



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ENFERMERÍA CON EL REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM APLICADO A UN CASO CLÍNICO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

ANGELICA VARGAS ALBERTO

ASESORA:

DOCTORA EN ENFERMERÍA MARÍA LETICIA RUBÍ GARCÍA VALENCIA

MORELIA, MICH., MAYO DE 2014



DIRECTIVOS

Dr. María Leticia Rubí García Valenzuela

Directora

M.E. Ruth E. Pérez Guerrero

Secretario Académico

M.C.E. Roberto Martínez Arenas

Secretario Administrativo

MESA SINODAL

Presidente: Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela

Vocal 1: L.E.Q.D. Bertha Herlinda Ruiz Cubillo

Vocal 2: Dra. María Jazmín Valencia Guzmán

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela por su apoyo desinteresado en el asesoramiento de este trabajo. A ella agradezco el impulso, sugerencias, opiniones, observaciones y críticas a mi trabajo, pero también la suficiente libertad para no sentirme limitada y frustrar los objetivos planteados desde el inicio.

A la Profesora L.E.Q. Brenda Martínez Ávila y al profesor L.E.I. Mario Salgado Chávez que me impulsaron a iniciar esta investigación.

Al L.F. Sergio Valdivias Salse por el apoyo que me ha brindado para la realización de este trabajo.

Agradezco infinitamente a mis padres y hermanos. A los primeros por darme la vida, educarme y apoyarme en todo momento de mí existencia. A los segundos por su ayuda y motivación constante. De ambos aprendí a ser lo que soy.

A Dios por haberme concedido lograr mi sueño.

DEDICATORIA

Con mucho cariño a mis padres Enrique Vargas Villa Y Ma. Trinidad Alberto Chávez que me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento.

A mis hermanos Paulino, José Luis, Gabriel, Floricela y a Berenice por estar conmigo y brindarme su apoyo en todo momento.

A mi esposo Sergio Valdivias por el apoyo y comprensión que me ha brindado.

A mi pequeña hija Aylin Mayrani, su llegada nos ha llenado de bendiciones.

A mis profesores por haber compartido conmigo sus conocimientos.

A Dios por darme la oportunidad de vivir y salir adelante.

ÍNDICE

RESUMEN-----	7
INTRODUCCIÓN-----	8
I.JUSTIFICACIÓN-----	9
II. OBJETIVOS-----	10
2.1 General-----	10
2.2 Especifico-----	10
III. METODOLOGÍA-----	11
IV. CASO CLÍNICO-----	12
V. MARCO TEÓRICO-----	14
5.1 Proceso Enfermero-----	14
5.2 Teoría de Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem-----	23
5.3 Historia natural de la Esclerosis Múltiple-----	29
VI. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA-----	38
6.1 Valoración-----	38
6.2 Diagnósticos de enfermería-----	41
6.3 Plan de intervención-----	43
6.4 Ejecución-----	62
6.5 Evaluación-----	63
VII. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS-----	64
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS-----	65
IX. BIBLIOGRAFÍA-----	66
X. CLOSARIO DE TÉRMINOS-----	68
XI. ANEXO-----	70
11.1 Anexo I: Guia de valoración-----	70
11.2 Anexo II: Formatos del Proceso Enfermero-----	84
XII. APÉNDICE-----	89

RESUMEN

La Esclerosis Múltiple es una enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central que se caracteriza por un curso recurrente remitente o progresivo, y una tríada anatomopatológica de inflamación, desmielinización y gliosis (cicatrización) del SNC.

En el presente proceso, se aborda la patología de Esclerosis Múltiple de una paciente, la cual presenta rigidez en miembros inferiores, insomnio, visión borrosa, depresión, ansiedad, irritabilidad, culpa, dificultades para concentrarse, hablar y razonar; por lo que necesita apoyo constante en todas sus actividades.

Para mejorar el estado de salud de la paciente se aplicaron los diagnósticos de enfermería (NANDA), así como sus intervenciones y acciones (NIC) y finalmente, los resultados esperados del (NOC). Al ser la Esclerosis Múltiple una patología que sólo puede ser controlada, lo recomendable es continuar con la aplicación de las intervenciones y acciones de enfermería.

Abstract

Multiple Sclerosis is a demyelinating disease of the central nervous system characterized by a recurrent course sender or progressive, and a triad of pathological cause of inflammation, demyelination, and gliosis (scarring) of the CNS.

The present process, deals with the pathology of Multiple sclerosis of a patient, which suffers from stiffness in limbs, insomnia, blurred vision, depression, anxiety, irritability, guilt, concentrating difficulties, speaking, and reason; so you need support in your activities.

To improve the health status of the patient (NANDA) nursing diagnoses, were applied as well as their interventions and actions (NIC) and finally, the expected results of the (NOC). As being Multiple Sclerosis a disease that can only be controlled, it is continuing with the implementation of interventions, and nursing actions.

Palabras clave: Esclerosis Múltiple, valoración, diagnóstico, intervención, acción.

INTRODUCCIÓN

La enfermería es la profesión que tiene un mayor contacto con el paciente, por ello es fundamental una buena comunicación entre enfermera y usuario para brindar una mejor atención.

El proceso de enfermería es una de las herramientas fundamentales del profesional de la enfermería, el cual es definido como “un método sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizados, centrados en la identificación y tratamiento en las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de la salud, reales o de riesgo” (Rosales S. y Reyes E., 2004). El Proceso consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, plan de intervención, ejecución y evaluación.

El proceso de enfermería esta fundamentado con la teoría de Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem, siendo considerada como “el elemento crítico de la teoría, tiene su origen en la finalidad propia de saber cómo los seres humanos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relacionada con ella, pueden ocuparse de su autocuidado o del cuidado dependiente” (Ostiguín R. y Velásquez S., 2001).

En el presente proceso, se aborda la patología de Esclerosis Múltiple de una paciente con dicha enfermedad, diagnosticada desde hace dos años. Por padecer una enfermedad degenerativa su estado de salud se ha ido deteriorándose de manera constante, se ha logrado estabilizar con medicamentos y terapias; además de padecer rigidez en miembros inferiores, insomnio, visión borrosa, depresión, ansiedad, irritabilidad, culpa, dificultades para concentrarse, hablar y razonar; por lo que necesita apoyo constante en todas sus actividades.

I. JUSTIFICACIÓN

El proceso enfermero sobre Esclerosis Múltiple permite conocer los signos, síntomas y complicaciones comunes de dicho padecimiento, así mismo como la atención y cuidados que deben brindarse al paciente. La investigación no sólo beneficiará a la usuaria con dicha patología, sino también a otras personas que tengan el mismo padecimiento, además, el personal de enfermería podrá identificar los diagnósticos adecuados para una mejor atención. La presente investigación no debe ser aplicada al pie de la letra, es decir, los diagnósticos e intervenciones varían de un paciente a otro. Por tal motivo deben tomarse en cuenta las opiniones, conocimientos y habilidades que debe tener el profesional de enfermería para diagnosticar los problemas reales o potenciales de cada uno de los pacientes, tomando en cuenta que cada persona percibe de manera diferente la salud y la enfermedad.

La prevalencia de la EM es de 30 a 60 casos por 100,000 habitantes, aunque se ha detectado una variación geográfica en el número de casos por habitante, con más casos en latitudes norte (R. Alberca). También existe una variación de acuerdo a la raza, “observándose más alta entre los europeos nórdicos y aquellos con ascendencia de europeos originarios del norte de Europa. La enfermedad es rara entre las poblaciones asiáticas y casi desconocida en la población negra del África” (Harrison). Las mujeres sufren EM más frecuente que los hombres (Alberca R. y López P., 2002)

En el Centro Medico Geriátrico y Gerontológico Santa Sofía ubicado en calle Bartolomé de las Casas numero 491, colonia centro se identificó a una paciente relativamente joven (de 44 años de edad) en comparación con los demás usuarios, a pesar de su edad su estado de salud es delicado y degenerándose constantemente. Antes de padecer la enfermedad tenía una vida normal, con su esposo e hijos, padres y hermanos pero al comenzar a desarrollarse el padecimiento su relación familiar se fue deteriorando. Su comportamiento atrae la atención al ser poco común en una persona de su edad, además de que su diagnóstico médico es poco frecuente.

II. OBJETIVOS

2.1 General

- ❖ Desarrollar la metodología de enfermería, fundamentada en la Teoría de Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem, en una paciente con Esclerosis Múltiple.

2.2 Objetivo Específico

- ❖ Implementar las cinco etapas del proceso de enfermería.
- ❖ Valorar al usuario en base a la teoría de Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem.
- ❖ Elaborar los diagnósticos de enfermería.
- ❖ Diseñar un plan de intervención para proporcionar los cuidados que requiere la paciente con Esclerosis Múltiple.
- ❖ Planear, de acuerdo a las prioridades, las intervenciones y acciones de enfermería.
- ❖ Medir y evaluar el logro de los objetivos de acuerdo a las intervenciones de enfermería llevadas a cabo.

III. METODOLOGÍA

El presente trabajo de investigación se hizo con la finalidad de obtener el título de Licenciada en Enfermería, el cual consiste en un Proceso Enfermero basado en un caso clínico de una paciente con diagnóstico de Esclerosis Múltiple.

La paciente con dicho diagnóstico se encuentra internada, temporalmente, en el Centro Médico Geriátrico y Gerontológico “Santa Sofía”. Al estar trabajando en esta estancia, fue posible tener contacto y convivir con la usuaria, de esta manera se decidió investigar sobre dicha enfermedad y llevar a cabo el Proceso Enfermero.

El caso clínico fue estructurado de acuerdo a las cinco etapas del Proceso de Enfermería, aplicado en la teoría de Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem.

La recolección de datos en la etapa de la valoración, se realizó por medio de una entrevista con la usuaria, utilizando como herramienta una guía de valoración de Orem; posteriormente se diseñó el diagnóstico en base a las etiquetas establecidas por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (N.A.N.D.A); así mismo, se elaboraron las intervenciones y acciones de enfermería de acuerdo a la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y finalmente, los resultados esperados de acuerdo al (NOC).

IV. CASO CLÍNICO

Esclerosis Múltiple

N.A.M.R. es una mujer de 44 años de edad, divorciada, católica, originaria de Uruapan Mich., residente de Morelia Mich., y con escolaridad de primer semestre de Preparatoria. Tiene dos hijos y una hija. Padre finado por accidente automovilístico, y madre viva, la cual es portadora de DM tipo 2, desde hace 7 años.

Esta afiliada al IMSS y al ISSSTE, se encuentra internada actualmente en el Centro Medico Geriátrico y Gerontológico "Santa Sofía". Construido de tabique y cemento, cuenta con todos los servicios básicos tales como luz eléctrica, agua potable y drenaje, además cuenta con varias habitaciones y un jardín. En el Centro Medico convive con otros pacientes y personal de enfermería, su relación es buena.

No trabaja y depende económicamente de su mama e hijos. Con el apoyo del personal de enfermería realiza actividades sociales, culturales y deportivas una hora al día.

Se le diagnosticó Esclerosis Múltiple hace 2 años, su estado de salud es estable, pero no es capaz de tomar decisiones respecto a su tratamiento medico. Sus signos vitales son estables: tensión arterial 120/80, frecuencia cardiaca 80^{x1mn} , frecuencia respiratoria 20^{x1mn} , temperatura $36^{\circ}C$. Llenado capilar de 2 a 3 segundos. Su respiración es normal y no fuma ni cocina con leña. No presenta deshidratación, en promedio toma dos litros de agua al día de garrafón. Pesa 65kg, talla 1.58m, índice de masa corporal $26.04kg/m^2$, cintura 85cm; su peso no ha variado. La paciente no puede valerse por sí misma debido a la pérdida de agudeza visual, por lo que usa lentes de armazón desde hace dos años; rigidez en la marcha, necesita apoyo asistido; presenta dificultad para comunicarse. Padece de insomnio, por ello toma medicamento para dormir, habitualmente duerme de 5-6 horas y durante el día presenta bostezos.

Desde el inicio de su enfermedad no acepta su apariencia ni su estado emocional, presenta incapacidad para caminar, hablar, razonar y pérdida de agudeza visual; ante las situaciones estresantes se irrita y siente culpa. No recuerda aspectos de su niñez, a

partir de la adolescencia recuerda muy poco, pero siente orgullo por haber sacado a sus hijos adelante.

Para cuidar su salud se le administran los medicamentos indicados por el Dr. Guillermo Punzo Bravo: Interferón ámpulas 12 millones UI/05ml, una cada tercer día; Fluoxetina 20mg vía oral cada 12Hr; Risperidona 2mg vía oral ½ tableta cada 24Hr; y Rivotril 2.5mg/10ml, 6 gotas cada 24Hr. Se nutre vía oral, los alimentos son cocinados con aceite y no tiene restricciones en su dieta: desayuna todos los días leche y cereales; acostumbra comer carnes, verdura, huevos, pescados, pastas y harinas; todos los días consume frutas. Además el personal de enfermería le ayuda en las actividades de higiene, baño y cambio de ropa interior y exterior diario, aseo bucal tres veces al día. Realiza yoga y manualidades dos horas al día.

Por lo regular evacua dos veces al día, de manera espontanea y las heces fecales son de coloración café y es semipastosa. No presenta problemas al miccionar, la orina es coloración ámbar.

Recibió educación sexual en la escuela y en la familia, es heterosexual, solo tuvo una pareja y en la actualidad no tiene relaciones sexuales. Inició su menarca a los 12 años, cada 28 días y dura 4 días, el flujo es normal. Tuvo cuatro embarazos: tres partos y un aborto. No se realiza de manera frecuente Papanicolaou, el último fue hace un año.

V. MARCO TEÓRICO

5.1 Proceso Enfermero

El proceso Enfermero ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) desarrollaron un proceso de tres fases diferentes que contenía 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 la década de los años 70, Blach (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases” (Rodríguez B.A., 2006).

En muchos países, la aplicación del proceso es un requisito para el ejercicio de la enfermería profesional; en el nuestro, cada día adquiere mayor relevancia en la formación de enfermeras (os) y en su aplicación durante la práctica; sin embargo todavía nos falta camino por recorrer en este terreno, el cual resulta desconocido para muchas compañeras (os) aún en nuestros días (Rodríguez B.A., 2006).

Proceso Enfermero

Es un método sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizados, centrados en la identificación y tratamiento en las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de la salud reales o de riesgo (Rosales S. y Reyes E., 2004).

Características

Es un *método* porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera (o), que le permite organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la comunidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico (Rodríguez B.A., 2006).

Es *sistemático* por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación (Rodríguez B.A., 2006).

Es *humanista* por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no se deben fraccionar (Rodríguez B.A., 2006).

Es *intencionado* porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y el de la propia enfermera (o) (Rodríguez B.A., 2006).

Es *dinámico* por estar sometido a constantes cambio que obedecen a la naturaleza propia del hombre (Rodríguez B.A., 2006).

Es *flexible* porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería (Rodríguez B.A., 2006).

Es *interactivo* por requerir la interrelación humano-humano con el (los) usuario (s) para acordar y lograr objetivos comunes (Rodríguez B.A., 2006).

ETAPAS

I. Valoración

Es la primera etapa del proceso enfermero que nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad. Señala Alfaro, con la valoración se reúnen “todas las piezas necesarias del rompecabezas (...)”, correspondientes a respuestas humanas y fisiopatológicas con lo que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo (Rodríguez B.A., 2006).

Se inicia con la obtención de datos del paciente, los cuales una vez organizados y analizados, ayudan a la identificación del diagnóstico de enfermería. Generalmente, la

obtención de datos se logra mediante la observación, entrevista y exploración física (Rosales S. y Reyes E., 2004).

