A MIS HERMANOS****J. TRINIDAD, LUCERO Y POLO.**

A ellos que todo me han dado, ellos que de sol a sol han trabajado y luchado tanto para sacarnos adelante y darnos una vida mejor, por la fuerza de voluntad que han sembrado en mí, por eso a ustedes va dedicado este logro y espero no defraudarlos nunca.

“Gracias por su confianza.”

A MIS MAMÁS**SEVE Y MIKI**

Por su guía, por su apoyo en todo momento, por ese impulso que con su gran amor me daban para seguir con mis estudios, porque siempre estuvieron presentes en mis triunfos y en mis derrotas, en los momentos tristes y en los alegres. “ Gracias”.

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS

Por Iluminarme y darme fortaleza, por haberme dado la oportunidad de venir a este mundo, por ayudarme a comprender que la vida es tener que hacer siempre algo.

Gracias por darme a mis hermanos pues sin ellos nada seria igual.

A MI ASESORA

Que con su ayuda, su tiempo, y dedicación fue posible culminar este trabajo.

A LA SRA. ANTONIA N. Y SU FAMILIA.

Por su apoyo y confianza para la realización de mi trabajo.

A MI HERMANITO ISAIAS

Por formar parte de mi familia, por extrañarme y quererme.

A JESÚS

Gracias por tu apoyo moral, por los ánimos que me diste en la realización de mi trabajo y porque haz estado en los momentos difíciles.

CONTENIDO

I.- INTRODUCCIÓN	7
II.- JUSTIFICACIÓN.....	8
III.- OBJETIVOS.....	9
IV.- MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	10
4.1 Valoración general	10
4.2 Historia clínica	10
4.3 Etapas del proceso de enfermería	12
4.4 Modelo de Virginia Henderson.....	29
4.5 Conceptos y definiciones.....	30
4.6 Afirmaciones teóricas.....	32
4.7 Supuestos principales.....	32
4.8 Hipertensión arterial.....	33
4.9 Tromboembolia cerebral.....	34
V.- METODOLOGÍA.....	37
VI.- DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA	38
6.1 Resumen de caso clínico.....	38
6.2 Clasificación por necesidades	38
6.3 Diagnósticos de enfermería	40
VII.- CONCLUSIONES	46
VIII.- SUGERENCIAS	47
IX.- BIBLIOGRAFÍA.....	48
X.- GLOSARIO.....	49
XI.- ANEXOS.....	50

I.- INTRODUCCIÓN

Un accidente cerebro vascular ocurre cuando el suministro de sangre a una parte del cerebro se interrumpe repentinamente o cuando un vaso sanguíneo en el cerebro se rompe, derramando sangre en los espacios que rodean a las células cerebrales. De la misma forma que se dice que una persona que sufre una pérdida de flujo sanguíneo al corazón tiene un ataque cardíaco, puede decirse que una persona con una pérdida de flujo sanguíneo al cerebro o una hemorragia repentina en el cerebro tiene un "ataque cerebral" o sufre un accidente cerebro vascular.

Estudios en los seres humanos, nos dicen que el daño cerebral comienza en el momento en que empieza el accidente cerebro vascular y a menudo continúa por días después de ocurrir el mismo. Los científicos saben ahora que hay una ventana de oportunidad muy reducida para tratar la forma más común del accidente cerebro vascular. Debido a éstos y a otros adelantos en el campo de la enfermedad cerebro vascular, los pacientes que sufren estos accidentes cerebro vascular tienen ahora una probabilidad de sobrevivir y recuperarse.

En el presente trabajo se aplicó la metodología de intervenciones de enfermería en un caso clínico de Tromboembolia Cerebral el cual se desarrolló en un ambiente intradomiciliario, observando hábitos y costumbres del paciente y su familia. También contiene un marco teórico que sustenta el problema de enfermedades Cerebrales.

II.- JUSTIFICACIÓN

Nuestro sistema de salud con la implementación del nivel Primario de Atención y con la implementación del médico de la familia, con sus objetivos fundamentales encaminados a la promoción, prevención y la recuperación de la salud, juega un papel importante dentro de la comunidad, en la identificación de los factores de riesgo que como consecuencia conllevan al desarrollo y aparición de las cardiopatías isquémicas. Igualmente en la preocupación de cómo disminuir el riesgo de desarrollar manifestaciones clínicas en la población que nunca han tenido eventos clínicos de la enfermedad. El objetivo principal de las medidas de prevención primaria es la modificación favorable de dichos factores de riesgo.

Además de promover la adopción de hábitos de vida saludable, se debe realizar el pesquiasaje de los principales factores de riesgo en sus poblaciones de referencia, valorar el riesgo global de cada individuo particular, también iniciar y mantener las medidas destinadas al control de dichos factores de riesgo.

En este caso clínico se pretende mejorar la calidad de vida del paciente con Tromboembolia Cerebral, así como obtener experiencia en la metodología de intervenciones de enfermería, aplicando conocimientos adquiridos durante la carrera.

III.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ✓ Brindar atención de enfermería proporcionando cuidados específicos y conocer las necesidades y condiciones en las que se encuentra el usuario y su familia con la aplicación del Modelo de Virginia Henderson.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Proporcionar cuidados dentro del cual se puedan brindar las necesidades individuales del cliente, familia y comunidad.
- ✓ Establecer los DX y planear las intervenciones que cubran las necesidades individuales de la usuaria.
- ✓ Ejecutar acciones previamente establecidas.
- ✓ Evaluar y retroalimentación del proceso.
- ✓ Elaborar un trabajo académico que proporcione los elementos necesarios para obtener el Título de Licenciado en Enfermería.

IV.- MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

4.1 Valoración general

- 1.- Necesidad de oxigenación.
- 2.- Necesidad de Nutrición e Hidratación.
- 3.- Necesidad de eliminación.
- 4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
- 5.- Necesidad de descanso y sueño.
- 6.- Necesidad de vestirse adecuadamente.
- 7.- Necesidad de termorregulación.
- 8.- Necesidad de higiene y protección de la piel.
- 9.- Necesidad de evitar peligros.
- 10.- Necesidad de comunicarse y sexualidad.
- 11.- Necesidad de vivir según creencias y valores.
- 12.- Necesidad de trabajar y realizarse.
- 13.- Necesidad de jugar/participar en actividades recreativas.
- 14.- Necesidad de aprendizaje.

4.2 Historia clínica

- ◆ Datos generales
- ◆ Antecedentes Heredo-Familiares
- ◆ Antecedentes personales
- ◆ Padecimiento Actual
- ◆ Exploración Física

EL PROCESO DE ENFERMERIA

El proceso de Enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de la Enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar. El proceso de Enfermería consta de cinco fases sucesivas e interrelacionadas: Valoración, Diagnostico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

Estas fases integran las funciones intelectuales de la resolución del problema en un intento por definir las acciones de Enfermería.

HISTORIA

El proceso de Enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión.

Hall en 1955 lo describió por primera vez como un proceso distinto.

Jonson en 1959, Orlando en 1961 y Wiedenbach en 1963, desarrollaron un proceso de tres fases diferente que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: Valoración, Planificación, Ejecución y Evaluación.

A mediados de los años 70 Bloch en 1974, Roy en 1975, Mundinger y Jauron en 1975 y Aspinall en 1976 añadieron la fase diagnostica, dando lugar a un proceso de cinco fases.

Desde ese momento, el Proceso de Enfermería ha sido legitimado como el sistema de la practica de la enfermería. La ANA utilizó en proceso de Enfermería como guía para el desarrollo de las pautas de la asistencia. El proceso de enfermería ha sido incorporado al sistema conceptual de la mayor parte de los planes de estudio de enfermería. También ha sido incluido en la definición de enfermería en la mayor parte de las leyes sobre la práctica de la enfermería. Más recientemente se revisaron los exámenes de Licenciatura de los tribunales estatales, para probar la capacidad del profesional de enfermería registrado, aspirante para utilizar los pasos del proceso de enfermería.

DEFINICIÓN

El proceso de enfermería es el sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido de que proporcione en mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud. Yura y walsh en 1988, afirman que el proceso de enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar óptimo del cliente, y si este estado cambia, proporcionar la calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar.

OBJETIVO

El proceso de enfermería consiste en una relación de interacción entre el cliente y el profesional de enfermería valida las observaciones con el cliente y de forma conjunta utilizan el proceso de enfermería. Esto ayuda al cliente a enfrentarse a los cambios en el estado de salud y da lugar a una asistencia individualizada.

4.3 Etapas del proceso de enfermería VALORACION

Recogida de datos

Es el proceso planificado, sistemático y completo que permite reunir información específica sobre el usuario. Los datos recogidos se pueden clasificar en:

Antecedentes o actuales. Según pertenezcan al pasado o al presente.

Objetivos o subjetivos. Los primeros son observables, mensurables y se obtienen básicamente a través del examen físico; los segundos, por el contrario, se refieren a ideas, sentimientos y percepciones y se consiguen a través de la entrevista con el usuario y la familia.

Generales o focalizados. Ya se trate de información básica sobre todos los aspectos relevantes del estado de salud y situación de vida del usuario, ya de datos pormenorizados sobre una situación o aspecto concreto.

ENTREVISTA

Se trata de un interrogatorio médico y organizado que permite a la enfermera adquirir información específica sobre aquellos aspectos de salud que considera relevantes.

OBSERVACIÓN

Consiste en el uso sistemático de los sentidos y de los instrumentos para reunir información sobre el usuario, la familia y personas allegadas y el entorno, así como sobre las interacciones entre estas tres variables.

EXAMEN FÍSICO

La valoración física, ya sea cefalocaudal o por órganos, aparatos y sistemas, emplea cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

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

- 2- Palpación o uso del tacto para determinar las características de unas estructuras corporales situadas debajo de la piel a fin de conocer su tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad.
- 3- Percusión o golpeteo suave con los dedos o con un instrumento sobre la superficie corporal y análisis acústicos de los sonidos producidos, que varían dependiendo del tipo de estructura que haya debajo.
- 4- Auscultación o escucha de los sonidos producidos por los órganos corporales. Puede ser directa, aplicando el oído sobre la zona que se desea auscultar, o indirecta mediante el uso de un estetoscopio. Esta técnica permite identificar la frecuencia, intensidad, calidad y duración de los sonidos detectados.

Validación de datos

Se trata de asegurar que la información recogida en el pasa anterior es veraz y completa, a fin de evitar errores diagnósticos y conclusiones precipitada. Se deben confirmar todos los datos anómalos o incongruentes con el resto de información que se dispone, así como todos aquellos que resulten de importancia crítica para establecer el diagnóstico o planificar la actuación.

Organización de datos

Es la agrupación sistemática en categorías de la información obtenida y validada a fin de logra una imagen clara de la situación. Es de suma importancia, ya que hacerlo de una u otra forma influirá:

- 1- En el tipo de información que se recoja, puesto que cada modelo se centrará en unos aspectos específicos. Por ejemplo, el modelo biológico dirigirá la atención a todo lo referente al funcionamiento de los órganos, aparatos y sistemas corporales, mientras que un modelo enfermero lo hará hacia las respuestas de la persona ante la situación de salud.
- 2- En el tipo de problemas detectados, ya que todas las formas de organizar la información ponen de relieve unos aspectos y omiten otros. Así la recogida de datos según un modelo biológico facilita el diagnóstico de problemas médicos y de colaboración, mientras que la adopción de un modelo enfermero permite diagnosticar problemas enfermeros.

Registro de datos

Consiste en plasmar por escrito toda la información obtenida y debe llevarse a cabo tan pronto como finalice la valoración a fin de prevenir el olvido de información relevante. Este último paso de la etapa de valoración es de capital importancia para formular el diagnóstico y planificar la actuación enfermera, así como para asegurar la continuidad de los cuidados. Al hacer cualquier tipo de anotación es preciso seguir una serie de normas, entre las que se encuentran:

1. Escribir con tinta: pluma, bolígrafo, rotulado, etc.
2. Hacer anotaciones concretas y concisas, con letra clara o de imprenta.
3. Utilizar sólo las abreviaturas que estén consensuadas y que no puedan inducir a error.
4. No borrar, no usar corrector ni emborronar lo escrito de forma que sea ilegible. En caso de equivocación cerrar entre paréntesis la palabra o frase, tacharla con una línea y escribir claramente sobre ella la palabra "error".
5. No dejar líneas en blanco ni escribir entre líneas: Trazar una ralla en los espacios en blanco y, si hay que anotar algo que se ha olvidado, hacerlo en el momento en que se recuerde anteponiendo la frase: "anotación tardía", seguido del día y la hora en que se hace la entrada.
6. Hacer las anotaciones lo antes posible después de obtener los datos o de realizar las actividades. Si por cualquier causa no pudiera hacerse, no fiarse de la memoria y anotarlo en un pequeño cuaderno de bolsillo para transcribirlo a la historia del usuario en cuanto se pueda.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es la segunda fase del proceso de enfermería. En esta fase, los profesionales de enfermería utilizan las habilidades del pensamiento crítico para interpretar los datos obtenidos durante la valoración, e identificar los aspectos positivos y los problemas del paciente.

El propósito de la NANDA es definir, perfeccionar y fomentar una taxonomía de la terminología de los diagnósticos de enfermería de uso generalizado para los profesionales de enfermería.

Una **taxonomía** es un sistema de clasificación o un conjunto de categorías estructuradas en función de un único principio o de un conjunto de principios. Entre los miembros de la NANDA se incluyen profesionales de enfermería en plantilla, especialistas clínicos, profesorado, directores de enfermería, decanos, teóricos de la enfermería e investigadores. Este grupo ha aprobado actualmente más de 150 etiquetas diagnósticas de enfermería para uso clínico y evaluación.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DE LA NANDA

El término de **diagnóstico** es un enunciado o conclusión en relación con la naturaleza de un fenómeno. Los nombres estandarizados de la NANDA para los diagnósticos reciben el nombre de **etiquetas diagnosticas**; el enunciado del problema del paciente, consistente en la etiqueta diagnosticas mas la **etiología** (relación causal entre un problema y sus factores relacionados o factores de riesgo) se denomina **diagnóstico de enfermería**.

En 1990, la NANDA adoptó una definición oficial de trabajo para el diagnóstico de enfermería: ...un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, una familia o una comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales.

Tipos de diagnósticos de enfermería

Los cinco tipos de diagnósticos de enfermería son: reales, de riesgo, de bienestar, posibles y de síndrome.

1.- Un **diagnóstico de enfermería real** es un problema del paciente que está presente en el momento de la valoración de enfermería. Ejemplos de ellos son *Patrón respiratorio ineficaz* y *Ansiedad*. Un diagnóstico real de enfermería se basa en la presencia de los signos y síntomas asociados.

