

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO



FACULTAD DE ENFERMERÍA



**PROCESO DE ENFERMERÍA CON EL REFERENTE TEÓRICO DE DOROTEA E.
OREM APLICADO A UNA PERSONA QUE SUFRIO EVENTO VASCULAR
CEREBRAL (EVC)**

PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

P L E: DEYSI GULLÉN GÓMEZ

ASESORA: CECILIA CASTRO CALDERON

MORELIA. MICHOACÁN, ABRIL 2021

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERIA

**PROCESO DE ENFERMERÍA CON EL REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E.
OREM APLICADO A UNA PERSONA QUE SUFRIO EVENTO VASCULAR
CEREBRAL (EVC)**

PRESENTA:

P L E: DEYSI GUILLÉN GÓMEZ

ASESORA:

CECILIA CASTRO CALDERON

Morelia. Michoacán

DIRECTIVOS

M.S.P. Julio César Gonzáles Cabrera

Director de la Facultad de Enfermería

M. E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Secretaría Académica

M. E. Renato Hernández Campos

Secretario Administrativo

D. E. María de Jesús Ruiz Rescendiz

Servicio Social

MESA SINODAL

PRESIDENTE DE LA MESA SINODAL

LEQ. Cecilia Castro Calderón

Vocal

Dra. María Leticia rubio García Valenzuela

Vocal

Dra. Jazmín Valencia Guzmán

AGRADECIMIENTOS

Agradezco tanto a Dios por haberme permitido llegar y concluir esta etapa y obtener el título de Lic. En Enfermería, por darme sabiduría, guiar mis pasos y darme la fuerza suficiente para no rendirme ante los obstáculos que me puso la vida.

A mis padres por haberme impulsado a seguir estudiando a pesar de las ideas machistas de mi comunidad por ser mujer.

A mi hermano que me apoyo económicamente al inicio de mi carrera.

Agradezco tanto el apoyo de mi esposo por haberme impulsado a seguir con mi carrera universitaria, a no dejarlo truncado apoyándome físicamente y económicamente en este proceso de titulación.

Agradezco a mi hermana Mariana que siempre me apoyo y me impulso para concluir mi proceso de titulación.

Agradezco de todo corazón las enseñanzas brindadas por cada uno de mis maestros en mi formación académica y en especial a la maestra: Cecilia Castro Calderón quien me asesoró en este proyecto para terminar mi proyecto de titulación.

A mis hijos que han sido el motor para seguir adelante y seguir luchando día a día.

DEDICATORIA.

Dedico este trabajo a mis padres por haberme impulsado a seguir con mis estudios,

A mi hermano que me apoyo económicamente al principio de mi carrera, a mi esposo que me ha impulsado a seguir adelante y por apoyarme físicamente, emocionalmente y económicamente.

A mis hijos que son mi impulso cada día.

A los sinodales quienes asesoraron mi trabajo de Proceso de Enfermería y a mis maestros que han sido pieza clave en mi formación académica como personal de la salud.

ÍNDICE

RESUMEN	9
ABSTRACT.....	10
Palabras claves:.....	11
INTRODUCCIÓN	12
I. JUSTIFICACIÓN	14
II. OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo General.....	16
2.2 Objetivos Específicos.....	16
III. METODOLOGÍA.....	17
IV. CASO CLÍNICO.....	18
V. MARCO TEÓRICO.....	21
5.1 Proceso de enfermería.....	21
5.1.1 Características del proceso de enfermería.....	21
5.1.2 Etapas del Proceso de Enfermería.....	22
5.1.2.1 Valoración.....	22
5.1.2.2 Diagnostico	23
5.1.2.3. Planificación	24
5.1.2.4. Ejecución.....	24
5.1.2.5. Evaluación.....	25
5.2 Teoría del Déficit de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem.....	25
5.2.1 Antecedentes biográficos de Dorothea Elizabeth Orem	25
5.2.2 Antecedentes Históricos de la teoría del Déficit de Autocuidado	26
5.2.3 conceptos y definiciones	27
5.3 Evento Vascular Cerebral (EVC).....	30
5.3.1 Diagnóstico Clínico	32
5.3.2 Escala de NIHSS.....	34
5.3.3 Índice de Barthel	38

5.3.4 Tratamiento	40
5.4 Historia natural de la enfermedad	42
VI. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA.	44
VII. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	49
Diagnostico	
Criterio de resultado	
Intervención de enfermería	
Plan de cuidados	
VIII. RESULTADOS.....	88
IX. CONCLUSIÓN.....	90
X. BIBLIOGRAFÍA	91
XI. GLOSARIO DE TERMINOS	97
XII. ANEXO 1	101
ANEXO 2.....	121
XIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS	123

RESUMEN

El presente trabajo de Proceso de Enfermería de una persona que sufrió EVC será llevado a cabo con el fin de titulación a nivel licenciatura en Enfermería. Se pidió el consentimiento informado de la persona, para llevar a cabo la planeación y los cuidados de enfermería basados en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem. Determinando las prioridades inmediatas para poder fijar los objetivos y el beneficio que obtendrá la paciente a través de las intervenciones y cuidado de enfermería estableciendo metas a corto y a largo plazo.

La paciente presenta EPOC , requiere de oxígeno suplementario las 24 horas del día con puntas nasales o mascarilla a 2-3 litros por minutos sin suspensión.

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado que proporciona cuidados de enfermería individualizados, centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de la salud reales o de riesgo. Y consta de 5 etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

Dorothea E. Orem fue una de las enfermeras teóricas estadounidenses más destacadas nació en los Estados Unidos el 15 de julio de 1914. Presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería. Definió los siguientes conceptos metaparadigmáticos: persona, salud enfermería.

Un Evento Vascular Cerebral es una alteración en las neuronas que provoca disminución del flujo sanguíneo en el cerebro siendo una causa importante de mortalidad y discapacidad en nuestro país. La escala de NIHSS puntúa de forma numérica la gravedad del ictus. El Índice de

Barthel Valora la discapacidad Física valorando el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización actividades básicas de la vida diaria.

ABSTRACT.

The present work of the Nursing Process of a person who suffered CVD will be carried out in order to obtain a Bachelor's degree in Nursing. The informed consent of the person was requested to carry out the planning and nursing care based on the Self-Care Deficit Theory of Dorothea Elizabeth Orem. Determining the immediate priorities to be able to set the objectives and the benefit that the patient will obtain through the interventions and nursing care, establishing short and long-term goals.

The patient has COPD, requires supplemental oxygen 24 hours a day with nasal tips or a mask at 2-3 liters per minute without suspension.

The nursing process is a systematic and organized method that provides individualized nursing care, focused on the identification and treatment of the unique responses of the person or groups to real or risk health alterations. And it consists of 5 stages: assessment, diagnosis, planning, execution and evaluation.

Dorothea E. Orem was one of the most prominent American theoretical nurses born in the United States on July 15, 1914. She presents her theory of the self-care deficit as a general theory composed of three interrelated theories: Self-care theory, theory of self-care deficit and the theory of nursing systems. He defined the following meta-paradigmatic concepts: person, health, nursing.

A Cerebral Vascular Event is an alteration in neurons that causes decreased blood flow in the brain, being an important cause of mortality and disability in our country. The NIHSS scale scores the severity of stroke numerically. The Barthel Index assesses physical disability by assessing the level of independence of the patient with respect to performing basic activities of daily life.

Palabras claves:

1. Infarto cerebral.
2. Isquemia.
3. Hemiparesia.
4. Ictus.
5. Paresia.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo sobre Proceso de Enfermería de una persona de 57 años de edad que presento EVC (Evento Vascular Cerebral); con finalidad para obtener el grado de titulación.

El proceso de enfermería es el ordenamiento lógico de las actividades que realiza el personal de Enfermería para proporcionar cuidados al individuo, la familia y la comunidad. Sus etapas son valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, las cuales deben ser flexibles, adaptables y aplicables en todas las situaciones, para promover el bienestar, contribuir a la mejor calidad de vida y a la máxima satisfacción de las necesidades de la persona. (Rosales Barrera & Reyes Gomez, 2011) Estas etapas del Proceso de Enfermería están estrechamente relacionadas entre sí.

Es el método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, centrado en evaluar en forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia o grupo a partir de los cuidados otorgados por la enfermera. (Lefevre R Alfaro, 2013)

La Enfermedad Vascular Cerebral (EVC) es una alteración neurológica se caracteriza por su aparición brusca generalmente sin aviso, con síntomas de 24 horas o más, causando secuelas o muerte, es la quinta causa de muerte en nuestro país y la causa más común de incapacidad en adultos. (INNN, 2018). Puede ocurrir cuando una arteria se obstruye produciendo pérdida repentina del flujo sanguíneo cerebral, o de una ruptura de un vaso, dando lugar a un derrame y son de 3 tipos: trombótico, embólico y hemorrágico.

“La EVC es una alteración en las neuronas que provoca disminución de flujo sanguíneo en el cerebro y son de 2 tipos: isquémica y hemorrágica” (Social, 2018).

En el año 2012, Ruiz-Sandoval Publicaron un estudio sobre trombosis venosa cerebral que también retomó los datos del (RENAMEVASC) Registro Nacional Mexicano de Enfermedad Vascular Cerebral. De los 2000 casos registrados, 59 (3%) de ellos presentaron trombosis venosa cerebral: el 85% fueron mujeres y el 15% restante fueron hombres. El promedio de edad correspondió a 31 años, el 76% de los pacientes fue menor de 40 años. (González-González Eloisa f. V., 2016)

La EVC puede producir problemas de raciocinio, del habla, de la visión, y problemas en la coordinación motora y el mejor tratamiento que puede existir es prevenirla; modificando el estilo de vida: evitar tomar y fumar, evitar alimentos ricos en colesterol, regularmente hacer ejercicio, regular la presión arterial. El incremento de la EVC ha aumentado el índice de discapacidad en adultos jóvenes y conlleva a una modificación familiar e un impacto económico para las familias y el sistema de salud, porque requiere atención y proceso de rehabilitación que se debe seguir.

I. JUSTIFICACIÓN

Las secuelas tanto transitorias como permanentes que deja un Evento Vascular Cerebral (EVC) deben ser atendidas de manera multidisciplinar, en ocasiones es difícil esta atención y cuidados sobre todo por aspectos económicos y sociales, este trabajo lo realice con la finalidad de titularme de la licenciatura en enfermería pero sobretodo mi objetivo principal fue ayudar a una persona pos EVC. Se le brindaron cuidados y asistencia de enfermería para mejorar su salud y calidad de vida; se trata de un proceso de enfermería que se realizó en una mujer adulta que sufrió EVC, en el nuevo manual de la enfermera nos menciona que:

La atención de enfermería tiene entre sus objetivos primarios la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, tanto desde una perspectiva asistencial como desde una vertiente pedagógica, detectando los posibles factores de riesgo y brindando la información más oportuna para evitar los peligros que puedan amenazar la salud de una persona, una familia o una comunidad. (de Gispert Carlos, Garriz Josè, pág. 1)

El Proceso de Enfermería son un conjunto de acciones intencionadas que brinda cuidados holísticos y humanistas que son eficientes y van centrados en lograr los resultados esperados basados en un método científico; estos constan de 5 etapas que son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación del cuidado de enfermería; para Susana rosales:

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizados, centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de la salud reales o de riesgo. (Rosales Barrera & Reyes Gomez, 2011, pág. 225)

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la EVC se define como los síntomas y signos de compromiso neurológico focal, de inicio brusco y que llevan a la muerte o que duran más de 24 horas y que no pueden ser atribuibles a otra causa aparente que la vascular.

Cada minuto seis personas mueren en el mundo debido a una ECV, la incidencia, prevalencia y mortalidad de la enfermedad se ha incrementado en los últimos años; es la tercera causa de muerte en el mundo y es la quinta causa de invalidez.

La primera investigación sobre la EVC en México apareció en 1973, en la cual se registraron los pacientes que asistieron al entonces denominado como el Centro Médico Hospital 20 de Noviembre, entre julio de 1967 al 30 de junio de 1968; fueron atendidos 206 pacientes con enfermedad cerebrovascular, de ese número sólo se consideraron 203 casos en los que fue posible identificar el tipo de evento vascular cerebral, la media de edad de esos casos fue de 65 años. (Ramírez-Alvarado Gabriela, 2016)

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Aplicar el proceso de enfermería en una persona que sufrió Evento Vascular Cerebral (EVC) basado en la teoría de Autocuidado de Dorothea E. Orem.

2.2 Objetivos Específicos

- Realizar la valoración del estado de salud de la paciente que sufrió Evento vascular Cerebral (EVC) con base al referente teórico de Dorothea E. Orem.
- Identificar los diagnósticos de enfermería de acuerdo a las necesidades de la paciente ya sea reales o de riesgo.
- Elaborar planes de cuidados de enfermería con base a las respuestas humanas de la persona.
- Identificar las respuestas de la paciente y su familia para poder adquirirla independencia, confianza en atender su autocuidado.
- Ejecutar los cuidados de enfermería y evaluar el progreso del paciente.

III. METODOLOGÍA

El presente trabajo de Proceso de Enfermería de una persona que sufrió EVC (Evento Vascular Cerebral) será llevado a cabo con el fin de titulación a nivel licenciatura en Enfermería. En la cual se va a recurrir al diseño experimental en la que se identificara y cuantificara las causas de la enfermedad de EVC; cuya finalidad es elaborar y llevar a cabo un plan de intervención de cuidados de enfermería dirigido a dicha persona y así llevar una valoración que se aplicara de manera transversal en el que se estudiara el fenómeno de la enfermedad Vascular Cerebral y describirá el curso de dicha enfermedad, incluyendo signos y síntomas, diagnóstico y tratamiento, se identificara cuáles son los factores de riesgos que conllevan a esta enfermedad y cómo podemos prevenirlas y tratarlas.

Antes de empezar a realizar el trabajo de Proceso de Enfermería se pidió el consentimiento informado de la persona, en este caso en la que dicha persona no puede valerse por sí misma su único familiar me autorizo en llevar a cabo la planeación y los cuidados de enfermería basados en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem. En la valoración y diagnóstico del estado de salud de la persona se encontró con una serie de secuelas y complicaciones tales como son: físicas (sensitivas y motoras, del lenguaje, riesgo de caídas) alteraciones en las actividades de la vida diaria (pasear, ir al baño, pararse o caminar, vestirse, hacer los quehaceres del hogar), alteraciones afectivas (depresión y ansiedad) y alteraciones cognitivas (déficit de atención, alteración de la memoria, apraxia). Se determinó cuáles son las prioridades inmediatas para poder fijar los objetivos y el beneficio que obtendrá la paciente a través de las intervenciones y cuidado de enfermería estableciendo metas a corto y a largo plazo.

IV. CASO CLÍNICO

Se trata la Sra. Sonia Adriana Chaves Chacón una paciente de 57 años de edad, originaria de la Aldea, Morelia Michoacán, de religión cristiana, ama de casa, es la cuarta de 5 hermanas, madre finada; actualmente vive con su esposo don Enrique López Medrano que a veces trabaja en obras o podador de árboles.

Persona que cocinaba con leña por más de 45 años pero desde que le diagnosticaron EPOC hace más de 2 años dejó de cocinar con leña, actualmente no trabaja porque no puede valerse por sí misma, depende física y económicamente de su esposo, no tiene hijos es estéril. Presenta hemiparesia que afecta el lado derecho del brazo y de la pierna.

Tiene una alimentación inadecuada ya que son de muy bajos recursos económicos; solo come de 1 a 2 comidas al día omitiendo muchas veces los derivados de la carne, leche y cereales, también requiere asistencia para la preparación y en la alimentación así como en vestirse e ir al baño; presenta déficit de autocuidado. Respecto a la ingesta de líquidos diariamente de 500-1000 ml al día y de vez en cuando ingiere 500 ml de refrescos; su peso: es de 90kg, talla: 1.50cm, cintura: 115cm, su índice de masa corporal IMC: 39.6.

Mantiene un aporte insuficiente de aire, vías aéreas semipermeables, mucosa nasal y oral seca, refiere estar casi siempre estreñida, heces de color café con consistencia dura, presenta retención urinaria con tenesmo vesical de color amarillo, de 2 a 3 micciones al día. Anteriormente dormía más de 10 horas al día y actualmente hay días que no puede conciliar bien el sueño porque presenta dolor en las articulaciones de la rodilla por el frío, no realiza ninguna actividad física, se encuentra deprimida porque a raíz de su enfermedad su familia no la visita y no mantiene

ninguna comunicación con ellos, se encuentra consiente, poco orientada, reconoce a las personas de su entorno, es hipertensa, tiene obesidad, presenta parálisis facial del lado derecho del cuerpo, tiene dificultad respiratoria (disnea), la mayor parte del día se encuentra sola porque su esposo trabaja. Sus signos vitales son las siguientes: **F/C:** 95x', **T/A:** 140/100 mmHg, **T:** 36 °C **F/R:** 16x' **Peso:** 90 k,

Talla: 1.50mts.

Antecedentes familiares.

- Madre finada.
- No se conocen alergias.
- No tiene el esquema de vacunación completa.
- Nunca acudió a campañas de salud.
- Estéril.
- EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica).
- Tiene padecimiento respiratorio manejado con oxígeno suplementario.
- Obesidad grado II.
- Diabetes.

Antecedentes patológicos.

Ingreso al hospital de la mujer hace 3 años por presentar hipoxia con crisis convulsiva por falta de oxígeno; estuvo hospitalizado 60 días por un infarto cerebral y neumonía, egreso el 31 de enero del 2018. La paciente tiene dificultad respiratoria (disnea) por presentar EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), requiere de oxígeno suplementario las 24 horas del día con puntas nasales o mascarilla a 2-3 litros por minutos sin suspensión.

Tratamiento médico.

- Omeprazol 20mg una tableta al día.
- Ácido acetil salicílico 100mg una tableta al día.
- Losartan 500mg una tableta cada 12 horas.
- Fenitoina sódica 100mg una tableta al día.

V. MARCO TEÓRICO

5.1 Proceso de enfermería

El proceso de enfermería es el ordenamiento lógico de las actividades que realiza el personal de Enfermería para proporcionar cuidados al individuo, la familia y la comunidad. Sus etapas son valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, las cuales deben ser flexibles, adaptables y aplicables en todas las situaciones, para promover el bienestar, contribuir a la mejor calidad de vida y a la máxima satisfacción de las necesidades de la persona. (Rosales Barrera & Reyes Gomez, 2011)

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizados, centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de la salud reales o de riesgo. (Rosales Barrera & Reyes Gomez, 2011, pág. 227)

El proceso de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso de enfermería le da la categoría de ciencia. (Martínez Gutiérrez Enrique).