La **observación** es una habilidad de alto nivel que debe desarrollarse desde la información académica, a través de todo los sentidos (vista, oído, tacto, olfato y gusto); con esta se lleva un diagnóstico presuntivo y certero, y se puede iniciar la planeación del proceso de enfermería. Esta herramienta debe utilizarse desde el primer encuentro con el paciente y durante su estancia hospitalaria, consiste en describir minuciosamente el estado de salud o enfermedad (características, actividad física, manifestaciones clínicas, necesidades biológicas) y el entorno físico o psicodinámico (comunicación, sentimientos, necesidades, interacciones, relaciones y ambientes) que le rodea (Rosales S. y Reyes E., 2004).

La **entrevista**, al igual que la observación debe ser continua en la relación enfermera-paciente, y llevarse a cabo en un ambiente de privacidad; requiere del autoconocimiento del profesional de enfermería para poder comprender al paciente (Rosales S. y Reyes E., 2004).

El **examen clínico**, conduce a una observación más precisa de los problemas que presenta el paciente, la cual se logra por la exploración de regiones desde la cabeza a los pies y por aparatos o sistemas, según sea el caso para ratificar e investigar alteraciones o problemas fundamentales y de comportamiento significativo y se comprometa con el resultado de los exámenes gráficos y químicos necesarios (Rosales S. y Reyes E., 2004).

“Durante la valoración del profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales”. Los **datos subjetivos** son aquellos que el usuario nos refiere y que manifiestan una percepción de carácter individual (ejemplo: el dolor, el temor, la debilidad, la importancia, etc...). Son **datos objetivos** la información que se puede observar y medir a través de los órganos de los sentidos (ejemplo: la frecuencia cardiaca, el color de piel, el peso y la talla, la tensión arterial, la frecuencia de edema, etc...). Los **datos históricos** se refieren a hechos del pasado y que se relacionan con la salud del usuario (ejemplo: antecedentes familiares y personales de enfermedad, conductas que se han tenido para el cuidado de la salud,

hospitalizaciones, tratamientos médicos recibidos, etc...), y los **datos actuales** son hechos que suceden en el momento y que son el motivo de consulta u hospitalización. (Ejemplo: hipertermia, la deshidratación, el sangrado, el insomnio, el alcoholismo, la ansiedad, etc....) (Rodríguez B.A., 2006).

II. Diagnóstico

Para realizar esta etapa se requieren de cuatro pasos fundamentales:

El **razonamiento diagnóstico**: es la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas. La enfermera (o) durante razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales integra sus conocimientos adquiridos y experiencia para finalmente concluir un juicio clínico (Rodríguez B.A., 2006).

Algunos autores sugieren realizar alguna clasificación de los datos “para dividir la información en clases concretas”, este paso es indispensable siempre y cuando durante la valoración no se haya seguido un modelo enfermero para recolectar y organizar la información (Rodríguez, 2006).

La **formulación de diagnósticos enfermero y problemas interdependientes**: “los diagnósticos enfermeros están dentro del habito independiente de la práctica profesional ya que se refiere a situaciones que la enfermera identifica, valida y trata independientemente, siendo ella la responsable del logro del resultado deseado”, por lo tanto, únicamente en los diagnósticos enfermeros deben utilizarse las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A. (Rodríguez B.A., 2006).

Problemas interdependientes: es un juicio clínico sobre la respuesta fisiopatológicas del organismo a problemas de salud reales o de riesgo en donde la enfermera (o) es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en colaboración con el equipo sanitario (Rodríguez B.A, 2006).

La **validación**: consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes. Durante la validación la enfermera (o) debe consultar el usuario para corroborar que este en lo cierto, también es recomendable solicitar asesoría cuando no se reúnan suficientes.

El registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes: una vez validados los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, pueden escribirse en la hoja de notas de enfermería y en los planes de cuidados para iniciar con la etapa de planeación (Rodríguez B.A., 2006).

Los **diagnósticos enfermeros se clasifican en: diagnóstico de enfermería real:** “describe la respuesta actual de una persona, una familia o una comunidad, (datos objetivos y subjetivos)”, además de tener datos relacionados; **diagnóstico enfermero de riesgo (potencial):** “describe respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerable”, no existen características definitorias (datos objetivos y subjetivos), solo se apoya en los factores de riesgo (etiología); y el **diagnóstico enfermero de salud:** “es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor” (Rodríguez B.A., 2006).

La **diferencia entre el diagnóstico médico y de enfermería:** el diagnóstico de enfermería es una conclusión o enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud, los problemas y necesidades del paciente, que puede modificarse por la intervención del personal de enfermería para resolverlos o disminuirlos (Rosales S. y Reyes E., 2004).

El diagnóstico médico “identifica y califica el proceso patológico del paciente basado en manifestaciones clínicas, generaliza varios pacientes, es constante hasta la recuperación o muerte del paciente, y se hace con el propósito de seguir un tratamiento para curar la enfermedad o reducir el daño” (Rosales S. y Reyes E., 2004).

El diagnóstico de enfermería no sólo considera el diagnóstico médico, sino que se basa en las necesidades del paciente, es individualizado y específico, esta sujeto a modificaciones según el estado de salud o enfermedad, describe los efectos de los síntomas y estados patológicos en relación con las actividades y forma de vida del paciente (Rosales S. y Reyes E., 2004).

III. Plan de intervención

Consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo.

Los pasos de la planeación son:

Establecer prioridades: posterior a la valoración y etapa del diagnóstico se concluye con un número determinado de diagnósticos enfermeros y problemas interdependiente, lo que se hace indispensable la identificación de los problemas de salud en los cuales se debe centrar la atención, y realizar acciones inmediatas, porque representan una amenaza para la vida del usuario (Rodríguez B.A., 2006).

Elaborar objetivos: los objetivos son parte indispensable dentro de la etapa de la planeación, ya que con ellos usted mide el éxito de un plan determinado al valorar el logro de los resultados. También permite dirigir las acciones de enfermería para dar soluciones a los problemas de salud encontrados, y son factores de motivación al generar numerosas acciones en las enfermeras (Rodríguez B.A., 2006).

Determinar acciones de enfermería: las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos, y están encaminadas a tratar los factores relacionados o riesgo de problema de salud señalado en el diagnóstico enfermero o problema interdependiente (Rodríguez B.A., 2006).

Los planes de autocuidado de enfermería son documentos que contienen: el problema de autocuidado (diagnóstico enfermero o problema interdependiente), objetivo (s), acciones de enfermería y evaluación. Existen dos tipos de planes de acuerdo a sus componentes: para diagnósticos enfermeros y para problemas interdependiente; la diferencia entre ambos es que uno se refiere a una respuesta humana (diagnóstico enfermero), el otro una respuesta fisiológica (problema interdependiente); y que las funciones interdependientes de enfermería únicamente se incluyen en los planes de cuidados para problemas interdependientes (Rodríguez B.A., 2006).

Son características de los planes de cuidado: la *individualidad*, es decir cada plan debe responder a problemas y factores relacionados/riesgo específicos, la

participación del usuario, familia y comunidad en su elaboración; la *actualización* con respecto a los cambios del usuario y a los avances de la enfermería como disciplina científica; la fundamentación científica de la acción con fines didácticos y ser *fuentes de comunicación* entre los profesionales de la enfermería (Rodríguez B.A., 2006).

IV. Ejecución

Comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidado, señala Iyer, "...y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados" (Rodríguez B.A., 2006).

Los pasos de la ejecución son:

Preparación

Antes de llevar a cabo un plan de autocuidados se debe:

1. Revisar que las acciones estén de acuerdo con las del usuario y que sean "compatibles con las intervenciones de otros profesionistas de la enfermería", haciéndose necesaria la revaloración.
2. Analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarios para realizar las actividades planeadas, en caso de no ser así, es indispensable solicitar asesoría.
3. Tener en la mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería.
4. Reunir el material y el equipo necesario para llevar a cabo cada intervención.
5. Crear un ambiente confortable y seguro para el usuario durante la realización de cada actividad.
6. Delegar cuidados enfermeros que se apeguen a "los cuatro puntos clave de la delegación: tarea correcta, persona correcta, comunicación correcta y evaluación correcta" (Rodríguez B.A., 2006).

Intervención

Posterior a la fase de preparación pueden llevar a cabo las intervenciones de enfermería independientes e interdependientes planeadas, que incluyen: la valoración; “la prestación de cuidados para conseguir los objetivos; la educación del usuario, familia y comunidad, y “la comunicación con otros miembros y equipos de atención sanitaria” (Rodríguez B.A., 2006).

Como las respuestas humanas y fisiopatológicas son cambiantes, es precisa la revaloración del usuario, familia y comunidad para estar seguros que las intervenciones de enfermería son apropiadas. Cada acción de enfermería debe ser el resultado de una valoración y de la aplicación del pensamiento crítico (Rodríguez B.A., 2006).

Documentación

Es el registro que realiza la enfermera (o) en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente del usuario y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud (Rodríguez B.A., 2006).

Son propósitos de los registros de enfermería: informar a los otros profesionales del área de salud sobre datos de valoración del usuario, cuidados proporcionados y las respuestas del usuario/familia; ser “base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los resultados”; respaldar legalmente las acusaciones de la enfermera (o) y servir para estimar “el pago de los servicios prestados” (Rodríguez B.A., 2006).

V. Evaluación

La aplicación del proceso enfermero se evalúa con las siguientes preguntas:

- ¿La valoración estuvo completa y la información fue válida?
- ¿El razonamiento diagnóstico fue correcto?
- ¿La formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes fue acertada?
- ¿Los planes de cuidado dieron solución al problema y etiología de los problemas señalados?

- ¿Las acciones de enfermería realizadas permitieron el logro de los objetivos? (Rodríguez B.A., 2006).

La evaluación en el Proceso Enfermero es útil para: “determinar el logro de los objetivos; identificar las variables que afectan, decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado”, por consiguiente es necesario la valoración del usuario, familia y comunidad para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivos (Rodríguez B.A., 2006).

Cuando los resultados no son esperados o simplemente no hay una respuesta satisfactoria, la enfermera (o) debe revisar cada una de las etapas del proceso, detectar posibles fallas y proceder a corregirlas. Para el desarrollo de cada actividad “la enfermera y el paciente deben determinar el proceso o falta del proceso hacia la realización de sus metas” en forma conjunta; Identificando obstáculos y estrategias (Rodríguez B.A., 2006).

La evaluación es completa; sin embargo al emplear la metodología del Proceso Enfermero se facilita por ser sistemática y continua, ya que “brinda una base cognitiva para la práctica autónoma” de la enfermería y requiere de la interrelación con el usuario y su familia (Rodríguez B.A., 2006).

5.2 Teoría de Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem

Antecedentes personales

Dorothea E. Orem, una de las primeras teóricas de la enfermería, nació en 1914 en Baltimore, Maryland; murió en Georgia, el 22 de junio de 2007. “Inició su carrera de enfermera en la Escuela de Enfermería del Providence Hospital de Washington D.C., donde finalizó su diplomado a principios de la década de los 30. Continuó su formación y obtuvo un BSN de la Universidad Católica de América en 1939 y un Master of Science en formación de enfermería en 1945 en la misma universidad” (Marriner A., 1994).

En 1957 se trasladó a Washington D.C. trabajando como consultora para planes de estudio de la Oficina de Educación del Ministerio de la Salud, Educación y Bienestar (HEW) desde 1950 a 1960. Durante esta etapa empieza a detectar déficit en la formación de las enfermeras no tituladas, lo que le llevó a plantearse la pregunta de ¿cuál es la materia de la enfermería? (Marriner A., 1994).

Principales conceptos y definiciones

Orem considera su teoría sobre el déficit de autocuidado como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas:

Teoría del autocuidado

El concepto de AUTOCUIDADO se compone de AUTO que significa: “el individuo en su totalidad, incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales” (Ostiguín R. y Velásquez S., 2001); y de CUIDADO que significa: “todas las actividades que realiza un individuo para conservar su vida y desarrollarse de manera normal” (Ostiguín R. y Velásquez S., 2001). El autocuidado es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo. El autocuidado es una acción, propia de las personas maduras o en proceso de maduración, mismas que han desarrollado a partir de las

capacidades para cuidar de sí mismos en sus condiciones ambientales. Tiene como propósito que dicha acción se realice de manera efectiva y eficaz por la propia persona a favor de sí mismo, permitiendo con ello el desarrollo y el funcionamiento humano. A partir de este supuesto se sustenta la Teoría de autocuidado (Ostiguín R. y Velásquez S., 2001).

La **demanda de autocuidado terapéutico** es una entidad construida objetivamente sobre la información que describe a un individuo en cuanto a sus aspectos funcionales, estructurales y de desarrollo; inicia al determinar el requisito de autocuidado comprometido para describir la acción del mismo a través de la agencia de autocuidado terapéutico; para el caso, la persona es un profesional de la enfermería (Ostiguín R. y Velásquez S., 2001).

La teoría de enfermería sobre el autocuidado sugiere que las características de las personas cuidadas, incluyendo sus propiedades específicas, son denominadas **factores de condicionamiento básico**. El valor práctico de los factores condicionantes en su elección y uso enumerados se fundamentan en la premisa de que quien busca y recibe cuidados de enfermería es un individuo que al mismo tiempo es miembro de una familia (Ostiguín R. y Velásquez S., 2001).

Los factores condicionantes básicos. Los factores se agrupan en tres categorías: 1) aquellos que describen a los individuos que son pacientes de las enfermeras individualmente o en grupo, 2) que relacionan a estos individuos con su familia de origen o por matrimonio, 3) que localizan a individuos en sus mundos relacionándolos en condiciones y circunstancias de vida (Ostiguín R. y Velásquez S., 2001).

Requisitos del autocuidado. Los requisitos del autocuidado son “la expresión de los objetivos que se han de alcanzar, de los resultados que se desea obtener del compromiso deliberado con el autocuidado. Son los medios para llevar a cabo las acciones que constituyen el autocuidado” (Marriner A., 1994). Cada requisito identifica dos elementos:

- a) **Factor de control o dirección**, mantiene de alguna manera ciertos aspectos del funcionamiento y de desarrollo humano dentro de lo compatible para la vida.

b) **Especificación de la naturaleza de la acción a realizar**, describe el manejo del trabajo enfermero (Ostiguín R. y Velásquez S., 2001).

Los requisitos del autocuidado se desglosan en tres categorías:

1) Requisitos universales del autocuidado. Los requisitos universales del autocuidado son comunes para todos los seres humanos e incluyen la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, actividad y descanso, prevención de riesgos y promoción de la actividad humana. Estos ocho requisitos representan los tipos de acciones humanas que proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad, que a su vez apoyan el desarrollo y la maduración humana (Marriner A., 1994).

2) Requisitos del autocuidado relativos al desarrollo. Promueven procedimientos para la vida y para la maduración y previenen las circunstancias perjudiciales para esa maduración o mitigan sus efectos (Marriner A., 1994).

3) Requisitos del autocuidado de las alteraciones de la salud. Orem define los requisitos del autocuidado de las alteraciones de la salud como sigue:

La enfermedad o la lesión no sólo afectan a las estructuras y/o mecanismos fisiológicos o psicológicos sino al funcionamiento humano integrado. Cuando este está seriamente afectado... la capacidad de acción desarrollada o en desarrollo del individuo resulta seriamente dañada de forma permanente o temporal... también el malestar y la frustración que resultan de la asistencia médica originan los requisitos del autocuidado para proporcionar alivio... Este análisis del autocuidado de las alteraciones de la salud ha mostrado que las necesidades del autocuidado surgen tanto del estado patológico como de los procedimientos utilizados para su diagnóstico o su tratamiento... Para que las personas con alteraciones de la salud sean capaces de utilizar un sistema de autocuidado en estas situaciones, tienen que ser capaces de aplicar los conocimientos necesarios oportunos para su propio cuidado (Marriner A., 1994).

Demanda de autocuidado terapéutico. “Una demanda de autocuidado terapéutico es una entidad de carácter humano, con una base objetiva en la información que describe al individuo desde el punto de vista estructural, funcional y del desarrollo. Se

basa en la teoría de que el individuo es una fuerza reguladora humana y en hechos y en teorías de las ciencias humanas y medioambientales (Marriner A., 1994).