2.- Un **diagnóstico de enfermería de riesgo** es un juicio clínico de que no existe un problema. Pero la presencia de factores de riesgo indica que es probable que se presente un problema, a menos que el profesional de enfermería intervenga.

3.- Un **diagnóstico de bienestar**, describe las respuestas humanas a los niveles de bienestar de un individuo, una familia o una comunidad que tiene una disposición para mejorar.

4.-Un **diagnóstico de enfermería posible** es un diagnóstico en el cual las pruebas de que existe un problema de salud no están claras o son insuficientes. Un diagnóstico de enfermería posible requiere más datos para refutar o apoyar el diagnóstico.

5.- Un **diagnóstico de síndrome** es un diagnóstico que se asocia a un grupo de otros diagnósticos. En la actualidad se encuentran en la lista de la NANDA Internacional seis diagnósticos de síndrome.

Componentes de un diagnóstico de enfermería de la NANDA

Un diagnóstico de enfermería consta de tres componentes 1) El problema y su definición; 2) la etiología; 3) Las características definitorias.

Problema y su definición (Etiqueta diagnóstica)

Describe el problema de salud o la respuesta del paciente para los que se está proporcionando la investigación de enfermería. Describe el estado de salud del paciente con claridad. La finalidad de la etiqueta diagnóstica es guiar la elaboración de los objetivos del paciente y los resultados esperados. Puede seguir algunas intervenciones de enfermería.

- Deficiente
- Deterioro
- Disminución
- Ineficaz

- Comprometido

Cada etiqueta diagnostica aprobada por la NANDA se asocia a una definición que aclara su significado.

Etiología (Factores relacionados y factores de riesgo)

El componente etiológico de un diagnóstico de enfermería identifica una o más causas probables del problema de salud, orienta el tratamiento de enfermería necesario y permite al profesional de enfermería individualizar el cuidado del paciente. Las causas probables del diagnóstico de intolerancia a la actividad son el estilo de vida sedentario, la debilidad generalizada, etc.

Componentes de una etiqueta de diagnóstico enfermería

Diagnóstico y definición	Etiología/factores relacionados	Características definitorias
Intolerancia a la actividad: Insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades de la vida diaria necesarias o deseadas	Reposo en cama o inmovilidad Debilidad generalizada Desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno Estilo de vida sedentario	Expresa verbalmente fatiga o debilidad Respuesta anormal de la frecuencia cardíaca o de la presión arterial a la actividad Cambio electrocardiográficos que reflejan arritmias o isquemia Malestar o disnea de esfuerzo

Características definitorias

Son el conjunto de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnostica específica. Para los diagnósticos de enfermería reales las características definitorias son los signos y síntomas del paciente. Para los diagnósticos de enfermería de riesgo, no hay signos subjetivos ni objetivos. Así, los factores responsables de que el paciente presente una vulnerabilidad al problema mayor de lo normal constituyen la etiología de un diagnóstico de enfermería de riesgo.

EL PROCESO DIAGNOSTICO

El proceso diagnostico utiliza dos habilidades de pensamiento critico: El análisis y la síntesis. El pensamiento critico es un proceso cognitivo durante el cual una persona revisa los datos y considera las explicaciones antes de formarse una opinión.

El análisis consiste en la separación en componentes, es decir, la escisión del todo en sus partes. La síntesis es el proceso opuesto, es decir, la fusión de las partes para formar el todo.

El proceso diagnóstico consta de tres pasos:

- Análisis de los datos.
- Identificación de los problemas de salud, los riesgos y los factores favorables.
- Formulación de enunciados diagnósticos.

Análisis de los datos

En el proceso diagnóstico, el análisis de los datos implica los siguientes pasos:

1. Comparar los datos con los estándares (Identificar indicios significativos).
2. Agrupar los indicios (generar hipótesis profesionales).
3. Identificar lagunas e incoherencias.

Identificación de lagunas e incoherencias

La valoración experta reduce al mínimo las lagunas y las incoherencias de los datos. No obstante, el análisis de los datos debe incluir una comprobación final para asegurarse de que éstos estén completos y sean correctos.

Las incoherencias son datos conflictivos. Las fuentes posibles de datos conflictivos son los errores de medición, las expectativas y los informes contrapuestos o poco fiables.

Identificación de los problemas de salud, riesgos y factores favorables

Una vez analizados los datos, el paciente y el profesional de enfermería pueden identificar, los factores favorables y los riesgos para el paciente.

Determinación de los problemas de salud y los riesgos

Una vez agrupados los datos, se identifican conjuntamente los problemas que son un argumento a favor de un diagnóstico provisional real, de riesgo y posible. Debe determinarse además si el problema del paciente es un diagnóstico de enfermería, un diagnóstico médico o un problema interdependiente.

Determinación de los factores favorables

En esta fase, se determinan también los factores favorables del paciente, sus recursos, y sus capacidades para afrontar las situaciones.

Los factores favorables del paciente pueden ser un peso dentro del intervalo normal para su talla y edad, lo que permite al paciente hacer frente de una manera más fácil a una intervención quirúrgica. En otro caso, un factor favorable del paciente podría ser la ausencia de alegrías y no ser fumador.

Formulación de enunciados diagnósticos

La mayoría de los diagnósticos de enfermería se redacta como enunciados de dos o tres partes, pero existen variaciones a esta norma.

Enunciados básicos de dos partes

El enunciado básico de dos partes consta de los siguientes elementos:

- 1- Problema
- 2- Etiología

Enunciados básicos de tres partes

El enunciado básico de tres partes de un diagnóstico de enfermería recibe el nombre de formato PES, u consta de los siguientes elementos:

- 1- Problema: enunciado de la respuesta del paciente (etiqueta de la NANDA).
- 2- Etiología: factores que contribuyen a la respuesta o causa probable de la misma.
- 3- Signos y síntomas: características definitorias manifestadas por el paciente.

Los diagnósticos reales de enfermería pueden documentarse utilizando el enunciado de tres partes porque se han identificado los signos y los síntomas. Este formato no se puede emplear para diagnósticos de riesgo, porque el paciente no presenta síntomas ni signos del diagnóstico.

Enunciado de una parte

Algunos enunciados diagnósticos, como los diagnósticos de bienestar y los diagnósticos de enfermería de síndrome, constan exclusivamente de una etiqueta de NANDA. A medida de que se van perfeccionando las etiquetas diagnósticas, tienden a hacerse más específicas, de forma que las intervenciones de enfermería pueden derivarse de la propia etiqueta.

PLANIFICACIÓN

Es una fase sistemática y deliberativa del proceso de enfermería que conlleva la toma de decisiones y la resolución de problemas. En la planificación, se consulta los datos de la valoración del paciente y los enunciados diagnósticos para orientarse durante la formulación de los objetivos del paciente y la selección de las investigaciones necesarias para prevenir, reducir o eliminar los problemas de salud del paciente.

Una intervención de enfermería es cualquier tratamiento, basado en el juicio clínico y los conocimientos, que lleva a cabo un profesional de enfermería para favorecer los resultados del paciente. El producto de la fase de planificación es un plan de cuidados para el paciente.

Aun que la planificación es básicamente la responsabilidad de enfermería, la información del paciente y de los allegados es esencial para que resulte eficaz.

Planificación inicial

El profesional de enfermería que realiza la valoración de ingreso es el que desarrolla el plan de cuidados integral inicial. Este profesional cuenta con la ventaja de poder observar el lenguaje corporal del paciente, así como de poder obtener ciertos tipos de información intuitiva que no están disponibles solo con los datos escritos. La planificación debe iniciarse tan pronto como sea posible tras la valoración inicial, especialmente debido a la tendencia a acortar las estancias hospitalarias.

Planificación continuada

La planificación continuada corre a cargo de todos los profesionales de enfermería que trabajan con el paciente. A medida que van obteniendo nueva información y van evaluando las respuestas del paciente a los cuidados, pueden individualizar al plan de cuidados inicial.

La planificación continuada también tiene lugar al principio de un turno, cuando se planifican los cuidados que administrará ese día. Atendiéndose a los datos que van actualizándose, como se lleva a cabo la planificación diaria con los siguientes fines:

- 1- Determinar si el estado de salud del paciente ha experimentado algún cambio.
- 2- Establecer las prioridades en el plan de cuidados del paciente durante el turno.
- 3- Decidir en que problemas centrarse durante el turno.
- 4- Coordinar las actividades de enfermería de forma que en cada contacto con el paciente pueda abordarse más de un problema.

Planificación de alta

Es el proceso de prever y planificar las necesidades tras el alta, es una parte esencial de los cuidados integrales de la salud y debe abordarse en cada plan de cuidados del paciente. Debido a que la estancia hospitalaria media para casos agudos se ha acortado, a veces se da el alta a pacientes que siguen necesitando cuidados. Aunque muchos pacientes son trasladados a otros centros, cada vez es más frecuente prestar estos cuidados en el domicilio. La planificación eficaz del alta comienza con el primer contacto con el paciente e implica una valoración completa y continuada para obtener información sobre las necesidades continuadas del paciente, para obtener más información sobre la planificación del alta.

DESARROLLO DE PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

El producto final de la fase de planificación del proceso de enfermería es un plan de cuidados formal o informal.

Un plan de cuidados de enfermería informal es una estrategia de actuación que existe en la mente del profesional de enfermería. Por ejemplo, se puede pensar “la Sra.” está muy cansada. Tendré que reforzar su información cuando aya descansado.

Un plan de enfermería formal es una guía escrita o informatizada que organiza la información sobre los cuidados del paciente.

Un plan de cuidados estandarizados es un plan formal que especifica los cuidados de enfermería para grupos de pacientes con necesidades comunes por ejemplo, todos los pacientes que han sufrido un infarto de miocardio. Un plan de cuidados individualizados es un plan que se ha personalizado para responder a las necesidades exclusivas de un paciente en concreto, necesidades que no se abordan en el plan de cuidados estandarizado.

Se comienza el plan cuando el paciente ingresa en el centro y lo actualiza constantemente durante toda la estancia de esté en respuesta a los cambios en el estado del paciente y la evaluación de la consecución de los objetivos. Durante la fase de planificación, el se debe a) que problemas del paciente requieren planes individualizados y cuales pueden abordarse mediante planes estandarizados y cuidados sistemáticos; y b) formula resultados esperados individualizados y prescripciones de enfermería para los problemas del paciente que requieren una atención de enfermería que va más aya de los cuidados sistemáticos preplanificados.

El plan de cuidados integral de un paciente está constituido por diversos documentos diferentes que: a) describen los cuidados sistemáticos imprescindibles para hacer frente a las necesidades básicas (ejemplo, baño, alimentación); b) responden a los diagnósticos de enfermería y a los problemas interdependientes; y c) especifican las responsabilidades de enfermería para llevar acabo el plan médico de cuidados (ejemplo; evitar que el paciente coma o beba antes de la intervención quirúrgica; programar un análisis de laboratorio).

Enfoques estandarizados para la planificación de cuidados

La mayoría de los centros de asistencia sanitaria a diseñado diversos planes estandarizados preimpresos para la provisión de cuidados de enfermería esenciales a grupos de pacientes específicos que tienen ciertas necesidades comunes (ejemplo, todos los pacientes con neumonía). Se debe desarrollar y aceptar estándares de cuidados, planes de cuidados estandarizados, protocolos, guías y procedimientos con objeto de: a) garantizar que se cumplan unos estándares mínimos aceptables y b) promover un uso eficiente del tiempo de los profesionales de enfermería eliminando la necesidad de redactar actividades comunes que se hacen una y otra vez para muchos de los pacientes de una unidad de enfermería.

Los estándares de cuidados pueden o no estar organizados de acuerdo con los problemas o con los diagnósticos de enfermería. Se redactan desde la perspectiva de las responsabilidades del profesional de enfermería.

Se muestran los estándares de cuidados de la unidad para un paciente con tromboflebitis.

ESTANDARES DE CUIDADOS: Paciente con tromboflebitis

Objetivo:

- 1.- Vigilar la aparición de signos y síntomas tempranos de afección del estado respiratorio.
- 2.- Comunicar sin demora el equipo médico cualquier signo o síntoma anormal.

3.- Iniciar las intervenciones de enfermería adecuadas cuando aparezcan signos y síntomas de afectación del estado respiratorio.

4.- Poner en práctica el protocolo de intervención de urgencia si el paciente presenta una disfunción cardiopulmonar.

DATOS DE APOYO: El objetivo de los estándares de cuidados es prevenir, vigilar, comunicar y registrar la respuesta del paciente a un diagnóstico de tromboflebitis sitúa al paciente en riesgo de experimentar una embolia pulmonar. Las consecuencias hemodinámicas de la obstrucción embolia al flujo de sangre pulmonar son aumento de la resistencia vascular pulmonar, aumento del trabajo del ventrículo derecho, reducción del gasto cardíaco y desarrollo de shock y de parada cardiocirculatoria.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS: Las valoraciones de enfermería realizadas cada 3-4 horas deben vigilar la aparición de los siguientes signos o síntomas:

- Disnea
- Dolor subesternal súbito
- Pulso débil/rápido
- Síncope
- Ansiedad
- Fiebre
- Tos/hemoptisis
- Frecuencia respiratoria rápida
- Dolor torácico de tipo pleurítico
- Cianosis

MEDIDAS DE ENFERMERÍA PREVENTIVAS:

- Potenciar una mayor ingestión de líquidos para prevenir la deshidratación.
- Mantener un tratamiento intravenoso anticoagulante según prescripción.
- Mantener el reposo en cama prescrito.
- Prevenir la estasis venosa con medidas elásticas; comprobar cada 3-4 horas.
- Potenciar los ejercicios de dorsi-flexión de las extremidades inferiores mientras se guarde reposo en cama.

PLANES INDIVIDUALIZADOS Y PRESCRIPCIONES DE ENFERMERÍA/MÉDICAS ADICIONALES

- No aplicar masaje en las extremidades inferiores.
- Ingestión y eliminación cada 8 horas.

Los planes de cuidados estandarizados son guías preimpresas para los cuidados de enfermería de un paciente que tiene una necesidad que surge con frecuencia en el centro (ejemplo, un diagnóstico de enfermería específico o todos los diagnósticos de enfermería asociados a un trastorno determinado). Están redactados desde la perspectiva de los cuidados que el paciente puede esperar.

No deben confundirse con los estándares de cuidados. Aunque comparten ciertas similitudes, presentan importantes diferencias.

Se muestra un plan de cuidados estandarizados para Déficit de volumen de líquidos.