5.1.1 Características del proceso de enfermería

- Resolutivo: porque va dirigido a un objetivo.
- Sistemático: porque utiliza un enfoque organizado para lograr su propósito.
- Dinámico: porque implica un cambio continuo, centrado en las respuestas humanas.

- Interactivo: por centrarse en las respuestas cambiantes del paciente identificadas durante la relación enfermera-paciente.
- Flexible: porque se puede mostrar en 2 contextos.
 - Adaptación a la práctica de enfermería en cualquier situación o área de especialización que se ocupe de individuos, grupos o comunidades.
 - Uso de sus fases en forma sucesiva o más de una etapa a la vez.
- Posee una base teórica: sustentada en una variedad de conocimientos, incluyendo las ciencias y las humanidades, que pueden aplicarse a cualquiera de los modelos teóricos de enfermería.

5.1.2 Etapas del Proceso de Enfermería

El proceso de enfermería consta de 5 etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

5.1.2.1 Valoración

La valoración es la primera fase del proceso de enfermería en donde se recogen los datos sobre el estado de salud del paciente, a través de diferentes fuentes como: expediente clínico, entrevistas a la familia o al paciente.

Esta etapa es aplicable a todos los individuos, familias y comunidades en los que el profesional de enfermería proporciona cuidados de calidad con bases sólidas apoyadas en conocimientos científicos de diversas disciplinas, teorías y normas de acción.

Se inicia con la obtención de datos del paciente, los cuales, una vez organizados y analizados, ayudan a la identificación del diagnóstico de enfermería; la obtención de datos se logra mediante la observación, entrevista y exploración física.

5.1.2.2 Diagnostico

Es la segunda etapa del proceso de enfermería es una conclusión claro y conciso del estado de salud, los problemas y necesidades del paciente, que pueden modificarse por la intervención del personal de enfermería para resolverlos o disminuirlos.

El diagnostico de enfermería no solo considera el diagnóstico médico, sino que se basa en las necesidades y problemas del paciente, es individualizado y específico, está 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.

La American Nurses Association (ANA) ha recomendado las interrelaciones de los lenguajes sobre: diagnósticos, intervenciones y resultado.

Diagnósticos de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Los elementos que lo integran son etiqueta o nombre, definición, características definitorias, manifestaciones clínicas (fisiológicas, conductuales, afectivas y cognitivas) y factores relacionados o de riesgo con la etiología, ya sean causales o asociados (fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales).

Intervenciones de la Nursing Interventions Classification (NIC). Constan de etiqueta o nombre, definición y actividades.

Resultados se correlacionan con los cuidados enfermeros, del Nursing Outcomes Classification (NOC). Describen el estado, conductas, respuestas y sentimientos de un paciente derivados de los cuidados proporcionados. Tienen una etiqueta, definición y una lista de indicadores para evaluar los resultados (cfr. Diagnósticos, Intervenciones y Resultados de enfermería de la NANDA, NOC Y NIC).

5.1.2.3. Planificación

En esta etapa se establecen las estrategias para reducir o solucionar los problemas identificados y se determinan los pasos básicos para alcanzar los objetivos propuestos y los medios necesarios para llevar a cabo las actuaciones concretas que posibiliten su consecución. (de Gispert Carlos, pág. 8)

Una vez elaborados los diagnósticos de enfermería, se dará inicio a la planificación; es el acto de determinar qué puede hacerse para apoyar al paciente en el restablecimiento, conservación o el fomento de la salud, previa determinación del enfoque que le ayudara a solucionar o reducir el efecto de sus problemas. Y está compuesto de 3 pasos: establecimiento de prioridades, identificación de objetivos y planeación de las acciones de enfermería. (Rosales Barrera & Reyes Gomez, 2011, pág. 248)

5.1.2.4. Ejecución

Es la cuarta etapa del plan de cuidados de enfermería e implica las siguientes actividades:

- ✓ Continuar con la recogida y valoración de datos.
- ✓ Realizar las actividades de enfermería.
- ✓ Anotar los cuidados de enfermería.
- ✓ Dar los informes verbales de enfermería.
- ✓ Mantener el plan de cuidados actualizados.

La ejecución es la aplicación real del plan de cuidados de enfermería al paciente en forma integral y progresiva, en coordinación con el personal de salud que participa en su atención y sus familiares. En esta fase del proceso de enfermería incluye 5 elementos: validación del plan,

fundamentación científica en cada una de las acciones, otorgamiento de cuidados, continuidad y registro de estos. (Rosales Barrera & Reyes Gomez, 2011, pág. 252)

5.1.2.5. Evaluación

La evaluación es el proceso de valorar o revalorar los progresos del paciente hacia los objetivos de salud, así como la calidad de atención que recibe por parte del personal de enfermería. Y tiene como propósito.

- Determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas u objetivos establecidos.
- Juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería.

La evaluación del logro de los objetivos se inicia con la valoración del paciente; examinando y entrevistando nuevamente para reunir datos de su estado actual de salud o enfermedad. (Rosales Barrera & Reyes Gomez, 2011, págs. 254-255)

5.2 Teoría del Déficit de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem

5.2.1 Antecedentes biográficos de Dorothea Elizabeth Orem

Dorothea E. Orem fue una de las enfermeras teóricas estadounidenses más destacadas nació en los Estados Unidos el 15 de julio de 1914, en Baltimore, Maryland. Su padre fue constructor y disfrutaba de la pesca, su madre era una mujer dedicada al hogar y le gustaba la lectura; fue la menor de dos hermanas. El 22 de junio de 2007 falleció en Savannah, Georgia, Estados Unidos, a la edad de 92 años.

En 1930, a los 16 años, se graduó en Enfermería en el Providence Hospital de Washington dirigido por las Hijas de la Caridad. En 1936, obtuvo el título de Ciencias en la Educación de Enfermería, y en 1946 realizó un máster en la misma área, ambos en la Universidad Católica de

América. Desempeñó su trabajo como profesional de enfermería en distintos ámbitos tanto públicos como privados en la atención de adultos y niños, realizando asistencia hospitalaria y domiciliaria. En 1940 se incorpora a la docencia como directora de la Escuela de Enfermería del Providence Hospital en Detroit, Michigan, durante 10 años. También trabajó en el Centro de Experimentación y Desarrollo de la enfermería del Hospital Johns Hopkins y en la Dirección de Enfermería de Wilmer Clinic. Desarrolló “Teoría Enfermera del Déficit de Autocuidado”. Es autora de varios libros, entre las obras publicadas destacan Modelo Orem y Normas prácticas de enfermería. Fue nombrada socia de honor de la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental y homenajeada el día 31 de mayo de 1989 en un acto celebrado en el Hospital de San Rafael de Madrid. En aquellos días de su estancia en España visitó el Hospital General y Docente de Guadalajara, el Hospital Psiquiátrico de San José de Ciempozuelos y participó como ponente en una Jornada de Enfermería de Salud Mental que tuvo lugar en Palencia. En todos los centros que visitó estuvo muy atenta a las necesidades de las enfermeras en general y de las enfermeras de salud mental, animando a todos y todas a seguir en la brecha de los cuidados enfermeros dando gran valor al método, al compromiso y al humanismo. Igualmente visitó el Ministerio de Sanidad y Consumo, así como otras instituciones oficiales. (Megias Lizancos Francisco, 202)

5.2.2 Antecedentes Históricos de la teoría del Déficit de Autocuidado

Las teorías y modelos conceptuales no son nuevos para la enfermería, existen desde que Florence Nightingale expresó sus ideas acerca de la enfermería en 1859.

En 1969, Dorothea E. Orem presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería. Su objetivo era fundamentar la aplicación

de la teoría en el entorno de la gestión del cuidado. Esta teoría ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto a personas enfermas, como personas que están tomando decisiones sobre su salud y personas sana que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud. (Vicente, 2017)

Orem desarrolla su trabajo en solitario y en la colaboración de algunas colegas que le han permitido desarrollar la teoría del déficit de autocuidado; aunque no acepta tener influencia directa de ninguna fuente teórica en su obra, cita el trabajo de muchas autoras que han contribuido a la base teórica de la enfermería tales como: Abdellah, Henderson, Johnson, King, Levine, Nightingale, Orlando, Peplau, Rogers, Roy, Travelbee y Wiendenbach, entre otras. Autores como Benavent, Ferrer, plantean que la teoría de Orem "Déficit de autocuidado " es una de la más estudiada y validada en la práctica de enfermería por la amplia visión de la asistencia de salud en los diferentes contextos que se desempeña este profesional, ya que logra estructurar los sistemas de enfermería en relación con las necesidades de autocuidado. (Prado Solar Liana, 2014)

La visión filosófica del Modelo la identifica como una visión de realismo moderado que fue descrita por Wallace Bamfield, quien describe la visión de los seres humanos como "seres dinámicos, unitarios, que viven en sus entornos, que están en procesos de conversión y que poseen libre voluntad así como otras cualidades humanas esenciales". (María, pág. 3)

5.2.3 conceptos y definiciones

Teoría del déficit de autocuidado: es una actividad aprendida por los seres humanos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en condiciones concretas de la vida, dirigida por

las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento, en beneficio de su vida, salud o bienestar. Define a demás 3 requisitos de autocuidado, entendiendo `por tales los objetivos o resultado que se quieran alcanzar con el autocuidado:

- **Requisitos de autocuidado universal:** son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- **Requisitos de autocuidado del desarrollo:** promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- **Requisitos de autocuidado de desviación de la salud:** que surgen o están vinculados a los estados de salud.

Teoría de PSEP de PSEP Déficit de PSEP de PSEP Autocuidado: En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

Teoría de los sistemas de enfermería: En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

1. Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo.
2. Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.

3. Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Dorotea Orem definió los siguientes conceptos metaparadigmáticos: persona, salud enfermería. Aunque no define Entorno como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.

Persona: Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno Y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

Salud: es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

Enfermería: es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta. (Martínez Gutiérrez Enrique)

5.3 Evento Vascular Cerebral (EVC)

La EVC (Evento Vascular Cerebral) es una etiología de daño cerebral que se ha incrementado en los últimos años, siendo una causa importante de mortalidad y discapacidad en nuestro país.

Se calcula que en 2015 murieron por esta causa 17,7 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo. De estas muertes, 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,7 millones, a los AVC. Más de tres cuartas partes de las defunciones por EVC se producen en los países de ingresos bajos y medios. De los 17 millones de muertes de personas menores de 70 años atribuibles a enfermedades no transmisibles, un 82% corresponden a los países de ingresos bajos y medios y un 37% se deben a las EVC. (datos y cifras, 2017)

El 29 de octubre se conmemora el Día Mundial de la Enfermedad Vascular Cerebral, en donde se conjuntan esfuerzos en todos los niveles de atención en salud, tanto con acciones de tipo informativo, preventivo, de sensibilización a la comunidad general como a la médica, para favorecer el reconocimiento y manejo oportuno del infarto y la hemorragia cerebral.

Cada minuto seis personas mueren en el mundo debido a una EVC, cada segundo dicha patología ataca a alguien independientemente de la edad y el sexo, alrededor de 15 millones de personas van a experimentar una EVC cada año, es decir una de cada seis personas tendrá un ictus en su

vida, seis millones de ellas no sobreviven. Cerca de 30 millones de personas sufrieron un ictus, la mayoría permanece con discapacidad residual. Aproximadamente 87% de las muertes relacionadas a una EVC ocurren en países de bajos y medianos ingresos. (Marlenne, 2016)

En México en 2015 se registraron 21,045 egresos hospitalarios por EVC, de los cuales 97% se identificaron en pacientes de entre 20 y 113 años, poco más de la mitad fueron hombres (52.7%), 11766 eventos de tipo hemorrágico y 3960 infartos cerebrales, mientras que el resto fueron accidentes vasculares encefálicos agudos, no especificados como hemorrágicos o isquémicos. (Marlenne, 2016)

5.3.1 Factores de riesgo

Los factores de riesgo de EVC se pueden dividir en modificables y no modificables.

Factores de riesgo no modificables:

- edad (particularmente cuando sobrepasa los 80 años).
- Sexo masculino entre los 45-84 años (después de los 85 años y entre 33 a 44 años, el riesgo entre hombres y mujeres es prácticamente el mismo).
- La etnicidad juega un papel importante, siendo mayor el riesgo en raza negra en comparación a la población caucásica, así como en latinos que de acuerdo al estudio.
- La historia familiar de EVC aporta un riesgo 2.3 veces mayor que en aquellos que no lo presentan.
- Desordenes genéticos específicos como anemia de células falciformes, arteriopatía cerebral autosómica dominante, entre otras

Factores de riesgo modificables.

- Hipertensión arterial sistémica.

- Diabetes mellitus (DM).
- Tabaquismo.
- Dislipidemia.
- Sedentarismo (obesidad).

5.3.1 Diagnóstico Clínico

En general las lesiones esteno-oclusivas Extra craneales se expresan clínicamente por eventos de déficit neurológicos transitorios y repetitivos, en el territorio vascular correspondiente, hasta que llegue a instaurarse el infarto isquémico con secuelas neurológicas que suelen ser irreversibles. De los accidentes vasculares transitorios el 50 % terminan en un accidente vascular definitivo en el término de un año. El cuadro clínico más frecuente es el accidente isquémico transitorio en el territorio carotideo considerando que en el 65 % de los casos la estenosis significativa es localizada en la bifurcación carotidea, y que la estenosis u oclusión aterosclerótica causa alrededor del 30 % de la isquemia cerebrovascular; dichos eventos isquémicos tienen traducción ocular en forma de amaurosis fugaz unilateral (ceguera monocular) o a nivel cerebral como una disfasia motora breve, una hemiparesia, o hemiparestesia, crisis que pueden desencadenarse tras un esfuerzo como el estornudo, la tos, cambios posturales bruscos.

En el curso habitual de la enfermedad se observan los cuadros transitorios de la recidiva con una duración menor de 24 h, o la aparición de un cuadro evolutivo donde el déficit neurológico es progresivo y puede dejar secuelas mínimas o invalidantes.

Si la estenosis está localizada en los vasos vertebrales, el síntoma más común es el vértigo, que puede exacerbarse con los cambio posturales del cuello además de ser frecuentes los defectos siguientes: el campimétrico, la fotopsia, diplopía, la afasia, la ataxia, las parestesias peribucal,

y linguales. Se debe estar atento ante un cuadro de amnesia transitoria asociada a la hemianopsia homónima ya que es indicativo de una insuficiencia vertebrobasilar.

El evento isquémico cerebral se ha clasificado según su curso clínico en:

- **Accidente isquémico transitorio:** cuando los síntomas de la focalidad neurológica se recupera antes de las 24 h de producido, sin dejar secuelas. Su inicio es súbito que por lo general dura menos de 15 min. Puede presentarse también episodios de amaurosis fugaz (ceguera monocular temporal).
- **Déficit isquémico neurológico reversible:** cuando la duración del déficit persiste por más de 24 h, pero los síntomas desaparecen en un plazo que oscila entre 7 y 21 días sin dejar secuelas.
- **Accidente cerebrovascular establecido:** cuando el déficit neurológico de origen vascular persiste y no se modifica por más de tres semanas desde su instauración. Este tipo sí deja secuelas.
- **Accidente cerebrovascular estable:** cuando el déficit neurológico persiste sin modificaciones por 24 h en los casos de origen carotideo o por 72 h en los casos de origen vertebro-basilares.
- **Accidente cerebrovascular en evolución o progresivo:** cuando aumenta la focalidad neurológica y el cuadro clínico del paciente empeora, o aparece alguna manifestación clínica nueva entre las 24 y 48 h.
- **Accidente cerebrovascular con tendencia a la mejoría o secuelas mínimas:** cuando se observa en los pacientes el curso regresivo de la enfermedad de tal modo que la recuperación al cabo de tres semanas es de 80 % o más.

- Los diferentes estadios de la enfermedad cerebrovascular son: asintomáticos, sintomáticos (estables o inestable) y signomáticos o en fase de secuela. (Eliseo, 2014, págs. 112-113)

Se diagnostica a partir de la sintomatología que presenta el enfermo, médico de atención primaria debe realizar una historia clínica y una exploración física focalizadas, y todos los pacientes con sospecha de infarto cerebral deberán ser referidos a la brevedad posible al especialista de segundo o tercer nivel de atención.

Las principales pruebas diagnósticas habituales son:

- Exploración neurológica.
- Tomografía axial computarizada.
- Resonancia magnética nuclear.
- Arteriografía cerebral.
- Realización de una punción lumbar, en el diagnóstico de la hemorragia cerebral.
- Análisis de sangre (coagulación).

5.3.2 Escala de NIHSS

La escala de NIHSS (National Institute of Health Stroke Score) puntúa de forma numérica la gravedad del ictus. Puntuación mínima 0, puntuación máxima 42.

1. Determina la gravedad del ictus: Leve < 4 , Moderado < 16 , Grave < 25 , Muy grave ≥ 25 .
2. Indica la necesidad de tratamiento revascularizador: NIHSS entre 4 y 25.
3. Tiene valor pronóstico.

4. Limitaciones: puntúa más alto en los territorios de la ACM izquierda que en los de la derecha (mayor afectación de las funciones corticales) y no valora adecuadamente la afectación del territorio vértebro-basilar.