Acción de autocuidado. Es “la habilidad adquirida compleja para identificar las necesidades continuas de asistencia de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura, actividad y desarrollado humano, y promueven el bienestar (Marriner A., 1994).

Agente. Un agente es “la persona que ejecuta la acción (Marriner A., 1994).

Agente de autocuidado. Es “el que proporciona el autocuidado” (Marriner A., 1994).

Agente de asistencia dependiente. Un agente de asistencia dependiente es “el que se ocupa de la asistencia de niños o de adultos dependientes” (Marriner A., 1994).

Déficit de autocuidado. Es “una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en la que constituyen la acción que no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o prevista” (Marriner A., 1994).

Acción de enfermería. Es la propiedad o atributo de las personas formadas y entrenadas como enfermeras capacitadas para conocer, ayudar a los demás a conocer e identificar su demanda de autocuidado terapéutico y controlar el ejercicio o el desarrollo de su acción de autocuidado.

Sistema de enfermería. “Serie continua de acciones que se producen cuando las enfermeras vinculan una o varias formas de ayuda a sus propias acciones o a las acciones de personas a las que se está asistiendo y que están dirigidas a identificar las demandas de autocuidado terapéutico de esas personas o a regular la acción de su autocuidado” (Marriner A., 1994).

Teoría del Déficit de Autocuidado

Es el elemento crítico de la teoría, tiene su origen en la finalidad propia de saber cómo los seres humanos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relacionada con ella, pueden ocuparse de su autocuidado o del cuidado dependiente (Ostiguín R. y Velásquez S., 2001).

El término déficit de autocuidado se refiere a la relación entre la agencia de autocuidado terapéutico de los individuos en quienes las capacidades de autocuidado, debido a sus limitaciones, no están a la altura suficiente para satisfacer todos o algunos de los componentes de sus demandas de autocuidado terapéutico. Los déficit de autocuidado se identifican como completos o parciales, en donde el primero implica la falta de capacidad para satisfacer esta demanda de autocuidado terapéutico, y en el segundo se hace referencia a la incapacidad de satisfacer alguna(s) condiciones subyacentes a una demanda de cuidado terapéutico (Ostiguín R. y Velásquez S., 2001).

Los términos de agencia de autocuidado y agencias de cuidado dependiente se refieren a la capacidad de los individuos para cuidar de sí mismos y de otros (Ostiguín R. y Velásquez S., 2001).

Teoría de sistemas

En la teoría de sistemas se marcan las pautas que implementan las formas de intervención, en tanto que “refiere una serie continua de acciones cuando las enfermeras vinculan su ayuda a las capacidades de la persona para regular sus acciones de autocuidado” (Ostiguín R. y Velásquez S., 2001). Esta teoría se subdivide en tres sistemas:

Sistemas de enfermería totalmente compensadores. Los sistemas de enfermería totalmente compensadores son necesarios cuando “la enfermería está compensando una incapacidad total (o una prescripción en contra) del paciente para realizar actividades de autocuidado que requieren movimientos de deambulación y de manipulación” (Marriner A., 1994).

Sistemas de enfermería parcialmente compensadores. Son aquellos en los que tanto la enfermera como el paciente realizan medidas de asistencia y otras actividades que impliquen labores manipulativas o deambulatorias (Marriner A., 1994).

Sistemas de apoyo educativo. Son “para aquellas situaciones en que el paciente es capaz de realizar o puede y debe aprender a realizar las medidas requeridas de autocuidado terapéutico interno o externo, pero que no puede hacerlo sin ayuda” (Marriner A., 1994).

Métodos de ayuda. Incluyen “(1) actuar o hacer por; (2) guiar; (3) enseñar; (4) apoyar; y (5) proporcionar un entorno que estimule el desarrollo” (Marriner A., 1994).

5.3 Historia natural de la Esclerosis Múltiple

La Esclerosis Múltiple (EM) “es una enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central” (Harrison, 2003), se caracteriza por: “1) Un curso recurrente remitente o progresivo, y 2) una tríada anatomopatológica de inflamación, desmielinización y gliosis (cicatrización) del SNC” (Harrison, 2003). La EM debe su nombre a las múltiples áreas de cicatrización que se observan cuando se estudian macroscópicamente en el cerebro (Harrison, 2003).

La edad de inicio de EM no es clara, pues varía en algunos autores, según Harrison es entre los 15 y los 50 años (Harrison, 2003) y R. Alberca S. López señala que “inicia entre los 20 y 40 años. Sin embargo, el intervalo de inicio de la enfermedad es amplio, con casos aislados que comienzan en la infancia o después de los 60 años” (Moore D.P. y Jefferson J.W, 2005).

La prevalencia de la EM es de 30 a 60 casos por 100,000 habitantes, aunque se ha detectado una variación geográfica en el número de casos por habitante, con más casos en latitudes norte (Alberca R. y López P., 2002). También existe una variación de acuerdo a la raza, “observándose más alta entre los europeos nórdicos y aquellos con ascendencia de europeos originarios del norte de Europa. La enfermedad es rara entre las poblaciones asiáticas y casi desconocida en la población negra del África” (Harrison, 2003). Las mujeres sufren EM más frecuente que los hombres (Alberca R. y López P., 2002).

Los signos y síntomas

Los signos y síntomas clásicos de la EM dependen de la localización del foco de desmielinización y pueden incluir una variedad de disfunciones que no son específicas para la EM, tales como alteraciones de la visión, ataxia y temblor intencional, debilidad o parálisis de una o más extremidades, espasticidad o problemas vesicales (Harrison, 2003). El comienzo puede ser repentino o gradual. Los síntomas pueden ser graves o tan leves que el paciente no sienta la necesidad de acudir al médico durante meses o años (Harrison, 2003).

Debilidad de las extremidades puede manifestarse como fatiga, alteración de la marcha o pérdida de la destreza manual. Al principio, la pérdida de la fuerza no puede hacer aparente más que después de realizar ejercicio físico. La pérdida de la fuerza suele ir acompañadas de signos piramidales como aumento del tono muscular (espasticidad) (Harrison, 2003).

Neuritis óptica se manifiesta generalmente por la disminución de la agudeza visual, visión borrosa o de saturación del color en el campo central de la visión. Estos síntomas pueden ser leves o progresar durante horas o días hasta una pérdida grave de la visión (Harrison, 2003).

Los síntomas sensitivos consiste en parestesias (hormigueo, o pinchazos o quemazón dolorosa) o parestesia (entumecimiento o sensación de tener una parte muerta). Los síntomas sensitivos suelen comenzar en una parte concreta de una extremidad, en torno o en la cabeza, y se extiende durante horas o días a otras zonas, ya sea adyacentes o en el mismo lado o en partes contra laterales del cuerpo (Harrison, 2003).

Ataxia de la marcha y las extremidades reflejan desmielinización en el cerebelo o en las vías cerebelosas. En los casos avanzados de la EM es frecuente la disartria de origen cerebeloso (disartria silabeante) (Harrison, 2003).

La disfunción vesical se manifiesta por visión imperiosa, titubeo, vaciado incompleto o incontinencia urinaria. También es frecuente el estreñimiento (Harrison, 2003).

Las alteraciones cognitivas pueden reconocerse pronto o tarde en la EM; las más frecuentes son pérdida de la memoria, la falta de atención, las dificultades para resolver problemas, la lentificación del procedimiento de la información y la dificultad para pasar de una actividad mental a otra (Harrison, 2003).

La fatiga afecta a la mayoría de los pacientes EM. Puede ser máxima o media tarde o continúa durante todo el día. Los síntomas de la fatiga comprenden debilidad moderada generalizada, disminución de la capacidad para concentrarse o para leer, laxitud y somnolencia (Harrison, 2003).

La sensibilidad al calor se experimenta con la aparición de nuevos síntomas o empeoramiento de los síntomas preexistentes tras una exposición al calor (Harrison, 2003).

Otros síntomas. El síntoma de Lhermitte consiste en una sensación eléctrica momentánea desencadenada por la flexión del cuello, por otros movimientos cervicales o por la tos. Los síntomas paroxísticos son prevés o estereotipados. Los espasmos tónicos consisten en una desagradable sensación de hormigueo o de otro tipo y se asocia a la contracción tónica de una extremidad, de la cara o del tronco.

La neurología del trigémino, un dolor facial lancinante, puede ser un síntoma de la EM. Las características de una neurología del trigémino que sugieren que se debe a la EM y que no es idiopática.

Parálisis facial puede aparecerse a la parálisis idiopática de Bell: sin embargo, en la EM la parálisis no suele asociarse con pérdida ipsilateral del gusto ni con dolor retroauricular.

Miocimia facial o contracciones ondulantes de la musculatura facial. El movimiento puede suele afectar el músculo orbicular de los ojos y se aprecia por debajo del ojo.

Vértigo puede manifestarse de una forma brusca y espectacular, con marcha inestable y vómitos, simulando una laberintitis. Un vértigo cuyo origen sea el tronco encefálico en lugar de los órganos sensitivos terminales y producirán simultáneamente signos de afectación de los nervios trigémino o facial (Harrison, 2003).

Manifestaciones conductuales y mentales. Los pacientes con EM parecen ser más vulnerables a trastornos de tipo psiquiátrico que la población general, y se ha sugerido que unos 2/3 de los pacientes con EM tienen un síntoma psiquiátrico, aunque no todos requieran tratamiento (Alberca R. y López P., 2002).

Depresión. Es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la EM, y clínicamente se caracteriza por tristeza, ansiedad, irritabilidad y quejas de tipo somático. Los pacientes con EM aparecen “menos melancólicos” que los enfermos con depresión mayor (mayor).

Curso Clínico

Aproximadamente en un 85% de los pacientes con EM el comienzo clínico de la enfermedad se produce con la aparición brusca de los signos y síntomas (Harrison, 2003). Los episodios sintomáticos pueden aparecer de forma aguda en minutos u horas, o quizás en días, persistir durante semanas, meses, o más tiempo y entonces remitir de forma gradual. La remisión sin embargo, raras veces es completa y la mayoría de los pacientes mantienen síntomas residuales. El intervalo entre episodios es muy variable, desde varios meses o hasta 20 años. El siguiente episodio puede consistir en una reparación de los síntomas que habían remitido, en una exacerbación de los síntomas residuales o en la aparición de otros totalmente nuevos. Con el tiempo y la repetición de episodios, dichos síntomas residuales se hacen cada vez más graves e invalidantes (Moore D.P. y Jefferson J.W, 2005).

El consenso internacional reconoce cuatro patrones clínicos. Los pacientes con EM *recurrente-remitente* (EMRR) sufren brotes con o sin recuperación completa y permanecen estables entre estos episodios. Aproximadamente en un 50% de los pacientes con EMRR, en el plazo de 10 años desde el comienzo de la enfermedad esta se convierte en una EM *secundariamente progresiva* (EMSP). La fase de progresión secundaria se caracteriza por una progresión continua de la incapacidad con o sin brotes sobreañadidos. Por el contrario, los pacientes con EM primariamente progresiva (EMPP) sufren una progresión de la incapacidad desde el comienzo, sin brotes sobreañadidos. Aproximadamente un 10% con EM presenta este último patrón clínico. Los EM progresiva recurrente sufren una progresión gradual de su incapacidad desde el comienzo de su enfermedad que, posteriormente, en algún momento se acompaña de uno o más brotes; este patrón clínico afecta aproximadamente al 5% de los pacientes (Harrison, 2003).

Cuando la enfermedad sigue un curso progresivo crónico desde el inicio (lo cual es más común cuando el inicio ocurre a la edad de 40 años), esta es habitualmente una evolución lenta pero inexorable con detrimento de las funciones de la medula espinal. La mayoría con EM que tienen exacerbaciones y remisiones en el momento del diagnóstico, finalmente desarrollara enfermedad crónica progresiva. En 10 a 40 de los casos la conversión se hará dentro de 6 a 10 años del inicio de su enfermedad y 50%

se convertirán dentro de los 11 a los 15 años siguientes. Después de una duración de 25 años de la enfermedad, el 90% de los que iniciaron EM con exacerbaciones y remisiones han desarrollado ya la enfermedad progresiva. Así el porcentaje de pacientes que se convierten de exacerbaciones y remisiones a la forma crónica progresiva, aumenta con la duración de la enfermedad (Harrison, 2003).

La esclerosis múltiple raramente es fatal per se. La mayoría de los pacientes fallecen por enfermedades intercurrentes, como infecciones de las vías urinarias, neumonías o úlceras de decúbito, por lo general en un plazo de 35 años. Sin embargo hay excepciones. Algunos enfermos pueden tener una esperanza de vida normal y morir de alguna enfermedad no relacionada con la esclerosis múltiple. Por el contrario, otros pueden experimentar un cuadro clínico fulminante, a menudo acompañado de delirium, y fallecer en cuestión de semanas (Moore D.P. y Jefferson J.W, 2005).

Diagnóstico

No existe ninguna prueba diagnóstica definitiva. Los criterios diagnósticos para la EM clínicamente definitiva exigen probar dos o más episodios de síntomas y dos o más signos que reflejen anomalías en las vías de la sustancia blanca del SNC anatómicamente no contiguas. Los síntomas deben durar más de un día y producirse como episodios distintos separados al menos 28 días. Al menos uno de los signos que se exigen debe estar presente en la exploración neurológica. El segundo puede documentarse como el resultado anormal de una prueba paraclínica, ya sea en RM cerebral o medular, o en los potenciales provocados visuales, auditivos o somatosensitivos. En aquellos pacientes que sufre un empeoramiento progresivo de su incapacidad durante 6 meses ó más, sin brotes sobreañadidos, la demostración de la síntesis intratecal de IgG puede emplearse para apoyar el diagnóstico (Harrison, 2003).

Pruebas Diagnósticas

Resonancia magnética. En un más del 95% de los pacientes que cumplen, por otra parte, criterios diagnósticos de EM definida, la RM detecta anomalías relacionadas con la enfermedad. Un aumento de la permeabilidad vascular, detectado por la salida hacia el cerebro del contraste intravenoso DPTA gadolinio, parece ser un fenómeno precoz en la formación de lesiones nuevas de EM, y quizá constituye un marcador de inflamación. El refuerzo con gadolinio persiste durante 2 a 8 semanas; y la mezcla residual de EM de edema, inflamación, desmielinización, pérdida axonal y gliosis, permanece visible como un área focal y hipertensa en las secuencias de imágenes RM con espín-eco (ponderadas en T2) y en secuencia de densidad protónica. Las lesiones parecen extenderse hacia fuera desde la superficie ventricular, en correspondencia con el patrón anatomopatológica de desmielinización perivenosa que se observan en la EM. También se encuentran con frecuencia lesiones en el tronco encefálico, el cerebro y la medula espinal. La presencia de lesiones en la parte anterior del cuerpo calloso puede resultar también útil, puesta esta estructura no suele verse afectada en la enfermedad cerebrovascular. Se han propuesto criterios específicos para el empleo de la RM como apoyo para el diagnóstico de la EM (Harrison, 2003).

Respuestas provocadas. Pueden detectar una conducción lenta o anormal en las vías visuales, auditivas, somatosensitivas o motoras. En estas pruebas se utilizan técnicas de promediación computarizada para registrar la respuesta eléctrica provocada en el sistema nervioso por los estímulos sensitivos repetidos. En el 80-90% de los pacientes con EM se encuentra una o más respuestas provocadas anómalas (Harrison, 2003).

Líquido cefalorraquídeo. Las anomalías de LCR consisten en un aumento anormal de la síntesis integral de IgG, presencia de bandas oligoclonales y pleocitosis de células mononucleares. Con las técnicas de electroforesis en gel de agarosa puede detectarse la presencia de bandas oligoclonales de IgG en el LCR. En el 75 a 90% de los pacientes con EM se identifican dos o más bandas oligoclonales. Al comienzo de la enfermedad pueden no encontrarse bandas oligoclonales, y en algunos pacientes el número de bandas puede aumentar con el tiempo. Es importante estudiar muestras

simultaneas de suero para descartar un origen sistemático de las bandas oligoclonales (Harrison, 2003).