Etiología	Resultados esperados	Prescripción de enfermería
✓ Disminución de la ingestión oral ✓ Náuseas ✓ Depresión ✓ Fatiga, debilidad ✓ Dificultad para deglutir ✓ Otros: ----- ✓ Pérdida excesiva de líquidos ✓ Fiebre o aumento de la tasa metabólica ✓ Diaforesis ✓ Vómito ✓ Diarrea ✓ Quemaduras ✓ Otros: ----- Características definitorias ✓ Ingestión insuficiente ✓ Equilibrio negativo entre aporte y pérdida ✓ Sequedad de mucosas ✓ Piel poco turgente ✓ Orina concentrada ✓ Hipernatremia ✓ Pulso rápido y débil ✓ Descenso de la tensión arterial ✓ Pérdida de peso	✓ Eliminación urinaria >30 ml/h ✓ Densidad urinaria 1005-1025 ✓ Na sérico normal ✓ Mucosas húmedas ✓ Buena turgencia cutánea ✓ No hay perdida de peso ✓ Ingestión de 8 horas = <u>400ml oral</u> Otros:	Vigilar la ingesta y la eliminación cada----h l Pesar a diario Vigilar los niveles de electrolitos Comprobar la turgencia cutánea y las mucosas cada 8h Tomar la temperatura cada <u>4h</u> Administrar el tratamiento IV prescrito (vigilar de acuerdo con el protocolo para tratamiento IV) 1000ml s. Glucosado a 100ml/h Ofrecer líquidos orales cada----hl Tipo. <u>Claros, fríos</u> Enseñar al paciente la cantidad y el tipo de líquidos y el horario para tomarlos Valorar la comprensión sobre el tipo de pérdida de líquidos; enseñar según proceda Higiene bucal según las necesidades con colutorio Instaurar medidas para reducir la fiebre (p. Ej., reducir la temperatura de la habitación, retirar las mantas, ofrecer bebidas frías) Otras órdenes de enfermería: <u>vigilar la densidad urinaria en cada turno</u>

Los planes de cuidados estandarizados:

- ◆ Se conservan con el plan de cuidados individualizado del paciente en la unidad de enfermería. Cuando se da de alta al paciente, pasan a formar parte de la historia clínica permanente de éste.
- ◆ Proporcionan intervenciones detalladas y contienen adiciones o anulaciones a los estándares de cuidados del centro.
- ◆ En general están redactados con el formato del proceso de enfermería:
Problema- Objetivos/resultados esperados- Intervenciones de enfermería- Evaluación.

Al igual que los estándares de cuidados y los planes de cuidados estandarizados, los protocolos son documentos preimpresos que indican las acción que suelen ser necesarias para un grupo específico de pacientes. Por ejemplo, un centro puede tener un protocolo para el ingreso de un paciente en la unidad de cuidados intensivos, para la administración de sulfato de magnesio a un paciente con preeclampsia, o para los cuidados de un paciente que reciba analgesia epidural continua. Los protocolos pueden incluir las órdenes del médico como las intervenciones de enfermería.

Un protocolo estandarizado es un documento escrito relativo a guías, reglas, normas u órdenes en relación con los cuidados del paciente. Los protocolos estandarizados proporcionan la autoridad para llevar acabo intervenciones específicas bajo ciertas circunstancias, a menudo cuando no hay un médico disponible de inmediato. En una unidad de cuidados críticos de un hospital, un ejemplo frecuente es la administración de fármacos antiarrítmicos de urgencia cuando cambia el patrón de monitorización cardíaca del paciente. En el marco de los cuidados domiciliarios, el médico puede detectar un protocolo estandarizado para solicitar un análisis de sangre para un paciente que ha recibido cierto tratamiento durante una cantidad de tiempo prescrita.

Se utilizan los planes de cuidados estandarizados para aquellos problemas predecibles que se producen habitualmente, y redacta a mano un plan individualizado para los problemas poco comunes o para los problemas que requieren una atención especial. Por ejemplo, un plan de cuidados estandarizados para todos los "pacientes con diagnostico de neumonía" probablemente incluirá un diagnóstico de enfermería de Déficit de volumen de líquidos y dirigirá al profesional de enfermería a valorar el estado de hidratación del paciente. En una unidad para pacientes respiratorios en una unidad médica éste sería un diagnóstico de enfermería frecuente; por consiguiente, el profesional de enfermería a cargo de Amanda Aquilini pudo obtener un plan estandarizado que describe los cuidados que requieren habitualmente los pacientes con Déficit de volumen de líquidos.

Formatos para los planes de cuidados de enfermería

El plan de cuidados suele organizarse en cuatro columnas o categorías: a) diagnóstico de enfermería; b) objetivos/resultados esperados; c) prescripciones de enfermería; y e) evaluación. Algunos centros utilizan un plan de tres columnas en el que la evaluación se realiza en la columna de objetivos o en las notas de enfermería; otros tienen un plan de cinco columnas, que añade una columna para los datos de la valoración antes de la columna de diagnósticos de enfermería.

El proceso de planificación

El proceso de desarrollo de los planes de cuidados del paciente lleva a cabo las siguientes actividades:

- Establecimiento de prioridades.
- Establecimiento de los objetivos del paciente/resultados esperados.
- Selección de las intervenciones de enfermería.
- Redacción de las prescripciones de enfermería.

Establecimiento de prioridades

El establecimiento de prioridades es el proceso dirigido a establecer una secuencia preferente para abordar los diagnósticos y las intervenciones de enfermería.

En la escala de jerarquía de Maslow, las necesidades fisiológicas, tales como el aire, los alimentos y el agua, son básicas para la vida y reciben una prioridad más alta que la necesidad de seguridad o la actividad.

Las prioridades van cambiando a medida que las respuestas a los problemas y los tratamientos del paciente se modifican.

Al asignar las prioridades se deben considerar diversos factores, entre ellos los siguientes:

- 1.- valores y creencias del paciente en relación con la salud: Los valores relativos a la salud pueden ser más importantes para el profesional de enfermería que para el paciente.
- 2.- prioridades del paciente: Hacer participar al paciente en la asignación de prioridades y en la planificación de los cuidados fomenta la colaboración.
- 3.- Recursos a disposición del profesional de enfermería y del paciente: Si el dinero, el equipo o el personal escasean en el centro de asistencia sanitaria, puede que se asigne a un problema una prioridad menos de lo habitual.
- 4.- Urgencia del problema de salud: Con independencia del marco de referencia empleado, las situaciones del riesgo vital que les asigne una prioridad alta.
- 5.- Plan de tratamiento médico: Las prioridades para tratar los problemas de salud deben ser congruentes con los tratamientos prescritos por otros profesionales sanitarios.

Establecimiento de los objetivos del paciente/resultados esperados

Una vez establecidas las prioridades, se establecen los objetivos para cada diagnóstico de enfermería en un plan de cuidados, los objetivos/resultados esperados describen, en términos de respuestas observables del paciente, que espera lograr el profesional ejecutando las intervenciones de enfermería. Los términos objetivo y resultados esperados se utilizan indistintamente en este texto, excepto al comentar y utilizar lenguaje normalizado. Ciertas fuentes de referencia también utilizadas las expresiones resultado deseado, resultado previsto y critico de resultado.

Algunos textos de enfermería diferencian estas expresiones definiendo los objetivos como enunciados generales sobre el estado del paciente, y los resultados esperados como los criterios observables más específicos, empleados para determinar si se han alcanzado los objetivos. Por ejemplo: objetivo (general): Mejoría del estado nutricional.

Resultado esperado (específico): Ganancia de 2.5 kg para el 25 de abril.

Cuando los objetivos se enuncian de forma general, como el ejemplo anterior, el plan de cuidados debe incluir tanto los objetivos como los resultados esperados. En ocasiones se combinan en un solo enunciado unido por las palabras “manifestado por”, de la forma siguiente: Mejoría del estado nutricional manifestada por ganancia de peso de 2.5kg para el 15 de abril.

Selección de las intervenciones y actividades de enfermería

Las intervenciones y actividades de enfermería son las acciones que se realizan para alcanzar los objetivos del paciente. Las intervenciones específicas seleccionadas deben centrarse en la eliminación o la reducción de la etiología del diagnóstico de enfermería, que es la segunda parte del enunciado diagnóstico.

Las intervenciones de los diagnósticos de enfermería de riesgo deben centrarse en las medidas destinadas a reducir los factores de riesgo del paciente, que se encuentran también en la segunda parte del enunciado.

Tipos de intervenciones de enfermería

Las intervenciones de enfermería se identifican y redactan durante la etapa de planificación del proceso de enfermería; sin embargo, en realidad se llevan a cabo durante la fase de ejecución. Las intervenciones de enfermería incluyen los cuidados tanto directo como indirectos, así como las estrategias iniciadas por el profesional de enfermería, las estrategias iniciadas por el médico o las iniciadas por otro profesional de asistencia sanitaria.

Las intervenciones independientes son aquellas actividades que los profesionales de enfermería está autorizados a emprender en función de sus conocimientos y habilidades. Comprenden los cuidados físicos, la valoración continuada, el apoyo y el soporte emocional, la educación, el asesoramiento, el control del entorno y la referencia a otros profesionales sanitarios.

Un ejemplo de intervención independiente es la planificación y los cuidados especiales de la boca para un paciente tras formular un diagnóstico de Deterioro de la mucosa oral.

Las intervenciones dependientes son las que se llevan a cabo por prescripción o bajo la supervisión de un médico, o de acuerdo con procedimientos sistematizados.

Las prescripciones del médico suelen consistir en medicamentos, tratamiento intravenoso, pruebas diagnósticas, dieta y actividad. Se deben explicar las prescripciones médicas, valorar su necesidad y administrarlas. Las intervenciones de enfermería pueden escribirse para individualizar la prescripción médica en función del estado del paciente. Por ejemplo para una prescripción médica de “Deambulacion progresiva, según tolerancia”, se escribirá:

- 1.- Balancear las piernas al borde de la cama durante cinco minutos a las doce horas de la operación.
- 2.- De pie junto a la cama, a las 24 horas de la operación; observar si hay palidez, mareo o debilidad.
- 3.- Comprobar el pulso antes y después de caminar. No seguir adelante si tiene más de 110 pulsaciones por minuto.

Las intervenciones interdependientes son acciones que se llevan a cabo en colaboración con otros miembros del equipo de asistencia sanitaria, como fisioterapeutas, trabajadores sociales, especialistas en dietética y médicos. Las actividades de enfermería interdependientes reflejan cómo se superponen las responsabilidades del personal sanitario y las relaciones profesionales entre ellos. Por ejemplo, el médico puede prescribir fisioterapia para enseñar al paciente a caminar con muletas. El profesional de enfermería sería responsable de informar al departamento de fisioterapia y de coordinar los cuidados del paciente para incluir las sesiones de fisioterapia.

Redacción de las prescripciones de enfermería

Son instrucciones para las actividades concretas que se realiza con el fin de ayudar al paciente a conseguir los objetivos de salud establecidos. El termino prescripción conlleva un sentido de responsabilidad para el profesional de enfermería que prescribe y para que lleve a cabo.

Las prescripciones de observación son valoraciones que se realizan para determinar si está produciendo una complicación y las observaciones de las respuestas del paciente a los tratamientos de enfermería o de otro tipo.

Las prescripciones de prevención prescriben los cuidados necesarios para prevenir complicaciones o para reducir los factores de riesgo. Se utilizan sobretodo para diagnósticos de enfermería potenciales y para problemas interdependientes.

Las prescripciones de tratamiento comprenden la instrucción, las referencias a otros profesionales, la fisioterapia, y otros cuidados necesarios para tratar los diagnósticos de enfermería. Algunas prescripciones pueden tener una finalidad preventiva o terapéutica, dependiendo de la situación del problema.

Las prescripciones de promoción de la salud son adecuadas cuando el paciente no tiene problemas de salud o cuando el profesional de enfermería formula un diagnostico de salud. Estas intervenciones de enfermería se centran en ayudar al paciente a identificar áreas de mejoría que los conduzcan a un nivel superior de salud.

EJECUCIÓN

Durante la ejecución se ponen en práctica las intervenciones planificadas para lograr los resultados propuestos. Según Iyer y Cols. Con independencia del entorno donde la enfermera preste sus servicios, la realización del plan de cuidados consta de tres pasos: preparación, realización y registro de la actuación y de sus resultados.

Preparación para la acción

Hay que revisar las intervenciones y las actividades en la etapa anterior con el fin de:

- 1- Determinar si unas y otras aún son apropiadas en la situación actual del usuario.
- 2- Valorar si se poseen los conocimientos y habilidades requeridos para realizarlas.
- 3- Reunir y organizar los recursos materiales y humanos necesarios.
- 4- Preparar el entorno para llevar a cabo la actividad en las mejores condiciones posibles, incluyendo las medidas de seguridad adecuadas.

Realización de las actividades

Este paso comprende tanto la ejecución de la actividad prescrita como la valoración continua de la respuesta del usuario para determinar la conveniencia de continuar con el plan, tal como se concibió, o modificarlo a la luz de los nuevos datos.

Registro de la actuación

La enfermera debe anotar en el plan de cuidados del usuario tanto la ejecución de la actividad como la respuesta de este, prestando especial atención a cualquier dato anormal o inesperado. También en este caso es conveniente recordar y aplicar las normas para las anotaciones enfermeras expuestas en este mismo capítulo, en el apartado “Registro de datos” dentro de la etapa de valoración.

EVALUACIÓN

Aun que aquí vamos a referirnos únicamente a la evaluación formal, esto es, a la última etapa del proceso enfermero, debe tenerse presente que esta incluida en cada etapa, en forma de valoración continua, como parte integral de la relación terapéutica entre la enfermera y el usuario.

La evaluación formal consta de tres pasos:

- Valoración de la situación actual del usuario.
- Comparación con los objetivos marcados y emisión de un juicio.
- Mantenimiento, modificación o finalización del plan de cuidados.

Valoración de la situación actual del usuario

Los datos de la formal se reúnen aplicando las técnicas ya explicadas en la etapa de valoración: entrevista, observación, valoración física y revisión de la historia para completar la información con los datos aportados por otros profesionales.

Comparación de la situación actual con los objetivos marcados y emisión de un juicio o conclusión

Tras reunir los datos actuales, éstos se comparan con los resultados identificados como deseables en los objetivos, comparación que puede llevar a uno de estos tres resultados: los objetivos se han conseguido totalmente, se han conseguido parcialmente, o no se han conseguido en lo absoluto.

En el primer caso, esto es, cuando los objetivos se han conseguido plenamente, se avanza al siguiente paso. Cuando, por el contrario, los objetivos se han conseguido sólo parcialmente o no se han logrado en absoluto, Alfaro (1999; pág. 183) sugiere que la enfermera se formule las siguientes preguntas:

- 1- ¿Los objetivos y las intervenciones eran realistas y apropiados para esta persona?
- 2- ¿Se realizaron las actividades con coherencia, tal como estaba planificada?
- 3- Los problemas nuevos o las reacciones adversas, ¿se detectaron prontamente y se hicieron los cambios adecuados?
- 4- ¿Cuál es la opinión del usuario respecto al logro de los objetivos marcados en el plan de cuidados?
- 5- ¿Cuáles fueron los factores que dificultaron el progreso?
- 6- ¿Cuáles fueron los factores que facilitaron el progreso?
- 7- ¿Se buscaron en la bibliografía estudios de investigación y artículos prácticos, aplicables en este caso?