1. NIVEL DE CONCIENCIA	
1a. Alerta	
Alerta con respuestas normales	0
No alerta pero responde a mínimos estímulos verbales	1
No alerta pero responde a estímulos repetidos o dolorosos (no reflejo)	2
No responde a estímulos dolorosos o solo con movimientos reflejos	3
1b. Preguntas orales Preguntar el mes actual y la edad. Puntuar solo la primera respuesta	
Ambas respuestas son correctas	0
Solo una respuesta es correcta IOT muy disártrico o barrera ideomática	1
Ninguna es correcta	2
1c. Ordenes motoras Cerrar - abrir los ojos y cerrar - abrir la mano (lado no parético)	
Ambas respuestas son correctas	0
Solo una respuesta es correcta	1
Ninguna respuesta es correcta	2
2. MIRADA CONJUGADA Significa que los 2 ojos hacen lo mismo y, en reposo, los ojos están en posición central Explorar solo la mirada horizontal voluntaria o con reflejos óculo-cefálicos en comatosos	
Normal	0
Paresia parcial de la mirada o paresia periférica de un nervio oculo-motor	1
Paresia total o desviación forzada de la mirada conjugada	2
4. CAMPOS VISUALES POR CONFRONTACIÓN A un metro de distancia del paciente y tapar el ojo que no va a ser explorado Explorar los cuadrantes superiores e inferiores	
Visión no alterada	0
Hemianopsia parcial o extinción visual	1
Hemianopsia completa	2
Ceguera total	3
4. PARESIA FACIAL Enseñar los dientes, si no colabora se puede explorar con un estímulo doloroso	
Movimiento normal (simetría de las hemicaras)	0
Mínima asimetría	1
Parálisis de la zona inferior de una hemicara	2
Parálisis de las zonas inferior y superior de una hemicara	3
5. PARESIA DEL BRAZO Primero el brazo no pirético Levantar y extender el brazo a 90° Paciente en decúbito, extender el brazo a 45°	
5a. Lado derecho	
Mantiene la posición durante 10 segundos, amputación o inmovilización	0

Claudica en menos de 10 segundos sin tocar la cama	1
Claudica en menos de 10 segundos y la extremidad toca la cama	2
Existe movimiento pero no alcanza la posición o cae inmediatamente	3
Parálisis de la extremidad	4
5b. Lado izquierdo.	
Igual que el lado derecho	
6. PARESIA DE LA PIERNA	
Primero la pierna no parética. Levantar la pierna extendida a 30°	
6a. Lado derecho	
Mantiene la posición durante 5 segundos, amputación proximal o inmovilización	0
Claudica en menos de 5 segundos sin tocar la cama	1
Claudica en menos de 5 segundos y la extremidad toca la cama	2
Existe movimiento pero no alcanza la posición o cae inmediatamente	3
Parálisis de la extremidad	4
6b. Lado izquierdo.	
Igual que el lado derecho	
7. DISMETRÍA (Ataxia: descoordinación en el movimiento)	
Dedo-nariz y talón-rodilla, realizar con los ojos abiertos	
Ausente, amputación, déficit motor o fusión de la articulación	0
Ataxia en una extremidad	1
Ataxia en dos extremidades	2
8. SENSIBILIDAD	
Con aguja explorar la cara, los brazos, el tronco, el abdomen y las piernas (no manos ni pies) En paciente obnubilado evaluar la retirada al estímulo doloroso	
Normal	0
Leve hipoestesia (lo nota)	1
Anestesia o paciente en coma	2
9. LENGUAJE	
Describir un dibujo o leer una lista de palabras y frases En paciente mudo o IOT explorar según su escritura	
Normal	0
Afasia leve o moderada (se puede entender)	1
Afasia grave (no se puede entender)	2
Comprensión nula o en coma	3
11. Extinción e Inatención, Negligencia	
Extinción: en caso de estímulos bilaterales simultáneos, el paciente no es capaz de percibir en el lado contralateral a la lesión Negligencia: el paciente es incapaz de orientarse o responder ante un estímulo en el lado contralateral a la lesión Inatención: el paciente ignora los estímulos en el lado contralateral a la lesión	
Sin alteraciones	0
Inatención o extinción en una modalidad (visual, táctil, espacial o corporal)	1
Inatención o extinción en más de una modalidad. No reconoce su propia mano o sólo reconoce una parte del espacio	2

1. Reflejos óculo-cefálicos

Respuesta de los ojos en relación a la rotación rápida de la cabeza. Se realizan en pacientes comatosos o estuporosos.

Reflejo normal

Desviación conjugada de los ojos en sentido contrario al movimiento de la cabeza.

Afectación del troncoencéfalo. Los ojos no se mueven o lo hacen de forma NO conjugada.

2. Nervios óculo-motores: III, IV y VI pares

Estos pares craneales se exploran conjuntamente, pues inervan los músculos extrínsecos e intrínsecos del globo ocular (músculos óculo-motores).

Motor Ocular Común: III PAR

- Músculos de la órbita (salvo recto externo y el oblicuo superior).
- Músculo constrictor de la pupila.
- Músculo ciliar.

Nervio patético o troclear – IV PAR (Único par craneal cruzado).

- Músculo oblicuo superior.

Motor Ocular Externo VI PAR

- Músculo recto externo.

3. Hemianopsia

Ceguera en la mitad del campo visual. Se considera completa cuando afecta a toda la mitad del campo visual.

Hemianopsia unilateral

Afecta a un ojo.

Hemianopsia bilateral

Afecta a los 2 ojos:

➤ **Hemianopsia homónima**

Afecta a la mitad derecha o izquierda de ambos ojos.

➤ **Hemianopsia heterónima**

Afecta a la mitad derecha de un ojo y a la mitad izquierda del otro (binasales o bitemporales).

4. Extinción visual

Se percibe un estímulo visual aislado en el hemicampo contralateral a la lesión, pero se omite si se presentan simultáneamente estímulos en los dos hemicampos, y sólo se percibe el estímulo ipsilesional.

5.3.3 Índice de Barthel

Valoración de la discapacidad Física. Es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

Baño/ducha	Puntos
Independiente – se lava completo en ducha o baño. Entra y sale del baño sin una persona presente	5
Dependiente	0
Vestido	
Independiente – se viste, se desnuda y se ajusta la ropa. Se ata los zapatos. Botones	10
Ayuda – necesita ayuda, pero al menos realiza la mitad de tareas en un tiempo razonable y sin ayuda.	5

Dependiente	0
Aseo personal	
Independiente – se lava cara, manos y dientes. Se afeita. Se peina	5
Dependiente	0
Uso del retrete	
Independiente – usa el retrete o cuña. Se sienta, se levanta, se limpia y se pone la ropa solo.	10
Ayuda necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse o ponerse/quitarse la ropa.	5
Dependiente	0
Uso de escaleras	
Independiente sube o baja escaleras sin supervisión, aunque usa la barandilla o bastones.	10
Ayuda – necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras.	5
Dependiente	0
Traslado sillón-cama	
Independiente – no necesita ayuda. Si usa silla de ruedas lo hace independientemente.	15
Mínima ayuda – necesita una mínima ayuda (física o verbal) o supervisión.	10
Gran ayuda – es capaz de sentarse, pero necesita mucha ayuda para el traslado.	5
Dependiente - no se mantiene sentado.	0
Desplazamiento	
Independiente – camina al menos 50 metros sólo o con ayuda de bastón, excepto andador.	15
Ayuda – puede caminar al menos 50 metros, pero necesita ayuda o supervisión (física o verbal)	10
Independiente en silla de ruedas – propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros.	5
Dependiente	0
Control de orina (se evalúa la semana anterior)	
Continente – no presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector se cuida solo.	10
Incontinencia ocasional – episodios ocasionales, con una frecuencia máxima de 1/24 horas.	5
Incontinente – episodios de incontinencia con frecuencia: más de una vez al día.	0
Control de heces (se evalúa el mes anterior)	

Continente – no presenta episodios de incontinencia. Si usa enemas o supositorios se arregla solo.	10
Incontinente ocasional – episodios ocasionales 1 vez/semana. Ayuda para usar enemas o supositorios.	5
Incontinente	0
Alimentación	
Independiente – capaz de utilizar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable	10
Ayuda – necesita ayuda para cortar, extender la mantequilla, usar condimentos.	5
Dependiente	0

5.3.4 Tratamiento

El tratamiento va dirigido a 3 aspectos básicos: neuroprotección, trombólisis y evitar o tratar las complicaciones. La neuroprotección, incluye todas aquellas medidas farmacológicas y no farmacológicas encaminadas a la protección neuronal ante la isquemia.

Cuando se recibe un paciente con ictus isquémico en el servicio de urgencia, las primeras medidas van encaminadas al soporte vital (si es necesario), a la evaluación general y a definir la causa del ictus.

Soporte vital

- Se debe garantizar la vía aérea expedita (extracción de prótesis dentarias), efectuar intubación orotraqueal de ser necesaria y acoplar a un equipo de respiración artificial.
- Canalizar vena periférica preferentemente (evitar cateterización del sistema venoso profundo pues contraindicaría una posible trombólisis), obtener muestra de sangre para realizar hemoquímica hematrímetría y estudio de coagulación y de inmediato inyectar por esa vía dextrosa (50 g) más tiamina (50 mg).

- Evaluación inicial que incluye examen general y neurológico para precisar:
 - a) Puntaje de Glasgow del coma.
 - b) Escala de NIH.
 - c) Evitar que la TAM (tensión arterial media) sea >140 mmHg.
 - d) Realización de electrocardiograma (ECG).
- Realizar tomografía axial computadorizada (TAC) lo más rápido posible.
- Si en el paciente se cumplen los criterios establecidos, iniciar el tratamiento trombolítico en los hospitales aprobados para la ejecución de la Fase II del estudio.

Tratamiento antiagregante

La aspirina, la ticlopidina y el clopidogrel han mostrado su eficacia en el tratamiento preventivo primario y secundario. Recientes trabajos avalan la eficacia de estos productos en la fase aguda.

La aspirina debe usarse en dosis de 81 – 1 000 mg o 3 – 5 mg/kg/d. Dos estudios publicados en 1997, CAST5 e IST, 6 con 40 000 pacientes en total demuestran que la aspirina salva o evita la recurrencia del proceso isquémico en 10 pacientes por cada 1 000 tratados.

Se recomendamos para el tratamiento antiagregante en la fase aguda de la trombosis cerebral.

- Aspirina: Dosis: 3 – 5 mg/kg.
- Ticlopidina: Dosis: 250 mg/12h.
- Clopidogrel: Dosis: 75 mg /d.

La heparina sólo la recomendamos en dosis mínimas para prevenir las complicaciones derivadas de la postración, no para la enfermedad trombótica en sí.

No se recomiendan drogas como dipiridamol, cinarizina, pentoxifilina ni piracetam.

5.4 Historia natural de la enfermedad

PERÍODO PREPATOGENICOS	PERÍODO PATOGENICO	
FACTORES DE RIESGO Agente. -hipertensión arterial elevado. -Diabetes mellitus. -Dislipidemia. -Obesidad. Huésped. -Población mayor de 45 años -Sexo femenino Raza afroamericana. Medio ambiente -Cualquier nivel socioeconómico. Estimulo: -Estrés. -Presión arterial elevada. -Colesterol alto	EVC (Evento Vascular Cerebral).  MUERTE  Estado crónico, hemorragia subaracnoidea, síndrome de cráneo Secuelas: pérdida permanente de las funciones del cerebro, pérdida permanente del movimiento o la sensibilidad en una o más partes del cuerpo, afasia.  Complicaciones: Dificultad en la comunicación (afasia), pérdida permanente de las funciones del cerebro, pérdida permanente del movimiento o la sensibilidad en una o más partes del cuerpo, desnutrición, disminución de la capacidad para cuidarse. Disminución de la interacción social  Signos y síntomas específicos: Cambio en la lucidez mental (conciencia), letargo, somnolencia, estupor, pérdida del conocimiento. Dificultad para hablar o para entender a otros, dificultad para leer y escribir, Pérdida de la coordinación y equilibrio, confusión repentina Horizonte Clínico	ETAPA CLÍNICA
Dificultades-problemas con la familia, HTA,  Signos y síntomas inespecíficos:  Alteración del estado de conciencia; estupor coma, problema del habla.  Debilidad en la cara, brazo o pierna, parálisis o pérdida sensorial, problemas para entender o hablar. Etapas subclínica		

PRIMER NIVEL DE PREVENCIÓN		SEGUNDO NIVEL DE PREVENCIÓN		TERCER NIVEL DE PREVENCIÓN	
Promoción de la salud	Protección específica	Diagnóstico temprano	Tratamiento oportuno	Delimitación de la enfermedad.	Rehabilitación
-Manejo del estrés. -Llevar una dieta sana y equilibrada. - Evitar el consumo de alcohol y cigarros. – Educar al paciente sobre la enfermedad y sus cuidados – Cambios en el estilo de vida -Reducción del peso corporal	-Medir la tensión arterial todos los días. –Disminuir la ingesta de calorías baja en grasas. -Modificar hábitos higiénicos dietéticos evitando consumir alimentos ricos en colesterol. -Evitar el consumo de tabaco y alcohol. -Detección oportuna de la Diabetes Mellitus.	-Interrogatorio -Exploración física -Exámenes de laboratorio -Exámenes gabinete: TAC, Resonancia magnética nuclear	-Antiagregantes plaquetarios. -Anticoagulantes -Antihipertensivos -Diuréticos osmóticos -Anticonvulsivantes	-Apego al régimen terapéutico -Apoyo nutricional. -Cambio frecuente en la posición.	-Rehabilitación física y psicológica -Terapia ocupacional. -Terapia de lenguaje. -

VI. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA.

Valoración de enfermería con el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS:

Sexo: M

EDAD: 57

Edo. Civil: casada

Religión: cristiana

Escolaridad: 4to de primaria

Ocupación: ama de casa, limpieza.

Lugar de residencia: Morelia

Domicilio actual: Calle Orbita, s/n,

Lote1 Colonia: Lucio.

Persona que constituye el principal apoyo para el paciente: su esposo don E. L. M.

Dependencia económica: de su esposo; actualmente en esta situación de pandemia por el Covid-19, hay días que no trabaja.

Condiciones del hogar: no cuenta con todo los servicios básicos, contando solamente con luz eléctrica, no contando con agua potable, drenaje ni carreteras; es un hogar muy humilde, están hechas de madera, techos de lámina de cartón y lamina de aluminio, el piso es de sementó, cuenta con letrina.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES:

a. Mantenimiento del aporte de aire suficiente.

F/C: 95X', **T/A:** 140/100 mmHg, **FR:** 16 x', **T:**36.5°C.

Vías aéreas permeables, coloración de piel cianótica, mucosa nasal seca.

b. Mantenimiento de un aporte de agua suficiente.

La ingesta de líquidos que realiza la Sra. al día es inadecuada ya que solo consume de 500 a 1000 ml al día, ingiere 600 ml de refresco 2 de una a dos veces a la semana, consume una taza de leche en las mañanas, no toma bebidas alcohólicas, ni café. Tiene un mal estado de nutrición e hidratación| y es por esa razón que tiene la piel escamosa, mucosa oral seca y turgencia escasa.

c. Mantenimiento de un aporte de alimentos suficientes.

La Sra. solo realiza de 1 a 2 comidas al día por falta de recursos económicos y requiere asistencia para su alimentación ya que no puede valerse por sí misma porque no puede caminar ni preparar sus alimentos. Su alimentación es inadecuada ya que omite muchos alimentos de la canasta básica como el pescado, los cereales y verduras, consumiendo en pocas cantidades la carne y las frutas. Es hipertensa pero no lleva ninguna dieta, ella come de todo. Actualmente tiene un IMC de 39.6. En su dentadura se observa la falta de algunas piezas dentales 2 incisivo central, las 2 laterales y el primer molar, tiene la mucosa oral poco hidratada, su boca se encuentra en buen estado. No presenta prótesis dental.

Peso: 90kg, **Tallas:** 1.50 cm, **IMC:** 39.6,

d. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excreción.

La Sra. refiere estar casi siempre estreñida, las heces de color café con consistencia dura. También presenta retención urinaria con tenesmo vesical con color amarillo. Realiza diariamente de 2-3 micciones al día y una o ninguna defecación al día.

e. Mantenimiento del equilibrio la actividad y el reposo.

La Sra. refiere dormir anteriormente más de 10 horas al día y aun así tomaba pequeñas siestas ya que en el día no puede realizar ninguna actividad, más que estar acostada o sentada porque sufrió un EVC pero anteriormente hace como un mes no puede conciliar bien el sueño por el dolor que presenta en su rodilla por el frío y toma una tableta de Naproxeno para aliviar su dolor. No realiza ninguna actividad física debido a su estado de salud.

f. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

La Sra. actualmente convive con su esposo ya que desde que sufrió EVC no puede levantarse de la cama, no puede comunicarse de forma verbal presenta afasia y con el EPOC que presenta no puede salir sin oxígeno suplementario las 24 horas del día por puntas nasales. Y se encuentra deprimida porque no puede valerse por sí misma y su familia, hermanas y sobrinos no van a visitarlos desde el día que se enfermó y el único apoyo económico y físico que tiene es el de su esposo.

g. Prevención de peligros para la vida y el funcionamiento y el bienestar humano.

La Sra. se encuentra consiente y poco orientada, reconoce a las personas de su entorno, se preocupa por su estado de salud porque depende de su esposo tanto para comer y beber, para ir al baño o cambiarse y no puede comunicarse con otras personas porque presenta afasia y se comunica a través de señas.

Puede presentar riesgos de caída y sufrir alguna herida por lo tanto presenta déficit de autocuidado.

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.

Normalmente casi la mayor parte del día se encuentra sola porque su esposo tiene que trabajar para poder comer y obtener las necesidades básicas de la casa; al estar sola se deprime y llora por no valerse por sí misma sintiéndose solo una carga para su esposo y le pide Dios que la sane para ella sentirse realizada como persona.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO:

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

A lo largo de la vida de la paciente no ha llevado acciones para implementar y promover su salud, anteriormente antes de su enfermedad nunca ha asistido a campañas de salud ya que nunca ha tenido tiempo de realizarse los chequeos médicos porque toda su vida ha trabajado. Por lo tanto presenta déficit de autocuidado.

Etapas de desarrollo: adulto

Rol (es): esposa

Salud sexual: es casada, su esposo es su segunda pareja sexual, la paciente refiere no tener intimidad debido a su enfermedad.

Historia Gineceo- Obstétrica: La paciente Sonia Adriana tuvo su menarca a los 12 años de edad, con 4-5 días con flujo moderado de color rojo oscuro y dolor abdominal, es estéril no pudo concebir hijos. Nunca se ha realizado el Papanicolaou. Le llegó la menopausia hace 5 años a los 52 años de edad.

Requisitos de autocuidado de Desviación de la Salud:

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. Mantenimiento del aporte suficiente de agua.
3. Mantenimiento del soporte suficiente de alimentos.
4. Mantenimiento de los cuidados asociados con los procesos de alimentación y los excrementos.
5. Provisión de cuidados para mantener el equilibrio entre la actividad y reposo.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
7. Provisión de cuidados para la prevención de peligros para la vida.
8. Mantenimiento del funcionamiento humano y bienestar humano.
9. Mantenimiento del desarrollo humano dentro de los grupos sociales.

VII. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Diagnóstico de enfermería # 1

Deterioro de la habilidad para la traslación (00090), pág. 122.