Diagnóstico diferencial. No existe ningún signo clínico ni prueba que sean específicos de la EM. El diagnóstico de EM suele hacerse con facilidad en los adultos jóvenes que presentan síntomas recurrentes y remitentes atribuidos a distintas zonas de la sustancia blanca del SNC. Debe tenerse la posibilidad de un diagnóstico alternativo cuando: 1) los síntomas se localizan exclusivamente en la fosa posterior, craneocervical o la médula espinal; 2) el paciente es menor de 15 años o mayor de 60; 3) el curso clínico es progresivo desde el comienzo; y 4) el paciente nunca ha presentado síntomas visuales, sensitivos o vesicales. El diagnóstico puede resultar también difícil en aquellos pacientes que tienen un comienzo rápido o, incluso, explosivo, sugiriendo la posibilidad de un accidente cerebrovascular, o que refieren a síntomas leves y tienen una exploración neurológica normal. En esta situación hay que interrogar al paciente minuciosamente sobre los brotes previos que tal vez no se recuerden inicialmente (Harrison, 2003).

Tratamiento

El tratamiento de la EM puede ser dividido en dos tipos: el tratamiento sintomático y tratamiento de fase aguda de la EM así como los tratamientos en investigación y la prevención. El medicamento sintomático incluye para corregir alteraciones del tono afectivo asociado a EM como la depresión y la hiperforia, la disfunción cognoscitiva, los problemas visuales, las parestesias y las fatigas. Las alteraciones del afecto se manejan con antidepresivos tricíclicos o con los de cuarta generación (incluyen los bloqueadores de la recaptación de serotonina). Las alteraciones cognitivas con terapia cognoscitiva; los trastornos de la visión con el uso de prismas o bloquear la visión de un ojo con parches para evitar la diplopía; las parestesias con antidepresivos y anticonvulsivos y la fatiga con Hidrocloruro de Amantadina, con Pemoline o Metilfenidato (Harrison, 2003).

Otros síntomas que son la disfunción vesical, que se caracteriza por incapacidad para almacenar la orina en la vejiga; se maneja con anticolinérgicos, Amitriptilina,

Oxibutilina, y la incapacidad para vaciar la vejiga con cateterismo intermitente; las infecciones, con antibióticos o antisépticos urinarios. El temblor cerebeloso se puede tratar con Isoniazida o Glutetimida y la espasticidad con Diazepam, Baclofen, Tizanidina o terapia física. El tratamiento del dolor en la EM, si es debido al tratamiento de un nervio periférico o a desbalance muscular, debe manejarse con tratamientos apropiados según el caso, si se trata de un dolor intrínseco de EM como la neurología del trigémino o el dolor neurítico del tronco y las extremidades, se utiliza la Carbamazepina (Harrison, 2003).

En el tratamiento con esteroides de las fases agudas de EM, se usa la Metilprednisolona a dosis de 100 mg en cuatro dosis repetidas intravenosas, por 3 días. Se continúa con Prednisona a dosis oral de 1 mg/kg de peso corporal durante 11 días para disminuir gradualmente 20mg por día y luego 10mg cada tercer día hasta suspenderlo en unas semanas. Las terapias en investigación para EM incluyen las 4 Aminopiridina (4-AP), cuyo modo de acción es a través del bloqueo de los canales de potasio (a una dosis de 10 a 50 mg por día), en dosis divididas por 12 semanas, con mejoría del déficit en el 30% de los pacientes y mejoría en función del 16%, se describe el uso del copolímero 1, cuya acción es similar a la proteína básica de la mielina, que induce una tolerancia inmunológica con dosis de 20 mg por día por inyección subcutánea. Los estudios piloto han demostrado reducción de significativa en las recurrencias de la Esclerosis Múltiple. Otros tratamientos en investigación incluyen Antígenos de mielina, cuyo mecanismo de acción es por inducción de tolerancia inmunológica a través de células inmunes gastrointestinales, a una dosis de 300mg por día por vía oral (Harrison, 2003).

En cuanto a los medicamentos, para evitar las recaídas de la esclerosis múltiple, el más importante es el Interferón beta, un antiviral que aumenta la función de las células T supresoras en EM, inhibe la síntesis de IFN-GAMA, TNF y LT in vitro y posiblemente in vivo, inhibe la proliferación de linfocitos e induce las citoquinas inmunodepresoras, los cuales demuestran un efecto benéfico disminuyendo un 30% la frecuencia de episodios de exacerbación en los pacientes evaluados por un lapso mínimo de dos años (Harrison, 2003).

Las células madre como posible tratamiento. Existen dos formas principales de tratamientos potenciales para la EM que se pueden desarrollar: la inmunomodulación, que evita el daño inmune del sistema nervioso; y la remielinización, que consiste en reparar a la vaina mielínica que ya ha sido dañada. Esas dos terapias son consideradas como “neuroprotectoras” ya que el objetivo es proteger a las fibras nerviosas que se encuentran dentro de la vaina mielínica (Asociación de EM, 2010).

También se espera que finalmente las células madre puedan ayudar a reconstruir las fibras nerviosas perdidas. Eso podría reparar el daño causado en las etapas progresivas de la EM que resultan en la acumulación de incapacidad permanente. Sin embargo, hasta el momento no hay suficiente evidencia científica que demuestre que las células madre funcionen de esa forma. Los científicos a nivel mundial coinciden en que se necesita investigar mucho más sobre esta área desafiante y complicada (Asociación de EM, 2010).

VI. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

6.1. Valoración

Factores condicionantes básicos

Sexo: mujer

Edad: 44 años

Edo. Civil: divorciada

Religión: católica

Escolaridad: primer semestre de preparatoria

Ocupación: ninguna

Familia Nuclear: tiene tres hijos

Persona que constituye el principal apoyo para el paciente: hijo y mama

Dependencia Económica: familia

Condiciones del hogar: Centro Medico Geriátrico y Gerontológico construido de tabique y cemento, cuenta con todos los servicios básicos, tales como luz eléctrica, agua potable y drenaje, además cuenta con varias habitaciones y un jardín.

Requisitos de autocuidado universales

a. Mantenimiento del aporte de aire suficiente.

FC 80x¹ **T/A** 120/80mmHg, **FR**20x¹ **SPO2** 90%

b. Mantenimiento de un aporte de agua suficiente: no presenta deshidratación, en promedio toma dos litros de agua de garrafón al día.

c. Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.

Peso 65gk **Talla**1.58m **IMC** 26.04kg/m² **Niveles de Glucosa** 90mg/dl

Se nutre vía oral, los alimentos son cocinados con aceite y no tiene restricciones en su dieta: desayuna todo los días leche y cereales; acostumbra carnes, verduras, huevos, pescados, pastas y harinas; todos los días consume frutas.

d. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excreción: por lo regular evacua dos veces al día, de manera espontánea y las heces fecales son de coloración café y es semipastosa. No presenta problemas al orinar, es de coloración ámbar.

e. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo: con el apoyo del personal de enfermería realiza actividades sociales, culturales y deportivas una hora al día.

f. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social: en el Centro Médico convive con otros pacientes y personal de enfermería, su relación es buena.

g. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano: la paciente no puede valerse por sí misma, por lo que usa lentes de armazón desde hace dos años; presenta rigidez en la marcha, necesita apoyo asistido; y presenta dificultad para comunicarse.

Para cuidar su salud se le administran los medicamentos indicados por el Dr. Guillermo Punzo Bravo: Interferón Amp. 12 millones UI/05ml, una cada tercer día; Fluoxetina 20ml vía oral cada 24 horas; Risperidona mg vía oral, media tableta cada 24 horas; Rivotril 2.5mg/100ml, 6 gotas cada 24 horas.

Padre finado por accidente automovilístico, y madre viva, la cual es portadora de DM tipo 2, desde hace 7 años.

h. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y deseo de ser normal: desde el inicio de su enfermedad no acepta su apariencia ni su estado emocional, sin embargo su relación es buena con otros pacientes y personal de enfermería; se siente orgullosa de haber sacado a sus hijos adelante.

Requisitos de autocuidado de desarrollo

a. Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el de desarrollo

Etapa de desarrollo: adulta

Rol (es): madre

Salud Sexual: buena

Historia Gineco-Obstétrica: tiene dos hijos y una hija: es heterosexual, sólo tuvo una pareja sexual, y en la actualidad no tiene relaciones sexuales; inició su menarca a los 12 años, cada 28 días y dura cuatro días, el flujo es normal; tuvo cuatro embarazos: tres partos y un aborto; no se realiza de manera frecuente Papanicolaou, el último fue hace un año.

Requisitos de desviación de la salud

Se le diagnosticó Esclerosis Múltiple en el 2009, es decir, al inicio del presente trabajo tenía dos años con dicho diagnóstico, su estado de salud es estable.

6.2 Diagnósticos de enfermería

Reales

Diagnóstico de enfermería 1

00098 De privación del sueño, relacionado con demencia, malestar prolongado físico y psicológico manifestado por disminución de la capacidad de funcionamiento (Hearther, 2010).

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 1: Sueño/reposo

Requisitos de autocuidado universal: Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Diagnóstico de enfermería 2

00090 Deterioro de habilidad para la traslación, relacionado con deterioro del estado físico, equilibrio, visión, fuerza muscular insuficiente, manifestado por incapacidad para trasladarse entre superficies irregulares (Hearther, 2010).

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 2: Actividad/ejercicio

Requisitos de autocuidado universal: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Diagnóstico de enfermería 3

00108 Déficit de auto-cuidado: baño, relacionado con deterioro musculoesquelético, manifestado por incapacidad para lavarse el cuerpo (Hearther, 2010).

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 5: Autocuidado

Requisito de autocuidado universal: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humana.

Diagnóstico de enfermería 4

00131 Deterioro de la memoria, relacionado con trastornos neurológicos, manifestado por incapacidad para recordar acontecimientos (Hearther, 2010).

Dominio 5: Percepción/cognición

Clase 4: Cognición

Requisito de autocuidado universal: Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.

Diagnóstico de Riesgo

Diagnóstico de enfermería 5

00155 Riesgo de caídas, relacionado con dificultad en la marcha y deterioro del equilibrio (Hearther, 2010).

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 2: Lesión física

Requisitos de autocuidado universal: Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo/Prevención de peligro para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

6.3 Plan de Intervención

Reales

Diagnóstico de enfermería 1

00098, De privación del sueño, relacionado con demencia, malestar prolongado (físico y psicológico). Manifestado con disminución de la capacidad de funcionamiento (Hearthar, 2010).

Objetivo:

La paciente descansará adecuadamente y dormirá lo debido durante la noche, mediante la administración de los medicamentos indicados.

Agente de autocuidado terapéutico / Agente de autocuidado

Demanda de autocuidado: Parcial

Sistema de enfermería: Totalmente Compensatorio

Intervención de enfermería: 1850 Mejorar el sueño (Bulechk G. y McCloskey D., 2005).

Acciones de enfermería:

- Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema de sueño.
- Observar y registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.
- Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.
- Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, si procede.
- Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente.
- Identificar los medicamentos que el paciente está tomando para el sueño.
- Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos de día-noche normal (Bulechk G. y McCloskey D., 2005).

Fundamento científico:

- El hecho de que la paciente se ejercite durante el día es esencial para un mejor descanso durante la noche.
- La vigilancia de horas de sueño es necesaria para valorar la respuesta de la paciente al tratamiento, y cambios en el estilo de vida.
- La falta de actividad ocasiona bostezos y dormitadas durante el día, elevando el insomnio durante la noche.
- Un ambiente agradable favorece el adecuado descanso.

Agente de autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado: completa

Sistema de enfermería: totalmente compensatorio

Intervención de enfermería: 2380 Manejo de la medicación (Bulechk G. y McCloskey D., 2005).

Acciones de enfermería:

- Determinar los fenómenos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción medica.
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación del paciente.
- Facilitar los cambios de medicación con el medico, si procede.
- Determinar los afectos que puedan impedir al paciente tomar los fármacos tales se han prescrito.
- Proporcionar a los miembros de la familia información escrita y visual para potenciar la autoadministración de los medicamentos, según sea necesario (Bulechk G. y McCloskey D., 2005).

Fundamento científico:

- La adecuada administración de medicamentos es fundamental para mejorar y controlar el estado de salud del paciente.
- El cambio oportuno de los medicamentos evita el deterioro de la salud.
- El hecho de que los familiares conozcan la manera correcta de administrar los medicamento, es esencial para un mejor cuidado.

Agente de autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado: completa

Sistema de enfermería: totalmente compensatorio

Intervención de enfermería: 2304 Administración de la medicación: oral (Bulechk G. y McCloskey D., 2005).

Acciones de enfermería:

- Seguir los cinco principios de la administración de la medicación.
- Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte del paciente.
- Comprobar las posibles interacciones y contra indicaciones de los fármacos.
- Observar la fecha de la caducidad en el envase del fármaco.
- Realizar comprobaciones bucales después de la medicación, si es necesario.
- Instruir al paciente o al miembro de la familia sobre la forma de administración del medicamento.
- Registrar los medicamentos administrados y la capacidad de respuesta del paciente de acuerdo con el protocolo de la institución (Bulechk G. y McCloskey D., 2005).

Fundamento científico:

- La administración del medicamento correctamente, evita el deterioro de la salud.
- La verificación de los medicamentos que estén en buen estado permite evitar complicaciones.
- La verificación bucal después de la administración del medicamento es necesaria para garantizar que haya sido ingerido.
- El control del medicamento aplicado y los efectos del mismo, garantiza un mejor cuidado y atención.

Agente de autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado: parcial

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio.

Intervención de enfermería: 0221 terapia de ejercicios: deambulación (Bulechk G. y McCloskey D., 2005).

Acciones de enfermería:

- Vestir al paciente con prendas cómodas.
- aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones.
- Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario.
- Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas, sillas de ruedas, etc.) para la deambulación si el paciente no camina bien.
- Instruir al paciente/cuidador acerca de las técnicas de traslado y deambulación segura.
- Ayudar al paciente a ponerse de pie y deambular distancias determinadas y con el número concreto de personal (Bulechk G. y McCloskey D., 2005).

Fundamento científico:

- Una vestimenta adecuada permite una mejor deambulación.
- El hecho de apoyar a la paciente en el traslado evita caídas.
- El uso de dispositivos de apoyo garantiza una mejor deambulación, disminuyendo el riesgo de lesión.
- Al conocer el estado de salud del paciente es esencial para un traslado más seguro.

Agente de autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado: parcial

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio.

Intervención de enfermería: 0226 Terapia de ejercicios: control muscular (Bulechk G. y McCloskey D., 2005).

Acciones de enfermería:

- Consultar al fisioterapeuta para determinar la posición óptima del paciente durante el ejercicio y el número de veces que se debe realizar cada movimiento.
- Evaluar las funcionales sensoriales (visión, audición y propiocepción).
- Establecer una secuencia de actividades diarias de cuidados para potenciar los efectos de la terapia específica de ejercicios.
- Vestir al paciente con prendas cómodas.
- Volver a evaluar la necesidad de dispositivos de ayuda a intervalos regulares en colaboración con el fisioterapeuta, el terapeuta ocupacional o de recreación.
- Reforzar las instrucciones dadas al paciente respecto a la forma correcta de realizar los ejercicios para minimizar la aparición de lesiones y minimizar su eficacia (Bulechk G. y McCloskey D., 2005).

Fundamento Científico:

- El ejercicio puede ayudar a la relajación de los músculos y mitigar la rigidez.
- La realización de ejercicios de manera constante evita el aumento de la inflexibilidad muscular.
- El cuidado y la observación durante los ejercicios disminuye el riesgo de lesión.

Agente de autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado: parcial

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio/apoyo educativo.