Si la respuesta a los tres primeros interrogantes es afirmativa, es preciso seguir indagando en esa misma línea, por lo que sugerimos añadir las siguientes preguntas:

1-¿los diagnósticos identificados reflejaban una situación del usuario que la enfermera pudiera tratar?

2- los datos a partir de los cuales se formuló el diagnóstico, ¿eran suficientes y exactos?

Es evidente que hallar las respuestas no siempre es fácil porque implica replantearse con espíritus críticos el trabajo realizado desde el principio y estar dispuestas a aceptar que cometemos errores; sin embargo, en nuestra opinión, esta reflexión resulta fundamental no sólo para brindar mejores cuidados al usuario, centro y eje de nuestra actuación sino también para aumentar los conocimientos de la enfermera, y detectar y corregir los posibles tantos débiles en la valoración, diagnóstico, planificación o puesta en práctica del plan.

Mantenimiento, modificación o finalización del plan

Finalmente, hay que tomar una decisión sobre la actuación que se debe seguir en adelante.

MANTENIMIENTO DEL PLAN

Se optará por mantener el plan inicial cuando los objetivos se hayan alcanzado parcialmente y, al analizar todo el proceso, se compruebe que el diagnóstico y las intervenciones siguen siendo adecuados para la situación del usuario, aunque el logro de los objetivos marcados inicialmente requiera un plazo más largo.

MODIFICACIÓN DEL PLAN

Se procederá a modificar el plan inicial cuando los objetivos se hayan logrado parcialmente o no se hayan logrado en absoluto, y al revisar todo el proceso se llega a la conclusión de que:

- 1- El plan inicial no era el más adecuado.
- 2- Ha habido cambios en la situación del usuario que no se han reflejado en el plan.
- 3- Han aparecido factores externos que influyen en el logro de los objetivos propuestos que no se han reflejado en la planificación.

También cabe la posibilidad de modificar el plan cuando se hayan conseguido totalmente los objetivos marcados, pero persistan los factores de riesgo que hacen presumir que el problema puede reaparecer si no se establece un plan para mantener los logros actuales.

FINALIZACIÓN DEL PLAN

Estará indicada la finalización del plan cuando los objetivos se hayan conseguido totalmente las causas que se provocaban en problema hayan desaparecido o se hayan controlado, y el usuario demuestre la capacidad necesaria para mantener estable su situación actual de salud.

4.4 Modelo de Virginia Henderson.

ANTECEDENTES PERSONALES.

Virginia Henderson nació en 1897, en Kansas City, Missouri. Desarrollo su interés por la enfermería durante la primera guerra mundial. En 1918 ingreso a la escuela de enfermería de la armada en Washington DC graduándose en 1921. Inicio su trabajo como enfermera visitadora y como docente de enfermería. En la

universidad impartió cursos sobre el proceso analítico y practica clínica de 1930 a 1948.

Tiene una larga trayectoria como autora e investigadora, elaboro una definición propia de enfermería. Ella considera su trabajo como una definición, mas que una teoría. Describe su interpretación como la síntesis de muchas influencias posesivas.

Filosofía de Virginia Henderson.

El modelo de Virginia Henderson ha sido clasificado en el grupo de la enfermería humanística porque considera a la profesión como un arte y una ciencia.

Incorpo los principios filosóficos y psicológicos a su concepto personal de enfermería ya que siempre considero importante mantener un equilibrio fisiológico. Considero que la asistencia en enfermería esta constituida por 14 componentes, que identifican 14 necesidades del ser humano, desde las fisiológicas hasta las psicosociales. La enfermería se debe basar en la necesidad de la humanidad, pero debe comprobar las interpretaciones del paciente sobre esta ya que puede actuar basándose en una idea equivocada con respecto a tales necesidades.

Más que una teoría el trabajo de Henderson se considera una filosofía ya que toma una postura personal para visualizar las circunstancias.

4.5 Conceptos y definiciones.

✓ Enfermería.

La define como la única función de ayudar al individuo enfermo o sano en la realización de aquellas acuidades que contribuyan a su salud o a su recuperación o a una muerte tranquila; y que el realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios. Y realizar esta función de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

- a) Fuerza: fuerza física y moral para tomar decisiones para comprometerse en las acciones necesarias para conservar o recuperar la salud.
- b) voluntad: capacidad intelectual que puede disminuir por problemas de salud y limitarse por falta de recursos económicos o factores socioculturales.
- c) Conocimiento: se refiere a información completa y correcta para la prevención, curación o rehabilitación. es importante conocer los mecanismos de acción que desarrollan enfermedades, con que recursos sanitarios se cuenta, que cuidados debe tenerse ante la presencia de la enfermedad para evitar su desarrollo y complicaciones.
- d) Supone que ayudar a los individuos sanos o enfermos es la función única de enfermería actuando como miembro del equipo sanitario independientemente del medico, es un deber actuar así en caso de ser el profesional sanitario mas preparado en determinadas situaciones donde puede diagnosticar o tratar cuando así se requiera.

✓ Salud.

La equipara con la independencia en función de la capacidad para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería.

Supone que la salud representa una calidad de vida necesaria para el funcionamiento humano. Puede mantenerse o recuperarse si se tiene la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Por lo que es más importante la promoción de la salud que la atención al enfermo.

✓ Entorno.

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

Supone que la enfermedad interfiere en la capacidad del ser humano para controlar el entorno. Por lo tanto es necesario proteger al paciente de lesiones mecánicas y disminuir al máximo las posibilidades de lesión que puede darse por malas condiciones del equipo o área física del sitio donde se encuentra el paciente. Se requiere conocer los hábitos socioculturales y creencias religiosas del paciente para valorar los riesgos que pueden conllevar.

✓ Persona.

Individuo que requiere asistencia para obtener salud o independencia o una muerte tranquila; esta constituido inseparablemente por cuerpo y alma y con su familia forma una unidad.

✓ Necesidades.

- 1.- Respirar normalmente.
- 2.- Comer y beber adecuadamente.
- 3.- Eliminar los desechos corporales.
- 4.- Moverse y mantener una buena postura.
- 5.- Dormir y descansar.
- 6.- Elegir ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
- 7.- Mantener la temperatura dentro de sus límites normales.
- 8.- Mantener una higiene corporal adecuada.
- 9.- Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.
- 10.- Comunicarse con los demás a fin de expresar emociones, necesidades, temores u opiniones.
- 11.- Vivir según creencias religiosas y valores.
- 12.- Trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado.
- 13.- Jugar o participar en actividades recreativas.
- 14.- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzca un desarrollo y salud normal utilizando los recursos sanitarios disponibles.
- 15.- La sexualidad y reproducción se consideran una necesidad humana que debe añadirse.

4.6 Afirmaciones teóricas.

Relación enfermera-paciente.

Varia de una relación dependiente hasta una independiente.

- a) La enfermera como un sustituto de algo necesario para el paciente, ya que en casos de enfermedad grave, la enfermera se considera el sustituto de lo que el paciente carece para considerarle completo, integro o independiente por ausencia de fuerza física, voluntad o conocimiento.
- b) La enfermera como ayuda para el paciente, para que durante su convalecencia logre recuperar su independencia.
- c) La enfermera como compañera del paciente, imparte educación sobre la salud al paciente y su familia y juntos elaboran el plan terapéutico a fin de lograr un objetivo: la salud o independencia o una muerte tranquila.

Relación enfermera-medico.

La enfermera tiene una función única distinta del medico. El plan terapéutico que elabora con el paciente complementa el plan terapéutico prescrito por el medico. Enfermería no sigue las ordenes del medico ya que cuestiona una filosofía que permita al medico dar ordenes a los pacientes o al personal sanitario.

Relación de la enfermera como miembro del equipo sanitario.

Todos los miembros de este equipo se ayudan mutuamente a realizar el conjunto del programa de asistencia desarrollando cada cual su trabajo. Hay circunstancias en que algunos de los miembros del equipo no intervienen, la finalidad del plan terapéutico es que el paciente logre al máximo su independencia.

4.7 Supuestos principales.

Virginia Henderson no cito directamente cuales eran los supuestos mas señalados que incluía en su teoría. De sus publicaciones se han extraído los siguientes supuestos:

Enfermería.

- Una enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos.
- Una enfermera actúa como miembro de un equipo medico.
- Una enfermera actúa al margen del medico pero apoya su plan.
- Una enfermera debe tener nociones tanto de biología como de sociología.
- Una enfermera puede valorar las necesidades humanas básicas.

Persona.

- Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional.
- El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar.
- El paciente requiere ayuda para conseguir la independencia.
- El paciente y su familia constituyen una unidad.

Salud.

- La salud es la calidad de vida.
- La salud es fundamental para el funcionamiento humano.
- La salud requiere independencia e interdependencia.
- Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.

Entorno.

- Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad.
- Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad.
- Las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.
- Las enfermeras deben reducir al mínimo la posibilidad de accidentes.
- Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales.

PRESIÓN ALTA

4.8 Hipertensión arterial

La hipertensión arterial es el aumento de la presión arterial de forma crónica. Es una enfermedad que no da síntomas durante mucho tiempo y, si no se trata, puede desencadenar complicaciones severas como un infarto de miocardio, una hemorragia o trombosis cerebral, lo que se puede evitar si se controla adecuadamente.

Causas

En la hipertensión esencial no se han descrito todavía las causas específicas, aunque se ha relacionado con una serie de factores que suelen estar presentes en la mayoría de las personas que la sufren.

- **Herencia:** cuando se transmite de padres a hijos se hereda una tendencia o predisposición a desarrollar cifras elevadas de tensión arterial
- **Sexo:** Los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres hasta que éstas llegan a la edad de la menopausia
- **Edad y raza:** La edad es otro factor, por desgracia no modificable, que va a influir sobre las cifras de presión arterial. En cuanto a la raza, los individuos de raza negra tienen el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión que los de raza blanca, además de tener un peor pronóstico.

- **Sobrepeso:** los individuos con sobrepeso están más expuestos a tener más alta la presión arterial que un individuo con peso normal.

Síntomas

La presión arterial elevada rara vez presenta síntomas.

Mucha gente tiene la presión arterial elevada durante años sin saberlo. El diagnóstico se puede realizar a través de los antecedentes familiares y personales, una exploración física y otras pruebas complementarias.

Tratamientos

La hipertensión no puede curarse en la mayoría de los casos, pero puede controlarse. Reduce el peso corporal si tienes sobrepeso.

Reduce el consumo de sal a 4-6 gramos al día; consume menos productos preparados y en conserva, y no emplees demasiada sal en la preparación de los alimentos. No obstante, existen pacientes que no responden a la restricción salina.

Reduce la ingesta de alcohol, que en las mujeres debe ser inferior a 140 gramos a la semana y en los hombres inferior a 210 gramos.

Realiza ejercicio físico, preferentemente pasear, correr moderadamente, nadar o ir en bicicleta, de 30 a 45 minutos, un mínimo de 3 veces por semana.

Reduce el consumo de café y no consumas más de 2-3 cafés al día.

Consume alimentos ricos en potasio, como legumbres, frutas y verduras.

Abandona el hábito de fumar.

4.9 Tromboembolia cerebral

Hemiplejía Izquierda

Trombo embolia cerebral (cuando se obstruye una arteria cerebral debido, por ejemplo, al colesterol), que puede llegar a no ser fatal, pero sí llegar a producir una hemiplejía (adormecimiento de la mitad del cuerpo).

Los accidentes cerebro vasculares pertenecen a los procesos denominados ictus, estos pueden ser de dos grandes tipos: hemorrágicos (hemorragia cerebral) o

isquémicos (embolia cerebral), la diferencia entre uno y otro es la presencia o ausencia de sangre. Asimismo, los isquémicos pueden ser transitorios o permanentes. Del tipo de accidente, superficie afectada y tiempo de duración dependerá que el paciente viva o muera y el grado de secuelas que le queden.

La enfermedad vascular cerebral (EVC) es aquella que afecta el suministro de sangre al cerebro. La EVC, o embolia, puede afectar los sentidos, el habla, el procesamiento de ideas y la memoria, el comportamiento, o causar parálisis, coma o la muerte.

CAUSAS

La EVC ocurre cuando una arteria cerebral es obstruida por un coágulo de sangre, para el suministro de oxígeno hacia el cerebro. Sin oxígeno, los tejidos cerebrales mueren en pocos minutos. Como resultado, dejan de funcionar correctamente las partes del cuerpo que están bajo el control de estas células.

La presión alta y la arteriosclerosis (acumulación de grasa en las arterias) aumentan los riesgos de que se produzca una EVC

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los principales síntomas que acontecen durante un cuadro embólico son:

- Debilidad súbita o adormecimiento de la cara, la mano y la pierna, generalmente de un solo lado del cuerpo.
- Pérdida del habla y dificultad para hablar o entender
- Pérdida de visión en un ojo
- Mareos inexplicables, falta de equilibrio o caídas
- Dolores de cabeza agudos y súbitos

TRATAMIENTO

Los tratamientos son administrados en la fase aguda en un hospital. En éste, se le suministrará al enfermo medicamentos y, posiblemente, se le apliquen medidas quirúrgicas.

Los medicamentos impiden la formación de nuevos coágulos o el aumento de tamaño de los que ya existen.

Con cirugía se extirpan los residuos de grasa (aterosclerosis) que reducen el flujo sanguíneo.

El éxito del tratamiento depende de:

- La magnitud del daño que haya producido la EVC
- La destreza del equipo de rehabilitación
- El estado de ánimo del paciente
- El apoyo que reciba de familiares y amigos

V.- METODOLOGÍA.

Henderson ha utilizado el método deductivo del razonamiento lógico para desarrollar su definición de enfermería. Deduce su definición y las 14 necesidades a partir de principios fisiológicos y psicológicos. Estas necesidades básicas corresponden a la jerarquía de necesidades humanas de Abraham Maslow.

La asistencia de enfermería debe enfocarse al progreso del paciente de la dependencia a la independencia. Se puede ayudar al paciente a ser independiente mediante la valoración, planificación, realización y evaluación de cada uno de los 14 componentes de la asistencia básica de enfermería. Esto implica ayudar al paciente cuando necesite fuerza, voluntad o conocimiento para realizar sus actividades diarias o para llevar a cabo el tratamiento prescrito con la independencia como ultimo fin.