Dominio 4: Actividad/ reposo.

Clase 2: Actividad/ ejercicio.

Definición: limitación del movimiento independiente entre 2 superficies cercanas.

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

Requisitos de autocuidado de desviación de salud.

- Deterioro de la habilidad para la traslación relacionado con deterioro del equilibrio, fuerza muscular insuficiente y dolor manifestado por incapacidad para trasladarse entre superficies irregulares e incapacidad para trasladarse de la cama a la silla.

Objetivo: el paciente podrá trasladarse de la cama a la silla con la ayuda de un andador.

Agente de autocuidado terapéutico/agente de autocuidado

Demanda de autocuido: Total y educativo.

Sistema de enfermería: Apoyo educativo.

Criterio de resultado.

Equilibrio. (0202), pág. 362.

Definición: capacidad para mantener el equilibrio del cuerpo.

Dominio: Salud funcional (1)

Clase: Movilidad (C)

Escala: desviación sustancial del rango normal hasta desviación leve del rango normal.

Indicadores:

- 020202 Mantiene el equilibrio mientras está sentado sin respaldo desviación leve del rango normal.
- 020212 Mantiene el equilibrio al levantarse desde la posición de sentado; desviación moderada del rango normal.
- 020201 Mantiene el equilibrio en bipedestación; sustancialmente comprometido.
- 020203 Mantiene el equilibrio al caminar; sustancialmente comprometido.
- 020209 Mantiene el equilibrio sobre un pie; sustancialmente comprometido.
- 020210 Mantiene el equilibrio mientras cambia el peso de un pie a otro; sustancialmente comprometido.
- 020211 Postura, moderadamente comprometido.

Puntuación Diana: 18 **Mantener a:** 18 **Aumentar a:** 27

Intervenciones de enfermería.

Fomentos de ejercicios: extensión. (0202). Pág.422.

Definición: facilitar ejercicios sistemáticos de extensión muscular lenta y mantenimiento con posterior relajación con el fin de preparar los músculos y articulaciones para ejercicios más vigorosos o para aumentar o mantener la flexibilidad corporal.

Acciones de enfermería:

- Ayudar a explorar las propias ideas, motivación y nivel de la forma física neuromusculoesquelética del paciente.
- Ayudar a desarrollar metas realistas a corto y a largo plazo en función del nivel de forma física y estilo de vida.
- Ayudar a desarrollar un programa de ejercicios coherente con la edad, estado físico, metas, motivación y estilo de vida.
- Ayudar a desarrollar un plan de ejercicios que incorpore una secuencia ordenada de movimientos de extensión, aumento en la fase de mantenimiento del movimiento y aumento en el número de repeticiones de cada movimiento de extensión-mantenimiento lento, coherente con el nivel de estado físico musculo esquelético o de alguna patología presente.
- Enseñar que hay que comenzar la rutina de ejercicios por los grupos de músculos/articulaciones que estén menos rígidos o lesionados y cambiar gradualmente a los grupos de músculos/articulaciones más limitados.
- Enseñar a extender lentamente el musculo/articulación hasta el punto de extensión máximo (o un punto de razonable molestia) manteniendo la extensión durante el tiempo específico y posteriormente relajar lentamente los músculos extendidos.
- Realizar demostración de los ejercicios, si es preciso.
- Controlar la tolerancia al ejercicio (presencia de síntomas tales como falta de aire, pulso rápido, palidez, mareo y dolor o inflamación muscular) durante el mismo.
- Colaborar con los miembros de la familia en la planificación, enseñanza y control de un plan de ejercicios.

Fundamento científico

Los terapeutas deben poder realizar una evaluación funcional del paciente y conocer las interrelaciones de la anatomía y la cinesiología de la parte, así como la comprensión del estado de la lesión, de la enfermedad o del procedimiento quirúrgico y su índice potencial de recuperación, las complicaciones, las precauciones y las contraindicaciones. (Al, 1944, pág. 147)

“Cuando se mueve un segmento en toda su amplitud, todas las estructuras de la región resultan afectadas: músculos, superficies articulares, cápsulas, ligamentos, fascias, vasos y nervios” (Fletcher FG, 1991).

Ejecución: se le motivo y oriento a que empezara con las terapias de rehabilitación: programando actividades de ejercicios terapéuticos 2 veces a la semana incluyendo metas alcanzables de acuerdo al estado de salud de la señora Sonia Adriana.

Fecha: 25/09/20

Evaluación: El paciente puede sentarse en la cama mas no puede pararse por sí sola, necesita ayuda para trasladarse de una superficie a otra dentro de la casa, no realiza ninguna actividad física ni ejercicio.

Criterio de resultado: se le motivo a la señora Sonia Adriana a empezar con los ejercicios de rehabilitación, empezando con movimientos de extensión de músculos y articulaciones menos rígidos cambiando a los más limitados; obteniendo como resultado a largo plazo recuperación de la fuerza y tono muscular en brazo y pierna derecha.

Plan de cuidados.

Diagnostico	Resultado NOC	Intervención NIC
Etiqueta 00090). Pág. 122. Deterioro de la habilidad para la traslación Dominio 4: Actividad/ reposo. Clase 2: Actividad/ ejercicio. Dx. de Enf. Deterioro de la habilidad para la traslación relacionado con deterioro del equilibrio, fuerza muscular insuficiente y dolor manifestado por incapacidad para trasladarse entre superficies irregulares e incapacidad para trasladarse de la cama a la silla.	Etiqueta: (0202). Pág. 362. Equilibrio Dominio: Salud funcional (1) Clase: Movilidad (C) Escala: desviación sustancial del rango normal hasta desviación leve del rango normal. Indicadores *020202 Mantiene el equilibrio mientras está sentado sin respaldo; 4. *020212 Mantiene el equilibrio al levantarse desde la posición de sentado; 3. *020203 Mantiene el equilibrio al caminar; 2. *020209 Mantiene el equilibrio sobre un pie; 2. 1. Desviación grave del rango normal. 2. Desviación sustancial del rango normal. 3. Desviación moderada del rango normal. 4. desviación leve del rango normal. 5. Sin desviación del rango normal. Objetivo: la Sra. podrá trasladarse de la cama a la silla con la ayuda de un andador.	Etiqueta: (0202). Pág.422. Fomentos de ejercicios: extensión. Actividades: 1. Ayudar a desarrollar un programa de ejercicios coherente con la edad, estado físico, metas, motivación y estilo de vida 2. Enseñar que hay que comenzar la rutina de ejercicios por los grupos de músculos/articulaciones que estén menos rígidos o lesionados y cambiar gradualmente a los grupos de músculos/articulaciones más limitados. 3. Controlar la tolerancia al ejercicio (presencia de síntomas tales como falta de aire, pulso rápido, palidez, mareo y dolor o inflamación muscular) durante el mismo. Fundamentación científica: Los terapeutas deben poder realizar una evaluación funcional del paciente y conocer las interrelaciones de la anatomía y la cinesiología de la parte, así como la comprensión del estado de la lesión, de la enfermedad o del procedimiento quirúrgico y su índice potencial de recuperación, las complicaciones, las precauciones y las contraindicaciones

Diagnóstico de enfermería #2

Deterioro de la movilidad física (00085), pág. 127.

Dominio 4: Actividad y reposo.

Clase 2: Actividad y ejercicio.

Definición: limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

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

Requisitos de autocuidado de desviación de salud.

- ❖ Deterioro de la movilidad física relacionado con deterioro del estado físico, disminución de la fuerza y masa muscular y dolor manifestado por limitación de la actividad para las habilidades gruesas, enlentecimiento del movimiento.

Objetivo: después de las intervenciones de enfermería a través de terapias y ejercicios de rehabilitación la paciente podrá caminar con la ayuda de un dispositivo de ayuda.

Agente de autocuidado terapéutico/agente de autocuidado

Demanda de autocuidado: Total

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio/apoyo educativo.

Criterio de resultado.

Movilidad. (0208), Pág.440.

Dominio: Salud funcional (I).

Clase: Movilidad (C).

Definición: Capacidad para moverse con resolución en el entorno independiente con o sin mecanismo de ayuda.

Escala: gravemente comprometido hasta sustancialmente comprometido

Indicadores:

- 020801 Mantenimiento del equilibrio; sustancialmente comprometido.
- 020809 Coordinación; gravemente comprometido.
- 020810 Marcha; sustancialmente comprometido.
- 020815 Integridad ósea de la extremidad inferior; sustancialmente comprometido.
- 020803 Movimiento muscular; sustancialmente comprometido.
- 020804 Movimiento articular; sustancialmente comprometido
- 020806 Ambulación; gravemente comprometido
- 020814 Se mueve con facilidad; sustancialmente comprometido.

Puntuación Diana: 15 **Mantener a:** 15 **Aumentar a:** 30.

Intervención de enfermería.

Enseñanza actividad/ejercicio prescrito (5612), pág. 327.

Preparar a un paciente para que consiga o mantenga el nivel de ejercicio prescrito.

Acciones de enfermería:

- 561201 Evaluar el nivel actual del paciente de ejercicio y conocimiento de la actividad/ ejercicio prescrito.
- 561202 Informar al paciente del propósito y los beneficios de la actividad/ ejercicios prescritos.
- 561203 Enseñar al paciente a realizar la actividad/ ejercicio prescrito

- 561204 Enseñar al paciente como controlar la tolerancia a la actividad.
- 561205 Enseñar al paciente a llevar un diario ejercicio, si resulta posible.
- 561206 Informar al paciente acerca de las actividades apropiadas en función del estado físico.
- 561211 Instruir al paciente para avanzar de forma segura en la actividad/ ejercicio.
- 561213 Enseñar al paciente una buena postura, y la mecánica corporal, si procede.
- 561214 Observar al paciente mientras realiza la actividad/ejercicio
- 561221 Incluir a la familia.
- 561225 Ayudar al paciente a marcarse objetivos para un aumento lento y constante del ejercicio.
- 561227 Indicar al paciente que notifique los posibles problemas (p.ej., dolor, mareo y tumefacción).
- 561229 Proporcionar una retroalimentación frecuente para evitar recurrir en malos hábitos.

Fundamento científico.

“El objetivo final de cualquier programa de ejercicio terapéutico es conseguir movimientos y funcionalidad asintomáticos” (Al, 1944).

Muchos factores, como enfermedades, desuso e inmovilización, pueden debilitar los músculos. El empleo terapéutico de resistencia es un programa de ejercicio, sea aplicada manual o mecánicamente, forma parte integral del plan de asistencia al paciente cuando el objetivo final es mejorar la fuerza, la resistencia física y la función física general. (Al, 1944, pág. 8)

Ejecución: antes que nada se le informo a la paciente y familiar las actividades que se le va a realizar y cuál sería nuestro objetivo, se empezó a llevar a cabo ejercicios terapéuticos para conseguir más equilibrio y fuerza en las piernas; antes de cada ejercicio se realizó calentamiento.

Fecha: 30/09/20

Evaluación: el paciente puede levantarse de la cama mas no puede caminar, presenta dolor articular en las rodillas.

Criterios de resultado: Durante este periodo de rehabilitación que se le ha otorgado a la paciente habido grandes cambios, como el poder pararse y caminar por sí sola apoyándose en objetos firmes durante 15-30 minutos.

Diagnostico	Resultado NOC	Intervención NIC
Etiqueta: (00085), Pág. 127. Pág. Deterioro de la movilidad física. Dominio 4: Actividad y reposo. Clase 2: Actividad y ejercicio. Dx. de Enf. Deterioro de la movilidad física relacionado con deterioro del estado físico, disminución de la fuerza y masa muscular y dolor manifestado por limitación de la actividad para las habilidades gruesas, enlentecimiento del movimiento.	Etiqueta: (0208), Pág. 440. Movilidad. Dominio: Salud funcional (I). Clase: Movilidad (C). Escala: gravemente comprometido hasta sustancialmente comprometido Indicadores 1. 020801 Mantenimiento del equilibrio; 2. 2. 020809 Coordinación; 1. 3. 020810 Marcha; 2. 4. 020803 Movimiento muscular; 2. 5. 020804 Movimiento articular; 2. 6. 020806 Ambulación; 1. 7. 020814 Se mueve con facilidad; 2. 1. Gravemente. 2. Sustancialmente. 3. Moderadamente. 4. Levemente. 5. No comprometido Dx. de Enf. Después de las intervenciones de	Etiqueta: (5612), Pág. 327. Enseñanza actividad/ejercicio prescrito. Actividades: 1. Enseñar al paciente a realizar la actividad/ ejercicio prescrito 2. Enseñar al paciente como controlar la tolerancia a la actividad. 3. Enseñar al paciente a llevar un diario ejercicio, si resulta posible. 4. Informar al paciente acerca de las actividades apropiadas en función del estado físico. 5. Instruir al paciente para avanzar de forma segura en la actividad/ ejercicio. 6. Enseñar al paciente una buena postura, y la mecánica corporal, si procede. 7. Observar al paciente mientras realiza la actividad/ejercicio Fundamentación científica.

	enfermería a través de terapias y ejercicios de rehabilitación la paciente podrá caminar con la ayuda de un dispositivo de ayuda	El objetivo final de cualquier programa de ejercicio terapéutico es conseguir movimientos y funcionalidad asintomáticos.
--	--	--

Diagnóstico de enfermería # 3.

Deterioro de la integridad tisular (00044), pág.312

Dominio 11: seguridad/ protección.

Clase 2: lesión física.

Definición: lesión de la membrana mucosa, córneas, sistema integumentario, fascia muscular, musculo, tendón, hueso, cartílago, cápsula articular o ligamento.

Requisitos de autocuidado universal: mantenimiento de un aporte suficiente de líquidos y nutrientes.

Requisitos de desviación de salud.

- Deterioro de la integridad tisular relacionado con deterioro de la movilidad física, déficit de líquidos, factores nutricionales por déficit manifestado por lesión tisular membranas mucosas.

Objetivo: después de las pláticas sobre la importancia de una buena alimentación el paciente llevara un aporte suficiente de líquidos y nutrientes en su alimentación.

Agente de autocuidado terapéutico/agente de autocuidado

Demanda de autocuido: Parcial.

Sistema de enfermería: Apoyo educativo.

Criterio de resultado

Estado nutricional. (1004), pág. 398.

Dominio: Salud fisiológica (II).

Clase: Digestión y nutrición (K)

Definición: grado en que los nutrientes son ingeridos y absorbidos para satisfacer las necesidades metabólicas.

Escala: desviación sustancial del rango normal hasta desviación moderada del rango normal.

Indicadores:

- 100401 Ingestión de nutrientes desviación sustancial del rango normal.
- 100402 Ingestión de alimentos desviación sustancial del rango normal.
- 100403 Energía desviación sustancial del rango normal.
- 100405 Relación peso y talla desviación sustancial del rango normal.
- 100408 Ingesta de líquidos desviación sustancial del rango normal.
- 100411 Hidratación desviación sustancial del rango normal.
- **Puntuación Diana: 17 Mantener a: 17 Aumentar a: 24**

Intervención de enfermería

Manejo de la nutrición (1100), pág. 526.

Proporcionar y fomentar una ingesta equilibrada de nutrientes

Acciones de enfermería.

- Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Identificar las alergias o intolerancias del paciente.
- Determinar las preferencias alimentarias del paciente.
- Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales (es decir comentar las directrices dietéticas y las pirámides de alimentos).
- Ajustar las dietas según sean necesario.
- Enseñar al paciente sobre los requisitos de la dieta en función de su enfermedad.
- Asegurarse de que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.

Fundamento científico:

La alimentación es una necesidad básica de todos los seres humanos, imprescindible para la supervivencia y que, entre otros factores, influye en el estado de salud ya que una correcta alimentación previene enfermedades y mejora la evolución clínica de las mismas. La alimentación equilibrada, junto con una correcta hidratación y el ejercicio físico, son considerados pilares fundamentales para mantener la salud. (Moreno Hidalgo, 2017, pág. 190)

La OMS nos dice que “la nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud”.

Ejecución: a la Sra. se le ha brindado orientación e información de la buena alimentación que consiste en ingerir una variedad de alimentos que brinden los nutrientes suficientes que necesita el cuerpo para mantenerse sana, sentirse bien y tener energía.

Se le explico que tipo el alimentación debe tener; bajo en sodio y azucares debe consumir porque ella presenta obesidad y es hipertensa.

FECHA: 03/10/20.

Evaluación: la paciente no tiene buena alimentación debido a que no tiene los recursos suficientes para abastecer su canasta básica y por el momento ella no puede valerse por sí misma.

Criterios de resultado: de acuerdo al diagnóstico y objetivo planeado la Sra. y esposo han tratado de mejorar sus hábitos alimenticios omitiendo los alimentos ricos en grasas, azucares y sodio, ha logrado bajar 5 kilogramos en 2 meses y ha podido regular la presión.

Plan de cuidados.

Diagnostico	Resultado NOC	Intervención NIC
Etiqueta: (00044), Pág.312 Deterioro de la integridad tisular. Dominio 11: seguridad/protección. Clase 2: lesión física. Dx. de Enf. Deterioro de la integridad tisular relacionado con deterioro de la movilidad física, déficit de líquidos, factores nutricionales por déficit manifestado por lesión tisular membranas mucosas.	Etiqueta: (1004), Pág. 398. Estado nutricional. Dominio: Salud fisiológica (II). Clase: Digestión y nutrición (K) Escala: desviación sustancial del rango normal hasta desviación moderada del rango normal. Indicadores: 1. 100401 Ingestión de nutrientes; 2. 2. 100402 Ingestión de alimentos; 2. 3. 100403 Energía; 2. 4. 100405 Relación peso y talla; 2. 5. 100408 Ingesta de líquidos; 2. 6. 100411 Hidratación; 2.	Etiqueta: (1100), Pág. 526. Manejo de la nutrición. Actividades: 1. Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales. 2. Identificar las alergias o intolerancias del paciente. 3. Determinar las preferencias alimentarias del paciente. 4. Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales (es decir comentar las directrices dietéticas y las pirámides de alimentos. 5. Ajustar las dietas según sean necesario. 6. Enseñar al paciente sobre los

	1. Desviación grave. 2. Desviación sustancial. 3. Desviación moderada. 4. Desviación leve. 5. Sin desviación. Objetivos: después de las pláticas sobre la importancia de una buena alimentación el paciente llevara un aporte suficiente de líquidos y nutrientes en su alimentación.	requisitos de la dieta en función de su enfermedad. 7. Asegurarse de que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento. Fundamentación científica: La OMS nos dice que “la nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud”.
--	---	---

Diagnóstico de enfermería # 4.