Intervención de enfermería: 0200 Fomento del ejercicio (Bulechk G. y McCloskey D., 2005).

Acciones de enfermería:

- Valorar las ideas del individuo sobre el efecto del ejercicio en la salud.
- Determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con el programa de ejercicios.
- Animar al individuo a empezar a continuar con el ejercicio.
- Realizar los ejercicios con la persona, si procede.

- Incluir a la familia/cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento en el programa de ejercicios.
- Preparar al individuo en técnicas para evitar lesiones durante el ejercicio (Bulech G. y McCloskey D., 2005).

Fundamento científico:

- El hecho de que la paciente comprenda la importancia del ejercicio como medio para controlar su salud física.
- El acompañamiento durante la actividad física permite cuidar y motivar a la paciente para que los realice de manera más emotiva.
- Los ejercicios realizados correctamente garantizan mejores resultados y se reduce el riesgo de accidentes.

Resultado Esperado NOC PAG. 513		Intervención NIC: 0221 Terapia de ejercicios: deambulación					Acción o método de ayuda (Intervención de Enfermería)								
Definición del NOC: capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente o sin mecanismos de ayuda.							<ul style="list-style-type: none"> • Vestir al paciente con prendas cómodas. • Instruir al paciente/cuidador acerca de las técnicas de traslado y deambulación segura. • Consultar al fisioterapeuta para determinar la posición óptima del paciente durante el ejercicio y el número de veces que se debe realizar cada movimiento. • Establecer una secuencia de actividades diarias de cuidados para potenciar los efectos de la terapia específica de ejercicios. • Reforzar las instrucciones dadas al paciente respecto a la forma correcta de realizar los ejercicios para minimizar la aparición de lesiones y minimizar su eficacia. • Preparar al individuo en técnicas para evitar lesiones durante el ejercicio. 								
Escala Diana	Gravemente comprometido (1) Levemente comprometido (4) Sustancialmente comprometido (2) No comprometido (5) Moderadamente comprometido (3)														
Código	Indicadores					1						2	3	4	5
020801	Mantenimiento del equilibrio											X			
020803	Movimiento muscular												X		
020809	Coordinación												X		
020810	Marcha							X							
Total: 11 puntos															
EVALUACIÓN / Conclusiones															
La paciente tuvo una leve mejoría en la capacidad de trasladarse de un lugar a otro, al estabilizarse el deterioro y al mejor un poco en algunas deficiencias que le impedían moverse adecuadamente, lo anterior se logró debido al uso de ropa cómoda y a la realización de ejercicios rutinarios.															
Escala Diana	Gravemente comprometido (1) Moderadamente comprometido (3) No comprometido (5) Sustancialmente comprometido (2) Levemente comprometido (4)														
Código	Indicadores					1	2	3	4	5					
020801	Mantenimiento del equilibrio							X							
020803	Movimiento muscular								X						
020809	Coordinación							X							
020810	Marcha								X						
Total: 14 puntos															
BIBLIOGRAFÍA: Bulech, G.M. y McCloskey, D.J. (editores.). (2005). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). España: Elsevier. Moorhead, S., Johson, M., Maas, M.L., y Swanson, E. (editores). (2009). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). España: Elsevier.															

Diagnóstico de enfermería 3

00108 Déficit de auto-cuidado: baño, relacionado con deterioro musculoesquelético, manifestado por incapacidad para lavarse el cuerpo (Hearther, 2010).

Objetivo:

La paciente ante la incapacidad para lavarse el cuerpo por sí misma, se le brinda el apoyo necesario para que se bañe correctamente.

Agente de autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado: completa

Sistema de enfermería: totalmente compensatorio.

Intervención de enfermería: 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene (Bulechk G. y McCloskey D., 2005).

Acciones de enfermería:

- Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidados.
- Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.
- Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño, loción y productos de aromaterapia).
- Facilitar que el paciente se cepille los dientes, si es el caso.
- Comprobar la limpieza de uñas, según la capacidad de autocuidado del paciente.
- Controlar la actividad cutánea del paciente (Bulechk G. y McCloskey D., 2005).

Fundamento científico:

- Al conocer el estado de salud del paciente permite brindarle la ayuda necesaria.
- Los objetos personales del paciente al estar a su disposición garantizan una mejor higiene.
- La revisión corporal constante de la paciente permite detectar áreas que requieran limpieza.

Agente de autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado: completa

Sistema de enfermería: totalmente compensatorio/apoyo educativo.

Intervención de enfermería: 1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal (Bulechk G. y McCloskey D., 2005).

Acciones de enfermería:

- Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidados.
- Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidados.
- Informar al paciente de la vestimenta disponible que puede seleccionar.
- Estar disponible para ayudar en el vestir, si es necesario.
- Facilitar el peinado del cabello del paciente, si es el caso.
- Ayudar con los cordones, botones, si es necesario (Bulechk G. y McCloskey D., 2005).

Fundamento científico:

- Al considerar el estado de salud de la paciente se le brinda una mejor atención.
- El hecho de orientar a la paciente sobre la ropa disponible permite una mejor elección.
- El apoyo en la vestimenta garantiza que el vestir sea el correcto.
- Al observar al paciente, permite brindarle el apoyo necesario para un peinado adecuado.

Agente de autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado: completo

Sistema de enfermería: totalmente compensatorio.

Intervención de enfermería: 1610 Baño (Bulechk G. y McCloskey D., 2005).

Acciones de enfermería:

- Ayudar con la ducha de silla, bañera, ducha de pie o baño de asiento, si procede o se desea.
- Lavar el cabello, si es necesario o se desea.
- Realizar el baño con agua a una temperatura agradable.

- Ayudar con las medidas de higiene (usar perfume o desodorante).
- Aplicar ungüentos y crema hidratante en la zona de la piel seca.
- Ofrecer lavado de manos después de ir al baño o antes de las comidas.
- Controlar la capacidad funcional durante el baño (Bulechk G. y McCloskey D., 2005).

Fundamento científico:

- Al contar con el material de apoyo durante el baño se garantiza un mejor cuidado.
- El apoyo durante la ducha garantiza una mayor limpieza corporal.
- El uso de objetos personales permite una mejor higiene.
- Las manos limpias reducen el riesgo de infecciones gastrointestinales.

Resultado Esperado NOC PAG. 199		Intervención NIC: 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene					Acción o método de ayuda (Intervención de Enfermería)				
Definición del NOC: capacidad para lavar el propio cuerpo independientemente con o sin mecanismos de ayuda.							<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada. • Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño, lúción y productos de aromaterapia). • Ayudar con la ducha de silla, bañera, ducha de pie o baño de asiento, si procede o se desea. • Lavar el cabello, si es necesario o se desea. • Ofrecer lavado de manos después de ir al baño o antes de las comidas. • Controlar la capacidad funcional durante el baño. 				
Escala Diana	Gravemente comprometido (1) Sustancialmente comprometido (2) Moderadamente comprometido (3)	Levemente comprometido (4) No comprometido (5)									
Código	Indicadores	1	2	3	4	5					
030101	Entra y sale del cuarto del baño			X							
030102	Obtiene los suministros para el baño			X							
030109	Se baña en la ducha			X							
030116	Se lava la zona perianal			X							
Total: 12 puntos											
EVALUACIÓN / Conclusiones											
La paciente logró una leve mejoría, en cuanto que recupero ligeramente la capacidad de higiene, sin embargo por su patología difícilmente podrá ser completamente independiente.											
Escala Diana	Gravemente comprometido (1) Sustancialmente comprometido (2)	Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4)					No comprometido (5)				
Código	Indicadores	1	2	3	4	5					
030101	Entra y sale del cuarto del baño				X						
030102	Obtiene los suministros para el baño			X							
030102	Se baña en la ducha				X						
030116	Se lava la zona perianal				X						
Total: 15 puntos											
BIBLIOGRAFÍA: Bulechk, G.M. y McCloskey, D.J. (editores). (2005). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). España: Elsevier. Moorhead, S., Johson, M., Maas, M.L., y Swanson, E. (editores). (2009). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). España: Elsevier.											

Diagnóstico de enfermería 4

00131 Deterioro de la memoria, relacionado con trastornos neurológicos, manifestado por incapacidad para recordar acontecimientos (Hearthher, 2010).

Objetivo:

La paciente ante la incapacidad para recordar sucesos, se le brinda la supervisión necesaria.

Agente de autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado: parcial

Sistema de enfermería: apoyo educativo.

Intervención de enfermería: 6460 Manejo de la demencia (Bulechk G. y McCloskey D., 2005).

Acciones de enfermería:

- Inducir a los miembros de la familia en la planificación, prevención y evaluación de cuidados en el grado deseado.
- Establecer los esquemas usuales de comportamiento para actividades como dormir, utilización de medicamento, eliminación, ingesta de alimentos y cuidados propios.
- Determinar el historial físico, social y psicológico del paciente, hábitos corrientes y rutinas.
- Determinar las expectativas de comportamiento adecuadas para el estado cognitivo del paciente.
- Identificar y retirar los peligros potenciales del ambiente del paciente.
- Disponer un ambiente físico estable y una rutina diaria.
- Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción y hablar despacio.
- Hablar con un tono de voz bajo y respetuoso (Bulechk G. y McCloskey D., 2005).

Fundamento científico:

- La participación de la familia en la atención del paciente es esencial para un mejor cuidado.
- Los esquemas de comportamiento y el historial son fundamentales para brindarle una mejor atención y los cuidados esenciales.
- Al mantener un ambiente libre de peligros garantiza mayor seguridad.
- El hecho de que el personal se dirija con respeto al paciente es fundamental para crear un ambiente agradable.

Agente de autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado: parcial

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio.

Intervención de enfermería: 4350 Manejo de la conducta (Bulechk G. y McCloskey D., 2005).

Acciones de enfermería:

- Hacer que el paciente se sienta responsable de su comportamiento.
- Comunicar la esperanza de que el paciente mantendrá el control.
- Establecer límites con el paciente.
- Abstenerse de discutir o regatear los límites establecidos con el paciente.
- Establecer una coherencia de turnos en el ambiente y rutinas de cuidados.
- Repetir de forma coherente las rutinas sanitarias como medios para establecerlas.
- Aumentar la actividad física, si procede.
- Limitar el número de cuidadores.
- Hablar en voz baja y con un tono suave.
- Evitar discusiones con el paciente.
- Ignorar las conductas inadecuadas (Bulechk G. y McCloskey D., 2005).

Fundamente científico:

- El paciente al sentirse responsable de si mismo, ayuda a una mayor seguridad.
- El hecho de que el personal establezca límites con el paciente es esencial para fomentar el respeto.
- El establecimiento de rutinas sanitarias, garantizan una mejor higiene.
- El ejercicio es fundamental para un mejor estado de salud.
- El hecho de dirigirse a la paciente con un tono adecuado permite brindarle mayor confianza.
- Las discusiones deterioran la relación paciente y personal.

Agente de autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado: parcial

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio/apoyo educativo.

Intervención de enfermería: 4354 Manejo de la conducta: autolesión (Bulechk G. y McCloskey D., 2005).

Acciones de enfermería:

- Determinar el motivo/razón de la(s) conducta(s).
- Comunicar las expectativas y consecuencias del paciente.
- Retirar los objetos peligrosos de ambiente del paciente.
- Disponer vigilancia continua del paciente y del ambiente.
- Comunicar el riesgo a los demás cuidadores.
- Anticiparse a las situaciones desencadenantes que puedan provocar la autolesión e intervenir para evitarlas.
- Establecer un trato con el paciente, si resulta oportuno, “para que no se haga daño (Bulechk G. y McCloskey D., 2005).

Fundamento científico:

- El hecho de saber la causa del comportamiento de la paciente permite una mejor atención.
- Un ambiente seguro ayuda a evitar accidentes.

- Al conocer el personal los cuidados que requiere la paciente, es fundamental para evitar lesiones.
- Al tener una vigilancia permanente garantiza que no se provoque algún daño.

Resultado Esperado NOC PAG. 510		Intervención NIC: 6460 Manejo de la demencia					Acción o método de ayuda (Intervención de Enfermería)								
Definición del NOC: capacidad para recuperar y comunicar la información previamente almacenada.							<ul style="list-style-type: none"> • Establecer los esquemas usuales de comportamiento para actividades como dormir, utilización de medicamento, eliminación, ingesta de alimentos y cuidados propios. • Determinar el historial físico, social y psicológico del paciente, hábitos corrientes y rutinas. • Determinar las expectativas de comportamiento adecuadas para el estado cognitivo del paciente. • Identificar y retirar los peligros potenciales del ambiente del paciente. • Disponer un ambiente físico estable y una rutina diaria. • Determinar el motivo/razón de la(s) conducta(s). 								
Escala Diana	Gravemente comprometido (1) Sustancialmente comprometido (2) Moderadamente comprometido (3)		Levemente comprometido (4) No comprometido (5)												
Código	Indicadores					1						2	3	4	5
090801	Recuerda información inmediata de forma precisa												X		
090802	Recuerda información reciente de manera precisa												X		
090803	Recuerda información remota de manera precisa						X								
Total: 8 puntos															
EVALUACIÓN / Conclusiones															
Durante los cuidados brindados la paciente no mostro signos de recuperación, sin embargo se mantuvo estable.															
Escala Diana	Gravemente comprometido (1) Sustancialmente comprometido (2)		Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4)			No comprometido (5)									
Código	Indicadores					1	2	3	4	5					
090801	Recuerda información inmediata de forma precisa							X							
090802	Recuerda información reciente de manera precisa							X							
090803	Recuerda información remota de manera precisa						X								
Total: 8 puntos															
BIBLIOGRAFÍA: Bulechk, G.M. y McCloskey, D.J. (editores). (2005). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). España: Elsevier. Moorhead, S., Johson, M., Maas, M.L., y Swanson, E. (editores). (2009). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). España: Elsevier.															

Diagnósticos de Riesgo

Diagnóstico de enfermería 5

00155 Riesgo de caídas, relacionado con dificultad en la marcha y deterioro del equilibrio (Hearther, 2010).

Objetivo:

La paciente podrá trasladarse sin riesgo de caídas bajo el cuidado del personal y sin dispositivos de ayuda.

Agente de autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado: parcial

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio/apoyo educativo.

Intervención de enfermería: 6490 Prevención de caídas (Bulechk G. y McCloskey D., 2005).

Acciones de enfermería:

- Identificar déficit cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.
- Identificar conductas y factores que afectan el riesgo de caídas.
- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbalosos y escaleras sin barandillas).
- Controlar la marcha, el equilibrio y en el cansancio en la deambulaci3n.
- Ayudar en la deambulaci3n de la persona inestable.
- Proporcionar dispositivos de ayuda (bast3n o barra de apoyo para caminar) para conseguir una deambulaci3n estable.
- Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso.
- Utilizar barandillas de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario (Bulechk G. y McCloskey D., 2005).

Fundamento científico:

- La identificación del problema físico garantiza un mejor cuidado.
- Un ambiente libre de riesgo es esencial para evitar lesiones.
- El apoyo constante del personal y dispositivos de ayuda en el traslado es fundamental para evitar caídas.
- La colocación adecuada de las barandillas en la cama es esencial para evitar accidentes.

Agente de autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado: parcial

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio/apoyo educativo.

Intervención de enfermería: 6610 Identificación de riesgos (Bulechk G. y McCloskey D., 2005).

Acciones de enfermería:

- Instaurar una valoración sistemática de riesgos mediante instrumentos viables y validos.
- Revisar el historial médico y los documentos del pasado para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y cuidados actuales y anteriores.
- Identificar al paciente que precisa cuidados continuos.
- Determinar el nivel de funcionamiento pasado y actual.
- Determinar la presencia/ausencia de necesidades vitales básicas.
- Determinar el cumplimiento con los tratamientos médicos y de cuidados.
- Dar prioridad a las áreas de disminución de riesgos, en colaboración con el individuos/grupo.
- Determinar los recursos institucionales para ayudar a disminuir los factores de riesgo (Bulechk G. y McCloskey D., 2005).