- 1.- Respirar normalmente.
- 2.- Comer y beber adecuadamente.
- 3.- Eliminar los desechos corporales.
- 4.- Moverse y mantener una buena postura.
- 5.- Dormir y descansar.
- 6.- Elegir ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
- 7.- Mantener la temperatura dentro de sus límites normales.
- 8.- Mantener una higiene corporal adecuada.
- 9.- Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.
- 10.- Comunicarse con los demás a fin de expresar emociones, necesidades, temores u opiniones.
- 11.- Vivir según creencias religiosas y valores.
- 12.- Trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado.
- 13.- Jugar o participar en actividades recreativas.
- 14.- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzca un desarrollo y salud normal utilizando los recursos sanitarios disponibles.
- 15.- La sexualidad y reproducción se consideran una necesidad humana que debe añadirse.

VI.- DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA

6.1 Resumen de caso clínico

Proceso enfermero aplicado a un caso clínico con Diagnostico médico de Tromboembolia Cerebral, secundario a Hemiplejia Izquierda.

AN., es una paciente de sexo femenino, tiene 82 años de edad, es originaria de Tiquicheo Michoacán pero actualmente reside en Morelia Michoacán, sin escolaridad. Actualmente vive con dos hijas de los 11 hijos que tuvo y profesa la religión católica. Hace 25 años que enviudo.

AN., Ella vivió corto tiempo con sus papás hasta que tenía 8 años de edad, lo cual fue recogida por su padre y su madrastra y formo parte del núcleo familiar. Ella no tiene familiares con Diabetes, su padre fue quien padeció Hipertensión Arterial.

Refiere haber tenido hipertensión arterial desde hace 15 años lo cual no seguía el tratamiento médico, desde hace 15 años se ha controlado la hipertensión arterial con farmacéuticos lo que le origino la tromboembolia cerebral fue el discontinuar el farmacéutico anticoagulante. Anteriormente hace 2 meses fue hospitalizada por la tromboembolia cerebral, se le hospitalizo para ser tratada farmacéuticamente por lo tanto es su tratamiento de sostén.

Actualmente presenta tromboembolia cerebral, y hemiplejia izquierda e hipertensión arterial, con frecuencia presenta trastornos en la eliminación intestinal lo cual hace uso de laxantes. Son sus dos hijas las que se hacen cargo y responsables de la paciente.

AN., se encuentra con palidez de tegumentos, piel seca, con pliegues, ojos hundidos, con facies de tristeza, alteración auditiva, no alteración visual ni sensorial lo cual se encuentra en cama donde pasa la mayor parte del tiempo.

6.2 Clasificación por necesidades

1.- Necesidad de oxigenación. La respiración esta con un ritmo, de 20/min, presenta ruidos en caja torácica, tos con secreciones, no presenta dolor al respirar ni alergias respiratorias.

2.- Necesidad de Nutrición e Hidratación. Su peso actual es de 85kg y talla de 1.54cm ha tenido una perdida de peso de 5kg en 2 meses, su ingesta habitual es desayuno, comida y merienda, tipo de dieta es blanda con una ingesta de líquidos 1-2 litros al día es intolerante a los alimentos grasos e irritantes.

3.- Necesidad de eliminación. Presenta estreñimiento, no tiene problemas de hemorroides ni sangrado en heces, hace uso de laxantes, pañal, no ha sufrido enfermedad urinaria, ni sudoración cutánea.

4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura. En su comportamiento motor presenta temblores, su postura es decaída, limitaciones físicas en miembros inferiores y superiores, se encuentra acostada, estando cortos periodos en silla de ruedas, presenta dolor o rigidez articular, recibe terapia aproximadamente 30/min por sesión.

5.- Necesidad de descanso y sueño. La paciente hace uso de fármacos y no presenta ninguna molestia.

6.- Necesidad de vestirse adecuadamente. No es capaz de vestirse por si misma pero los familiares la visten adecuadamente al lugar, estación y circunstancias, no es alérgica a ningún tejido.

7.- Necesidad de termorregulación. Sin datos alterados.

8.- Necesidad de higiene y protección de la piel. Se le realiza baño cada 3 días, el cepillado dental se le realiza 1 vez al día, se encuentran en buenas condiciones su cabello, dientes y uñas, su piel es seca, sin ninguna lesión.

9.- Necesidad de evitar peligros. El nivel de conciencia es somnoliento, en orientación-espacio-tiempo- persona, sabe que se encuentra en su casa, reconoce a sus familiares, presenta alteración auditiva, se muestra confiada con un sentimiento de impotencia, no es alérgica a ningún medicamento, depende de sus familiares para más seguridad hacer uso de barandillas.

10.- Necesidad de comunicarse y sexualidad. El pensamiento- lenguaje es coherente y organizado, su forma de expresión es organizado, estado de humor es triste, velocidad lenta, cantidad escaso, tono y modulación tranquilo, se relaciona a diario con sus hijas, su ultima regla fue a los 43 años de edad, no uso anticonceptivos, tubo gestas 11, partos 11, cesáreas 0.

11.- Necesidad de vivir según creencias y valores. Profesa la religión católica, no visita al capellán, en caso de no poder tomar decisiones le gustaría que decidieran sus hijos.

12.- Necesidad de trabajar y realizarse. Su estado de salud le impide hacer lo que le gusta como es hacer su vida diaria.

13.- Necesidad de jugar/participar en actividades recreativas. No hay preferencia por alguna diversión o actividad recreativa.

14.- Necesidad de aprendizaje. En su inteligencia general, esta adaptada al momento, en el comportamiento de interés en el aprendizaje es escuchar.

6.3 Diagnósticos de enfermería

Diagnostico .-1. 00102

Déficit de Auto cuidado: Alimentación, relacionado con deterioro neuromuscular, manifestado por incapacidad para masticar.

Objetivo: Mantener una alimentación adecuada para su edad y condición.

Intervención: Vigilar la alimentación de la paciente.

Acciones: Valorar la ingesta, la calidad y la cantidad.

Valorar las condiciones de la alimentación, esfuerzo de la paciente, actividades del familiar.

Ejecución: En las primeras veces que le di de comer a la paciente se mostro renuente, pero poco a poco fue cooperando más ya que al verme más frecuente fue aceptando que otra persona más le diera sus alimentos concluyendo con la cantidad que se le sirve, las condiciones de la preparación de los alimentos son las adecuadas ya que se preparan con la suficiente higiene. Se eleva la cabecera de la cama de 30 a 45 grados después de las comidas.

Evaluación: La alimentación de acuerdo a su edad y estado en el que se encuentra es adecuada ya que cuenta con los nutrientes suficientes para su alimentación.

Intervención: Cambio de postura durante el proceso de alimentación.

Acciones: Hacer cambio de postura según lo requiera para la alimentación.

Identificar la comodidad de la paciente.

Ejecución: Se le dan los alimentos en decúbito dorsal cuando se hace un poco tarde para tomarlos o cuando prefiere estar acostada, otras veces se le dan los alimentos en la silla de ruedas para que así también se encuentre en la sala o comedor, dándole cantidades pequeñas y frecuentes para garantizar una ingestión suficiente.

Evaluación: Refiere sentir comodidad al cambiar de postura según lo requiera.

Intervención: Educación en salud relacionada con la dieta prescrita.

Acción: Se muestran técnicas para una buena higiene en la preparación de los alimentos.

Ejecución: Se habla con el cuidador de la importancia que se debe tener en la preparación de los alimentos, como en la dieta adecuada y rica en fibra para una mejor digestión, el cuidador se muestra interesado en este tema aportando que esta consiente de que puede haber la posibilidad de que se presente alguna enfermedad debido a la mala preparación de los alimentos y que por un descuido haya una complicación.

Evaluación: Se logra una higiene adecuada en la preparación de los alimentos, reflejada en la estabilidad de la paciente.

Diagnostico.-2. 00103

Deterioro de la deglución, relacionado con, deterioro neuromuscular, manifestado por, falta de masticación.

Objetivo: Disminuir la dificultad para deglutir los alimentos.

Intervención: Relajación muscular progresiva.

Acción: Enseñar a la paciente a masticar bien los alimentos y a comer despacio.
Observar que la deglución sea adecuada.

Ejecución: Antes de cada alimento estimularla a abrir y cerrar la boca para que tenga más flexibilidad al masticar la comida y así pueda ingerir los alimentos con más facilidad, al igual se le ofrece agua antes y durante la alimentación para facilitar la deglución de los alimentos, como sus medicamentos los pueda pasar con menos dificultad de la que presenta ahora para deglutir las pastillas. En ocasiones refiere sentir la pastilla aun en la boca, cuando ya la ha pasado.

Evaluación: Se observa que la dificultad de la paciente para deglutir ha disminuido.

Intervención: Vigilar que la deglución sea despacio.

Acción: Ofrecer el alimento en pequeñas porciones para facilitar la deglución.

Ejecución: Se vigila que el alimento sea blando y tenga una concentración adecuada para que así tenga una mejor deglución la paciente, incluso se le da agua antes y durante el alimento para una mayor facilidad al deglutir.

Evaluación: La deglución de la Sra. A,N, ha mejorado ya que se lubrica la boca antes y durante los alimentos.

Intervención: Cambio de posición para una mejor deglución.

Acción: Se le pregunta a la paciente como prefiere estar si recostada o sentada en la silla de ruedas.

Ejecución: Esta intervención se relaciona con la intervención del diagnóstico anterior, se sienta a la paciente según lo desee si en la cama o en la silla de ruedas para que tenga más facilidad a la deglución, en algunos casos la paciente menciona que quiere sentarse totalmente en la cama, pero en realidad es muy corto el periodo que tolera permanecer sentada ya que no tiene un respaldo fijo como en el caso de la silla.

Evaluación: Refiere la paciente sentirse más cómoda para deglutir al estar totalmente sentada.

Diagnostico.-3. 00085

Deterioro de la Movilidad Física, relacionado con deterioro neuromuscular, manifestado por, disminución de la fuerza, control o masa muscular.

Objetivo: Disminuir el deterioro neuromuscular.

Intervención: Terapia de ejercicios de control muscular. (anexos)

Acción: Al realizan los ejercicios se le estimula a la paciente a que coopere para que se mantenga activa y no sea una rutina para ella.

Ejecución: Se le realizan los ejercicios cada tercer día durante 40 minutos en cada sesión. Y en ocasiones se le realizan todos los días, la paciente refiere estar cansada, se niega a realizar su terapia pero se le habla, se le dice que debe de cooperar y así no se le hará tan cansado el ejercicio, se convence y se pone a contar durante toda la sesión a veces coopera bastante y se relaja mientras se le realiza su sesión de movimientos.

Evaluación: Ha mejorado un poco su tono muscular en la realización de los ejercicios en este tiempo.

Intervención: Terapia de ejercicios de movilidad articular. (anexos)

Acción: Se estimular y se le ayuda a al paciente sobre la actividad que se le realiza.

Ejecución: Se le habla a la paciente para que se relaje mientras se le realiza todo el movimiento. Los movimientos articulares pueden ser activos o pasivos. En el movimiento que la paciente participa moviendo las articulaciones y contrayendo los músculos es el movimiento activo, este lo realiza por un periodo corto de 10 a 15 minutos.

Evaluación: Se observa tranquila, se le facilita y coopera más con su terapia.

Diagnostico.-4. 00108

Déficit de Auto cuidado: Baño/Higiene, relacionado con, deterioro neuromuscular, manifestado por, incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo.

Objetivo: Lograr que la paciente pueda por lo menos lavarse los dientes y sus genitales.

Intervención: Ayudar a la paciente al auto cuidado de baño/higiene.

Acción: Se le da seguridad y confianza a la paciente para que logre realizarlo.

Ejecución: El baño se le realiza cada 3er día por la tarde, utilizando pequeñas cantidades de jabón suave, se le cambia de ropa limpia al igual que la cama, su cuerpo se seca con suavidad evitando la fricción vigorosa, se le hidrata con aceite, en caso de rozaduras debido al pañal, se le aplica pomada y talco, el cabello se le seca perfectamente y se cepilla con suavidad. Anteriormente la paciente sólo podía sostener el cepillo dental y se quedaba en el intento de llevarlo a la boca, ahora por lo menos consigue sostenerlo por un momento en la boca, para lavar sus genitales solo logra tomar la esponja y llegar a los genitales. la señora AN, pone mucho interés por lograrlo.

Evaluación: La señora A,N, pone mucho interés en esta pequeña terapia que se le realiza para obtener mejores resultados, 1ro. Sujetar el cepillo con fuerza, 2do. Levantar la mano a la altura del hombro. 3ro Llegar hasta la boca. 4to. Intentar cepillarse los dientes, pero no se logra que la Sra. A,N, lleve más allá de sostener el cepillo cerca de su boca y la esponja aun cuando se intento darle la confianza para hacerlo, ella se siente más cómoda que la ayuden a realizarlo.

Intervención: Cuidado de las uñas.

Acción: Se revisan las uñas de las manos como las de los pies.

Ejecución: Cada vez que es necesario se le cortan las uñas con el cuidado suficiente, con un cortaúñas que es de su único uso y la paciente coopera para la realización de este procedimiento adecuadamente.

Evaluación: El cuidador se encarga de llevar acabo el cuidado de las uñas con más atención revisándolas cada tercer día y la paciente refiere sentirse cómoda.

Intervención: Fomentar la salud bucal.

Acción: Se le habla a la paciente sobre el cuidado de los dientes, para que coopere con el lavado bucal.

Ejecución: Por lo general se le realiza el lavado de boca una vez al día ya que la paciente refiere cansarse de mantener la boca abierta mientras se le realiza el lavado bucal, pero al término de esto comenta sentir una sensación de limpieza que le agrada.

Evaluación: La paciente comenta sentir limpia su boca lo cual coopera para lavar sus dientes por lo menos dos veces al día.

Diagnostico.-5. 00110

Déficit de Auto cuidado: Uso del WC, relacionado con, deterioro de la movilidad física, manifestado por, incapacidad para ir al WC.

Objetivo: Lograr que la paciente haga uso del cómodo.

Intervención: Fomentar la confianza para que la paciente pueda hacer uso del cómodo.

Acción: Acercar el cómodo cada vez que lo pida la paciente.

Ejecución: La paciente dice estar mojada, en caso de no darse cuenta el cuidador, o trata de pedir el cómodo en ocasiones muy prolongadas debido a que siente pudor con el cuidador a la hora de retirar el cómodo, en caso de presentar rozaduras debido al pañal se le aplica lubricante para evitar ulceraciones.

Evaluación: De un 70% se logro aumentar la confianza un 50% para que la paciente hiciera uso del cómodo durante el día.

Diagnostico.-6. 00109

Déficit de Auto cuidado: vestirse/acicalamiento, relacionado con, deterioro neuromuscular, manifestado por incapacidad para ponerse la ropa.

Objetivo: Que la paciente refiera sentirse cómoda con la ropa que se le pone como si ella misma realizara su vestuario.