Déficit de autocuidado: baño (00108), pág. 152.

Dominio: Actividad/reposo.

Clase: Autocuidado.

Definición: deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades del baño

Requisitos de autocuidado universal: mantenimiento del funcionamiento humano y bienestar humano.

Requisitos de autocuidado de desviación de salud.

Definición: deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades del baño.

- Déficit de autocuidado relacionado con deterioro musculo esquelético, deterioro muscular, dolor y debilidad manifestado por incapacidad para acceder al cuarto de baño.

Objetivos: mejorar la calidad de vida de la paciente en las actividades de la vida diaria fomentando el autocuidado y ayudarlo a que se vuelva independiente en su higiene personal.

Agencia de cuidado terapéutico/agente de autocuidado

Demanda de autocuidado: Total.

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio/apoyo educativo.

Criterio de resultado.

Autocuidado higiene. (0305), pág. 144.

Dominio: Salud funcional (I)

Clase: Autocuidado (D)

Definición: acciones personales para mantener la higiene corporal y un aspecto aseado independientemente con o sin dispositivo de ayuda.

Escala: desde sustancialmente comprometido hasta moderadamente comprometido.

Indicadores:

- 30501 Se lava las manos moderadamente comprometido.
- 30503 Se lava la zona perineal sustancialmente comprometida.
- 30504 Se limpia los oídos sustancialmente comprometido.
- 30505 Mantiene la nariz limpia moderadamente comprometido.

- 30506 Mantiene la higiene oral moderadamente comprometida.
- 30508 Se lava el pelo sustancialmente comprometido.
- 30509 Se peina o cepilla el pelo sustancialmente comprometido.
- 30512 Se cuida las uñas de las manos sustancialmente comprometido.
- 30513 Usa el espejo sustancialmente comprometido.
- 30514 Mantiene una apariencia pulcra sustancialmente comprometido.
- 305016 Se cuida las uñas de los pies sustancialmente comprometido.
- 30517 Mantiene la higiene corporal sustancialmente comprometida.

Puntuación Diana: 30 **Mantener a:** 30 **Aumentar a:** 48

Intervención de enfermería.

Ayuda al autocuidado (1800), pág.174

Ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria

Acciones de enfermería

- Comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente.
- Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos adaptados para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse.
- Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño).
- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.
- Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia.

- Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.
- Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizarla acción dada.
- Establecer una rutina de actividades de autocuidado.
- Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidado.
- Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidado.
- Proporcionar un ambiente terapéutico garantizando una experiencia de calidad, relajante, privada y personalizada.

Fundamento científico:

Las actividades que realizamos en la vida diaria son aquellas como: vestarnos, alimentarse, calzar, aseo personal, aseo de la casa, salir de compras o paseo, deportes, caminar entre otras actividades y estas funciones dependen de algunos factores como el estado de salud de la persona, estado de ánimo, edad entre otros.

La primera definición de AVD fue elaborada en 1978 por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional y lo define como: *“Los componentes de la actividad cotidiana comprendido en las actividad de autocuidado, trabajo y juego/ocio”* (P, 2005, pág. 3).

Son actividades orientadas hacia el cuidado del propio cuerpo. Baño / ducha, cuidado de la vejiga y de los intestinos, vestirse, comer, alimentación, movilidad funcional, cuidado de las ayudas técnicas personales, higiene personal y aseo, actividad sexual, dormir / descanso, higiene del inodoro. (Akinwuntan A. E, 2012-2020)

Las actividades de la vida diaria abarcan las actividades más frecuentes que realiza un sujeto, están relacionadas con lo familiar, diario, cotidiano, con las necesidades humanas, con la independencia y con el uso del tiempo. En función de su complejidad cognitiva y fin, hacia uno mismo o en relación con el entorno, se han establecido dos niveles: actividades básicas y actividades instrumentales de la vida diaria. (Romero Ayuso, 2007, pág. 8)

Ejecución: se comprobó la capacidad de la Sra. para ejercer un autocuidado independiente, observando si existen necesidades de adaptarse a un dispositivo para así poder vestirse, alimentarse o realizar el aseo personal. Con base a esto se llevó una planificación de actividades dependiendo de las necesidades establecidas entre los procesos afectados como problemas en la activación coordinada y fuerza entre los grupos musculares. Teniendo como objetivo la educación del paciente y su entorno con base a los patrones funcionales de manipulación y movimiento.

Fecha: 07/10/2020

Evaluación: la paciente no puede realizar actividades de higiene personal por sí sola; refiere el baño una vez a la semana, se peina de vez en cuando, utiliza pañal en las noches y en el día le arriman un cómodo; no tiene buena higiene personal

Criterio de resultado: los resultados que se han obtenido son muy poco notorias ya que debido a su condición de salud está limitada a realizar algunas actividades de la vida diaria; pero sin embargo con el apoyo brindado por su esposo y personal de salud, pudo pararse por sí sola, cepillarse, comer por sí sola y trata de escribir algunas palabras, así como peinarse.

Plan de cuidados

Diagnostico	Resultado NOC	Intervención NIC
Etiqueta:(00108), Pág. 152. Déficit de autocuidado: baño. Dominio: Actividad/reposo. Clase: Autocuidado. Dx. De Enf. Déficit de autocuidado relacionado con deterioro musculo esquelético, deterioro muscular, dolor y debilidad manifestado por incapacidad para acceder al cuarto de baño.	Etiqueta: (0305), Pág. 144. Autocuidado higiene. Dominio: Salud funcional (I) Clase: Autocuidado (D) Escala: desde sustancialmente comprometido hasta moderadamente comprometido. Indicadores: 1. 30501 Se lava las manos; 2. 2. 30503 Se lava la zona perineal; 2. 3. 30504 Se limpia los oídos; 2. 5. 30505 Mantiene la nariz limpia; 3. 6. 30506 Mantiene la higiene oral; 3. 7. 30508 Se lava el pelo; 2. 8. 30509 Se peina o cepilla el pelo; 2. 9. 30512 Se cuida las uñas de las manos; 2. 10. 30514 Mantiene una apariencia pulcra; 2. 11. 30517 Mantiene la higiene corporal; 2. 1. Gravemente. 2. Sustancialmente. 3. Moderadamente. 4. Levemente. 5. No comprometido Objetivos: mejorar la calidad de vida de la paciente en las actividades de la vida diaria fomentando el autocuidado y ayudarlo a que se vuelva independiente en su higiene personal.	Etiqueta: (1800), Pág.174. Ayuda al autocuidado. Actividades: 1. Comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente. 2. Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos adaptados para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse. 3. Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia. 4. Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad. 5. Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizarla acción dada. 6. Establecer una rutina de actividades de autocuidado. 7. Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidado. 8. Proporcionar un ambiente terapéutico garantizando una experiencia de calidad, relajante, privada y personalizada. Fundamentación científica. Son actividades orientadas hacia el cuidado del propio cuerpo. Baño / ducha, cuidado de la vejiga y de los intestinos, vestirse, comer, alimentación, movilidad funcional, cuidado de las ayudas técnicas personales, higiene personal y aseo, actividad sexual, dormir / descanso, higiene del inodoro

Diagnóstico de enfermería #5.

Riesgo de soledad (00054), pág.189.

Dominio 6: Autopercepción.

Clase 1: Autoconcepción.

Definición: vulnerable a experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de un mayor contacto con los demás, que puede comprometer la salud.

Requisitos de autocuidado universal: mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

Requisitos de autocuidado de desviación de salud

- Riesgo de soledad relacionado con aislamiento físico y social manifestado por incapacidad para valerse por sí misma, abandono familiar- social y pérdida del habla (afasia).

Objetivo: que la Sra. logre disminuir la desesperanza y la soledad por medio de terapia ocupacional, terapias de rehabilitación del lenguaje y comprensión.

Agente de autocuidado terapéutico/agente de autocuidado

Demanda de autocuidado: Parcial.

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio/apoyo educativo.

Criterio de resultado.

Participación en actividades de ocio. (1604), pág. 472.

Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV)

Clase: Conducta de salud (Q)

Definición: uso de actividades relajantes, interesantes y de ocio para fomentar el bienestar.

Escala: raramente demostrado.

Indicadores:

- Participación en actividades diferentes al trabajo habitual raramente demostrado.
- Participa en actividades de ocio que requieren mucho esfuerzo físico raramente demostrado.
- Participa en actividades de ocio que requieren poco esfuerzo físico raramente demostrado.
- Elige actividades de ocio de interés raramente demostrado.
- Sentimiento de satisfacción con las actividades de ocio raramente demostrado.
- Huso de habilidades sociales de interacción apropiadas raramente demostrado.

Puntuación Diana: 12

Mantener a: 12

Aumentar a: 24

Intervención de enfermería.

Control del humor (5330), pág. 217

Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un estado de ánimo disfuncionalmente deprimido o eufórico.

Acciones de enfermería:

- Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progrese el tratamiento.
- Administrar cuestionarios autocumplimentados (Inventario de depresión de Beck, escalas del estado funcional) según corresponda.

- Determinar si el paciente supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás.
- Poner en práctica las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente y a los que lo rodean del riesgo de daños físicos (suicidio, autolesiones, fugas, violencia)
- Comprobar la capacidad de autocuidado (aseo, higiene, ingesta de alimentos/líquidos, evacuación).
- Ayudar con el autocuidado si es necesario.
- Vigilar el estado físico del paciente (peso corporal e hidratación).
- Ayudar a que el paciente asuma una mayor responsabilidad en el autocuidado a medida que pueda hacerlo.
- Vigilar la función cognitiva (concentración, atención, memoria, capacidad de procesar información y toma de decisiones).
- Utilizar un lenguaje sencillo, concreto y exacto durante el contacto con el paciente que tiene déficits cognitivos.
- Utilizar ayudas para la memoria y pistas visuales para ayudar al paciente con déficits cognitivo.
- Limitar las oportunidades para tomar decisiones en los pacientes con déficits cognitivos.
- Enseñar al paciente habilidades para tomar decisiones, según sea necesario.
- Animar al paciente a que adopte un papel activo en el tratamiento y rehabilitación, según corresponda.
- Relacionarse con el paciente a intervalos regulares para realizar los cuidados y darle oportunidad de hablar acerca de sus sentimientos.
- Ayudar al paciente a controlar conscientemente el estado de ánimo (escala de clasificación del 1 al 10 y llevar diario)

- Proporcionar habilidades sociales o entrenamiento en asertividad, según sea necesario.
- Ayudar en la administración de la “fototerapia” para levantar el estado de ánimo.

Fundamento científico:

Ignacio nos menciona que el déficit cognitivo depende del hemisferio cerebral afectado. En las lesiones del hemisferio izquierdo se presentan deficiencia del lenguaje, del gesto y de la comunicación, como afasias y apraxias mientras que en las lesiones derechas se caracterizan por presentar alteraciones del reconocimiento y de la exploración del espacio corporal y extracorporal. (Devesa Gutiérrez Ignacio, 2014, pág. 95)

El trastorno de la comunicación fundamental es la afasia, que puede ser de predominio expresivo o de comprensión, y asociarse a un trastorno articulatorio o disartria, a una alteración de la lectura o alexia y a otras alteraciones como la escritura (agrafia) y el cálculo (acalculia). También puede existir una disartria aislada sin afasia por alteración motora oral y perioral, cerebelosa o extrapiramidal. (Ángel, 2006, pág. 14)

Ejecución: se llevó acabo con la Sra. terapias de rehabilitación del lenguaje y comprensión, empezando con la comprensión, el ejercicio consistía en el juego de la comunicación entre terapeuta y paciente; tratándose de frases sencillas que permitan comprender al paciente. Otro ejercicio que se realizo es repetir varias veces la pronunciación de algunas palabras sencillas. También utilizamos fotografías familiares y de algunas celebridades que le gustaban a la paciente para que ella las reconociera o recordárselas.

Fecha: 07/10/20

Evaluación: la Sra. tiene un estado de ánimo poco depresivo ya que no cuenta con el apoyo de su familia, desde su enfermedad se han olvidado de ella el único apoyo que tiene es el de su esposo. No puede comunicarse de forma verbal por la afasia que presenta y trata de comunicarse por medio de señas, trata de pararse de la cama mas no puede caminar porque presenta atrofia muscular, no puede escribir bien las palabras.

Plan de cuidados.

Diagnostico	Resultado NOC	Intervención NIC
Etiqueta: (00054), Pág.189. Riesgo de soledad. Dominio 6: Autopercepción. Clase 1: Autoconcepción. Dx. de Enf. Riesgo de soledad relacionado con aislamiento físico y social manifestado por incapacidad para valerse por sí misma, abandono familiar- social y pérdida del habla (afasia).	Etiqueta: (1604), Pág. 472. Participación en actividades de ocio. Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: Conducta de salud (Q) Escala: raramente demostrado. Indicadores: 1. Participación en actividades diferentes al trabajo habitual; 2. 2. Participa en actividades de ocio que requieren mucho esfuerzo físico; 2. 3. Participa en actividades de ocio que requieren poco esfuerzo físico; 2. 4. Elige actividades de ocio de interés; 2. 5. Sentimiento de satisfacción con las actividades de ocio; 2. 6. Uso de habilidades sociales de interacción apropiadas; 2. 1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado.	Etiqueta: (5330), Pág. 217 Control del humor. Actividades: 1. Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progrese el tratamiento. 2. Administrar cuestionarios autocumplimentados (Inventario de depresión de Beck, escalas del estado funcional) según corresponda. 3. Determinar si el paciente supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás. 4. Comprobar la capacidad de autocuidado (aseo, higiene, ingesta de alimentos/líquidos, evacuación). 5. Vigilar el estado físico del paciente (peso corporal e hidratación). 6. Ayudar a que el paciente asuma una mayor responsabilidad en el autocuidado a medida que pueda hacerlo. 7. Vigilar la función cognitiva (concentración, atención, memoria, capacidad de procesar información y toma de decisiones). 8. Utilizar ayudas para la memoria y pistas visuales para ayudar al paciente con déficits cognitivo. 9. Animar al paciente a que adopte un papel activo en el tratamiento y rehabilitación, según corresponda. 10 Relacionarse con el paciente a intervalos regulares para realizar los cuidados y darle oportunidad de hablar acerca de sus sentimientos. 11. Ayudar en la administración de la

	Objetivo: que la Sra. logre disminuir la desesperanza y la soledad por medio de terapia ocupacional, terapias de rehabilitación del lenguaje y comprensión.	“fototerapia” para levantar el estado de ánimo. Fundamentación científica. El trastorno de la comunicación fundamental es la afasia, que puede ser de predominio expresivo o de comprensión, y asociarse a un trastorno articulatorio o disartria, a una alteración de la lectura o alexia y a otras alteraciones como la escritura (agrafia) y el cálculo (acalculia).
--	--	--

Diagnóstico de enfermería #6.

Riesgo de caídas (00155), pág. 306

Dominio 11: Seguridad/ protección

Clase 2: Lesión física.

Definición: vulnerabilidad a un aumento de la susceptibilidad a las caídas, que puede causar daño físico y comprometer la salud.

Requisitos de autocuidado universal: mantenimiento equilibrio entre la actividad y reposo.

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud.

- Riesgo de caídas relacionado con historia de caídas, vivir solo, enfermedad vascular manifestado por incapacidad y dificultad para moverse.

Objetivos: orientar a la Sra. y familiar para que conozcan más sobre su estado de salud actual y evitar que la paciente presente riesgo caídas identificando las características del entorno en el que vive y cuales puedan ocasionar caídas por ejemplo: objetos en el piso, muebles pequeños.

Agente de autocuido terapéutico/agente de autocuidado

Demanda de autocuidado: Parcialmente.

Sistema de enfermería: parcialmente compensador/Apoyo educativo

Criterio de resultado.

Control del riesgo. (1902), pág. 275.

Clase: Conocimiento y conducta de salud (IV).

Dominio: Control del riesgo (T).

Definición: acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir caídas.

Escala: a veces demostrado.

Indicadores.

- 193902 Identificar factor de riesgos para evitar caídas; a veces demostrado.
- 193903 Reconoce los riesgos personales que le pueden ocasionar caídas; a veces demostrado.
- 193904 Reconoce las posibles consecuencias de las caídas, a veces demostrado.
- 193913 Usa zapatos o zapatillas bien ajustado con suela antideslizante para caminar; a veces demostrado.
- 193914 Realiza ejercicio regulares para mantener la fuerza y el equilibrio; raramente demostrado.
- 193915 Mantiene la nutrición e hidratación para mantener la fuerza y el equilibrio; raramente demostrado.

- 193919 Utiliza estrategias para reducir el riesgo de caídas cuando se transfiere de una superficie a otra; a veces demostrado.

Puntuación diana: 19 **Mantener a:** 19 **Aumentar a:** 26.

Intervención de enfermería.

Prevención de caídas (6490), pág. 684.

Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.

Actividades de enfermería

- Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.
- Revisar los antecedentes de caídas con el paciente y familia.
- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas.
- Controlar la marcha, equilibrio y el cansancio al deambular.
- Preguntar al paciente por su percepción de equilibrio.
- Sugerir al paciente cambios en la marcha.
- Proporcionar dispositivos de ayuda para conseguir una marcha estable.
- Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.
- Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa.
- Observar la habilidad para pasar de la cama a la silla y viceversa.
- Retirar los muebles bajos (bancos y mesa) que supongan un riesgo de tropiezo
- Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo.

- Asegurar que el paciente lleven zapatos que se ajusten correctamente, firmemente atados y con suelas antideslizantes.
- Ayudar a la familia a identificar los peligros del hogar y a modificarlos.
- Establecer un programa de ejercicios físicos rutinarios que incluya andar.

Fundamentación científica.

Delia E Gonzales define el autocuidado como las acciones que asumen las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal, son las prácticas de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud para prevenir enfermedades. (Sillas González Delia Esperanza, 2011, pág. 18)

Dorotea Orem menciona 3 condiciones básicas para determinar las necesidades de autocuidado: la universalidad, el autocuidado de la salud es común a todas las personas; el desarrollo. “Para poner en práctica el autocuidado de la salud es importante examinar los factores que influyen, ver qué tipo de problemas en salud se presentan y conocer el déficit de autocuidado” (Sillas González Delia Esperanza, 2011).