Fundamento científico:

- La identificación de riesgo es fundamental para un mejor cuidado.
- Al saber la conducta y la rutina es fundamental para un mejor cuidado.
- Al conocer los índices de vigilancia que debe recibir el paciente, permite brindarles una mejor atención.

- La reunión de pruebas de diagnóstico es fundamental para una mejor atención.
- Con la valoración de las actividades de autocuidado, es posible brindarle el apoyo necesario.
- El hecho de conocer el estado neurológico es esencial para brindarle un mejor cuidado.
- El control de estado neurológico facilita la vigilancia.

Agente de autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado: completa

Sistema de enfermería: totalmente compensatorio.

Intervención de enfermería: 6650 Vigilancia (Bulech G. y McCloskey D., 2005).

Acciones de enfermería:

- Determinar los riesgos de salud del paciente, si procede.
- Obtener información sobre las conductas y las rutinas normales.
- Seleccionar los índices adecuados para la vigilancia continuada, en funcionamiento de la condición de la paciente.
- Facilitar la reunión de pruebas de diagnóstico, según sea posible.
- Observar la capacidad del paciente para realizar las actividades de autocuidado.
- Comprobar el estado neurológico.
- Vigilar esquemas de comportamiento.
- Controlar el estado emocional.
- Vigilar signos vitales, si procede (Bulech G. y McCloskey D., 2005).

Fundamento científico:

- Una valoración de riesgo mediante instrumentos viables permite brindar mayor seguridad.
- La revisión del historial médico permite saber la evolución del paciente que a tenido durante el tratamiento.
- La valoración de las necesidades básicas permite una mejor atención y cuidado.
- El cumplimiento del tratamiento de manera adecuada es esencial para recuperación o control de una patología.

- Cuando se da prioridad a las áreas de riesgo, se logra evitar accidentes.
- Al contar con los recursos institucionales, se puede disminuir el riesgo de lesiones de manera más eficaz.

Agente de autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado: parcial

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio.

Intervención de enfermería: 6654 Vigilancia: seguridad (Bulechk, G. y McCloskey, D., 2005)

Acciones de enfermería:

- Observar si hay alteraciones de la función física o cognoscitiva del paciente que pueda conducir a una conducta insegura.
- Vigilar el ambiente para ver si hay peligro potencial para su seguridad.
- Determinar el grado de vigilancia requerido por el paciente en función del nivel de funcionamiento y de los peligros presentes en el ambiente.
- Proporcionar el nivel adecuado de supervisión/vigilancia para vigilar al paciente y permitir las acciones terapéuticas, si es necesario.
- Colocar al paciente en un ambiente menos restrictivo que permita el necesario nivel de observación.
- Comunicar la información acerca del riesgo del paciente a los otros miembros del personal de cuidados (Bulechk G. y McCloskey D., 2005)

Fundamento científico:

- Al valorar alteraciones de la función física o cognitiva permite dar una mejor atención.
- Un ambiente seguro es fundamental para evitar peligros.
- Al mantener la vigilancia requerida y un ambiente seguro es esencial para garantizar una mejor seguridad del paciente.
- Un ambiente agradable y sin restricciones es necesario para bienestar del paciente.

Resultado Esperado NOC PAG. 313		Intervención NIC: 6490 Prevención de caídas					Acción o método de ayuda (Intervención de Enfermería)								
Definición del NOC: Grado de la comprensión transmitido sobre la prevención de caídas.							<ul style="list-style-type: none"> • Identificar déficit cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado. • Identificar conductas y factores que afectan el riesgo de caídas. • Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbalosos y escaleras sin barandillas). • Ayudar en la deambulación de la persona inestable. • Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o barra de apoyo para caminar) para conseguir una deambulación estable. • Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso. • Utilizar barandillas de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario. 								
Escala Diana	Ningún conocimiento (1) Conocimiento escaso (2) Conocimiento moderado (3)		Conocimiento sustancial (4) Conocimiento Extenso (5)												
Código	Indicadores					1						2	3	4	5
182801	Uso correcto de dispositivos de ayuda												X		
182802	Uso correcto de los mecanismo de seguridad												X		
182812	Medicaciones prescritas que aumenten el riesgo de caídas						X								
182813	Condiciones crónicas que aumenten el riesgo de caídas							X							
Total: 11 puntos															
EVALUACIÓN / Conclusiones															
La paciente se traslada de un lugar a otro con mayor seguridad con dispositivos de ayuda y vigilancia del personal de enfermería.															
Escala Diana	Ningún conocimiento (1) Conocimiento escaso (2)		Conocimiento Moderado (3) Conocimiento sustancial (4)					Conocimiento extenso (5)							
Código	Indicadores					1	2	3	4	5					
182801	Uso correcto de dispositivos de ayuda								X						
182802	Uso correcto de los mecanismo de seguridad								X						
182812	Medicaciones prescritas que aumenten el riesgo de caídas							X							
182813	Condiciones crónicas que aumenten el riesgo de caídas								X						
Total: 15 puntos															
BIBLIOGRAFIA: Bulechk, G.M. y McCloskey, D.J. (editores). (2005). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). España: Elsevier. Moorhead, S., Johson, M., Maas, M.L., y Swanson, E. (editores). (2009). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). España: Elsevier.															

6.4 Ejecución

Se inicio con la investigación y recopilación de datos a partir del 19 de noviembre del 2011.

Posteriormente se aplicaron los diagnósticos de enfermería (NANDA), así como sus intervenciones y acciones (NIC) y finalmente, los resultados esperados del (NOC) a la paciente que se encuentra internada en el Centro Medico Geriátrico y Gerontológico “Santa Sofía”, en horario de 10 a 12 horas de lunes a sábado, durante cuatro meses: del 10 de enero al 10 de mayo de 2012.

Se administro a la paciente el medicamento indicado y rutinas de ejercicios que consisten en caminar durante una hora, además la paciente realizó diversos movimientos musculares y de yoga todos los días. Se mantiene una vigilancia estrecha para evitar caídas y lesiones que puedan deteriorar su estado de salud.

6.5 Evaluación

En los resultados de enfermería (NOC) se observa en algunos indicadores una leve mejoría en el estado de salud de la paciente; en otros sólo se mantuvo estable, tal fue el caso de los resultados esperados de la Memoria, donde no hubo ninguna mejoría, pero tampoco se deterioro.

Al observar los diversos indicadores, se evidencia una leve mejoría y de manera clara se demuestra, en los cuadros de los resultados esperados que se realizaron de cada uno de los diagnósticos, que se logró estabilizar el estado de salud de la paciente. Se obtuvo la estabilidad de la paciente debido a la correcta administración de medicamentos, así como a diversas actividades recreativas y terapéuticas que se le brindaron durante el día.

Como es una patología incurable, las intervenciones se siguen realizando para evitar que se deteriore rápidamente su estado de salud.

VII. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

La finalidad de esta investigación fue conocer los signos y síntomas de la esclerosis múltiple, así como las complicaciones y acciones de enfermería que se deben llevar a cabo para una mejor atención, utilizando como referente la teoría de Dorothea Orem aplicada a una paciente con dicha patología, mediante la cual se llegó a las siguientes conclusiones.

A través de las acciones e intervenciones de enfermería aplicadas a la paciente, se lograron estabilizar los signos y síntomas que causa la Esclerosis Múltiple y para evitar que sufra algún daño, se mantiene una vigilancia constante debido a que por su enfermedad degenerativa se encuentra en un estado de salud delicado, no siendo capaz de valerse por sí misma.

Al ser la Esclerosis Múltiple una patología que sólo puede ser controlada, lo recomendable es continuar con la aplicación de las intervenciones y acciones de enfermería, tomando en cuenta que un control adecuado de la enfermedad es fundamental para reducir el número de brotes y su intensidad, evitando que se siga deteriorando su estado de salud.

Por tal motivo, es importante que en el momento que se presente una complicación en alguno de los signos y síntomas, ante el surgimiento o ante un nuevo brote, se acuda al médico de manera inmediata. Al ser atendidos los brotes de la Esclerosis Múltiple a tiempo y correctamente se reduce significativamente sus secuelas y efectos, logrando una mejor calidad de vida de la paciente.

Una sugerencia general para otras personas, es que ante los primeros síntomas, tales como pérdida de fuerza o de debilidad en una o más extremidades, visión borrosa, alteraciones de la sensibilidad, diplopía y ataxia, se acuda al médico. Sin duda una detección temprana, permite que el tratamiento produzca mejores resultados en el tratamiento de la Esclerosis Múltiple, además de reducir significativamente el número de brotes y la intensidad de los mismos.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Harrison, (2003). *Principios de medicina interna*, México: McGraw-Hill / Interamericana.

Marriner, A. (1994). *Modelos y teorías en enfermería*. España: Elsevier.

Ostiguín, R.M. y Velázquez, S.M.L. (2001). *Teoría general del déficit de autocuidado*. México: El Manual Moderno.

Rodríguez. B.A. (2006). *Proceso enfermero aplicación actual*. Jalisco: Cuéllar.

Rosales, S. y Reyes, E. (2004). *Fundamentos de enfermería*. México: El Manual Moderno.

IX. BIBLIOGRAFÍA

Alberca R., y López, P. (editores). (2002). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Madrid: Medica Panamericana.

Douglas M.A., (2003). *Diccionario de Mosby: medicina, enfermería y ciencias de la salud*, Vol. I. España: ElsevierScience.

Douglas M.A., (2003). *Diccionario de Mosby: medicina, enfermería y ciencias de la salud*, Vol. II. España: ElsevierScience.

Harrison T., R. (2003). *Harrison: Principios de medicina interna*. México: Interamericana McGraw-Hill.

Bulech, G.M. y McCloskey, D.J. (editores). (2005). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. España: Elsevier.

Masson (2002). *Diccionario terminológico de ciencias médicas*. España: Ciencia y cultura latinoamericana.

Marriner, T.A. y Raile A.M. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. España: Elsevier.

Moore D.P. y Jefferson J.W. (2005). *Manual de psiquiatría médica*. Madrid: Elsevier.

Moorhead, S., Johson, M., Maas, M.L., y Swanson, E. (editores). (2009). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. España: Elsevier.

Ostiguín, R.M. y Velázquez, S.M.L. (2001). *Teoría general del déficit de autocuidado*. México: El Manual Moderno.

Pedraza, C.A. (editor). (2003). *Compendio de neurología*. Colombia: Fundación Proneurocirugía.

Rodríguez. B.A. (2006). *Proceso enfermero aplicación actual*. Jalisco: Cuéllar.

Rosales, S. y Reyes, E. (2004). *Fundamentos de enfermería*. México: El Manual Moderno.

T. Hearther, H. (editor). (2010). *NANDA Internacional Diagnósticos enfermeros*. Barcelona: Elsevier.

Revistas

Carrascal, R.P. (julio 2012). España. *Muévete: revista de Esclerosis Múltiple España-FELEM*. N. 23. En línea: <http://www.esclerosismultiple.com/documentos/noticias/Muevete%20ok.pdf>

Fernández Fernández, O. (julio 2012). España. *Revista Española de Esclerosis Múltiple*. N. 22, vol. IV. En línea: http://www.revistaesclerosis.es/pdf/v4_22_junio2012.pdf

Guiachello, S.M. (septiembre 2012). Argentina. *Asociación de Lucha contra la Esclerosis Múltiple*. N. 45. En línea: <http://www.alcem.org.ar/revistas/45.pdf>

Gutiérrez Álvarez A.M. (enero-junio 2006). Esclerosis Múltiple: evidencias y controversias. Colombia. *Revista Ciencias de la Salud*. N. 1, Vol. 4. En línea: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/562/56240106.pdf>

Messmer, U.M. (2011). *MS in focus*. Italia. En línea: <http://www.msif.org/docs/MSinFocusIssue17ES.pdf>

Messmer, U.M. (julio2012). *MS in focus*. Italia. En línea: <http://www.msif.org/docs/MSinFocusIssue20ES.pdf>

Wuille, M.J. (2012). Argentina. *EMA Esclerosis Múltiple Argentina*. N. 84. En línea: <http://www.ema.org.ar/pdf/ema-84.pdf>

X. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Anatomía patológica. Estudio de la estructura y morfología de los tejidos y de las células del cuerpo en relación con la enfermedad.

Ataxia. Trastorno del movimiento involuntario, que aparece incoordinado, estando conservada la fuerza muscular.

Atención médica. Prestación por parte de un médico, de los servicios relacionados con el mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad y tratamiento de las enfermedades o lesiones.

Axón: El eje del cuerpo. Cilindroeje de una célula nerviosa.

Célula mononuclear. Leucocito, incluidos los linfocitos y monocitos, con núcleo redondo u ovalado.

Desmielinización. Destrucción o remoción de la mielina.

Diplopía. Visión doble de los objetos, debido al trastorno de la coordinación motores oculares.

Esclerosis múltiple. Enfermedad progresiva caracterizada por la desmielinización diseminada de las fibras nerviosas del cerebro y la médula espinal.

Espasticidad. Forma de hipertonia muscular con aumento de la resistencia al estiramiento.

Factor de riesgo. Factor que una persona o grupo de personas sean especialmente vulnerables a un acontecimiento no deseado, desagradable o insalubre como la inmunosupresión, que aumenta la incidencia y gravedad de las infecciones.

Gliosis. Proliferación patológica de la neuroglia; recibe distintos calificativos según el lugar donde se asienta: vacilar, cerebelosa, difusa, espinal, hemisférica, perivascular.

Hiperreflexia. Exageración de los reflejos...

Lesión. Daño o alteración morbosa, orgánica o funcional, de los tejidos.

Mielina. Es un esfingofosfolípido que se forma por esfingol, un alcohol compuesto por una cadena de colina, fosfato y ácido graso. En los nervios raquídeos y craneales, así como también en el sistema nervioso periférico (SNP), las vainas de la mielina se forman gracias a las células de Schwann que producen capas de proteínas y lípidos.

Mielinización. Formación o adquisición de mielina por las fibras de nerviosas en su periodo de desarrollo.

Neuritis óptica. Inflamación, degeneración o desmielinización del nervio óptico producida por diversas etiologías.

Oligodendrocitos. Célula de oligodendroglia.

Oligodendroglia. Cuyas células son de tipo intermedio entre la demacroglia o astrocitos.

Signos. Hallazgo objetivo percibido por un examinador, como fiebre.

Síntomas. Indicación subjetiva de una enfermedad o de cambio de enfermedad según la percepción del paciente.

Tratamiento. Asistencia y cuidados proporcionados a un paciente para combatir, mejorar o prevenir la enfermedad, trastorno o lesión.

Vaina. Estructura tubular que rodea a un órgano o a cualquier otra parte del cuerpo, como la vaina del musculo recto anterior mayor del abdomen.

Vaina Shwann. Son células gliales periféricas que se forman en la cresta neural embrionaria y acompañan a la neurona durante su crecimiento y desarrollo. Recubren a las prolongaciones (axones) de las neuronas formándoles una vaina aislante de mielina.