Intervención: Ayudar al auto cuidado de vestirse de la paciente.

Acción: Se viste a la paciente de acuerdo al tiempo y espacio.

Ejecución: El mayor tiempo los familiares la visten con batas, porque éstas no son ajustadas, y tienen más comodidad para la paciente, pero ella en ocasiones pide al cuidador que le pongan un pantalón en lo que realiza el ejercicio para sentirse más cómoda, ya que refiere sentir vergüenza a la hora de realizar su terapia.

Evaluación: Se ha logrado la comodidad de la Sra. A,N con el vestuario de acuerdo al entorno que la rodea.

Diagnostico.-7. 00095

Alteración del patrón de sueño, relacionado con, medicamentos, manifestado por, permanecer largos periodos de tiempo dormido.

Objetivo: Que la paciente recupere un patrón de sueño adecuado a su estado, considerando que el promedio de horas que la paciente duerme en el día es de 4 horas, lograr al final de la intervención, estas 4 horas que duerme de más durante el día se mantenga activa.

Intervención: Modificar el patrón de sueño mediante terapia de estimulación.

Acción: Valorar el patrón de sueño de la paciente para determinar las causales y las alternativas de solución.

Establecer una serie de actividades estimulantes para lograr que la paciente permanezca en vigilia durante más tiempo durante el día.

Ejecución: Mediante la observación y a través de entrevistas con la paciente y sus familiares se estableció que, se estimulará a la paciente a platicar de su vida, que recuerde cosas del pasado, lo que más le gusta recordar, de su infancia es el lugar donde vivió con su madre, en su pueblo llamado Tiquicheo Michoacán, recuerda también mucho que le gustaba jugar con sus primas, recordar también cuando sus hijos estaban chicos en su casa y era cuando los podía tener juntos a todos, le gusta escuchar la música de Huetamo Michoacán por que es una música alegre y le hace recordar cosas agradables, pide que le acerquen el radio a la cama.

Evaluación: Se ha logrado mantener a la paciente en vigilia sólo 3 horas, de las 4 horas que permanecía dormida.

Intervención: Estimular la comunicación sobre el apoyo emocional.

Acción: Comentar con los familiares sobre prolongar la visita.

Ejecución: Al hacer un poco más extensa la compañía de la familia, se consigue que la paciente sienta aun más su cariño, apoyo y así esto favorezca para que la paciente permanezca activa al igual que estimule un poco más su lenguaje, que recuerde cosas que le hagan sentir bien de su vida.

Evaluación: De un 50% que la familia convivía con la paciente, se logro que los familiares pasaran un 80% más de tiempo con la paciente.

Diagnostico.-8. 00062

Riesgo de cansancio del rol del cuidador, relacionado con, falta de descanso y distracción del cuidador.

Objetivo: Aumentar en lo posible, los sistemas de apoyo para que sea menos cansado el rol del cuidador principal.

Intervención: Integra otras personas en el rol de cuidados.

Acción: Hacer un cronograma de actividades donde se incluyan sustitutos que apoyen al cuidador principal.

Ejecución: Se habla de la falta de miembros de la familia disponibles para dar apoyo, la falta de conocimientos sobre el cuidado que se debe llevar con un familiar enfermo, que deben apoyarse compartiendo el programa semanal de actividades, como apoyar en lo económico. La Srta. C,N, la Sra. E,N, F,N y E,N colaboraran toda la semana turnándose días, los hijos hombres apoyaran más en lo económico debido a que su empleo no se los permite ya que este se encuentra fuera de Morelia Michoacán. Es lo que les impide pasar más tiempo con la Sra. A,N, en caso de que alguna de las cuidadoras no pueda realizar su labor de cuidador se la pagara a un sustituto que cuide a la paciente para que pueda tener su tiempo libre sin problema.

Evaluación: Se integraron dos cuidadoras más, para disminuir el cansancio del rol y así sea de más calidad el cuidado que se le brinde a la Sra. A, N.

Intervención: Valorar la integridad familiar.

Acción: Se platica con los miembros de la familia para ver si existe comunicación entre los mismos.

Ejecución: Proporcionar a la familia un lugar de reunión, asegurarse de que los miembros de la familia han sido informados en cuanto a los avances de la paciente, como en las complicaciones que pueda presentar, los familiares que se encuentran fuera de Morelia Michoacán, que sólo se pueden reunir en fin de semana implicarlos en el cuidado de la paciente cuando sea posible, en cuanto en la alimentación, baño, vestido. Como incluirlos a los miembros en las charlas sobre el cuidado de la Sra. A, N cuando sea apropiado.

Evaluación: Se evalúa la integridad de la familia buena ya que todos se interesan en el bienestar de la paciente y apoyan física y económicamente.

VII.- CONCLUSIONES

La Metodología de Intervención de Enfermería, fue una herramienta de gran utilidad para realizar mi trabajo.

La Enfermería profesional tiene conocimientos y capacidades para brindar atención con calidad al paciente, familia y comunidad. Nos permite identificar las necesidades por las que el usuario (a) está pasando y para ello se elabora un plan de cuidados donde se obtienen resultados favorables ó desfavorables lo cual nos permite el logro de nuestra meta.

También en algunos casos nos ayuda a lograr la auto independencia del usuario

Después de la Metodología se muestra la gran importancia del profesional de Enfermería ya que es capaz de brindar atención de calidad al usuario realizando el proceso de atención a enfermería y tomando en cuenta que es un trabajo de investigación y experimentación.

En relación a la conclusión general del proceso, se recibió a la señora en un estado totalmente dependiente; a la valoración se detectaron necesidades alteradas que podían ser resueltas con intervenciones planificadas de enfermería; una vez realizadas las acciones se logró un avance de un 60% a un 70% en la satisfacción de las necesidades alteradas; siendo un factor primordial para el logro de las mismas la colaboración de la familia y de la misma señora. Este tipo de casos reciben poca atención del personal profesional de salud una vez que se encuentran en su casa y dependen totalmente de cuidadores principales, generalmente familiares directos, no siempre capacitados en el cuidado que este tipo de personas requiere, por lo que constituyen un campo importante de acción de los profesionales de enfermería con la consecuente mejoría del estado general y la calidad de vida de las personas con secuelas de tromboembolias cerebrales.

VIII.- SUGERENCIAS

Que al inicio y durante la carrera de Licenciatura en Enfermería se les enseñe el Proceso de Atención a Enfermería ya que es muy importante tener el conocimiento y capacidad para la aplicación del mismo.

Que se amplié el campo clínico. Que allá más practica.

Formar parte de un centro de rehabilitación donde se brinde la atención necesaria para tratar a pacientes con Tromboembolia Cerebral donde se puedan aplicar terapias con profesionales de la salud para una posible recuperación, pensando en el bienestar del paciente como de su familia. Al igual que un centro de terapia ocupacional para estos pacientes con el mismo problema, ya que su comodidad y atención que se les brinde sea de gran utilidad para su bienestar emocional.

IX.- BIBLIOGRAFÍA

NANDA, Diagnosticos enfermeros

Definiciones y Clasificaciones 2003-2004 comité editorial Pag.

Normas de cuidado del paciente

-Tucker -Paquette

-Canobbio -Wels

Pag.121, 122, 161, 388

De la Teoria a la Practica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ra edición. María Teresa Luis Rodríguez, Carmen Fernández Ferrín, María Victoria Navo Gomez. Editorial/ Masson España 2005. Pag.

Diagnosticos de Enfermería, L.J. Carpenito, Mcgraw-Hill. Interamericana 5ta Edición, Pag. 364, 365.

Fundamentos de Enfermería, Conceptos, Proceso y Practica 7 Edición, Vol. 1, Barbara Kosier, Glenora Erb, Audrey Berman, Shirlee Snyder. Mc Graw-Hill. Interamericana, Ed. 2005. España Pag. 267-364.

Bulecheck G, Johnson M, Maas M, McClusky J& Moorhead Sue. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Editorial Harcourt-Mosby BARCELONA 2002.

Tucker, Canobbio, Paquette, Wells. Normas de cuidados del Paciente tomos I; II, III 6ta Ed, Harcour/océano.

Diccionario MOSBY, Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud Vol. 1 sexta edición Pag. 2, 39, 217, 653, 695.

Diccionario MOSBY DE MEDICINA, Pag. 679 y 1044.

Antología Guía de nutrición, 2003, Morelia Michoacán, UMSNH, Facultad de Enfermería.

http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol24_1_08enf03108.htm. MSC Elsa Castillo Hernández; Carmen Vázquez Lazo; Mileydi Quintana Ramirez Revista Cubana de Enfermería 2008; Vol. 24(1)1;ENERO-MARZO 2008.

<HTTP://WWW.terra.es/persona/dueñas/9.html>

<http://geosalud.com/enfermedadescardiovasculares/AVCfactoresriesgo.htm>

<http://www.dmedicina.com/salud/corazón/hipertensión-arterial.html>.
[2008.Madrid.Unidad](http://www.dmedicina.com/salud/corazón/hipertensión-arterial.html) Editorial, Revistas.

<http://www.tusalud.commx/120801.htm2008> Educación Médica continuada
Copyright 2000

X.- GLOSARIO.

EVC: Trastorno de los vasos sanguíneos del cerebro caracterizado por oclusión, por un embolo o una hemorragia cerebro vascular que produce isquemia de los tejidos cerebrales normalmente irrigado por los vasos lesionados.

PRESION ARTERIAL: Fuerza ejercida por la sangre circulante sobre las paredes de las arterias.

HIPERTESION: Trastorno muy frecuente, a menudo asintomático, caracterizado por elevación mantenida de la tensión arterial, por encima de 140/90mm/Hg.

PROCESO ENFERMERO: Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrado en el logro de objetivos.

MASAJE: Manipulación de los tejidos blandos del organismo por frotación, presión, golpeteo. Utilizado para activar la circulación, mejorar el tono muscular y favorecer la relajación del paciente.

FRICCION: Acto de frotar un objeto contra otro.

FLEXION: Movimiento permitido por ciertas articulaciones del esqueleto que disminuye el ángulo entre dos huesos adyacentes como al doblar el codo reduciendo el ángulo húmero cúbito.

EXTENSION: Movimiento realizado por ciertas articulaciones del esqueleto que aumentan el ángulo entre dos huesos adjuntos.

ADUCCION: Movimiento de una extremidad hacia el eje del cuerpo.

ABDUCCION: Movimiento de una extremidad hacia afuera del eje del cuerpo.

CABESTRILLO: Vendaje o dispositivo utilizado para sujetar una parte del cuerpo lesionada.

NANDA: Asociación Norteamericana de Enfermeras.

ANEXOS

XI.- ANEXOS.**ANEXO. 1****VALORACION GENERAL.**

Nombre y apellido. AN. Edad. 82 años Sexo. Femenino

Fecha de nacimiento.

Familiar/ persona para contactar. Con sus Hijas.

Tel

T/A. 110/70 mm/hg

FC.85/min

Ta.36c°

FR.20/min

PIEL.

Color: Pálida. x Cianótica. Otras.
 Edemas: si. No. x Descripción/localización. MI. Izquierdo y derecho.
 Lesiones: si. No. x Descripción/localización. MI. Izquierdo y derecho,
 escaras
 Prurito: No. x Descripción/localización.
 Sentidos corporales: Oído. x Olfato. Gusto. Tacto.
 Enfermedades graves /operacionales: si. No. x Cuales.
 Secuelas: si. No. x Especificar.
 Tabaquismo. Abuso de alcohol. Cafetismo. Uso de sustancias
 toxicas.
 Diabetes. HTA. x Alergias. Especificar.

II. VALORACION POR NECESIDADES.**1.- Necesidad de oxigenación.**

Respiración. 20/min

Frecuencia: 85 /min.

Calidad: normal. Superficial. x Rápida. Otros.

Ruidos a la auscultación: si. X No. Descripción/localización. Caja torácica.

Tos: Si. X No. Secreciones: si. X No. Dolor al respirar: si. No. X

Tabaco: si. No. X Lo dejo especificar fecha.

Consumo:< de 1 paquete al día. 1-2 paquete al día. > De 2 paquetes
 al día.

Otras drogas: si. No. Tipo. Uso.

¿Tiene alguna alergia respiratoria? Si. X No. ¿De que tipo?

T/A. 110/70mm/Hg

FC. 85/min

Pulso: fuerte.

Débil.

Regular. Irregular.X

2.- Necesidad de Nutrición e Hidratación.

Peso: 85k

Talla: 1.54cm

Ingesta habitual: Desayuno. X comida. X

Merienda X cena.

Dieta especial. SI. X No. Tipo de dieta. Blanda
 Ingesta de líquidos: menos 1litro al día 1-2litros al día. X mas de 2litros al día
 Intolerancia a alimentos. SI. X NO. ¿Cuales? Grasa e Irritantes.
 Apetito. Normal. Disminuido. X Aumentado.
 Nauseas vomito Fluctuación de peso (últimos 6 meses). SI XNO
 Kilogramos ganados. Kilogramos perdidosX
 Problemas de masticación. SI. X NO usa prótesis dental No. X Si.
 Deglución. SI NO. X sólidos líquidos ambos
 Digestión. SI. X NO tipo: ardor.
 Pesadez dolores otros. Estreñimiento
 Prótesis dental. SI NO. X superior Inferior
 ¿La piel esta hidratada? (cuando se pellizca, ¿la marca dura un rato?) SI. NO X
 ¿Come entre comida? Rara vez Con frecuencia. Necesita X ayuda: Preparar la comida.
 Para comer X trocear los alimentos.

3.- Necesidad de Eliminación.

Intestinal.
 Frecuencia.
 Estreñimiento. X Diarrea. Incontinencia.
 Ostomia: si. No. Tipo. Autocuidado: si. No.
 Problemas de: hemorroides. Sangrado heces negras. Otros.
 Uso de laxantes o rutinas: si X no. Ayudas empleadas.
 Urinaria.
 Frecuencia:
 Disuria. Nicturia. Retención. Incontinencia. Pañal. X
 Color: amarillo claro. X Amarillo oscuro. Naranja.
 Rojo.
 ¿Ha sufrido alguna enfermedad urinaria? Si. No. X ¿Cuál?
 Sonda vesical. Fecha de último sondaje.
 Cutánea.
 Sudoración cutánea: si. No X sudoración profusa: si. No.
 Menstruación: regular. Abundante. Dolorosa.
 Secreciones vaginales: aspecto. ¿Son abundantes? Si. No.
 ¿Tiene molestias (fuera de menstruación)? Si no.