Ejecución: se identificó junto con el familiar de la Sra. las conductas y factores que podrían ocasionar riesgo de caídas identificando las características del ambiente y su entorno que puedan ocasionar caídas a la paciente por ejemplo: objetos en el piso, muebles pequeños, poca iluminación en el cuarto, el no utilizar accesorios para caminar o trasladarse. Más que nada se orientó a la paciente y familiar para que conozcan más sobre su estado de salud actual y así poder responsabilizarse de su enfermedad y sepan cómo actuar.

Fecha: 30/09/20.

Evaluación: la Sra. puede identificar cuáles pueden ser algunos riesgos de caída que puede presentar, no cuenta con barandales en su cama ni en las paredes de su casa ya que son de muy bajos recursos.

Criterios de resultado: la Sra. ha identificado algunos riesgos de caída que puede presentar y como prevenirlas.

Plan de cuidados.

Diagnostico	Resultado NOC	Intervención NIC
Etiqueta: (00155), pág. 306. Riesgo de caídas. Dominio 11: Seguridad/protección Clase 2: Lesión física. Dx. de Enf. Riesgo de caídas relacionado con historia de caídas, vivir solo, enfermedad vascular manifestado por incapacidad y dificultad para moverse.	Etiqueta: (1902), Pág. 275. Control del riesgo. Clase: Conocimiento y conducta de salud (IV). Dominio: Control del riesgo (T). Escala: a veces demostrado. Indicadores: 1. 193902 Identificar factor de riesgos para evitar caídas; 3. 2. 193903 Reconoce los riesgos personales que le pueden ocasionar caídas; 3. 3. 193904 Reconoce las posibles consecuencias de las caídas; 3. 4. 193913 Usa zapatos o zapatillas bien ajustado con suela antideslizante para caminar; 2. 5. 193914 Realiza ejercicio regulares para mantener la fuerza y el equilibrio; 2. 6. 193915 Mantiene la nutrición e hidratación para mantener la fuerza y el equilibrio; 2. 7. 193919 Utiliza estrategias para reducir el riesgo de caídas cuando se transfiere de una superficie a otra; 3. 1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado. Objetivos: orientar a la Sra. y familiar para que conozcan más sobre su estado de	Etiqueta: (6490), Pág. 684. Prevención de caídas Actividades: 1. Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas. 2. Revisar los antecedentes de caídas con el paciente y familia. 3. Controlar la marcha, equilibrio y el cansancio al deambular. 4. Preguntar al paciente por su percepción de equilibrio. 5. Proporcionar dispositivos de ayuda para conseguir una marcha estable. 6. Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos. 7. Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa. 8. Observar la habilidad para pasar de la cama a la silla y viceversa. 9. Retirar los muebles bajos (bancos y mesa) que supongan un riesgo de tropiezo 10. Asegurar que el paciente lleven zapatos que se ajusten correctamente, firmemente atados y con suelas antideslizantes. 11. Establecer un programa de ejercicios físicos rutinarios que incluya andar Fundamentación científica: Dorotea Orem menciona 3 condiciones básicas para determinar las necesidades de autocuidado: la universalidad, el autocuidado de la salud es común a

	salud actual y evitar que la paciente presente riesgo caídas identificando las características del entorno en el que vive y cuales puedan ocasionar caídas por ejemplo: objetos en el piso, muebles pequeños.	todas las personas; el desarrollo. “Para poner en práctica el autocuidado de la salud es importante examinar los factores que influyen, ver qué tipo de problemas en salud se presentan y conocer el déficit de autocuidado”.
--	---	---

Diagnóstico de enfermería #7.

Patrón respiratorio ineficaz (00032). Pág. 138.

Dominio 4: Actividad/reposo.

Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar.

Definición: la inspiración o espiración no proporciona ventilación adecuada.

Requisitos de autocuidado: mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Requisito de autocuidado de desviación de salud.

- Patrón respiratorio ineficaz relacionado con hiperventilación, disfunción neuromuscular de los músculos respiratorios manifestado por disnea, aleteo nasal, uso de los músculos accesorios para respirar.

Objetivo: que la Sra. pueda regular su signo vital como la respiración y la presión arterial través de las terapias de rehabilitación ayudar al destete respiratorio.

Agente de autocuidado terapéutico/agente de autocuidado

Demanda de autocuidado: Parcial.

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio/apoyo educativo.

Criterio de resultado.

Conocimiento: manejo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. (1848), pág. 227.

Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV).

Clase: Conocimiento sobre su condición de salud (GG)

Definición: grado de conocimiento transmitido sobre la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, su tratamiento y la prevención de la progresión de la enfermedad y las complicaciones.

Escala: conocimiento escaso hasta conocimiento moderado.

Indicadores:

- 184802 Proceso de la enfermedad; conocimiento moderado.
- 184803 Factores de riesgo para la progresión de la enfermedad; conocimiento moderado.
- 184804 Signos y síntomas de la EPOC; conocimiento moderado.
- 184805 Signos y síntomas de las complicaciones; conocimiento moderado.
- 184806 Problemas de seguridad relacionados con el uso del oxígeno; conocimiento moderado.
- 184808 Estrategias para manejar la EPOC; conocimiento moderado.
- 184828 Técnicas de respiración efectiva; conocimiento moderado.
- 184829 Efecto sobre el estilo de vida; conocimiento moderado.
- 184836 Grupo de apoyo disponible; conocimiento escaso.

Puntuación Diana: 26

Mantener a: 26

Aumentar a: 35

Intervención de enfermería.

Monitorización de los signos vitales (6680). Pág. 624.

Recogida y análisis de los datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.

Actividades de enfermería:

- Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura, y estado respiratorio, según corresponda.
- Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.
- Monitorizar la presión arterial mientras el paciente este acostado, sentado y de pie antes y después de cambiar de posición.
- Monitorizar la presión después de que el paciente tome las medicaciones, si es posible.
- Auscultar la presión arterial en ambos brazos y comparar según corresponda.
- Monitorizar la presión arterial, pulso y respiraciones, durante y después de la actividad.
- Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardiaca.
- Monitorizar los tonos cardiacos.
- Monitorizar los tonos pulmonares.
- Monitorizar si se producen esquemas respiratorios anormales (Cheyne- Stokes, Kussmaul, Biot, apneustico, atáxico y suspiros excesivos).
- Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
- Monitorizar si hay cianosis central y periférica.

Fundamento científico.

“Requiere de la permanente observación, del monitoreo continuo de los signos vitales y neurológicos para el reconocimiento temprano del deterioro hemodinámico y neurológico. (Bullock B, 2005).

“Los signos vitales (SV) son valores que permiten estimar la efectividad de la circulación, de la respiración y de las funciones neurológicas basales y su réplica a diferentes estímulos fisiológicos y patológicos” (Villegas González Juliana, 2012).

Villegas nos menciona que SV constituyen una herramienta valiosa, como indicadores que son del estado funcional del individuo y su toma está indicada al ingreso y egreso del paciente al centro asistencial, durante la estancia hospitalaria, de inmediato cuando el paciente manifiesta cambios en su condición funcional y según la prescripción médica. (Villegas González Juliana, 2012, pág. 223)

“En condiciones normales, la respiración es rítmica, pausada y la frecuencia es estable; aunque fisiológicamente varía con la edad y actividades” (Falcón Hernández Arelys, 2005).

Ejecución: se le tomo signos vitales a la Sra. explicándole cual es la importancia de mantener los rangos normales y a que conlleva una alteración, identificando los factores que podrían conllevar a una alteración de los SV y las consecuencias que podrían llevar dicha alteración. Se llevó acabo terapias de rehabilitación respiratoria

Fecha: 30/09/20

Evaluación: el estado respiratorio de la Sra. es ineficaz por lo que utiliza oxígeno suplementario a domicilio las 24 horas del día, mantiene una mala hidratación, temperatura (36.8°C), tegumentos poco hidratados, es hipertensa (150/100mmHg), pulsaciones por minuto (90X').

Criterios de resultado: la Sra. ha tomado en cuenta las sugerencias que le he brindado sobre la importancia de mantener los signos vitales normales, poco a poco va modificando su estilo de vida, tanto en la alimentación e hidratación, como en ejercicios físicos. Ha logrado el destete respiratorio artificial por periodos de 10-15 minutos; al igual que ha regulado la presión arterial manteniéndola de 125/90 mmHg.

Plan de cuidados.

Diagnostico	Resultado NOC	Intervención NIC
Etiqueta: (00032). Pág.138. Patrón respiratorio ineficaz Dominio 4: Actividad/reposo. Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar. Dx. de Enf. Patrón respiratorio ineficaz relacionado con hiperventilación, disfunción neuromuscular de los músculos respiratorios manifestado por disnea, aleteo nasal, uso de los músculos accesorios para respirar.	Etiqueta: (1848), Pág. 227. Conocimiento: manejo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV). Clase: Conocimiento sobre su condición de salud (GG) Escala: conocimiento escaso hasta conocimiento moderado. Indicadores: 1. 184802 Proceso de la enfermedad; 3. 2. 184803 Factores de riesgo para la progresión de la enfermedad; 3. 3. 184804 Signos y síntomas de la EPOC; 3. 4. 184805 Signos y síntomas de las complicaciones; 3. 5. 184806 Problemas de seguridad relacionados con el uso del oxígeno; 3 6. 184808 Estrategias para manejar la EPOC; 3. 7. 184828 Técnicas de respiración efectiva; 3. 8. 184829 Efecto sobre el estilo de vida; 3.	Etiqueta: (6680). Pág. 624. Monitorización de los signos vitales. Actividades: 1. Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura, y estado respiratorio, según corresponda. 2. Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial. 3. Monitorizar la presión arterial mientras el paciente este acostado, sentado y de pie antes y después de cambiar de posición. 4. Monitorizar la presión después de que el paciente tome las medicaciones, si es posible. 5. Auscultar la presión arterial en ambos brazos y comparar según corresponda. 6. Monitorizar la presión arterial, pulso y respiraciones, durante y después de la actividad. 7. Monitorizar si se producen esquemas respiratorios anormales (Cheyne- Stokes, Kussmaul, Biot, apneustico, atáxico y suspiros excesivos). 8. Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de

	9. 184836 Grupo de apoyo disponible; 2. 1. Ningún conocimiento. 2. Conocimiento escaso. 3. Conocimiento moderado. 4. Conocimiento sustancial. 5. Conocimiento extenso. Objetivos: que la Sra. pueda regular su signo vital como la respiración y la presión arterial través de las terapias de rehabilitación ayudar al destete respiratorio.	la piel. 9. Monitorizar si hay cianosis central y periférica. Fundamentación científica: Los signos vitales (SV) son valores que permiten estimar la efectividad de la circulación, de la respiración y de las funciones neurológicas basales y su réplica a diferentes estímulos fisiológicos y patológicos.
--	--	---

Diagnóstico de enfermería #8

Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031), pág. 315.

Dominio 11: Seguridad y protección.

Clase 2: Lesión física.

Definición: incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.

Requisitos de autocuidado: mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Requisitos de autocuidado de desviación de salud.

- Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con cuerpo extraño en las vías aéreas, vía aérea artificiales, enfermedad pulmonar obstructiva, disfunción neuromuscular manifestado por dificultad para vocalizar y disnea.

Objetivo: ayudar a la paciente a que mejore su nivel de reparación a través de un programa de entrenamiento de fortalecimiento y resistencia de los músculos respiratorios.

Agente de autocuidado terapéutico/agente de autocuidado

Demanda de autocuidado: Parcial.

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio/apoyo educativo.

Criterio de resultado.

Estado respiratorio. (0415), pág. 402.

Dominio: Salud fisiológico (II).

Clase: Cardiopulmonar (E).

Definición: movimiento del aire hacia adentro y fuera de los pulmones e intercambio alveolar del dióxido de carbono y oxígeno.

Escala: desviación moderada del rango normal hasta desviación leve del rango normal.

Indicadores.

- 041501 Frecuencia respiratoria; desviación moderada del rango normal.
- 041502 Ritmo respiratorio; desviación moderada del rango normal.
- 041503 Profundidad de la inspiración; desviación moderada del rango normal.
- 041504 Vías aéreas permeables; desviación moderada del rango normal.
- 041508 Saturación de oxígeno; desviación moderada del rango normal.041509 Pruebas de funcionamiento pulmonar; desviación leve del rango normal.
- 041513 Cianosis; desviación moderada del rango normal.
- 041514 Disnea de reposo; desviación moderada del rango normal.

Puntuación Diana: 25 Mantener a: 25 Aumentar a: 33.

Intervención de enfermería.

Ayuda a la ventilación (3390). Pág. 173.

Estimulación de un esquema respiratorio espontáneo óptimo que maximice el estado de intercambio de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones.

Actividades de enfermería:

- Mantener una vía aérea permeable.
 - Colocar al paciente de forma que alivie la disnea.
 - Colocar al paciente de forma que facilite la concordancia ventilación/perfusión (el pulmón bueno bajo), según corresponda)
 - Fomentar una respiración lenta y profunda, cambios posturales y tos.
 - Observar si hay fatiga muscular respiratoria.
- Iniciar y mantener el oxígeno suplementario, según prescripción.
- Deambular de 3 a 4 veces al día, según corresponda.
 - Controlar periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación.
 - Enseñar técnicas de respiración con los labios fruncidos, según corresponda.
 - Enseñar técnicas de respiración, según corresponda.
 - Iniciar un programa de entrenamiento de fortalecimiento o resistencia de los músculos respiratorios, según corresponda.
 - Iniciar ejercicios de resucitación, según corresponda.

Fundamento científico:

David Alois nos menciona que el aparato respiratorio se extiende desde la zona de respiración, situada justo por fuera de la nariz y la boca, a través de las vías aéreas conductoras situadas dentro de la cabeza y el tórax, hasta los alveolos, donde tiene lugar el intercambio respiratorio de gases entre los alveolos y la sangre capilar que fluye a su alrededor. (Alois David, 1994, pág. 2)

Natalia Lahoz dice que la ventilación mecánica (VM) consiste en una medida de soporte vital para suplir la función respiratoria del paciente a través de una máquina (respirador artificial) que proporciona aporte ventilatorio y de oxígeno, asegurando el intercambio gaseoso del paciente cuando éste es incapaz de realizarlo por sí mismo. (Barrera Lahoz Natalia, 2018)

“La ventilación mecánica es un tratamiento de soporte vital, en el que utilizando una máquina que suministra un soporte ventilatorio y oxigenatorio, facilitamos el intercambio gaseoso y el trabajo respiratorio de los pacientes con insuficiencia respiratoria” (Gutierrez Muñoz Fernando, 2011)

Ejecución: Se le explico y llevo a cabo ejercicios para aumentar la capacidad pulmonar iniciando con un programa de entrenamiento para fortalecer o resistencia de los músculos respiratorios.

Fecha: 25/09/20

Evaluación: La Sra. utiliza oxígeno suplementario las 24 horas del día porque hace más de 2 años le diagnosticaron EPOC, ella y su esposo saben monitorizar bien el tanque de oxígeno.

Criterios de resultado:

Se ha realizado junto a la Sra. ejercicios de respiración diafragmática, ventilación costal estos ejercicios ayudan a que se expandan los pulmones para que le entren más aire. En la paciente ha mejorado su falta de aire pude al cansar a respirar sin el oxígeno suplementario por más de 10 minutos.

Plan de cuidados.

Diagnostico	Resultado NOC	Intervención NIC
Etiqueta: (00031), pág. 315 Limpieza ineficaz de las vías aéreas. Dominio 11: Seguridad y protección. Clase 2: Lesión física. Dx. de Enf. Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con cuerpo extraño en las vías aéreas, vía aérea artificiales, enfermedad pulmonar obstructiva, disfunción neuromuscular manifestado por dificultad para vocalizar y disnea.	Etiqueta: (0415), Pág. 402. Estado respiratorio. Dominio: Salud fisiológico (II). Clase: Cardiopulmonar (E). Escala: desviación moderada del rango normal. Indicaciones: 1. 041501 Frecuencia respiratoria; 3. 2. 041502 Ritmo respiratorio; 3. 3. 041503 Profundidad de la inspiración; 3. 4. 041504 Vías aéreas permeables; 3. 5. 041508 Saturación de oxígeno; 3. 6. 041509 Pruebas de funcionamiento pulmonar; frecuentemente demostrado. 7. 041513 Cianosis; 3. 8. 041514 Disnea de reposo 3. 1. Desviación grave del rango normal. 2. Desviación sustancial del rango normal. 3. Desviación moderada del rango normal. 4. desviación leve del rango normal. 5. Sin desviación del rango normal. Objetivo: ayudar a la paciente a que mejore su nivel de reparación a través de un programa de entrenamiento de fortalecimiento y resistencia de los músculos respiratorios.	Etiqueta: (3390). Pág. 173. Ayuda a la ventilación Actividades: 1. Mantener una vía aérea permeable. 2. Colocar al paciente de forma que alivie la disnea. 3. Fomentar una respiración lenta y profunda, cambios posturales y tos. 4. Observar si hay fatiga muscular respiratoria. 5. Deambular de 3 a 4 veces al día, según corresponda. 6. Controlar periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación. 7. Enseñar técnicas de respiración, según corresponda. 8. Iniciar un programa de entrenamiento de fortalecimiento o resistencia de los músculos respiratorios, según corresponda. 9. Iniciar ejercicios de resucitación, según corresponda. Fundamento científico: La ventilación mecánica es un tratamiento de soporte vital, en el que utilizando una máquina que suministra un soporte ventilatorio y oxigenatorio, facilitamos el intercambio gaseoso y el trabajo respiratorio de los pacientes con insuficiencia respiratoria.

VIII. RESULTADOS.

Las intervenciones de enfermería que se le ha brindado a la Sra. Sonia Adriana que sufrió EVC han sido efectivas ya que anteriormente su estado de salud era muy complicada, porque no puede valerse por sí misma por la afasia que presenta y el no caminar por el deterioro neuromuscular que presenta sumándole el oxígeno suplementario las 24 horas del día por la secuela de EPOC que presenta.

Las actividades de enfermería que se le brindaron a la paciente fue la siguiente.

Ejercicio de equilibrio: el objetivo es que la paciente mantenga su equilibrio para poder así prevenir las caídas y evitar lesiones. El ejercicio consiste en sentar en una silla a la paciente y levantarse sin la ayuda de las manos inclinando el tronco hacia adelante y nos ayudara a poner de pie y distenderemos lentamente inclinando el tronco hacia adelante, para volvernos a sentar sin utilizar las manos si se es posible haciendo 10 repeticiones de este ejercicio. Para el otro ejercicio utilizar una almohada colocarlo en el pie y hacer un deslizamiento del pie sobre el cojín trasladándolo hacia adelante y hacia a tras haciendo 10 repeticiones en cada pierna descansar y seguir con el otro pie, apoyándonos en un objeto firme para evitar caídas.