XI. ANEXOS

11.1. Anexo I: guía de valoración

UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA DE CELAYA

MAESTRIAS EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

GUÍA DE VALORACIÓN (DOROTHEA ELIZABETH OREM)

1. - FACTORES CONDICIONANTES BASICOS

a) Descriptivo de la persona

Fecha: 25-nov.-2011 Nombre: N.A.M.R. Sexo: Masc. ()

Fem. (X) Edad: 44 años Religión: Católica

Edo. Civil: Divorciada Escolaridad: Primer semestre de Preparatoria

Lugar de Residencia: Morelia, Mich. Domicilio actual (calle, número, colonia):

Bartolomé de las Casas No. Col. Centro

Características de la vivienda:

Renta _____ Propia _____ Otros Centro Medico Geriátrico y Gerontológico

Material de construcción:

Adobe _____ Ladrillo X Otro _____

Cuenta con los servicios básicos de vivienda:

Agua Potable Luz eléctrica Drenaje Pavimentación

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios Básicos:

Alumbrado Publico (X) Recolección de Basura (X)

Drenaje y Alcantarillado (X)

Rol que ocupa en la familia:

Padre () Madre (X) Hijo () Esposa/o ()

Cuantos hijos tiene 0 () 1 () 2 () más de 3 (X)

Como percibe su relación con la familia:

Buena (X) Regular () Mala ()

Nivel de Educación:

Analfabeta () Primaria () Secundaria (X)

Bachillerato () Licenciatura () Otros _____

Ocupación: No trabaja Horario: _____

Antecedentes Laborales: No ha trabajado

Ingreso Económico Familiar:

Menos de 1 S.m. () 1-2 S.m. (X) más de 3 S.m. ()

Dependencia económica: Si (X) No ()

De quien: Padres () Esposo/a () Otros Familiares

b) Patrón de Vida

¿Qué actividades recreativas realiza en su tiempo libre?

Sociales (X) Culturales (X) Deportivas (X) Religiosas ()

Otras _____

¿Qué hace usted para cuidar su salud? Me tomos los medicamentos

c) Estado de Sistema de Salud

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno () Regular () Deficiente (X)

¿A qué servicios de salud acude usted regularmente?

IMSS (X) ISSSTE (X) SALUBRIDAD ()

Particular () Otros _____

Diagnostico Medico: Esclerosis Múltiple

Estado de salud: Grave () Delicado () Estable (X)

Valorar la existencia de recursos disponibles para la atención del cliente: Buenos

d) Estado de Desarrollo

¿Tiene capacidad de tomar decisiones respecto a su tratamiento medico?

Si () No (X)

¿Cuáles son los factores que afectan a la toma de decisiones? Su Patología

¿Quién autoriza su tratamiento medico? Dr. Guillermo Punzo Bravo

II. REQUISITOS DE AUTO CUIDADO UNIVERSALES

a) Mantenimiento del aporte suficiente de aire

Frecuencia Respiratoria: 20 por min. Llenado Capilar: De 2 a 3 por seg.

Cianosis: No

Si () No (X) Especifique: _____

Tabaquismo:

Si () No (X) Especifique: _____

¿Cocina con leña?

Si () No (X) ¿Cuánto tiempo? _____

Alergias:

Si () No (X) Especifique: _____

Tipo de respiración:

Normal (X) Disnea () Bradipnea () Taquipnea () Polipnea () Otros:

Nariz:

Desviación del tabique () Pólipos () Secreciones () Dolor ()

Edema () Otros: Ninguno

Tórax:

Tonel () En Quilla () En Embudo ()

Otros: Normal

Ruidos Respiratorios: (Ninguno)

Estertores () Sibilancias () Murmullo vesicular ()

Padece alguna enfermedad pulmonar:

Si () No (X) Especifique: _____

Cardiovascular:

T/A: 100/70 FC: 80 por min. Soplos () Arritmias ()

Otras alteraciones: _____

Al realizar algún esfuerzo físico, presenta Disnea:

Si () No (X)

Apoyo Ventilatorio: No

b) Mantenimiento de aporte de agua suficiente

Valore datos de Deshidratación:

Mucosa oral: Seca () Hidratada (X)

Piel: Seca () Escamosa () Normal (X)

Turgencias: Normal (X) Escasa ()

¿Qué cantidad de agua ingiere usted al día?

300-500ml () 500-1000ml () 1500-2000 () > a 2000ml (X)

De donde proviene el agua que consume:

Llave publica () Pipa () Entubada () Garrafón (X)

Otros: _____

Utiliza algún método para purificar el agua:

Si () No (X) Especifique: _____

Ingiere algún otro líquido durante el día:

Si (X) No () Especifique: Té _____

Aporte de líquidos parenterales:

Especifique: Ninguno _____

c) Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos

Peso: 65kg Talla: 1.58m IMC: 26.04kg/m² Cintura: 85 cm _____

Ha observado variaciones en el peso:

Si () No (X)

Perdida () Ganancia ()

1-3 Kg () 4-6 Kg () 7-9 Kg () >10 Kg ()

Dentadura:

Completa (X) Faltan piezas ()

Prótesis fija () Prótesis extraíble ()

Especifica: _____

Estado de las mucosas:

Presenta algún problema en la mucosa oral:

Si () No (X) Especifique: _____

Lengua en túnica () Estomatitis () Xerostomía ()

Tumor oral () Leucoplaquia () Edema () Lesión oral ()

Drenaje purulento () Gingivorragia () Ulceraciones ()

Otros: Normal _____

Alteraciones en Cara y Cuello: Normal _____

Abdomen:

Peristaltismo: Ausencia () Disminuido ()

Aumentado () Normal (X)

Distensión Abdominal ()

Otros: _____

Presenta algún problema en la alimentación:

Si () No (X)

Cuál: Acidez () Náuseas () Vómito () Hematemesis ()

Disfagia () Pirosis () Regurgitación () Polidipsia ()

Polifagia () Bulimia () Anorexia () Reflujo ()

Sialorrea () Saciedad () Eructos ()

Otros: Ninguno

Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse:

Si () No (X) Especifique: _____

Tipo de Nutrición:

Sonda Nasogastrica () Sonda Nasoyeyunal ()

Gastroclisis () Nutrición Parenteral ()

Otros: Vía oral

Qué tan frecuente usted come:

1= Cada día 2= Una vez a la semana 3= Una vez al mes 4= Nunca

Alimentación/frecuencia	1	2	3	4
Leche	X			
Deriv. de la leche	X			
Carnes	X			
Cereales	X			
Verduras	X			
Frutas	X			
Huevos		X		
Pescado		X		
Pastas y Harinas	X			

¿Con qué guisa los alimentos?

Aceite (X) Manteca () Otros: _____

¿Cómo es su dieta habitual?

Sin restricciones (X) Diabética () Hiposodica ()

Hipoproteica () Hiperproteica () Otros: _____

d) Provisión de los cuidados asociados a los procesos de alimentación y los excrementos.

Grupo de evacuación intestinal

Presencia de:

Estoma intestinal: Colostomía () Ileostomía ()

Hemorroides () Pólipo rectal () Rectorragia ()

Otros: Ninguno

Alteraciones al evacuar:

Tenesmo () Pujo () Cólico ()

Otros: Ninguno

Apoyo para la alimentación intestinal:

Movilización () Medicación () Higiene (X)

Otras: _____

Evacuación intestinal:

Espontánea (X) Estreñimiento () Diarrea ()

Otros: _____

Características de las eses fecales:

Café (X) Acolia () Melena Otros: _____

Consistencia de la eses fecales:

Pastosa (X) Semipastosa () Líquida () Semilíquida ()

Dura ()

Grupo de eliminación vesical

Presencia de: (Ninguna)

Incontinencia () Retención urinaria () Tenesmo ()

Disuria () Alteraciones Uretero-vesicales Ninguna

Alteraciones en la micción: (Ninguna)

Polaquiuria () Oliguria () Anuria ()

Apoyo para la evacuación vesical:

Movilización () Cateterismo vesical () Higiene (X)

Otros: _____

Características de la micción:

Ámbar (X) Coluria () Hematuria () Turbia ()

Otros: _____

Grupo perspiración

Cambio en los patrones normales de sudoración

Disminuida (X) Ausente () Aumentada ()

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal: 36.5°C Dolor () Alt. Emocionales (X)

Temperatura ambiental: entre 23° y 4° C Otros: _____

Grupo menstruación:

Menarca: 12 años Días de ciclo menstrual: 4 días

Tipo, cantidad y características del flujo: Normal

Presenta algún problema durante su menstruación:

Si () No (X) Ocasional () Especifique: _____

e) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

Reposo

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

<6Hr () 6-8Hr () 8-10Hr (X) >10Hr ()

¿Cómo se encuentra al despertar?

Cansado () Descansado (X) Fatigado () Otros: _____

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?

Si (X) No ()

¿Ha sufrido algún cambio su patrón de sueño?

Si (X) No ()

¿Desde cuando?

1 semana () 15 días () 1 mes () >1 mes (X)

Presencia de:

Bostezo (X) Insomnio (X) Hipersomnio () Pesadillas ()

Alucinaciones () Ojeras () Ronquido () Enuresis ()

Sonambulismo () Terrores nocturnos ()

Factores que interrumpan su descanso y sueño: Su Patología

¿Acostumbra a tomar siestas?

Si () No (X)

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?

Si (X) No () Especifique: Medicamento

Actividad

Sistema Músculo Esquelético:

Presencia en articulaciones de:

Dolor () Rigidez (X) Inflamación () Limitaciones ()

Contracturas () Especifique: en la marcha

Tratamiento: Interferónámp.de 12. Millones Ui/05ml, una cada tercer día

¿Alguna actividad física le produce dolor?

Si () No (X) Especifique: _____

¿Realiza algún tipo ejercicio?

Si (X) No () Cual: Yoga y manualidades

Frecuencia/Duración: 2 horas al día

f) Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción

Sistema Auditivo:

Presenta problemas de audición:

Si () No (X) Especifique: _____

Utiliza apoyo para escuchar

Si () No (X)

Presencia de: (Ninguna)

Mareo () Vértigo () Acufenos () Malformaciones ()

Tumoraciones () Lesiones ()

Sistema Ocular:

Presenta problemas visuales:

Si (X) No () Especifique: Visión borrosa

Utiliza lentes:

Armazón (X) Contacto () Tiempo: Desde hace dos años

Presencia de alteraciones oculares:

Si (X) No () Especifique: Visión borrosa

¿Con quienes convive diariamente?

Familia () Amigos () Compañeros de trabajo ()

Otros: Personal de Enfermería y usuarios

¿Cómo considera sus relaciones con las personas con las que convive?

Buena (X) Regular () Mala ()

¿A quienes recurre para platicar de sus problemas?

Familia (X) Amigos () Nadie () Otros: Personal de Enfermería

Observar:

Seguridad () Timidez () Introversión () Apatía ()

Extraversión () Otros: Ninguna

Razones que le impiden socializar:

Lejanía () Enfermedad (X) Rechazo () Miedo ()

Dificultad para comunicación (X) Otros: _____

g) Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar**Sistema Neurológico:**

Estado de conciencia:

Consciente (X) Inconsciente () Sopor ()

Estupor () Confusión () Coma ()

Glasgow: Del 13 al 15

Problemas con:

Concentración (X) Razonamiento (X) Especifique: _____

¿Utiliza algún dispositivo de ayuda para realizar la de ambulancia?

Bastón () Silla de ruedas () Andador () Otros: Asistida

Antecedentes heredo familiares patológicos:

Si () No (X) Especifique: _____

Toxicomanías:

Si () No () Especifique: no presenta

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia?

Si (X) No () Especifique: No puede valerse por sí misma

h) Funcionamiento humano y grupos sociales

¿Se acepta en su aspecto físico?

Si () No (X) Especifique: Por complicaciones del diagnóstico

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad?

Si () No (X) Especifique: Por las complicaciones

¿Necesita ayuda para realizar las actividades para satisfacer sus necesidades?

Si (X) No () Especifique: No se puede valer por sí misma

¿Considera que su vida es o ha sido productiva?

Si (X) No () Especifique: Por haber saca a los hijos adelante

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales?

Si (X) No ()

Depresión (X) Ansiedad () Vergüenza () Temor ()

Desesperanza y negatividad (X)

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?

Negación (X) Inadaptación () Irritabilidad (X) Culpa ()

Agresión (X) Cólera ()

III. REQUISITOS DE AUTO CUIDADO DE DESARROLLO

a) Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo

1. Etapas del ciclo vital

Recuerda usted algún problema o aspecto relevante referente a su salud en alguna de las siguientes etapas de su vida

Niñez Si () No (X) Especifique: _____

Edad escolar Si () No (X) Especifique: _____

Adolecente Si (X) No () Especifique: Se fracturo el brazo derecho

Adulto joven Si (X) No () Especifique: Noviazgo

Edad fértil Si (X) No () Especifique: Nacimiento de sus hijos

Adulto Maduro Si (X) No () Especifique: Divorcio e inicio de enfermedad

2. Salud sexual:

Sistema reproductor:

Ha recibido educación sexual

Si (X) No () Especifique: En la escuela y familia

Cual es orientación sexual: Heterosexual

Con que frecuencia tiene actividad sexual: En la actualidad no tiene

Esta satisfecho con su vida sexual

Si () No (X) Por que: No tiene vida sexual activa

Numero de parejas sexuales: Tuvo una

Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales

Si () No (X) Especifique/tratamiento: No tiene

Utiliza algún método de planificación familiar

Si () No (X) Especifique/tiempo: _____

Número de hijos: 3

Tiene problemas de infertilidad:

Si () No (X) Especifique: _____

Tratamiento: _____

Cirugías realizadas en el aparato reproductor:

Si () No (X) Especifique: _____

Hombre:

¿Acude a examen de próstata/testicular?

Si () No () Frecuencia: _____

¿Presenta problemas de erección?

Si () No () Tratamiento: _____

¿Presenta problemas de eyaculación precoz?

Si () No () Tratamiento: _____

Mujer:

Menarca: 12 años Días del ciclo menstrual: Cada 28 días y dura 4

Tipo, cantidad y características del flujo: Normal

Presenta algún problema durante su menstruación:

Si () No (X) Ocasional () Especifique: _____

Embarazos: 4 Partos 3 Cesárea 0 Abortos 1 espontaneo

Óbitos 0 Partos prematuros 0 Embarazos de alto riesgo 0

Periodo Inter genésico No Menopausia No Fecha de último

Papanicolaou Hace un año

Presencia de flujo/hemorragia transvaginal No Características _____

¿Existe alteración del crecimiento físico?

Si () No (X) Especifique: _____

IV. REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

¿Con qué frecuencia se realiza usted chequeos generales de salud?

4-6 meses () 6-12 meses () >12 meses (X)

No se realiza () Especifique: No se realiza seguido

¿Sabe usted que esta enfermo?

Si (X) No ()

¿Qué conoce acerca de su enfermedad? Solo sabe que tiene
esclerosis

¿Cuándo hay campañas de salud orientadas a la detección oportuna de enfermedades,
usted acude?

Si () No (X)

¿En caso de déficit o incapacidad física, cual es su sentimiento respecto a su situación?

Se deprime

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o de rehabilitación?

Si () No (X) Especifique: Las actividades que realiza son para todos los
pacientes

¿Identifica algún obstáculo que le impida continuar o llevar a cabo los cuidados para su
diagnostico, tratamiento y rehabilitación?