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura

Expresión facial. Adecuado. Alerta. Inexpresivo. Hostil. X Inadecuado.
 Comportamiento motor. Inhibición. agitación. Temblores. X
 Rigidez. incoordinación. Tic.
 Postura. Erecto. decaído. X
 Modo de andar. Normal. Acelerado. Lento.
 Limitaciones físicas. Temporales. X Permanentes.
 ¿Cuáles? Miembros inferiores y superiores.
 Aparatos de ayuda. Ninguno. Bastón. Muletas.
 Andador. Otros. Silla de ruedas.
 Vértigo. SI. NO. X
 ¿Siente dolor o rigidez articular? SI. X NO.

¿Hace ejercicio? SI. X NO. Tipo. Ejercicio pasivo asistido

¿Cuánto tiempo? 30 min

¿Practica algún deporte? SI. NO. X ¿Cuál?

5. Necesidad de descanso y sueño

Horas de sueño: nocturno. X Otros descansos.

Problemas de sueño:

Al inicio. Interrumpido. (No. de veces)

Despertar temprano. X

Sueño excesivo. Pesadillas. (tipo.)

Sensación después de dormir. Descanso. X Cansado.

Confuso. Otros.

Factores que alteran el sueño.

Ayudas para favorecer el sueño. Lectura. Baño.

Fármacos. X Otros.

6. Necesidad de vestirse adecuadamente

Actualmente ¿es capaz de vestirse por si mismo? SI. NO. X

Con limitaciones.

Alergias a determinados tejidos. ¿Cuáles?

¿Qué importancia da a su aspecto? Poca. X Bastante. Mucha.

¿Su forma de vestir es adecuada al lugar, estación y circunstancias?

SI. X NO. Otros datos de interés. Carece de auto cuidado y movimientos físicos corporales.

7. Necesidad de termorregulación

Temperatura corporal. Normal. X Hipotermia. Hipertermia.

Temperatura.

Sudoración cutánea SI. NO. X

¿Están fríos sus pies y/o manos? SI. NO. X

¿Si fuese necesario seria capaz de medirse usted mismo la temperatura?

SI. NO. X

8. Necesidad de higiene y protección de la piel

Hábitos de higiene corporal. Baño. X Ducha. Frecuencia.

Cepillado de dientes. Si. X No. Frecuencia. 1 vez al día.

Autónomo: necesita ayuda. SI. X NO. Especificar. Por hemiplejia Izquierda.

Descuido en. Cabello. Dientes. Uñas.

Su piel es: seca. X Grasa.

¿Ha notado alguna lesión? Descríbalo.

Sus cabellos ¿son secos? ¿Grasos?

¿Se rompen con facilidad?

¿Tiene ultimadamente tendencia a perder pelo? SI. NO. X

9. Necesidad de evitar peligros

Nivel de conciencia y actitud frente al entorno:

Somnoliento. X Confuso. Apático.

Hipervigilante. Distráído. Fluctuante. No responde a estímulos.

Solo sigue instrucciones.

Orientación-espacio-tiempo-persona.

Tiempo (estación, día, mes, año) Especificar.

Espacio (país, provincia, ciudad, recinto, sala) Especificar. Casa

Persona (reconoce personas significativas) Especificar. Familiares.

Alteraciones perceptivas:

Auditivas: X

Visuales:

Táctiles:

Olfativas:

Localización de la percepción: Interna. Externa.

Auto descripción de si mismo:

Alegre. Triste. Confiado. X

Desconfiado. Tímido. Inquieto.

Sobrevaloración de logros. Exageración de errores.

Infravaloración.

Autoevaluación general y competencia personal. Positiva. Negativa.

Sentimiento respecto a ello. Inferioridad. Superioridad.

Culpabilidad. Inutilidad impotencia. X

Tristeza. Ansiedad. Miedo.

Rabia. Depresión. Otros.

Alergia a alguna sustancia o medicamento. SI.NO. X ¿Cuáles?

El estado de esta persona puede constituir un peligro potencial para ella o

Para otros. SI. X NO.

Especificar. No puede ser independiente, depende totalmente de familiares.

Precauciones: mas vigilancia. poner barandillas. X

Contención. Mecánica.

10. Necesidad de comunicarse y sexualidad

Organización del pensamiento-lenguaje.

Contenido: coherente y organizado. X Distorsionado.

Descripción de la alteración.

Curso del pensamiento: inhibido. X acelerado.

Perseverancia. Incoherencia. Desorganizado.

Formas de expresión: claro. Organizado. X

Coherente. Confuso. Desorganizado.

Incoherente. Tartamudeos. Autista.

Humor: deprimido. Eufórico. Ansioso. Triste. X Fluctuante. Apático.

Lenguaje.

Velocidad: rápido. Lento. X Paroxístico.

Cantidad: abundante. Escaso. X Verborreico.

Tono y modulación: alterado. Tranquilo. X Hostil.

Vive: solo. Acompañada. X

Lugar que ocupa en la familia. Rol: madre de familia.

Personas más significativas. Sus 2 hijas.

Principal confidente. Sus hijas.

Personas con las que relaciona a diario. Sus hijas.

Su relación es: satisfactoria. X Insatisfactoria. Indiferente.

Tiempo que pasa solo y por qué.

Tiempo que pasa con amigos y compañeros. Aproximados.

Sexualidad: ultima regla: 43 años Anticoncepción. SI. NO. X

Método.

Cambios percibidos en las relaciones sexuales. SI. NO. X Motivos.

Núm. de embarazos. 11 realiza autoexamen. SI. NO. X

11. Necesidad de vivir según creencias y valores

¿Qué es lo más importante para usted en la vida?

Religión: católico. X romana. Protestante.

Judía. Otra.

Desea realizar prácticas religiosas. SI NO. X

¿Visita usted al capellán? SI. NO. X

En caso de no poder tomar decisiones ¿Qué persona le gustaría que lo hiciera por usted?

Los hijos.

12. Necesidad de trabajar y realizarse

Su estado de salud le impide hacer lo que le gustaría. SI. X NO.

Si la respuesta es si, explíquese. Hacer su vida diaria.

Problemas laborales.

Tiempo dedicado al trabajo.

Tiempo dedicado al ocio.

Capacidad de decisión: SI. NO. X

Resolución de problemas. SI. NO. X

13. Necesidad de jugar/participar en actividades recreativas

¿Reserva algún tiempo para divertirse? Poco. Mucho. Suficiente.

¿Cuál es su diversión preferida?

Perdida de interés por las actividades recreativas. SI. X NO.

Cambio en las habilidades o funciones físicas/corporales. SI. X NO.

14. Necesidad de aprendizaje.

Alteración de la memoria. Reciente. Remota.

Inteligencia general. Adaptado al momento. X Retraso en el desarrollo.

Comportamientos indicativos de interés en el aprendizaje:

Pregunta. Escucha. X Interés.

Desinterés. Propone alternativas.

¿Conoce usted el motivo de su hospitalización?

¿Hay algo que usted desearía saber sobre el medio hospitalario en que se encuentra?

ANEXO.-2**Diagnostico .-1. 00102**

Déficit de Auto cuidado: Alimentación, relacionado con deterioro neuromuscular, manifestado por incapacidad para masticar.

REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES**IMC. Peso/talla².**

IMC. $85\text{kg}/1.54\text{m}^2=2.37$

$85/2.27=35.86$ peso promedio.

DIETA BLANDA**ALIMENTOS PERMITIDOS**

Lácteos: deslactosados y descremados, todos sus derivados.

Cereales: pan blanco, pan de trigo refinado o de centeno ligero.

Cereales cocidos: avena, arroz y soya.

Frutas: todos los jugos de frutas, plátano, melón, manzana, ciruela, pera, naranja, frutas maduras suaves y sin semilla.

Vegetales: jugos de verduras.

Grasas: margarina o mantequilla fortificada.

Postres: gelatina, natilla y flan.

Papas y sustitutos: spaquetti, macarrón y otras pastas.

ALIMENTOS NO PERMITIDOS

Lácteos todos los que contengan grasa: leche entera, queso de cabra, queso Oaxaca, jocoque, natilla.

Cereales: harinas refinadas.

Carnes: carne de cerdo y res, de olor fuerte y muy condimentadas, carnes frías como jamón, salchicha, tocino.

Frutas secas: como kiwi, cerezas, zapote.

Vegetales: las que producen gases como brócoli, coliflor, repollo, lechuga, nabo, colinabo, chícharos.

Oleaginosas: pistaches, nueces y cacahuates.

Grasas: aderezo para ensalada muy condimentado, aceite de maíz, manteca de cerdo, mayonesa.

Postres: pastel, postre que contenga mucha nuez, coco, panes fritos, (donas).

DIETA.**ALMUERZO.**

1 taza de atole
1 plato con sopa
½ vaso de jugo de naranja
1 manzana.

COMIDA.

Caldo de pollo con verdura
Arroz
Agua de melón
1 plátano
1 ciruela pasa

MERIENDA

1 taza de avena
Gelatina
½ vaso de leche
Pera

SUPLEMENTO ALIMENTICIO.**ENSURE.**

1 lata de ensure= 351Kcal. /237ml.

ANEXO.-3**Diagnostico.-2. 00103**

Deterioro de la deglución, relacionado con, deterioro neuromuscular, manifestado por, falta de masticación.

La relajación es el proceso mediante el cual se alivia la tensión fisiológica (muscular) y mental. El ejercicio físico beneficia la relajación general, ya que la actividad muscular y mental liberan la tensión acumulada. Los ejercicios de relajación implican el esfuerzo consistente de controlar la tensión mental y muscular.

- 1.-Adopte una posición cómoda (reclinando o acostado en la camilla).
- 2.- Inspire profundamente dos o tres veces.
- 3.- Contraiga los músculos de la cara dos o tres segundos y luego relaje dichos músculos.
- 4.- nuevamente contraiga y relaje los músculos de la mandíbula, las mejillas, el contorno de los ojos y la frente.
- 5.-Después de contraer y relajar sistemáticamente todos los músculos de la cara continuar abriendo y cerrando la boca y sea consciente del estado relajado de toda la cara.

ANEXO.-4**Diagnostico.-3. 00085**

Deterioro de la Movilidad Física, relacionado con deterioro neuromuscular, manifestado por, disminución de la fuerza, control o masa muscular.

COMO MOVER A UN PACIENTE EN CAMA.

- ✓ Bajar la cabecera de la cama a un nivel lo mas plano posible.
- ✓ Colóquese en un lado contrario de la cama al que quiere mover a la persona. La barandilla más alejada de usted esta levantada.
- ✓ Baje la barandilla de la cama que esta cerca de usted.
- ✓ Mueva a la persona al lado que esta cerca de usted.
- ✓ Crúcele los brazos sobre el pecho. Cruzar la pierna de la persona que esta mas cerca de usted sobre la que esta mas alejada.

Girar a la persona alejándola de usted:

- ❖ Colóquese con una base de apoyo grande. Doble las rodillas.
- ❖ Ponga una mano en el hombro de la persona y el otro en la nalga más cerca de usted.
- ❖ Empuje suavemente a la persona hacia el otro lado de la cama. Cambie el peso de su pierna de la detrás a la de adelante.

Girar a la persona hacia usted:

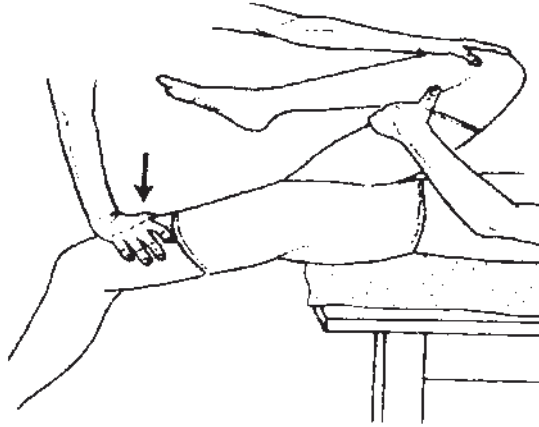
- ❖ Levante la barandilla de la cama
 - ❖ Vaya al otro lado. Baje la barandilla de la cama.
 - ❖ Colóquese con una base de apoyo grande. Doble las rodillas.
 - ❖ Ponga una mano en el hombro de la persona y la otra en la cadera mas alejada.
 - ❖ Gire a la persona suavemente hacia usted.
- ✓ Colocar a la persona. Seguir las instrucciones de la enfermera y el plan asistencial. Lo habitual es realizar lo siguiente:
- ❖ Coloque una almohada bajo la cabeza y la espalda.
 - ❖ Ajuste el hombro. La persona no debe estar tumbada sobre el brazo.
 - ❖ Coloque una almohada pequeña bajo el brazo y la mano superiores.
 - ❖ Ponga una almohada contra la espalda de la persona.
 - ❖ Doble la rodilla superior. Ponga la rodilla superior enfrente de la pierna inferior.
 - ❖ Sujete la pierna y el muslo superiores con almohadas.



TECNICA PARA LA REALIZACION DE EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO PASIVO O (ASISTIDA).

Flexión y extensión de rodilla.

Paciente boca arriba, hacemos flexión de cadera con flexión de rodilla no forzada hasta 90° o 120°; con fines de estirar el musculo iliaco 10 veces cada uno.



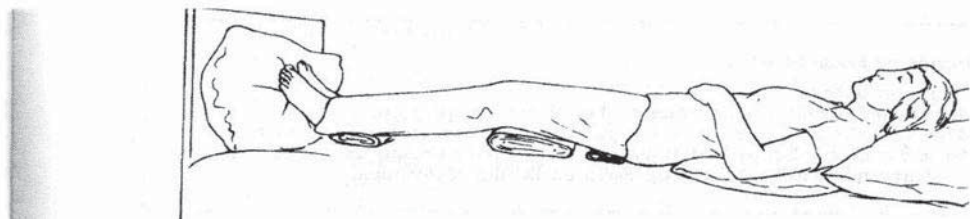
Paciente boca con una toalla debajo del muslo, realizamos flexión de rodillas sin forzar a 120° 10 veces cada una.



Alineación de segmentos.

Alineación de segmento derecho en cama; almohada abajo de rodillas.

OBJETIVO. Evitar el pie equino.



Cambios de postura decúbito dorsal (boca arriba), decúbito lateral derecho e izquierdo (de lado) cada 2 a 3 horas.

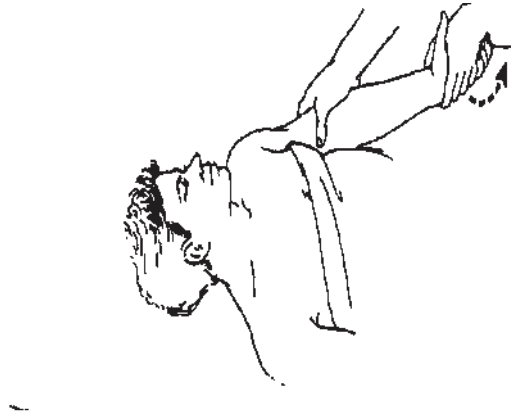
OBJETIVO: Evitar ulceraciones, cizallamientos, escoriaciones de tejidos.