Ejercicio para realizaren cama: utilizando una almohada para apoyar la cabeza y otra almohada para ponerlo debajo de las rodillas, colocarnos boca arriba con la cabeza apoyada en la almohada y la otra almohada sobre las rodillas para que quede flexionada y hacer una extensión de rodilla aguantando aguantar 3 segundos y descender alternando una pierna de la otra haciendo 10 repeticiones en 3 series; otro ejercicio solo se utiliza la almohada para apoyar la cabeza y tumbado boca arriba con las piernas estiradas, el movimiento consiste en que poco a poco

flexionemos nuestras rodillas volviendo a una extensión completa alternando una pierna de la otra hacer 10 repeticiones en 3 sesiones.

Ejerció ocupacional: el objetivo es que la paciente alcance un nivel alto de independencia; así poder realizar el aseo personal, vestirse, peinarse, etc.

Terapia del habla: Controlar la postura vertical, la posición de la cabeza, facilitar el movimiento de los labios pronunciando palabras fáciles y vocalizarlos varias veces. Terapia musical que permite la relajación; poner música del gusto de la paciente y vocalizarla con ella.

Gracias a todas estas actividades de enfermería que se realizó con la paciente ahora puede pronunciar algunas palabras; anteriormente no podía caminar porque no tenía fuerza muscular en las extremidades inferiores ahora pude dar de 3 a 5 pasos, cada día va mejorando su estado de salud.

IX. CONCLUSIÓN

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado que utiliza del profesional de enfermería para planificar cuidados estandarizados al individuo, familia o un grupo de comunidad y que van centrados en lograr un objetivo. Consta de 5 pasos que son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

La teoría del autocuidado de Dorotea Elizabeth Orem nos ofrece al personal de enfermería herramientas para brindar una atención de calidad a los individuos u comunidad. Está compuesta por 3 teorías: teoría de sistemas de enfermería, déficit de autocuidado y teoría del autocuidado.

El autocuidado es el conjunto de acciones intencionadas dirigida por la persona sobre sí misma, hacia las demás personas o entorno que regulan los factores que afectan al funcionamiento y desarrollo.

El proceso de enfermería que se realizó a la Sra. que sufrió EVC es con la finalidad de titulación y también para mejorar la calidad de vida de la paciente que quedo con secuela después de este evento. A través de las intervenciones y cuidados de enfermería que se llevaron a cabo se lograron los objetivos esperados ya que anteriormente la Sra. no podía moverse de un lado a otro por la atrofia muscular que presentaba, con los ejercicios de rehabilitación muscular se ha logrado que dicha Sra. pueda levantarse de la cama con la ayuda de una andadera, no podía dominar el lápiz para escribir y ahora puede escribir aproximadamente 10 palabras, también utiliza oxígeno suplementario y a través de la rehabilitación respiratoria se logró mantener la respiración por más de 15 minutos sin el oxígeno suplementario. Esto no habría sido posible si no fuera por la consistencia, tiempo, dedicación, esfuerzo por parte de la paciente y enfermera.

X. BIBLIOGRAFÍA

(s.f.). *Enfermedades Cardio Vasculares*. (07 de mayo de 2017). Recuperado el 07 de octubre de 2020, de organizacion mundial de la salud (OMS): [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

Akinwuntan A. E, W. J. (2012-2020). *plataforma web de Neurorrehabilitación*. Obtenido de investigacion en rehabilitacion y estimulacion cognitiva con NuronUP: <https://www.neuronup.com/es/marcoteorico-profesionales-rehabilitacion-estimulacion-cognitiva>

Al, C. (1944). *Outcomes Measurement Intervention. vol.3(Orthopaedic Physical)*. Filadelfia, Cirullo.

Alois David, G. R. (1994). *Aparato Respiratorio*. Obtenido de Morfometría, citología, histología, función y estructura del aparato respiratorio y regiones utilizadas en el: <https://www.insst.es/documents/94886/161958/Cap%C3%ADtulo+10.+Aparato+respiratorio>

Ángel, A. C. (2006). *Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento*. (PANAMERICANA, Editor) Recuperado el 18 de NOVIEMBRE de 2020, de . Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física.: <https://galiciaclinica.info/PDF/5/81.pdf>

Antonio Arauza, & Angélica Ruíz–Francob. (mayo/junio de 2012). *Enfermedad vascular cerebral*. Obtenido de SciELO Analytics: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422012000300003

Barrera Lahoz Natalia, H. G. (15 de Octubre de 2018). *Ventilación mecánica para enfermería*. Recuperado el 23 de noviembre de 2020, de [https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/ventilacion-mecanica-para-enfermeria/#:~:text=La%20ventilaci%C3%B3n%20mec%C3%A1nica%20\(VM\)%20consiste,de%20realizarlo%20por%20s%C3%AD%20mismo.](https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/ventilacion-mecanica-para-enfermeria/#:~:text=La%20ventilaci%C3%B3n%20mec%C3%A1nica%20(VM)%20consiste,de%20realizarlo%20por%20s%C3%AD%20mismo.)

Botoa Rodríguez B, R. G. (Enero-febrero de 2015). Conceptos básicos sobre la fisiopatología cerebral y la monitorización de la presión intracraneal. *Neurol (Paris)*, 30(1), 16-22.

Bullock B, H. R. (NOVIEMBRE de 2005). Requiere de la permanente observación, del monitoreo continuo de los signos vitales y. *ADMINISTRACIÓN- ADMINISTRACIÓN-GESTIÓN GESTIÓN GESTIÓN-CALIDAD(3TERCERA)*. ENFERMERIA GLOBAL.

Cambra Lasaosa José, Pérez Baena Luis. (2003). *PRESIÓN DE PERFUSIÓN CEREBRAL ÓPTIMA, MANEJO DE LA*. Recuperado el 27 de noviembre de 2020, de <https://www.neurotrauma.net/pic2012/uploads/Documentacion/Simposium/FranciscoJCambra.pdf>

de Gispert Carlos, G. J. (s.f.). Nuevo Manual de la Enfermería. En G. José, & M. V. Montse Alberte (Ed.), *Proceso de atención de enfermería* (original J.B. Lippincott Company ed., pág. 8). Barcelona, España: Oceano.

de Gispert Carlos, Garriz Josè. (s.f.). enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC). En v. maria (Ed.), *nuevo manual de la enfermeria* (g. jose, Trad., Alberte Montse, Villalba María ed., pág. 446). barcelona, españa, barcelona españa: grupo oceano.

Devesa Gutiérrez Ignacio, M. G. (OCTUBRE de 2014). *Rehabilitación del paciente con enfermedad vascular cerebral (EVC)*. (Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación) Recuperado el 15 de OCTUBRE de 2020, de https://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2014/mf143_4e.pdf

Eliseo, M. O. (2014). *Diagnóstico clínico de la enfermedad cerebrovascular*. Recuperado el 02 de febrero de 2021, de <http://scielo.sld.cu/pdf/ang/v15n2/ang05214.pdf>

Falcón Hernández Arelys, D. N. (2005). *Vía aérea y ventilación*. Recuperado el 19 de noviembre de 2020

Fernando, G. M. (2011). Ventilación Mecánica. *Acta Médica Peruana*, 28(2), 87-104.

Fletcher FG. (1991). Ejercicios Terapéuticos. Dallas.

González-González Eloisa. (s.f.).

González-González Eloisa, f. V. (julio/septiembre de 2016). Cumplimiento de la Guía de Práctica Clínica de EPOC por médicos de primer nivel. *Neumología y cirugía de tórax*, vol.75(num.3). Mexico , Mexico: SciELO Analytics.

Gutierrez Muñoz Fernando. (abril-junio de 2011). Ventilación Mecánica. 28(2).

INN. (14 de MARZO de 2018). *Enfermedad Vascular Cerebral*. Recuperado el 07 de noviembre de 2020, de inn.salud.gob.mx

Lefevre R Alfaro, G. B. (enero-julio de 2013). Proceso de Atención de Enfermería (PAE). *Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social*, vol.3(num.1), 41. paraguay: Rev. Salud Pública.

María, L. F. (s.f.). *Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería*. Recuperado el 29 de enero de 2021, de Universidad de cantabria: <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1149/course/section/1385/Enfermeria-Tema11%2528III%2529.pdf>

Marlenne, R. S. (septiembre-octubre de 2016). *Mortalidad intrahospitalaria por enfermedades cerebrovasculares*. Recuperado el 07 de octubre de 2020, de organo de difusion del centro colaborador en materia de calidad y seguridad del paciente: <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin14/mortalidad.pdf>

Martínez Gutiérrez Enrique, L. M. (s.f.). *Congreso Historia en Enfermería*. Recuperado el 25 de enero de 2021, de <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/concepto.html>

Matrinez Ques Angel Alfredo, V. C. (15 de octubre de 2007). *etica de los cuidados*. (ciberindex) Recuperado el 08 de octubre de 2020, de <http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6760.php>

Medina Eladio, B. C. (26 de octubre de 2010). *definición y etiología*. (M. Eladio, Ed.) Recuperado el 01 de Febrero de 2021, de <https://laestenosisaortica.wordpress.com/>

Megias Lizancos Francisco, T. P. (22 de MARZO de 202). *Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME)* . Recuperado el 29 de ENERO de 2021, de REVISTA AEESME: <https://www.aeesme.org/category/anesm/estatutos/>

Moreno Hidalgo, C. M. (10 de Diciembre de 2017). *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*. (F. d. Córdoba, Ed.) Recuperado el 02 de febrero de 2021, de <https://revista.nutricion.org/PDF/MORENOH.pdf>

P, M. M. (2005). *Definicion y clasificaci3nde las actividades de la vida diaria*. (Editorial medica panamericana) Recuperado el 04 de octubre de 2020, de <https://www.miterapiasinfronteras.com/actividades-de-la-vida-diaria/>

Prado Solar Liana. (23 de octubre de 2014). *La Teoria de Autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para la calidad en atenci3n*, revista medica electronica. (P. H. Faustino, Editor, & u. e. salud, Productor) Recuperado el 30 de enero de 2021, de <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1139/html>

Ram3rez-Alvarado Gabriela, T.-A. B. (MARZO-ABRIL de 2016). *Centro de investigaci3n Transdisciplinar en Psicolog3a*. Universidad Aut3noma del Estado de Morelos. Recuperado el 15 de NOVIEMBRE de 2020, de Epidemiolog3a de EVC en M3xico: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2016/rmn162g.pdf>

Romero Ayuso, D. M. (2007). *Actividades de la vida diaria*. Recuperado el 12 de OCTUBRE de 2020, de Anales de Psicolog3a: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=167/16723213>

Rosales Barrera, s., & Reyes Gomez, e. (2011). *Fundamentos de Enfermeria* (3a Edici3n ed.). Mexico DF: El Manual Moderno S. A. de C. V.,.

Sillas Gonz3lez Delia Esperanza, J. J. (febrero de 2011). *Autocuidado, Elemento Esencial en la Pr3ctica de enfermeria*. Recuperado el 18 de noviembre de 2020, de Desarrollo Cientif Enferm.: <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-067.pdf>

Social, I. M. (07 de JULIO de 2018). *gobierno de M3xico*. Recuperado el 07 de NOVIEMBRE de 2020, de IMSS: www.imss.gob.mx

Vicente, F. M. (septiembre-diciembre de 2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. | *Órgano oficial de la Universidad de Ciencias Médicas de Sancti Spíritus*, 19(3). (V. F. Macías, Ed.) Cuba, Cuba: Gaceta Médica Espirituana.

Villegas González Juliana, V. A. (julio-diciembre de 2012). semiología de los signos vitales: Una mirada novedosa a un problema vigente. 12. Caldas, Colombia.

XI. GLOSARIO DE TERMINOS

Evento Vascular Cerebral (EVC): es una alteración en las neuronas, que provoca disminución de flujo sanguíneo en el cerebro, acompañada de alteraciones cerebrales de manera momentánea o permanente. Se clasifica en 2 subtipos: isquémica y hemorrágica.

Enfermedad Obstructiva Pulmonar Crónica (EPOC): es una enfermedad de las vías aéreas que se caracteriza por la dificultad de la movilización del aire, especialmente durante la espiración.

Trombosis: proviene de un término griego que significa “coagulación”. Se referencia a la formación de un trombo (coágulo de sangre) en el interior de un vaso sanguíneo.

Embolico: Un coágulo de sangre (una masa de sangre espesa), masa de bacterias, u otro tejido, aire o cuerpo extraño que se suelta, viaja por el torrente sanguíneo y se aloja ya sea en un órgano o en una arteria, formando una obstrucción total o parcial del flujo sanguíneo.

Hemorrágico: es el término médico para referirse al sangrado.

Ateroesclerótica: acumulación de grasa, colesterol, y otras sustancias en las paredes de las arterias.

Apraxia: es la incapacidad de ejecutar las tareas motoras intencionadas y aprendidas con antelación como consecuencia de una lesión cerebral, pese a la capacidad física y a la voluntad para hacerlo.

Afasia: es una disfunción del lenguaje que puede involucrar una alteración de la comprensión o la expresión de palabras o equivalentes no verbales de palabras.

Disnea: dificultad respiratoria o falta de aire.

Hipoxia: es la ausencia de oxígeno suficiente en los tejidos como para mantener las funciones corporales.

Ataxia: deterioro en el equilibrio o coordinación debido a daños en el cerebro, los nervios o los músculos.

Diplopía: trastorno de la visión que consiste en ver doble.

Fotopsia: es una percepción de luz (rayo luminoso) puramente subjetiva y que acompaña a una patología, especialmente de la retina o cerebro.

Amaurosis Fugaz: es la pérdida temporal de la visión en un ojo debido a la sustancia de circulación de sangre a la retina.

Vértigo: sensación giratoria repentina que se manifiesta de forma interna o externa, y que suele producirse al mover la cabeza rápidamente.

Paresia o paretico: parálisis facial o debilitamiento de la contractilidad de la musculatura.

Recidiva: repetición de una enfermedad poco después de terminada la convalecencia.

Hemiparesia: debilidad muscular o parálisis parcial en un lado del cuerpo que puede afectar los brazos, las piernas y los músculos faciales.

Estenosis: estrechamiento de un orificio o conducto corporal. Ej. Estrechamiento de una de las válvulas del corazón.

Parestesia: sensación o conjunto de sensaciones anormales de cosquilleo, calor o frío que experimentan en la piel ciertos enfermos del sistema nervioso o circulatorio.

Peribucal: relativo a lo que está alrededor de la boca y viene del prefijo peri- (alrededor) y el subfijo -al (relativo a) sobre la palabra latina bucca= “boca”.

Amnesia: incapacidad para recordar eventos durante un periodo de tiempo a menudo se reproduce por una lesión cerebral, una enfermedad o los efectos secundarios de las drogas o el alcohol.

Campimétrico: conjunto de técnicas dirigida a explorar y medir la extensión del campo visual del ojo.

Hemianopsia homónima: se refiere a una condición donde una persona puede solo ver un lado del campo visual, derecho u izquierdo, dependiendo de la ubicación de la lesión en el cerebro.

Sistema vertebro-basilar: es el grupo de arterias intracraneales que irrigan el tronco encefálico, el cerebelo y el cerebro posterior.

Neurología focal: es un problema en el funcionamiento del cerebro, la medula espinal y los nervios que afectan un sitio específico, como el lado izquierdo de la cara, el brazo derecho o incluso un área pequeña como la lengua.

Déficit neurológico: es una anomalía funcional de un área del cuerpo; se debe a una disminución del funcionamiento del cerebro, la medula espinal, los músculos o los nervios.

Neuroprotección: hace referencia al efecto de cualquier sustancia o molécula química o biológica, con efectos protectores en el sistema nervioso que previenen, mitigan o retrasan los procesos neurodegenerativos propios de enfermedades como el Alzheimer o lesiones cerebrales.

Óculo-cefálico: movimiento que hacen los ojos hacia un lado cuando bruscamente se gira la cabeza hacia el lado contrario (ojos de muñeca).

Hipoestesia: disminución patológica de la sensibilidad.

Crisis convulsivas: son descargas eléctricas neuronales anormales que tienen manifestaciones clínicas variadas de origen multifactorial y que se asocian a trastornos clínicos (anormalidades electroencefalográficas) y que se presentan de manera no provocada.

Antiagregante: son un grupo de fármacos que alteran o modifican la coagulación de la sangre actuando en la primera parte de la misma dentro del proceso de agregación plaquetaria y por lo tanto formación de trombos o coágulos en el interior de las arterias y venas.

Ponderación: considerar o examinar.

XII. ANEXO 1

IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA.CON REFERENTE TEORICO DE DOROTHEA. ELIZABETH OREM

Instrucciones: por favor marque con una x en los paréntesis que corresponda y llene los espacios de acuerdo a las respuestas que la persona le otorgue y/o lo que usted perciba y observe según sea el caso.

I. FACTORERS CONDICIONANTES BÁSICOS

a. Descriptivos de la persona

Fecha 24 Nombre: Sonia Adriana Chávez Chacón. Sexo. Mas. () Fem. (X) Edad. 57 años.

Religión: cristiana. Edo. Civil: Casada. Escolaridad: 4to de primaria.

Lugar de residencia: Morelia. Domicilio actual: Calle Orbita, s/n, Lote1 Colonia: Lucio.

Características de la vivienda.

Renta: _____ Propia: X Otros: _____

Material de construcción

Adobe: _____ Ladrillo: X Otros: de tablas, lámina de cartón y de aluminio.

Cuenta con los siguientes servicios básicos de la vivienda.

Agua potable: _____ Luz eléctrica: X Drenaje: _____ Pavimentación:

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios básicos:

Alumbramiento público: (NO) Recolección de basura: (NO)

Drenaje y alcantarillado: (NO)

Rol que ocupa en la familia:

Madre: () Hijo: () Esposa: (X)

Número de hijos: 0 (X) 1 () 2 () 3 () Más de 3 ().

Relación de familia:

Buena () Regular () Mala (X)

Nivel de educación:

Analfabeta () Primaria (X) Secundaria ()

Bachillerato () Licenciatura () Otros ()

Ocupación: sin ocupación; ya que ella no puede valerse por si misma. Horario:

Antecedentes laborales: Ayudante de cocina, cocinera, de limpieza.