Ambiental () Familiares () Personales (X)

Especifique: Por su enfermedad necesita que se los den

11.2. Anexo II: Formatos del Proceso Enfermero

Déficit de autocuidado VALORACIÓN / DIAGNÓSTICO		Etiqueta NANDA: 00098 De privación del sueño											
		Relacionado con: Demencia, malestar prolongado físico y psicológico											
		Manifestado por: Disminución de funcionamiento											
		Definición del Diagnóstico: Periodos de tiempo prolongados sin sueño (suspensión periódica, naturalmente sostenida, de relativa inconciencia).											
PÁGINA NANDA		115		DOMINIO		4 Actividad/reposo		CLASE		1 Sueño/reposo			
Requisito de Autocuidado Universal		Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo				Sistema de Enfermería PLANEACIÓN / EJECUCIÓN							
Requisito de Desarrollo		Mala salud, condiciones de vida o incapacidad, enfermedad terminal.				Intervención NIC PAG. 605		1850 Mejorar el sueño		Sistema de Enfermería		Totalmente compensatorio	
Requisito de Autocuidado en la Desviación de la Salud		Aprender a vivir con los efectos de condiciones o estados patológicos, así como efectos del diagnóstico y tratamiento.				Definición del NIC: Facilitar ciclos de sueño/vigilia.							
Agencia de Enfermería		Fundamentación Teórica del NIC											
Agente de autocuidado terapéutico		<ul style="list-style-type: none"> El hecho de que la paciente se ejercite durante el día, es esencial para un mejor descanso para la noche. Un ambiente agradable favorece el adecuado descanso. La vigilancia de horas de sueño es necesaria para valorar la respuesta de la paciente al tratamiento y cambios en el estilo de vida. 											
Resultado Esperado NOC PAG. 664		Sueño (0004)				Acción o método de ayuda (Intervención de Enfermería)				EVALUACIÓN / Conclusiones			
Definición del NOC: Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo.						<ul style="list-style-type: none"> Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema de sueño. Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño. Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, si procede. Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente. Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos de día-noche normal. 				La paciente logró estabilizar las horas de sueño durante la noche, debido a la correcta aplicación de medicamentos, de rutinas y a las actividades que se le sometieron durante el día.			
Escala Diana		Gravemente comprometido (1) Sustancialmente comprometido (2) Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) No comprometido (5)				Escala Diana				Gravemente comprometido (1) Sustancialmente comprometido (2) Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) No comprometido (5)			
Código		Indicadores				Código				Indicadores			
000421		Dificultad para conciliar el sueño				000421				Dificultad para conciliar el sueño			
000417		Dependencias de las ayudas para dormir				000417				Dependencias de las ayudas para dormir			
000406		Sueño interrumpido				000406				Sueño interrumpido			
Total: 8 puntos						Total: 11 puntos							
BIBLIOGRAFÍA: BIBLIOGRAFÍA: Bulechek, G.M. y McCloskey, D.J. (editores). (2005). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). España: Elsevier. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., y Swanson, E. (editores). (2009). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). España: Elsevier.													

Déficit de autocuidado VALORACIÓN / DIAGNÓSTICO		Etiqueta NANDA: 00090 Deterioro de habilidad para la traslación.															
		Relacionado con: Deterioro del estado físico, equilibrio visión, fuerza muscular insuficiente.															
		Manifestado por: Incapacidad para trasladarse entre superficies irregulares.															
		Definición del Diagnóstico: Limitación del movimiento independiente entre dos superficies cercanas.															
		PÁGINA NANDA	122	DOMINIO	4 Actividad/reposo			CLASE	5 Autocuidado								
Requisito de Autocuidado Universal		Prevención de peligros para la vida y el funcionamiento y el bienestar humano.			Sistema de Enfermería PLANEACIÓN / EJECUCIÓN												
Requisito de Desarrollo		Peligros ambientales			Intervención NIC PAG. 746	0221 Terapia de ejercicios: deambulación.			Sistema de Enfermería	Parcialmente compensatorio.							
Requisito de Autocuidado en la Desviación de la Salud		Buscar y asegurar ayuda medica en exposición a condiciones ambientales.			Definición del NIC: Estimulo y asistencia en la deambulación para mantener o restablecer las funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento y recuperación de una enfermedad o lesión.												
		Agencia de Enfermería			Fundamentación Teórica del NIC												
		Agente de autocuidado terapéutico			<ul style="list-style-type: none"> Una vestimenta adecuada permite una mejor deambulación. El uso de dispositivos de apoyo garantiza un mejor deambulación, disminuyendo el riesgo de lesión. Al conocer el estado de la paciente es esencial para un traslado más seguro. 												
Resultado Esperado NOC PAG. 513		Movilidad (0208)			Acción o método de ayuda (Intervención de Enfermería)			EVALUACIÓN / Conclusiones									
Definición del NOC: capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente o sin mecanismos de ayuda.					<ul style="list-style-type: none"> Vestir al paciente con prendas cómodas. Instruir al paciente/cuidador acerca de las técnicas de traslado y deambulación segura. Consultar al fisioterapeuta para determinar la posición optima del paciente durante el ejercicio y el número de veces que se debe realizar cada movimiento. Establecer una secuencia de actividades diarias de cuidados para potenciar los efectos de la terapia especifica de ejercicios. Reforzar las instrucciones dadas al paciente respecto a la forma correcta de realizar los ejercicios para minimizar la aparición de lesiones y minimizar su eficacia. Preparar al individuo en técnicas para evitar lesiones durante el ejercicio. 			La paciente tuvo una leve mejoría en la capacidad de trasladarse de un lugar a otro, al estabilizarse el deterioro y al mejor un poco en algunas deficiencias que le impedían moverse adecuadamente, lo anterior se logró debido al uso de ropa cómoda y a la realización de ejercicios rutinarios.									
Escala Diana	Gravemente comprometido (1) Sustancialmente comprometido (2) Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) No comprometido (5)						Escala Diana	Gravemente comprometido (1) Sustancialmente comprometido (2) Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) No comprometido (5)									
Código	Indicadores			1	2	3	4	5	Código	Indicadores			1	2	3	4	5
020801	Mantenimiento del equilibrio				X				020801	Mantenimiento del equilibrio					X		
020803	Movimiento muscular					X			020803	Movimiento muscular						X	
020809	Coordinación					X			020809	Coordinación					X		
020810	Marcha					X			020810	Marcha						X	
		Total: 11 puntos						Total: 14 puntos									
		(+ Puntuación Diana PREVIA)						(+ Puntuación Diana POSTERIOR)									
BIBLIOGRAFÍA: Bulechk, G.M. y McCloskey, D.J. (editores). (2005). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). España: Elsevier. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., y Swanson, E. (editores). (2009). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). España: Elsevier.																	

Déficit de autocuidado VALORACIÓN / DIAGNÓSTICO		Etiqueta NANDA: 00108 Déficit de auto-cuidado: baño.						
		Relacionado con: Deterioro muscular esquelético						
		Manifestado por: Incapacidad para lavarse el cuerpo						
		Definición del Diagnóstico: Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de baño/higiene.						
PÁGINA NANDA		152	DOMINIO	5 Percepción/cognición	CLASE	4 Cognición.		
Requisito de Autocuidado Universal	Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.		Sistema de Enfermería PLANEACIÓN / EJECUCIÓN					
Requisito de Desarrollo	Cambio súbito en las condiciones de vida	Intervención NIC PAG. <u>179</u>	1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene	Sistema de Enfermería	Totalmente compensatorio.			
Requisito de Autocuidado en la Desviación de la Salud	Aprender a vivir con los efectos de condiciones o estados patológicos, así como efectos del tratamiento.		Definición del NIC: Ayudar a la paciente a realizar la higiene personal.					
Agencia de Enfermería			Fundamentación Teórica del NIC					
Agente de autocuidado terapéutico			<ul style="list-style-type: none"> Al conocer el estado de salud del paciente permite brindarle la ayuda necesaria. Los objetos personales del paciente al estar a su disposición garantizan una mejor higiene. La revisión corporal constante de la paciente permite detectar áreas que requieran limpieza. 					
Resultado Esperado NOC PAG. 199		Autocuidados: Baño (0301)	Acción o método de ayuda (Intervención de Enfermería)		EVALUACIÓN / Conclusiones			
Definición del NOC: capacidad para lavar el propio cuerpo independientemente con o sin mecanismos de ayuda.			<ul style="list-style-type: none"> Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada. Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño, lución y productos de aromaterapia). Ayudar con la ducha de silla, bañera, ducha de pie o baño de asiento, si procede o se desea. Lavar el cabello, si es necesario o se desea. Ofrecer lavado de manos después de ir al baño o antes de las comidas. Controlar la capacidad funcional durante el baño. 		La paciente logró una leve mejoría, en cuanto que recupero ligeramente la capacidad de higiene, sin embargo por su patología difícilmente podrá ser completamente independiente.			
Escala Diana	Gravemente comprometido (1) Sustancialmente comprometido (2) Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) No comprometido (5)				Escala Diana	Gravemente comprometido (1) Sustancialmente comprometido (2) Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) No comprometido (5)		
Código	Indicadores	1			2	3	4	5
030101	Entra y sale del cuarto del baño					X		
030102	Obtiene los suministros para el baño					X		
030102	Se baña en la ducha					X		
030116	Se lava la zona perianal					X		
Total: 12 puntos			Total: 15 puntos					
BIBLIOGRAFÍA: Bulechk, G.M. y McCloskey, D.J. (editores.). (2005). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). España: Elsevier Moorhead, S., Johson, M., Maas, M.L., y Swanson, E. (editores). (2009). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). España: Elsevier.								

Déficit de autocuidado VALORACIÓN / DIAGNÓSTICO		<i>Etiqueta</i> NANDA: 00131 Deterioro de la memoria																	
		<i>Relacionado con:</i> Trastornos neurológicos.																	
		<i>Manifestado por:</i> Incapacidad para recordar acontecimientos																	
Definición del Diagnóstico: Incapacidad para recordar o recuperar parcelas de información o habilidades conductuales.																			
PÁGINA NANDA		171		DOMINIO		5 Percepción/cognición			CLASE		4 Cognición								
Requisito de Autocuidado Universal		Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.				Sistema de Enfermería PLANEACIÓN / EJECUCIÓN													
Requisito de Desarrollo		Mala salud, condiciones de vida o incapacidad, enfermedad terminal.				Intervención NIC PAG. <u>505</u>		6460 Manejo de la demencia		Sistema de Enfermería		Apoyo educativo							
Requisito de Autocuidado en la Desviación de la Salud		Realizar las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas.				Definición del NIC: Promover un ambiente modificado para el paciente que experimenta un estado de confusión crónico.													
Fundamentación Teórica del NIC																			
Agencia de Enfermería		<ul style="list-style-type: none"> La participación de la familia en la atención de la paciente es esencial para un mejor cuidado. Los esquemas de comportamiento y el historial son fundamentales para brindarle una mejor atención y los cuidados esenciales. Al mantener un ambiente libre de peligros garantiza una mejor seguridad. 																	
Agente de autocuidado terapéutico																			
Resultado Esperado NOC PAG. <u>510</u>		Memoria (0908)				Acción o método de ayuda (Intervención de Enfermería)			EVALUACIÓN / Conclusiones										
Definición del NOC: capacidad para recuperar y comunicar la información previamente almacenada.						<ul style="list-style-type: none"> Establecer los esquemas usuales de comportamiento para actividades como dormir, utilización de medicamento, eliminación, ingesta de alimentos y cuidados propios. Determinar el historial físico, social y psicológico del paciente, hábitos corrientes y rutinas. Determinar las expectativas de comportamiento adecuadas para el estado cognitivo del paciente. Identificar y retirar los peligros potenciales del ambiente del paciente. Disponer un ambiente físico estable y una rutina diaria. Determinar el motivo/razón de la(s) conducta(s). 			Durante los cuidados brindados la paciente no mostro signos de recuperación, sin embargo se mantuvo estable.										
Escala Diana	Gravemente comprometido (1) Sustancialmente comprometido (2) Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) No comprometido (5)							Escala Diana	Gravemente comprometido (1) Sustancialmente comprometido (2) Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) No comprometido (5)										
Código	Indicadores				1	2	3	4	5	Código	Indicadores				1	2	3	4	5
090801	Recuerda información inmediata de forma precisa						X			090801	Recuerda información inmediata de forma precisa						X		
090802	Recuerda información reciente de manera precisa						X			090802	Recuerda información reciente de manera precisa						X		
090803	Recuerda información remota de manera precisa					X				090803	Recuerda información remota de manera precisa					X			
Total: 8 puntos												Total: 8 puntos							
BIBLIOGRAFÍA: Bulechck, G.M. y McCloskey, D.J. (editores.). (2005). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). España: Elsevier. Moorhead, S., Johson, M., Maas, M.L., y Swanson, E. (editores). (2009). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). España: Elsevier.																			

Déficit de autocuidado VALORACIÓN / DIAGNÓSTICO		Etiqueta NANDA: 00155 Riesgos de caídas													
		Relacionado con: Dificultad en la marcha y deterioro del equilibrio													
		Manifestado por:													
		Definición del Diagnóstico: Aumento de la susceptibilidad de las caídas que pueden causar daño físico.													
		PÁGINA NANDA		305		DOMINIO		11 Seguridad/protección		CLASE		2 Lesión física			
Requisito de Autocuidado Universal		Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo/prevenición de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.				Sistema de Enfermería PLANEACIÓN / EJECUCIÓN									
Requisito de Desarrollo		Peligros ambientales				Intervención NIC PAG. 684		6490 Prevención de caídas		Sistema de Enfermería		Parcialmente compensatorio/apoyo educativo.			
Requisito de Autocuidado en la Desviación de la Salud		Buscar y asegurar ayuda médica en exposición a condiciones ambientales.				Definición del NIC: Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesión por caídas.									
		Fundamentación Teórica del NIC													
Agencia de Enfermería		<ul style="list-style-type: none"> La identificación del problema físico garantiza un mejor cuidado. Un ambiente libre de riesgo es esencial para evitar lesiones. El apoyo constante del personal y dispositivos de ayuda en el traslado es fundamental para evitar caídas. 													
Agente de autocuidado terapéutico.															
Resultado Esperado NOC PAG. 313		Conocimiento: prevención de caídas (1828)				Acción o método de ayuda (Intervención de Enfermería)				EVALUACIÓN / Conclusiones					
Definición del NOC: Grado de la comprensión transmitido sobre la prevención de caídas.										La paciente se traslada de un lugar a otro con mayor seguridad con dispositivos de ayuda y vigilancia del personal de enfermería.					
Escala Diana		Ningún conocimiento (1) Conocimiento escaso (2) Conocimiento moderado (3) Conocimiento sustancial (4) Conocimiento Extenso (5)				<ul style="list-style-type: none"> Identificar déficit cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado. Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbalosos y escaleras sin barandillas). Ayudar en la deambulación de la persona inestable. Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o barra de apoyo para caminar) para conseguir una deambulación estable. Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso. Utilizar barandillas de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario. 				Escala Diana		Ningún conocimiento (1) Conocimiento escaso (2) Conocimiento moderado (3) Conocimiento sustancial (4) Conocimiento Extenso (5)			
Código		Indicadores								Código		Indicadores			
182801		Uso correcto de dispositivos de ayuda								182801		Uso correcto de dispositivos de ayuda			
182802		Uso correcto de los mecanismo de seguridad								182802		Uso correcto de los mecanismo de seguridad			
182812		Medicaciones prescritas que aumenten el riesgo de caídas								182812		Medicaciones prescritas que aumenten el riesgo de caídas			
182813		Condiciones crónicas que aumenten el riesgo de caídas								182813		Condiciones crónicas que aumenten el riesgo de caídas			
		Total: 11 puntos						Total: 15 puntos							
BIBLIOGRAFÍA: Bulechk, G.M. y McCloskey, D.J. (editores.). (2005). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). España: Elsevier. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., y Swanson, E. (editores). (2009). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). España: Elsevier.															

XII. APÉNDICE

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Consentimiento informado para participantes en el Proceso de Enfermería con el referente Teórico de D. Orem.

Yo NAMB doy mi consentimiento para participar en la metodología de intervención de enfermería, que tiene como finalidad conocer e identificar las respuestas humanas, fundamentada en la teoría de Dorotea Orem y estructurar un trabajo académico, con fines de titulación, para obtener el grado de licenciado en Enfermería a través del cual se me brindarán cuidados integrales que beneficiarán mi estado de salud.

He sido informado(a) con claridad de los objetivos de la metodología de intervención, así como de la importancia de mi participación en la misma, la cual no implica ningún tipo de riesgo a mi persona. Estoy convencido que mis datos serán totalmente confidenciales y que contribuirán en un futuro al cuidado integral de otras personas que cursan con una situación similar a la mía, fortaleciendo la profesión de Enfermería a través del conocimiento de mis necesidades. Se me ha informado que no existe riesgo alguno sobre mi salud y que mi participación será voluntaria en todo momento, sin obligación y conciente, sin recibir ninguna remuneración económica. Enterado (a) que el responsable de dicho proceso de enfermería es el (la) PLE Angelica Vargas Alberta doy mi consentimiento para colaborar en el trabajo académico solicitado.

[Handwritten Signature]

Acepto participar

Guadalupe García Villa

PLE

Morelia, Mich. a 10 de Diciembre 2011

[Handwritten Signature]

Testigo