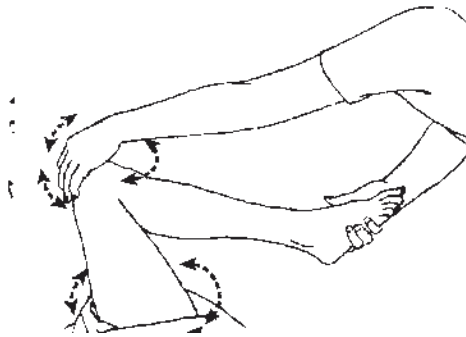
Paciente en decúbito supino, tomamos su mano y lo fijamos de la articulación del codo y realizamos abducción de 90° y posteriormente giramos el antebrazo en supinación para llevar el miembro torácico a 150° repetir 15 veces del hemicuerpo afectado.



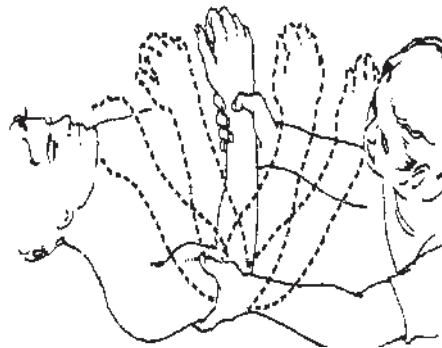
Paciente en la misma posición de la anterior, tomarlo de la mano y hacer supinación y pronación de antebrazo a 90° de movimiento del hemicuerpo afectado.



Misma posición que el anterior tomar al paciente del pie y rodilla y llevar el musculo a adducción y rotación interna girándolo a la abducción y rotación externa y estirar la rodilla, hacerlo 10 veces.



Paciente boca arriba o decúbito supino, tomarlo de la mano y articulación de codo y llevar las falanges que toquen el hombro en su cara anterior a 135° de movimiento para reeducar el musculo, bíceps y tríceps del brazo. Hacer 10 veces cada uno.



ANEXO.-5**Diagnostico.-4. 00108**

Déficit de Auto cuidado: Baño/Higiene, relacionado con, deterioro neuromuscular, manifestado por, incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo.

EQUIPO PARA LA REALIZACIÓN DEL BAÑO.

Toallas

Jabón

Shampoo

Agua tibia

TECNICA PARA EL BAÑO DE LA PACIENTE.

- Explicar a la paciente que se le va realizar el baño.
- Se evitan corrientes de aire en el baño.
- Colocar y preparar a la paciente.
- Se prepara el equipo: shampoo y jabón suave
- Preparar agua tibia.
- Humedecer con agua el pelo.
- Se aplica shampoo y se da un ligero masaje en el cuero cabelludo con las yemas de los dedos, empezar con la parte frontal y continuar con la parte posterior de la cabeza.
- Cuidando de que no caiga agua y jabón en los ojos y los oídos de la paciente.
- Se colocan torundas de algodón en los oídos de la paciente en caso de ser necesario.
- Enjuagar el cabello y volver aplicar shampoo.
- Enjuague bien todo el cabello, por completo.
- Lavar suavemente el cuerpo de la paciente con el jabón suave.
- Dejar que ella intente lavar sus genitales.
- Asegurarse de lavar bien los genitales.
- Enjuagar perfectamente el cuerpo.
- De ser necesario realizar nuevamente la técnica.
- Secar completamente el cabello y el cuerpo con una toalla.
- Llevarla a su habitación.
- Lubricar suavemente el cuerpo.
- Vestirla de acuerdo a la estación y estado de la paciente.
- Cepillar el cabello con un cepillo suave.
- Procurar que la paciente este cómoda.

EQUIPO Y TECNICA PARA EL CUIDADO DE LOS PIES.

- Una tina con agua tibia.
- Equipo para la limpieza y recorte de uñas.
- Toallas.
- Jabón.
- Loción o polvo para los pies.
- Explicar a la paciente lo que se va hacer.
- Lavarse las manos.
- Se evitan corrientes de aire.
- Colocar a la paciente en cama en posición semi-fowler.
- Colocar una almohada bajo las rodillas de la paciente.
- Colocar la tarja sobre una almohadilla resistente a la humedad situada al pie de la cama.
- Proteger los bordes de la tarja con una toalla.
- Introducir uno de los pies de la paciente en la tarja y lávelo con jabón, prestando atención a las zonas interdigitales.
- Enjuagar los pies.
- Si las uñas son gruesas se sumergirlas en la tina de 10 a 15min para que así se suavicen un poco.

EQUIPO Y TECNICA PARA EL CEPILLADO DENTAL

- Cepillo dental de cerdas suaves
- Pasta dental para encías sensibles
- Un vaso con agua tibia.
- Toalla
- Riñón
- Explicar a la paciente lo que se va hacer.
- Lavarse las manos.
- Colocar a la paciente en cama en posición semi-fowler.
- Colocar una almohada en la espalda de la paciente.
- Lavar los dientes, los de arriba asía abajo.
- Los de abajo asía arriba.

- Las muelas en forma de círculo.
- Las encías y la lengua con suavidad.
- Enjuagar y desechar el agua en el riñón.

ANEXO.- 6**Diagnostico.-5. 00110**

Déficit de Auto cuidado: Uso del WC, relacionado con, deterioro de la movilidad física, manifestado por, incapacidad para ir al WC.

EQUIPO PARA EL CUIDADO DE LOS GENITALES.

- Guantes
- Algodón
- Toallitas húmedas
- Solución prescrita
- Compresa perineal
- Pomada para rozaduras
- Pañal
- Talco

PROCEDIMIENTO PARA EL CUIDADO DE LOS GENITALES.

- Explicar a la paciente lo que se le va a realizar.
- Lavarse las manos y utilizar guantes.
- Brindar intimidad a la paciente.
- Evitar corrientes de aire.
- Colocar a la paciente boca arriba, con las rodillas flexionadas y bien separadas.
- Cubrir el cuerpo y las piernas con la sabana de baño.
- Limpiar desde el pubis hasta el recto.
- Enjuagar bien la zona. Se puede colocar una tarja debajo de la cadera de la paciente y utilizar un frasco de lavado o solución perineal.

ANEXO.-9**Diagnostico.-8. 00062**

Riesgo de cansancio del rol del cuidador, relacionado con, falta de descanso y distracción del cuidador.

CRONOGRAMA DE ROL DE ACTIVIDADES

PERSONAL	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
C, N	X		X		X		X
E, N	X		X		X		X
F, N		X		X		X	
E, N		X		X		X	

DOMINGO

07:30am – 08:30am, cambio de pañal, mover a la paciente para un lado y otro y dar pequeños golpecitos en todo el cuerpo, restirar las sabanas y acomodar a la Sra. A, N.

08:30am – 10:00am, se le da el desayuno, el almuerzo y el medicamento.

10:00am – 10:30am, se da un pequeño descanso.

10:30am – 11:15am, se viste a la Sra. A,N para salir a misa.

11:15am – 1:00pm, llegan de misa.

1:00pm – 1:30pm, se le revisa pañal.

1:30pm – 3:00pm, se le da comida.

3:00pm - 3:30pm, se le realiza el cepillado dental.

3:30pm – 4:00pm, se deja reposar la comida.

4:00pm – 6:00pm, conversa con familiares o visitantes.

6:00pm – 7:00pm, se le pone ropa más cómoda y se revisa pañal.

7:00pm – 8:30pm, se le ofrece la merienda y el medicamento.

8:30pm – 9:00pm, platica con familiares

9:00pm – 9:30pm, se prepara para dormir.

LUNES

07:30am – 08:30am, cambio de pañal, mover a la paciente para un lado y otro y dar pequeños golpecitos en todo el cuerpo, restirar las sabanas de la cama y acomodar a la Sra. A, N.

08:30am – 10:00am, se le da el desayuno, el almuerzo y el medicamento.

10:00am – 11:00am, se da un pequeño descanso.

11:00am – 1:30pm, se le cambia de pañal mientras que se le dan pequeñas palmaditas en todo el cuerpo, se sienta en la cama se estimula para que realice un pequeño ejercicio levantando los miembros inferiores y superiores hasta donde pueda sin ayuda.

1:30pm – 3:00pm, se pasa de la cama a la silla de ruedas para tomar su comida.

3:00pm – 3:30pm, se le realiza el cepillado dental.

3:30pm – 4:00pm, se da un descanso.

4:00pm – 6:00pm, se prepara para tomar su baño, se viste y se cambia de ropa limpia la cama.

6:00pm – 7:00pm, con ropa cómoda se da su terapia.

7:00pm – 8:30pm, se le ofrece la merienda y el medicamento.

8:30pm – 9:00pm, la visitan sus nietos.

9:00pm - 9:30pm, se prepara para dormir.

MARTES

07:30am – 08:30am, cambio de pañal, mover a la paciente para un lado y otro y dar pequeños golpecitos en todo el cuerpo, restirar las sabanas de la cama y acomodar a la Sra. A, N.

08:30am – 10:00am, se le da el desayuno, el almuerzo y el medicamento.

10:00am – 11:00am, se da un pequeño descanso.

11:00am – 1:30pm, se le cambia de pañal mientras que se le dan pequeñas palmaditas en todo el cuerpo, se sienta en la cama se estimula para que realice un pequeño ejercicio levantando los miembros inferiores y superiores hasta donde pueda sin ayuda.

1:30pm – 3:00pm, se pasa de la cama a la silla de ruedas para tomar su comida.

3:00pm – 3:30pm, se le realiza el cepillado dental.

3:30pm - 4:00pm, se da un descanso.

4:00pm – 6:00pm, se pasa de la cama a la silla de ruedas para que pase un rato en el jardín.

6:00pm – 7:00pm, con ropa cómoda se da su terapia.

7:00pm – 8:30pm, se le ofrece la merienda y el medicamento.

8:30pm – 9:00pm, la visitan sus nietos.

9:00pm - 9:30pm, se prepara para dormir.

MIERCOLES

07:30am – 08:30am, se le realiza cambio de pañal, se mueve a la paciente para un lado y otro se da pequeños golpecitos en todo el cuerpo, se le restira las sabanas de la cama y se acomoda a la Sra. A, N.

08:30am – 10:00am, se le da el almuerzo y el medicamento.

10:00am – 11:00am, se da un pequeño descanso.

11:00am – 1:30pm, se le cambia de pañal mientras que se le dan pequeñas palmaditas en todo el cuerpo, se sienta en la cama se estimula para que realice un pequeño ejercicio levantando los miembros inferiores y superiores hasta donde pueda sin ayuda.

1:30pm – 3:00pm, se pasa de la cama a la silla de ruedas para tomar su comida.

3:00pm – 3:30pm, se da su cepillado dental.

3:30pm - 4:00pm, se recuesta y se da un descanso.

4:00pm – 6:00pm, se pasa de la cama a la silla de ruedas para realizar el baño, se viste y se cambia la cama con ropa limpia.

6:00pm – 7:00pm, se da su terapia.

7:00pm – 8:30pm, se le ofrece la merienda y el medicamento.

8:30pm – 9:00pm, la visitan familiares.

9:00pm – 9:30pm, se prepara para dormir.

JUEVES

07:30am – 08:30am, se le realiza cambio de pañal, se mueve a la paciente para un lado y otro se da pequeños masajes en todo el cuerpo, se le restira las sabanas de la cama y se acomoda a la Sra. A, N.

08:30am – 10:00am, se le da el almuerzo y el medicamento.

10:00am – 11:00am, se da un pequeño descanso.

11:00am – 1:30pm, se le cambia de pañal mientras que se le dan pequeñas palmaditas en todo el cuerpo, se sienta en la cama se estimula para que realice un pequeño ejercicio levantando los miembros inferiores y superiores hasta donde pueda sin ayuda.

1:30pm – 3:00pm, se pasa de la cama a la silla de ruedas para tomar su comida.

3:00pm – 3:30pm, se realiza el cepillado dental.

3:30pm – 4:00pm se recuesta y se da un descanso.

4:00pm – 6:00pm, se pasa de la cama a la silla de ruedas para que platique con familiares en la sala.

6:00pm – 7:00pm, con ropa cómoda se da su terapia.

7:00pm – 8:30pm, se le ofrece la merienda y el medicamento.

8:30pm – 9:00pm, la visitan sus nietos.

9:00pm – 9:30pm, se prepara para dormir.

VIERNES

07:30am – 08:30am, se le realiza cambio de pañal, se mueve a la paciente para un lado y otro se dan pequeños masajes en todo el cuerpo, se le restiran las sabanas de la cama y se acomoda a la Sra. A, N.

08:30am – 10:00am, se le da el almuerzo y el medicamento.

10:00am – 11:00am, se da un pequeño descanso.

11:00am – 1:30pm, se le cambia de pañal mientras que se le dan pequeñas palmaditas en todo el cuerpo, se sienta en la cama se estimula para que realice un pequeño ejercicio levantando los miembros inferiores y superiores hasta donde pueda sin ayuda.

1:30pm – 3:00pm, se pasa de la cama a la silla de ruedas para tomar su comida.
3:00pm – 3:30pm, se realiza el cepillado dental.
3:30pm - 4:00pm, se recuesta y se da un descanso.
4:00pm – 6:00pm,
6:00pm – 7:00pm, con ropa cómoda se da su terapia.
7:00pm – 8:30pm, se le ofrece la merienda y el medicamento.
8:30pm – 9:00pm, la visitan sus nietos.
9:00pm – 9:30pm, se prepara para dormir.

SABADO

07:30am – 08:30am, cambio de pañal, mover a la paciente para un lado y otro y dar pequeños golpecitos en todo el cuerpo, restirar las sabanas de la cama y acomodar a la Sra. A, N.
08:30am – 10:00am, se le da el desayuno, el almuerzo y el medicamento.
10:00am – 11:00am, se da un pequeño descanso.
11:00am – 1:30pm, se le cambia de pañal mientras que se le dan pequeñas palmaditas en todo el cuerpo, se sienta en la cama se estimula para que realice un pequeño ejercicio levantando los miembros inferiores y superiores hasta donde pueda sin ayuda.
1:30pm – 3:00pm, se pasa de la cama a la silla de ruedas para tomar su comida.
3:00pm – 3:30pm, se realiza el cepillado dental.
3:30pm - 4:00pm, se da un descanso.
4:00pm – 6:00pm, se pasa de la cama a la silla de ruedas para que pase un rato en el jardín.
6:00pm – 7:00pm, con ropa cómoda se da su terapia.
7:00pm – 8:30pm, se le ofrece la merienda y el medicamento.
8:30pm – 9:00pm, la visitan familiares.
9:00pm – 9:30pm, se prepara para dormir.