Ingreso económico familiar: por ahora no aporta económicamente a su familia

Menos de 1 salario mínimo (X) 1-2 S m () Mas de 3 S m ()

Dependencia económica:

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

b. Patrón de vida

¿Qué actividades recreativas realiza en su tiempo libre?

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

Otras: no realiza ninguna actividad ya que no puede valerse por sí misma ya que y depende de su esposo.

¿Qué hace usted para cuidar su salud?

No puede realizar ninguna actividad ya que no puede levantarse de la cama; no puede valerse por sí misma requiere la ayuda de su esposo.

c. Estado de salud

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno () Regular () Deficiente (X)

¿A qué servicio de salud acude usted regularmente?

IMSS () ISSTE () Secretaria de Salud (x)

Particular () Otros: Hospital de la Mujer

Diagnóstico médico: EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) + EVC (Evento Vascular Cerebral + Hipertensión pulmonar moderada.

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

Valoración de la existencia de recursos disponibles para la atención del cliente: no cuentan con recursos económicos para la mejor atención y rehabilitación de la paciente.

d. Estado de desarrollo

¿Tiene la capacidad de tomar decisiones respecto a su tratamiento médico?

Si ()

No (X)

¿Cuáles son los factores que afectan la toma de decisiones? De no poder hablar.

¿Quién autoriza su tratamiento médico? Su esposo el Sr. Enrique López Medrano

II. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES

a. Mantenimiento del aporte suficiente de aire

Frecuencia respiratoria: 14 a 16 x min Llenado capilar: 1 minuto

Cianosis: SI (X) No () Especifique:

Tabaquismo () No (X) Especifique:

Cocina con leña () No (X) Especifique: anterior mente cocinaba con leña

Alergias: Si () No (X) Especifique:

Tipo de respiración:

Normal () Disnea (X) Bradipnea (X) Polipnea () Otros: artificial (oxígeno suplementario).

Desviación de tabique (X) Pólipos () Secreciones (X)

Dolor (X) Edema () Otros:

Tórax:

En tonel (X) En quilla () En embudo () Otros:

Ruidos respiratorios:

Estertores (X) Sibilancias (X) Murmullo vesicular ()

Padece alguna enfermedad pulmonar: Si (X) No ()

Especifique: EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica).

Cardiovascular:

T/A: 140/100mmHg F/C: 95 x min Soplos: (x) Arritmias: (X)

Otras alteraciones:

Al presentar algún esfuerzo físico presenta disnea: Si (X) No () Apoyo ventilatorio:

Si (X) No ()

Especifique: Oxígeno suplementario en domicilio las 24 horas del día por puntas nasales

b. Mantenimiento de aporte de agua suficiente

Valore datos de deshidratación

Mucosa oral: Seca (X) Hidratada ()

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

Turgencia: Normal () Escasa (X)

¿Qué cantidad de agua ingiere usted al día?

300-500ml ()

500-1000 ml (X)

1500-2000ml ()

Mas de 2000ml ()

¿De dónde proviene el agua que consume?

Llave pública ()

Pila ()

Entubada ()

Garrafón (X)

Otros:

¿Utiliza algún método para purificar el agua? Si (X)

No ()

Especifique: hervida

Ingiere algún otro tipo de líquido al día: Si (X)

No ()

Especifique cantidad: aguas de sabor o refresco de en vez en cuando 500ml al día.

Aporte de líquidos parenterales:

Especifique:

c. Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos

Peso: 89 kg Talla: 1.50cm IMC: 39.6 Cintura: 96cm

Ha observado variaciones en el peso.

SI (X)

No ()

Perdida (X)

Ganancia ()

1-3 kg (X)

4-6 kg ()

7-9 kg ()

más de 10 kg ()

Dentadura:

Completa () Faltan piezas (X)

Prótesis fija () Prótesis extraíble ()

Especifique: molares y superiores incisivo central y lateral.

Estado de las mucosas:

Presenta algún problema en la mucosa oral:

Si () No (X) Especifique:

Lengua en tónica () Estomatitis () Xerostomía (X) Tumor oral ()

Leucoplaquia () Edema () Lesión oral () Drenaje purulento ()

Gingivorragia () Ulceraciones ()

Otros:

Alteraciones en cara y cuello: si presenta parálisis facial.

Abdomen:

Peristaltismo: Ausencia () Disminuido (X)

 Aumentado () Normal ()

 Distensión abdominal (X)

 Otros:

Presenta algún problema en la alimentación: Si (X) No ()

¿Cuál? Acidez () Náuseas () Vómito () Hematemesis () Disfagia (X)

Pirosis () Regurgitación () Polidipsia () Polifagia () Bulimia ()

Anorexia () Reflujo () Sialorrea () Saciedad () Eructos ()

Otros:

¿Necesita alguna ayuda para alimentarse? Si (X) No ()

Especifique: requiere ayuda personal asistida para poder alimentarse ya que el paciente no puede moverse de la cama.

Tipo de nutrición: Oral (X)

Sonda Nasogástrica () Sonda Nasoyeyunal ()

Gastroclisis () Nutrición Parenteral ()

¿Qué tan frecuente usted come...?

1= Cada día 2= una vez a la semana 3= una vez al mes 4 = nunca

Alimento/frecuencia	1	2	3	4
Leche		X		
Derivado de la leche		X		
Carnes			X	
Cereales				X
Verduras				

Frutas		X		
Huevos			X	
Pescado				X
Pastas y harinas			X	

¿Con qué guisa los alimentos?

Aceite (X)

Manteca ()

Otros:

¿Cómo es su dieta?

Sin restricciones () Para diabético () Hiposódica ()

Hipoprotéica () Hiperprotéica () Otros: dieta blanda

d. Provisión de los cuidados asociados al proceso de eliminación y los excrementos.

Grupo de evacuación intestinal

Presencia de:

Estoma intestinal ()

Colostomía ()

Ileostomía ()

Hemorroides (X)

Pólipo rectal ()

Rectorragia ()

Otros:

Apoyo para eliminación intestinal: Si (X)

No ()

Higiene (X)

Otros:

Evacuación intestinal:

Estreñimiento (X)

Otros:

Características de las Heces fecales.

Otros:

Consistencias de las Heces fecales.

Dura (X)

Grupo de la eliminación vesical.

Presencia de:

Tenesmo (X)

Otros:

No ()

Otros: Amarillo

transpiración.

Cambio en los parones normales de sudoración.

Aumentada ()

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal: 36°c

Dolor (X)

Alteraciones emocionales (X)

Temperatura ambiental (X)

Otros:

Grupo menstruación.

Menarca: 12 años

Días del ciclo menstrual: 4 a 5 días

Tipo, cantidad y características del flujo: irregular, flujo moderado y de color guinda.

Presenta algún problema durante su menstruación:

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

e. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

Menor de 6 horas ()

6-8 horas ()

Más de 10 horas (X)

¿Cómo se encuentra al despertarse?

Cansado ()

Descansado ()

Fatigado (X)

Otros ()

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño? Si () No (X)

¿Ha sufrido algún cambio en su patrón de sueño? Si (x) No () Desde cuándo:

1 semana ()

15 días ()

1 mes ()

Mas de un mes (X)

Presencia de:

Bostezo (X) Insomnio () Hipersomnia () Pesadillas ()
Alucinaciones () ojeras () Ronquidos (X) Enuresis ()
Sonambulismo () Terrores Nocturnos ()

¿Factores que interrumpan su descanso y sueño? Dolor. _____

¿Acostumbra a tomar siestas? Si (X) No ()

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?

Si () No (X) Especifique: _____

Presencia en articulaciones presencia de:

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

Contracturas () Especifique:

Tratamiento:

¿Alguna actividad física le produce dolor?

Si (X) No () Especifique: al levantarse.

¿Realiza algún tipo de ejercicio? Si (X) No ()

Especifique: ejercicios de miembros superiores Frecuencia/ duración: de 15-30 minutos.

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) Especifique:

Presencia de mareo (X) Vértigo (X) Acufenos (X) Malformaciones ()

Tumorações () Lesiones ()

Sistema ocular

¿Problemas visuales?

Si (X) No () Especifique: ardor, enrojecimiento y visión borrosa.

¿Utiliza lentes? Si () No (X) Armazón () Contacto () Tiempo:

Presencia de alteraciones oculares.

Si (X) No () Especifique: visión borrosa y enrojecimiento ocular

¿Con quienes convive diariamente?

Familia (esposo) Amigos () Compañeros de trabajo ()

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

Buena (X) Regular () Mala ()

¿A quién recurre para platicar de sus problemas?

Familia (esposo) Amigos () Nadie () Otros:

Observar: Seguridad () Timidez (X) Introversión () Apatía (X)

Extraversión (X) Otros:

Razones que impiden socializar:

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

Dificultad para la comunicación (X) Otros:

g. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Sistema neurológico.

Estado de conciencia:

Consiente (X) Inconsciente () Sopor () Estupor (X)

Confusión (X) Coma () Glasgow: 12 puntos

Problema de:

Concentración () Razonamiento (X) Especificar: no retiene información.

¿Utiliza algún dispositivo de ayuda para realizar la deambulaci3n?

Bast3n () Silla de rueda (X) Andador () Otros:

Antecedentes heredofamiliares/ patol3gicos:

Si (X) No () Especifique: diabetes, colostomía.

Toxicomanías: Si () No (X) Especifique:

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia?

Si () No(X) Especifique:

h. Promoción del funcionamiento humano y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y deseo de ser normal.

¿Se acepta en su aspecto físico?

Si (X) No () Especifique: si me acepto tal cual soy ahora si estoy así postrada en una cama es porque Dios sabe lo que está haciendo con migo y ara un milagro en mi para que los demás crean que existe un Dios.

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad?

Si () No (X) Especifique: del no poder levantarme de la cama, del no poder caminar.

¿Necesita ayuda para para realizar las actividades para satisfacer las necesidades básicas? Si

(X) No () Especifique: necesito ayuda para levantarme de la cama e ir al baño, para el aseo personal, para comer y beber.

¿Considera que su vida es o ha sido productiva?

Si () No (X)

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales?

Si (X) No ()

Depresión (X) Ansiedad () Vergüenza () Irritabilidad ()

Desesperanza () Negatividad () Tristeza (X)

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?

Negación () Inadaptación (X) Irritabilidad ()

Culpa (X) Agresión () Cólera ()

III. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO 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 () Especifique:

Edad escolar Si () No () Especifique:

Adolecente Si (X) No () Especifique: el rechazo de su madre y sus hermanas.

Adulto joven Si () No () Especifique:

Edad fértil Si (X) No () Especifique: no pude tener hijos

Adulto maduro Si (X) No () Especifique: la muerte de mi madre.

2. Salud sexual.

Sistema reproductor

¿Ha recibido educación sexual?

Si (X) No () Especifique: planificación familiar.

¿Cuál es su orientación sexual? Heterosexual

Inicio de vida sexual activa: Si (X) No () Especifique: a los 22 años.

Número de parejas sexuales: 2 parejas sexuales.

¿Está satisfecho con su vida sexual?

Si () No (X) Especifique: no porque ahora no me puedo mover por si sola.

¿Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales?

Si (X) No () Especifique: dolor

¿Utiliza algún método de planificación familiar?

Si () No (X) Especifique/ tiempo:

Número de hijos: ninguno

¿Tiene problemas de infertilidad?

Si (X) No () Especifique: esterilidad. Causas / tratamiento: ningún tratamiento

¿Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual?

Si () No (X) Especifique:

Causas / tratamiento:

Cirugías realizadas en aparato reproductor

Si () No (X) Especifique:

Mujer:

Menarca: 12 años. Días del ciclo menstrual: 4 días

Tipo, cantidad y características del flujo. Flujo abundante de color rojo oscuro con mucho dolor

Presenta algún problema en la menstruación

Si (X) No () Especifique: dolor menstrual.

Embarazos 0 Partos: 0 Cesáreas: 0 abortos: 0

Óbito 0 Partos prematuros:

Embarazo de alto riesgo 0 periodo intergenésico: 0

Menopausia hace 5 años Fecha del último Papanicolaou: nunca se ha realizado el Papanicolaou por falta de tiempo.

Presencia de flujo / hemorragia transvaginal:

Si () No (X) Especifique:

¿Existe alteración del crecimiento físico?

Si () No (X) Especifique:

IV.REQUISITOS DE DESVIACION DE LA SALUD

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

4 – 6 meses () 6- 12 meses () más de 12 meses ()

No se realiza (X) Especifique: no cuenta con los recursos necesarios para realizarse todos los chequeos y anteriormente trabajaba todo el día.

¿Sabe usted de su enfermedad? Si

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

Si (X) No (X)

En caso de déficit o incapacidad física ¿Cuál es su sentimiento respecto a su situación?
Deprimido porque estoy enfermo y porque mi familia, mis hermanas y sobrinos no vienen a visitarme y más ahora que no puedo valerme por mi misma.

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación?

Si (X) No () Especifique: ejercicios de miembros superiores, ejercicios respiratorios.

¿Identifica algún obstáculo que le impida continuar o llevar acabo los cuidados para su diagnóstico y rehabilitación?

Ambientales () Familiares () Personales (X)

Especifique: económicamente no contamos con recursos económicos para la rehabilitación y no contamos con el apoyo económico ni físico de nuestra familia.

Observaciones:

El paciente se encuentra postrada en cama tiene enfermedad pulmonar + oxígeno supletorio las 24 horas del día de 2- 3 litros por minutos sin suspender con puntas nasales hace aproximadamente más de 1 año sufrió un Evc (Evento Vascular Cerebral). Cuenta con Seguro Popular. No cuenta con el apoyo físico ni económico de la familia más que de su esposo; su esposo no puede trabajar ni cuidar a su esposa a la misma vez, trabaja de jardinero y albañilería, Es una familia muy humilde, no cuenta con agua potable, su casa es de tabla y techo de lámina de cartón y lamina de aluminio, el piso es de sementó, cuenta con luz eléctrica, para cocinar utiliza la estufa.

ANEXO 2

RAZONAMIENTO DIAGNOSTICO.

DATOS SIGNIFICATIVOS (evidencias)	ANALISIS (Dominio, clase, requisito de autocuidado	PROBLEMA (Etiqueta diagnostica NANDA II) P	FACTOR RELACIONADO (Etiología) E	CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (Signos y síntomas) S
Dificultad para levantarse y trasladarse de una superficie a otra, refleja dolor al pararse de la cama, deterioro muscular.	Dominio: 4 actividad y reposo Clase: 2 actividad/ejercicio	Deterioro de la habilidad para la traslación R/C deterioro del equilibrio, fuerza muscular insuficiente y dolor M/P incapacidad para trasladarse entre superficies irregulares, para trasladarse de la cama a la silla etc.	Deterioro del equilibrio.	• Incapacidad para trasladarse entre superficies irregulares, de la cama a la silla, de la silla a la cama, al inodoro • Incapacidad para entrar o salir de la bañera, ducha.
Manifiesta dolor articular al parase de la cama, no puede realizar actividades cotidianas	Dominio: 4 actividad y reposo Clase: 2 actividad/ejercicio	Deterioro de la movilidad física R/C deterioro del estado físico, disminución de la fuerza y de la masa muscular M/P limitación	Disminución de la masa y fuerza muscular.	• Disnea de esfuerzo. • Limitación de la capacidad para las habilidades motoras gruesas. • Enlentecimiento del movimiento.

		de la actividad para las habilidades.		
Manifiesta bañarse una vez a la semana porque no puede acceder solo al baño; necesita asistencia personal ya que no puede caminar.	Dominio: 4 actividad/reposo Clase: 5 autocuidado	Déficit de autocuidado R/C deterioro musculo esquelético, dolor y debilidad M/P incapacidad para acceder al cuarto del baño.	Deterioro musculo esquelético	• Incapacidad para acceder al cuarto de baño. • Incapacidad para obtener los artículos del baño.
Utiliza oxígeno suplementario las 24 horas del día, hace 3 años presento EPOC	Dominio: 11 seguridad/protección. Clase: 2 lesión física.	Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C enfermedad pulmonar crónica M/P cianosis, disnea.	EPOC.	• Cambios en el ritmo y frecuencia respiratoria. • Cianosis. • Dificultad para vocalizar. • disnea

XIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El apartado 2 del art. 10 del texto Constitucional preceptúa que las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce, se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 (DUDH). En esta Declaración, el derecho humano a la salud se hizo explícito en el Artículo 25 donde se sostiene: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. (Matrinez Ques Angel Alfredo, 2007).

El principio de la no maleficencia da a entender que en cualquier acto médico no hacer daño alguno ya sea de manera directa o indirecta al paciente o usuario, si no producir un beneficio para la persona a la que se le realiza cualquier tratamiento médico. También existe el principio de la autonomía en donde el paciente decide por sí mismo sobre los procedimientos que se le realizaran ya sea de manera directa o indirectamente sobre su vida , salud e integridad pero en dado caso en el que el paciente no tenga la capacidad de valerse por si misma en su salud y bienestar el familiar responsable es el que autorizara el tratamiento o procedimiento a realizarse y es aquí en donde entra el consentimiento informado del paciente o familiar; en donde se le informara el procedimiento que se le realizara, los riesgos y beneficios que puede tener dicho tratamiento.

XI. APENDICES

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERIA

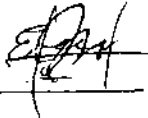
CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Yo **Enrique López Medrano** doy mi consentimiento informado para que mi esposa la **Sra. Sonia Adriana Chávez Chacón** participe en la metodología de investigación 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 le brindaran cuidados integrales a mi esposa la Sra. Sonia Adriana Chávez Chacón que beneficiaran su estado de salud.

He sido informado con claridad de los objetivos de la metodología de investigación, así como de la importancia de la participación de mi esposa, la cual no implica ningún tipo de riesgo a nuestra persona. Estoy convencido de 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 de mi esposa, fortaleciendo la profesión de enfermería a través del conocimiento de las necesidades de salud de mi esposa. Se nos ha informado que no hay riesgo ninguno sobre la salud de mi esposa y que nuestra participación será voluntaria en todo momento, sin obligación y con siente, sin recibir ninguna remuneración económica.

Estamos enterado de que el responsable de dicho proceso de enfermería es la PLE: **Deysi Guillén Gómez**. Doy mi consentimiento para colaborar en el trabajo académico solicitado.

Acepto participar: Enrique López Medrano 

PLE: Deysi Guillén Gómez

Morelia Michoacán 25 de septiembre del 2020.

